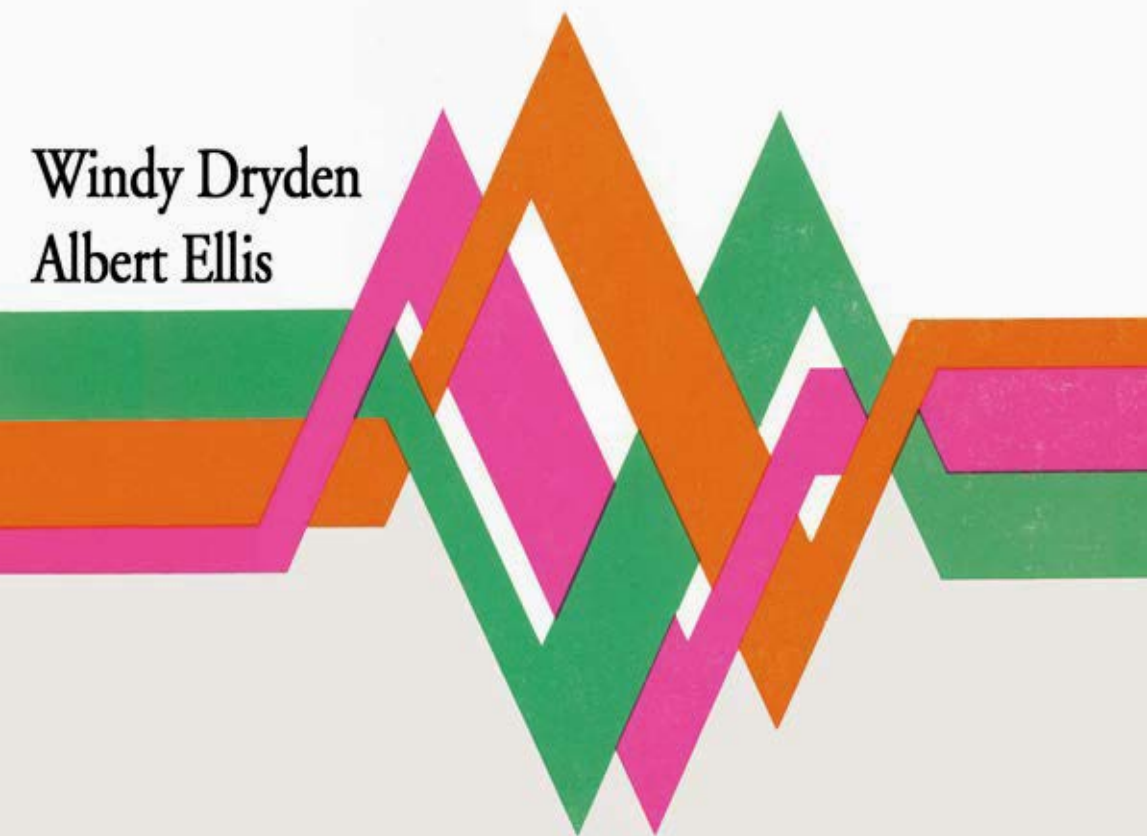


PRACTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Windy Dryden
Albert Ellis



BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA

PRACTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

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. 7. Beck, A. J. Rush, B. F. Shawn, 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 DE 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 *Irving L. Janis*.
N.º 32.—PREVENCION Y REDUCCION DEL ESTRES, por *Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko*.
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. Kuehnel y Kuehnel*.
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*.
BIOLOGIA Y PSICOANALISIS, por *J. Rof Carballo*.

ALBERT ELLIS
WINDY DRYDEN

PRACTICA DE LA TERAPIA
RACIONAL EMOTIVA

BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original: THE PRACTICE OF RATIONAL-EMOTIVE THERAPY (RET)
© 1987 by Springer Publishing Company.
New York

Versión española: *Elena Cartón*

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A. 1989

Henao, 6 - 48009 BILBAO

Copia digital a partir de fotocopia.

Corregidos los errores ortográficos de la fuente.

Puede contener errores de OCR.

Printed in Spain

ISBN: 84-330-0785-8

Depósito Legal: BI-2070/89

Impreso en Industrias Gráficas Garvica - Bilbao

Albert Ellis, Ph. D., posee los títulos de M. A. y Ph. D. en Psicología Clínica por la Universidad de Columbia, y es el fundador y Director Ejecutivo del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de la ciudad de Nueva York, en donde cada semana atiende a numerosos clientes en psicoterapia individual y grupal, y supervisa a los psicoterapeutas que realizan sus prácticas. Cada año prepara charlas, maratones y entrenamientos intensivos de terapia racional-emotiva en Nueva York, y en otras muchas ciudades y universidades de Estados Unidos y del extranjero. Ha escrito y editado más de cincuenta libros, unos seiscientos artículos profesionales y de divulgación, y más de cien cassettes y videos. Algunos de sus libros más conocidos son: *Sex Without Guilt*, *The Encyclopedia of Sexual Behavior*, *Reason and Emotion in Psychotherapy*, *A New Guide to Rational Living*, *Handbook of Rational-Emotive Therapy* (Springer, Publishing Company, 1986) y *Overcoming Resistance: Rational-Emotive Therapy With Difficult Clients* (Springer Publishing Company, 1985).

Windy Dryden, Ph. D., es catedrático en Psicología en el Goldsmiths College en la Universidad de Londres. Es autor de los libros: *Rational-Emotive Therapy: Fundamentals and Innovations* (1984), *Therapists Dilemmas* (1985), y *Counselling Individuals: The Rational-Emotive Approach* (1987). Es editor de la serie *Psychotherapy in Britain* y de la futura serie *Counselling in Action*. Es Miembro de la Sociedad de Psicología Británica, colabora en la dirección editorial de varias revistas internacionales como *British Journal of Guidance and Counselling*, y es coeditor del *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* (Springer Publishing Company). En la actualidad ejerce como psicoterapeuta honorario en el Departamento de Psicología del Hospital St. Thomas en Londres, y para el Raphael Counselling Centre de Londres.

Indice

Prefacio	11
Capítulo 1: La Teoría General de la RET.....	13
Capítulo 2: La Práctica Básica de la RET.....	39
Capítulo 3: Ejemplo de un Caso de la Práctica Básica de la RET: El caso de Jane	71
Capítulo 4: Terapia Individual	83
Capítulo 5: Terapia de Pareja	107
Capítulo 6: Terapia de Familia.....	129
Capítulo 7: Terapia de Grupo	155
Capítulo 8: Encuentros Maratonianos Racional-Emotivos.....	181
Capítulo 9: La Aproximación Racional-Emotiva a la Terapia Sexual	193
Capítulo 10: La Utilización de la Hipnosis en la RET.....	209
Apéndice: Cómo Mantener y Aumentar sus Logros Terapéuticos Racional- Emotivos	219
Bibliografía:	229

PREFACIO

Se han publicado muchos libros excelentes sobre terapia racional-emotiva, incluidos algunos de los nuestros (Bard, 1980; Dryden, 1984c; Ellis, 1962, 1971a, 1973, 1985c; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Bernard, 1983, 1985; Ellis & Grieger, 1977, 1986; Ellis & Whiteley, 1979; Grieger & Byd, 1980; Grieger & Grieger, 1982; Lange & Jakubowski, 1976; Morris & Kanitz, 1975; Walen, DiGiuseppe, & Wessler, 1980; Wessler & Wessler, 1980). Sin embargo, ninguno de estos libros estudia de forma sistemática las principales aplicaciones clínicas de la RET, tales como su uso en terapia individual, grupal, parejas, familia e intensiva. Por lo tanto, todavía no existe ningún volumen que haga una revisión sistemática de la practica regular de la RET.

Nosotros hemos escrito artículos y capítulos que cubrían aspectos importantes de la práctica de la RET (Dryden, 1985b; Ellis, 1969, 1974a, 1982a, c, 1986a), pero algunos de ellos ya están anticuados y/o agotados. Por ello, en este libro hemos revisado y actualizado el material ya existente, añadiendo algunos capítulos sobre nuevas formulaciones de la RET. Nuestra intención ha sido publicar un volumen que presente un panorama claro de la práctica de la RET, para que pueda utilizarse con eficacia por cualquier terapeuta que desee emplear estas importantes modalidades clínicas.

Este libro cubre toda la RET. Algunos de los volúmenes citados incluyen aplicaciones de la terapia racional-emotiva que aquí serán mencionados brevemente. Y algunas de las aplicaciones psicoeducacionales —como su utilización en talleres, cursos, y entrenamientos intensivos en terapia racional-emotiva— se tratarán muy brevemente, ya que irán incluidos en un segundo volumen que tenemos intención de publicar. Sin embargo el profesional que desee utilizar la RET en su forma clínica más conocida la encontrará descrita en este libro con todo detalle. Mientras no aparezca este segundo volumen, esperamos que el que tiene en sus manos le sea de gran utilidad.

Albert Ellis, Ph. D.
Windy Dryden, Ph. D.

CAPITULO I

La teoría general de la RET

En este primer Capítulo presentamos la teoría general que está a la base de la práctica de la RET. Primero situaremos la RET en un contexto histórico y plantearemos algunas de sus principales influencias. Segundo, explicaremos los conceptos teóricos principales de la RET. Tercero, adelantaremos una extensa versión de la famosa estructura ABC de la RET. Cuarto, consideraremos la salud y la naturaleza de las alteraciones psicológicas desde la perspectiva de la RET. Quinto, elaboraremos este tema estudiando cómo se adquiere y mantiene una alteración psicológica desde el punto de vista de la RET. Finalmente haremos un esbozo de la teoría general de la RET sobre el cambio terapéutico.

EL DESARROLLO HISTORICO DE LA RET

Yo (AE) fundé la terapia racional-emotiva (RET) en 1955 cuando ejercía de psicólogo clínico en Nueva York, aunque había comenzado mi carrera en el terreno de la terapia a principios de los años 40. El resultado de las investigaciones que realicé por aquella época fue un amplio trabajo que se tituló: *W., Case for Sexual Liberty*, con el que gané una reputación en el tema de las relaciones sexuales y maritales. Mis amigos me consultaban sus problemas sexuales y de relación, y descubrí que podía ayudarles en muy poco tiempo. Decidí dedicarme a realizar un entrenamiento serio en psicología clínica después de descubrir que no existía ninguna oferta de entrenamiento formal para problemas sexuales y maritales. Después de conseguir el Doctorado en Psicología Clínica, opté por aprender psicoanálisis, ya que entonces me parecía la forma de psicoterapia más profunda y eficaz de las que exis-

tían. Estaba decidido a seguir este camino, porque mi experiencia como consejero informal en problemas sexuales y maritales me había enseñado que unas relaciones perturbadas en realidad son producto de personas perturbadas, «y que si la gente quiere que se le ayude a vivir feliz con los demás, lo primero que tendrían que aprender es cómo vivir en paz consigo mismos.» (Ellis, 1962; p. 3)

Al principio me gustaba trabajar de psicoanalista, en parte porque me permitía exteriorizar mis intereses en el terreno de la ayuda y solución de problemas. Sin embargo, el psicoanálisis poco a poco me fue decepcionando como forma de tratamiento efectiva y eficiente. A principios de la década de los 50 comencé a experimentar con diferentes formas de terapia, incluida la psicoterapia orientada psicoanalíticamente y la terapia analítica-ecléctica. Pero a pesar de que era más hábil con mis clientes, no estaba satisfecho de la eficacia de estos métodos. Durante este período de experimentación volví a dedicarme a mi mayor hobby que era leer filosofía, con el fin de que me ayudara a encontrar una forma de terapia eficaz y eficiente. Una de las principales influencias que recibí provino de los filósofos estoicos griegos y romanos (e.g., Epicteto, Marco Aurelio). Ellos apuntaban que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica —un punto de vista que no era popular en América en los años 50— y restaban importancia a los factores psicoanalíticos y psicodinámicos. En esencia, desde el punto de vista estoico, que mantenía que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas, se creó la RET, y esta perspectiva (siguiendo mis primeras formulaciones) es el núcleo de las aproximaciones cognitivo-conductuales de hoy en día a la psicoterapia.

Principales influencias filosóficas

Aparte del estoicismo, la RET actual tiene una deuda filosófica con respecto a otras corrientes que han influido en su desarrollo. Me han impactado tanto los escritos de Immanuel Kant sobre el poder (y limitaciones) de la cognición e idealización (Ellis, 1981b), como el trabajo de Spinoza y Schopenhauer. Los filósofos de la ciencia, como Popper (1959, 1963), Reichenbach (1953), y Russell (1965), me ayudaron a ver que todos los humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo. Y lo que es más, estos filósofos subrayan la importancia de comprobar la validez de tales hipótesis, en lugar de asumir que eran correctas necesariamente. La práctica de la RET es similar, en muchos aspectos, a los métodos lógico-empíricos de la ciencia (Ellis, 1962, 1979d). La RET también hace hincapié en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas (Ellis, 1983a).

Otro elemento importante ha sido la influencia de la filosofía cristiana, a pesar de que la RET está en desacuerdo con la devoción religiosa. La teoría del valor humano de la RET (que será discutida posteriormente) es similar al punto de vista cristiano de condenar el pecado pero perdonar al pecador (Ellis, 1983a; Hauck, 1972; Powell, 1976). Debido a esta creencia y a su prejuicio contra cualquier forma de valoración humana, la RET concuerda en muchos aspectos con la filosofía del humanismo ético (Russell, 1930, 1965), que niega el que los hombres sean dioses

o demonios. Además tiene sus raíces en la filosofía existencial de Heidegger (1949) y Tillich (1977), en cuanto que considera que los humanos están en el centro de su universo (pero no *del* universo) y tienen el poder de elegir (pero no un poder ilimitado) poniendo especial atención al campo de las emociones. De hecho, la RET tiene una marcada apariencia humanística existencial (Ellis, 1973).

También recibí la influencia, particularmente en los años 60, de la Semántica General (e.g., Korzybski, 1933). Estos teóricos subrayan el poderoso efecto que el lenguaje tiene en el pensamiento, y el hecho de que nuestros procesos emocionales son muy dependientes de la manera en que nosotros, como humanos, estructuramos nuestro pensamiento por medio del lenguaje que empleamos.

Principales influencias psicológicas

En la creación de la RET tuvieron influencia un gran número de psicólogos. Mi preparación como analista tuvo lugar en la Escuela Kaven Homey, y fue Homey (1950), con su concepto sobre «la tiranía de los deberías», quien primero influyó en mi énfasis sobre la primacía del pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas.

Los trabajos de Adler también tuvieron su importancia en el desarrollo de la RET en varios aspectos. «Adler (1927) fue el primer gran terapeuta que realmente estudió los sentimientos de inferioridad —y la RET también ha insistido en el tema de la auto-evaluación y la ansiedad que conlleva. De la misma forma que Adler y su Psicología individual, la RET se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas; y copia de Adler su interés en la utilización de una enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia humanística y holística, y el empleo de un tratamiento psicológico cognitivo-persuasivo». (Ellis, 1981b)

Aunque a la RET se le llamó al principio «Psicoterapia Racional», siempre utilizó métodos conductuales, así como técnicas cognitivas y emotivas en la práctica de la terapia. De hecho, yo empleé algunos de los métodos que provenían de los pioneros en terapia conductista (Dunlap, 1932; M.C. Jones, 1924; Watson y Rayner, 1920), en primer lugar para superar mis propios temores a hablar en público y aproximarme a las mujeres, y en segundo lugar en la terapia sexual de tipo activo-directivo que practiqué a principios de los 50. Este enfoque conductual activo-directivo continua siendo fundamental en la RET de hoy en día.

En sus 30 años de existencia la RET ha tenido varias modalidades terapéuticas (individual, en grupo, marital y familiar), ha sido practicada por distintos tipos de profesionales (e.g., psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales), con una gran variedad de clientes (e.g., adultos, niños, ancianos), que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. A parte de su utilización en psicoterapia y counseling, los principios racional-emotivos han sido aplicados a la educación, industria y comercio. Lo más reciente ha sido su aplicación a la educación pública en la forma de talleres intensivos de nueve horas. A este respecto, está jugando un papel muy importante en el campo de la psicología preventiva. La RET se practica en todo el mundo,

y existen «Institutos» de RET en los Estados Unidos, Italia, Alemania Occidental, Holanda, Australia, Inglaterra y México. Por lo tanto, es una forma de terapia cognitivo-conductual muy bien establecida.

PRINCIPALES CONCEPTOS TEORICOS

La RET está basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana, la RET se asienta en los siguientes conceptos teóricos:

Objetivos, propósitos y racionalidad

De acuerdo a la teoría de la RET, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social. Por tanto, una filosofía del propio interés, implica que una persona se coloca a sí misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenidos en cuenta. Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo *racional* en la teoría de la RET es «lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario lo irracional es lo que les frena» (Dryden, 1984 e; p. 238). Sin embargo, la racionalidad no puede definirse de forma absoluta, ya que es relativa por naturaleza.

Enfasis humanístico

La RET no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Es sobre todo racional y científica pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Es hedonista, pero combina el hedonismo a largo plazo y a corto plazo, de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Plantea la hipótesis de que probablemente no exista nada superhumano, ya que la creencia devota en lo superhumano favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano. Pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y de elegir en un momento dado, aunque también acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas (Bandura, 1977; Ellis, 1973, 1984 a).

La interacción de los procesos psicológicos y la cognición

Desde la creación de la RET se ha mantenido la idea de que hay una interacción en los procesos psicológicos humanos. Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente, esto ocurre particularmente en el campo de las alteraciones psicológicas. Recientemente, la RET ha insistido en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado como los hechos, o mejor dicho, la forma en que percibimos los hechos, interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas (Ellis, 1984 a). De todo esto hablaremos más extensamente en la sección titulada «El ABC de la RET: un Amplio Marco de Referencia.»

Una vez estudiado este punto de vista interaccional, es de destacar la importancia que tienen unas cogniciones correctas en los procesos psicológicos humanos, particularmente el rol que juegan esos pensamientos evaluativos en la salud y enfermedad psíquica. Una de las mayores contribuciones de la RET al campo de la terapia cognitivo-conductual es la distinción entre Creencias racionales e irracionales. Las Creencias Racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (i.e. no absoluto). Se expresan en la forma de «Me gustaría», «Quisiera», «No me gustaría», «Preferiría», «Desearía». Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (e.g., tristeza, preocupación, dolor, disgusto) se experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Estos sentimientos negativos (cuya fuerza está estrechamente relacionada con la importancia del deseo) son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos. Estas Creencias son «racionales» por dos aspectos: Primero, porque son relativas, y segundo porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos.

Por otro lado, las Creencias Irracionales se diferencian de las racionales en dos características: Primero, en que son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de «tengo que», «debo», «debería», «estoy obligado a», etc. Y segundo, en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (e.g., depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo). Las Creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las Creencias irracionales están a la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas (Ellis, 1982 b).

Dos tendencias biológicas básicas

Al contrario que otras teorías que acentúan el impacto de los acontecimientos vitales significativos en la aparición de una alteración psicológica, la RET afirma que la tendencia natural de las personas a pensar de forma irracional influye notablemente en tal alteración. Su teoría de que el pensamiento irracional está muy deter-

minado por factores biológicos (que interactúan siempre con las condiciones ambientales) se apoya en la evidencia de que todos los seres humanos tienen pensamientos retorcidos, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad (Ellis, 1976 a). Aunque yo (AE) he reconocido que hay una serie de influencias sociales que están actuando, también he podido comprobar que «...a pesar de haber recibido una educación muy racional, potencialmente todos los seres humanos podrían convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a (a) sí mismos, (b) a los demás, y (c) al mundo que les rodea» (Ellis, 1984 a, p.20).

A continuación presentaré lo que constituye una evidencia en favor de la hipótesis sobre la base biológica de la irracionalidad humana:

- 1) En potencia todos los humanos, incluidas las personas brillantes y competentes, demuestran tener los principales pensamientos irracionales.
- 2) Todos los pensamientos irracionales productores de trastornos (los absolutistas tengo que y debo) que se han descubierto en nuestra sociedad, también han sido encontrados en prácticamente todos los grupos sociales y culturales que se han estudiado en Historia o Antropología.
- 3) Muchas de las conductas irracionales que realizamos, como «el dejar para mañana lo que puedes hacer hoy» o la falta de autodisciplina, van en contra de las enseñanzas de nuestros padres, amigos y medios de comunicación.
- 4) Los humanos —incluso las personas inteligentes y brillantes— una vez abandonadas y superadas las irracionalidades, adoptan otras nuevas.
- 5) Las personas que se oponen con toda su fuerza a diversos tipos de conductas irracionales a menudo son presas de estas mismas irracionalidades. Los ateos y agnósticos predicán filosofías profundamente religiosas y los individuos profundamente religiosos actúan inmoralmente.
- 6) Caer en la cuenta de los pensamientos y conductas irracionales ayuda a cambiarlos sólo parcialmente. Por ejemplo, hay personas que saben que beber alcohol en grandes cantidades es dañino, pero el hecho de saberlo no les conduce necesariamente a abstenerse de beber.
- 7) Los humanos a menudo recaemos en hábitos y patrones de conducta irracionales, incluso aunque hayamos trabajado mucho para vencerlos.
- 8) Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de auto-destrucción que de autovaloración. De hecho, no suele haber problemas para comer más de la cuenta, pero sí para seguir una dieta sencilla.
- 9) Psicoterapeutas que debieran ser un buen modelo de racionalidad para sus pacientes, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional.
- 10) Las personas con frecuencia se autoengañan creyendo que algunas experiencias negativas (e.g., divorcio, stress, y otros infortunios) no les van a ocurrir (Ellis, 1976 a, 1979 d).

Sin embargo, la RET sostiene que los seres humanos tienen una segunda tendencia biológica básica, destinada a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional. Por eso, tienen (1) la habilidad de darse cuenta de que se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones, (2) la habilidad

de darse cuenta de que pueden cambiar su pensamiento, y lo que es más importante: (3) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento, mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales. Aunque para la RET los seres humanos tienen una tendencia biológica muy fuerte a pensar irracionalmente (y racionalmente), no existe ningún tipo de encadenamiento a sea tendencia, y pueden trascenderse sus efectos (aunque no completamente). En un análisis final, podemos comprobar que la imagen que tiene la RET de las personas es bastante optimista (Ellis, 1973; Ellis & Bernard, 1983, 1985).

Las dos perturbaciones humanas fundamentales

Si atendemos a la RET, todas las personas pueden hacer peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a otras personas y al mundo (Ellis, 1984 a). Sin embargo después de investigar más detenidamente estas peticiones podemos incluirlas en dos categorías principales de perturbaciones psicológicas: perturbaciones del yo y perturbaciones incómodas (Ellis, 1979 a, 1980 a).

En las alteraciones del yo una persona se hace peticiones a sí misma, a otros, y al mundo, y si esas peticiones no se satisfacen en un pasado, presente o futuro, la persona puede llegar a perturbarse condenando su «sí mismo». Como ya he demostrado, la autocondena incluye: (1) el proceso de dar una «reprimenda» negativa a mi «self», y (2) clasificar a mi «self» como malo o infravalorarlo (Dryden, 1984 b). La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica el negarse a dar una reprimenda al «self» (porque es una labor imposible, debido a la complejidad de la persona, y porque normalmente interfiere en la consecución de nuestras metas y propósitos), y reconocer nuestros fallos.

En las perturbaciones incómodas la persona de nuevo hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, pero se trata de ordenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Cuando estas peticiones no se satisfacen en el pasado, presente o futuro la persona se perturba. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuestros objetivos y una felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata.

Por lo tanto, y como ya demostraremos más tarde, para la RET la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano (Ellis, 1979d).

EL ABC DE LA RET: UN AMPLIO MARCO DE REFERENCIA

Cuando se creó la RET, yo (AE) utilicé una estructura muy sencilla a la hora de conceptualizar los problemas psicológicos de los clientes: el ABC (Ellis, 1962). En este esquema, «A» simboliza el acontecimiento desencadenante o Activador, «B»

representa lo que Cree* una persona de ese acontecimiento, y «C» denota las respuestas emocionales y comportamentales o las Consecuencias que derivan de esas creencias particulares en la «B». La principal ventaja del esquema ABC radicaba en su simplicidad. Sin embargo, esta simplicidad era también una desventaja cuando había que distinguir entre los tipos de actividad cognitiva (Wessler & Wessler, 1980). Es importante señalar que cada terapeuta racional-emotivo utiliza una versión distinta del ABC original (cf. Ellis, 1985c; Wessler & Wessler, 1980). Por lo tanto, no existe una forma absolutamente correcta de conceptualizar los problemas de los clientes conforme a un esquema tan general. Lo que presentamos a continuación es una versión de ese amplio marco de referencia denominado ABC.

Acontecimientos desencadenantes o activadores (A) de las consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales

La teoría RET de la personalidad y de las alteraciones de la personalidad comienza con los intentos de la gente de ver realizados sus objetivos, y enfrentarse a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores (A) que pueden ayudarles a conseguir esos objetivos o por el contrario obstaculizarlos. Los As que se encuentran, suelen ser acontecimientos presentes y corrientes o las propias conductas, pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero se hallan envueltos en recuerdos o pensamientos (conscientes o inconscientes) de experiencias pasadas. Los individuos están dispuestos a buscar y responder a estos As debido a (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas; (2) su historia constitucional; (3) su aprendizaje social e interpersonal; y (4) sus patrones de comportamiento innatos y adquiridos (Ellis, 1976 a, 1979 d, 1983 a).

Los As (acontecimientos Activadores) no existen en estado puro; casi siempre interactúan unos con otros e incluyen parte de B y C, además las personas ponen algo de sí mismas en los As (sus metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas).

Creencias (B) sobre los acontecimientos activadores

Según la teoría RET, las personas tienen innumerables Creencias (B) —cogniciones, pensamientos, o ideas— sobre sus acontecimientos Activadores (A); y estas Creencias ejercen una fuerte influencia en sus Consecuencias (C) cognitivas, emocionales y comportamentales. Aunque suele parecer que A es causa directa de C, ésto casi nunca es verdad, porque B sirve como mediador entre A y C, y por lo tanto B es causa o crea de forma más directa la C (Bard, 1980; Ellis, 1962; Goldfried & Davison, 1976; Grieger & Boyd, 1980; Wessler & Wessler, 1980). Todas las personas analizan los As desde su punto de vista; y juzgan o experimentan los As

* N. de la T. En inglés Belief, por eso se representa con una «B»

a la luz de estas Creencias sesgadas (expectativas, evaluaciones), así como a la luz de sus Consecuencias emocionales (C). Por esta razón, el ser humano nunca experimenta A sin B o C, pero tampoco experimenta B y C sin A.

Las Bes pueden tomar formas muy diferentes porque cada persona tiene cogniciones muy diferentes. Sin embargo, en la RET el interés se centra en las Creencias racionales (rB), responsables de las conductas de auto-ayuda, y en las Creencias irracionales (iB), que conducen a comportamientos de autodestrucción (y destrucción de la sociedad). A continuación expondremos una lista de las principales (pero no las únicas) Creencias (B):

Observaciones No evaluativas: Ejemplo: «(yo veo)... que el hombre camina». Tales observaciones no van más allá de los datos que disponemos. No son evaluativas porque no tienen ninguna relación con nuestros objetivos. Cuando tales observaciones tienen alguna implicación respecto a nuestros objetivos se convierten en evaluativas; por ejemplo, cuando el hombre que camina es mi padre que acaba de recuperarse de un accidente de coche. Los aspectos evaluativos de tales «observaciones evaluativas» a menudo son implícitas; por ejemplo, «(Me gusta que)... el hombre camine».

Inferencias No evaluativas. Ejemplo: «El hombre que camina se dirige a la oficina de correos.» A estas cogniciones se las denomina «inferencias» porque van más allá de los datos disponibles. Todo lo que se puede observar en este ejemplo es un hombre que camina en una cierta dirección. Aunque la dirección que ha tomado es la de la oficina de correos, él puede o puede que no «vaya a la oficina de correos». Como ocurre en el ejemplo, las inferencias son unas hipótesis que se extraen de nuestras observaciones, y pueden ser correctas o incorrectas. Estas inferencias no son evaluativas cuando no tienen relación con nuestros objetivos, y cuando sí la tienen, se convierten en evaluativas: por ejemplo, cuando el hombre que puede que se dirija a la oficina de correos nos va a traer un paquete de regalo de cumpleaños (si en realidad va a la oficina de correos). Los aspectos evaluativos de estas «inferencias evaluativas» son también implícitos —por ejemplo, «(es bueno que)...el hombre que camina se dirija a la oficina de correos—.

A la hora de hacer valoraciones es útil saber que las inferencias suelen ir encadenadas (Moore, 1983), y es importante encontrar la inferencia más relevante de la cadena, que es la que incluye las evaluaciones «de obligación» (i.e., hechos que son dogmáticos por naturaleza y aparecen en forma de «debo», «tengo que», «debería». «estoy obligado a», etc.). Por lo tanto, si un cliente manifiesta experimentar miedo a su mujer cuando se olvida de realizar la compra, la compra en sí misma puede que no sea el «acontecimiento» que dispara sus evaluaciones productoras de miedo. La cadena de inferencias nos pone de manifiesto lo siguiente: Mi mujer olvida realizar la compra -yo se lo voy a decir -ella me gritará -no podré ver tranquilamente el partido de fútbol que dan en la TV. Cualquiera de estas inferencias pueden hacer que se disparen las evaluaciones creadoras de miedo, y es importante implicar a los clientes todo lo que se pueda en los procesos de valoración. Esto se consigue

haciéndoles preguntas que les ayuden a tener una información fiable sobre las inferencias más relevantes de cada cadena.

Evaluaciones preferenciales positivas. Ejemplo: «Prefiero a la gente que me acepta» o «Me gusta la gente que me acepta»....(pero no tienen ninguna obligación de hacerlo). «Estas cogniciones se denominan «evaluaciones preferenciales positivas» porque: (1) son relativas (frases como «pero no tienen obligación de hacerlo» pocas veces se dicen pero van implícitas en las cogniciones); y (2) se refieren a lo que la persona evalúa como positivo: «la gente que me acepta». A menudo son clasificadas como «racionales» desde el punto de vista de la RET ya que ayudan y favorecen el que una persona consiga sus objetivos y propósitos básicos.

Imaginemos a un hombre que piensa lo siguiente: «Prefiero a la gente que me acepta», y ese hombre observa a un grupo de personas que se están riendo, e infiere que se están riendo *con* él. Basándose en la evaluación preferencial positiva: «Me gusta que me acepten» esta persona puede llegar a las siguientes conclusiones:

«(Yo supongo)... ellos piensan que soy gracioso.»

«(Yo supongo)... les gusto.»

«(Yo supongo)... el gustarles tiene ventajas.»

Todas estas cogniciones son inferencias positivas no absolutas ya que, (1) van más allá de los datos disponibles; (2) son importantes para el objetivo de la persona (porque consigue algo que para él tiene valor); y (3) no se mantienen con una convicción absoluta.

«Tengo buena capacidad para hacerles reír»

«Es agradable verles divertirse.»

Estas últimas cogniciones son evaluaciones no absolutas positivas, ya que este hombre está apreciando su habilidad de hacer reír y son satisfactorias de una forma positiva pero relativa.

Evaluaciones de Obligación positivas. Ejemplo: «La gente tiene que aceptarme». Estas cogniciones se denominan «evaluaciones de obligación positivas» porque son absolutas y dogmáticas y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo de forma devota. La teoría RET las suele clasificar como «irracionales» ya que inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos.

Vamos a suponer de nuevo que un grupo de gente se está riendo con un hombre y que a él le gusta. Si se basa en sus evaluaciones de obligación positivas este hombre pudo concluir lo siguiente —los errores de pensamiento van categorizados entre paréntesis—:

«¡Soy una gran persona!» (Sobregeneralización)

«¡Mi vida será completamente feliz!» (Sobregeneralización)

«¡Merezco que me sucedan solamente cosas

maravillosas!» (Exigencia y deificación)

Estas evaluaciones son todas absolutas y positivas. Las evaluaciones del «yo» y el mundo son positivas y totalmente exageradas.

«Estoy seguro de que siempre les gustaré» (ilusiones de seguridad)

«Estoy convencido de que siempre les haré felices.» (ilusiones de seguridad)

Estas últimas frases son inferencias absolutas positivas ya que (1) van más allá de los datos disponibles; (2) son relevantes para conseguir los objetivos; y (3) se mantienen con una convicción absoluta.

Evaluaciones Preferenciales Negativas. Ejemplo: «Prefiero a la gente que no me rechaza...» o «No me gusta la gente que me rechaza... (pero no hay razón por la que no tengan que rechazarme)». A estas cogniciones se las denomina «evaluaciones preferenciales negativas» porque, una vez más, (1) son relativas, no absolutas (frases como «pero no hay razón por la que no tengan que ...» raramente se verbalizan pero están implícitas en tales Creencias); y (2) se refieren a lo que la persona considera como negativo: «la gente que me rechaza». También se consideran «racionales» por la RET ya que ayudan y favorecen el que una persona consiga sus objetivos y propósitos básicos.

Ahora vamos a suponer que un hombre que mantiene la Creencia «Prefiero a la gente que no me rechaza», observa a un grupo de gente que se ríe, pero infiere que se están riendo *de él*. Basándose en las evaluaciones preferentes negativas, este hombre puede llegar a las siguientes conclusiones:

«(yo supongo)... creen que soy estúpido.»

«(yo supongo)... no les gusto.»

«(yo supongo)... el no gustarles tiene desventajas.»

Estas inferencias son no absolutas y negativas, ya que (1) van más allá de los datos disponibles; (2) son relevantes para conseguir los objetivos (está obteniendo algo que no le gusta); y (3) no se mantienen con una convicción absoluta.

Más tarde este hombre puede concluir:

«¡Qué mala suerte que se rían de mí!»

«Sería bastante desagradable que me trataran así.»

Ambas son evaluaciones no absolutas negativas. Las evaluaciones de su «situación» y «de cómo le tratan» son negativas y no absolutistas.

Evaluaciones de obligación negativas. Ejemplo: «La gente no tiene que rechazarme.» A tales cogniciones se las denomina «evaluaciones de obligación negativas» porque (1) son absolutas y dogmáticas y (2) se refieren a lo que la persona considera como negativo de una forma devota. Además son ejemplos de Creencias «irracionales» ya que tienden a impedir la consecución de las metas y propósitos básicos de una persona.

Si de nuevo suponemos que un grupo de personas se ríe de un hombre y supuestamente le rechazan, este hombre puede llegar a las siguientes conclusiones basadas en las evaluaciones de obligación negativas —de nuevo, las categorías de errores de pensamiento se citan entre paréntesis—:

«¡Soy una persona despreciable e incompetente!» (sobregeneralización)

«¡Mi vida será una absoluta miseria!» (sobregeneralización, tremendismo)

«¡El mundo es un lugar totalmente espantoso!»
(sobregeneralización, tremendismo)

«¡Merezco que me sucedan sólo cosas malas!» (exigencia y autocondena)

«¡Esto es espantoso, horrible, y terrible!» (tremendismo, catastrofismo)

«¡No puedo soportarlo!» (No-soportantitis)

Estos son ejemplos de evaluaciones absolutas negativas. Las personas y las cosas son valoradas de forma negativa y totalmente exagerada.

«Siempre actúo de forma incompetente y tengo a las personas significativas en mi contra.» (sobregeneralización)

«Saben que no soy bueno y siempre seré un incompetente.»

(non sequitur, salto a las conclusiones, lectura de pensamiento)

«Seguirán riéndose de mí y siempre me despreciarán.»

(non sequitur, salto a las conclusiones, predicción del futuro)

«Me desprecian y no ven nada bueno en mí.»

(fijar la atención en lo negativo, sobregeneralización)

«Cuando nos reímos todos juntos y me ven de buena manera es porque están de buen humor y no ven que les estoy engañando.»

(descalificación de lo positivo, non sequitur, estafa)

«El que se rían de mí y no les guste supondrá que voy a perder mi empleo y a todos mis amigos.» (catastrofismo, exageración)

«Se ríen de alguna tontería que he hecho y no hay ninguna otra razón por la que puedan reírse.» (personalización, non sequitur, sobregeneralización)

Estas siete frases son ejemplos de inferencias absolutas negativas porque (1) van más allá de los datos que se tienen; (2) tienden a sabotear los objetivos personales; y (3) se mantienen con una convicción absoluta.

Consecuencia (C) de los acontecimientos activadores (A) y de las creencias (B) sobre esos acontecimientos

La C (Consecuencias cognitivas, afectivas y comportamentales) se sigue de la interacción entre A y B. Utilizando una fórmula matemática, podemos decir que $A \times B = C$, pero esta fórmula es demasiado simple y se requiere una más compleja para expresar la relación adecuadamente. C está casi siempre influida y afectada pero no exactamente «causada» por A, porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Y lo que es más, cuando A tiene mucho poder (e.g., unas condiciones de vida miserables, o un terremoto) tiende a afectar profundamente a C.

Cuando C consiste en una alteración emocional (e.g., sentimientos severos de ansiedad, depresión, hostilidad, autodesprecio, y autocompasión), la causante más directa suele ser B (aunque no siempre). Sin embargo, hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de una A muy poderosa, por ejemplo de desastres ambientales, como guerras o inundaciones; y también de factores del organismo —por ejemplo, factores de enfermedad u hormonales— que son independientes y pueden «causar» de hecho las Consecuencias (C).

Cuando varias As fuertes y poco frecuentes «causan» o contribuyen de forma significativa a las Ces, o cuando factores fisiológicos «crean» C, suelen ir acompañados por B también. De este modo, si unas personas están atrapadas en un terremoto o si experimentan cambios hormonales importantes y «por lo tanto» se sienten deprimidas, probablemente sus As y sus procesos fisiológicos les estarán influyendo para crear Pensamientos irracionales (iB), como: «¡Este terremoto no debiera haber ocurrido!» «¡Es espantoso!» «¡No puedo soportarlo!». Cada uno de estos Bes ayudan a crear los sentimientos de depresión en C.

Las Ces suelen consistir en sentimientos o conductas, pero también puede tratarse de pensamientos como es el caso de los obsesivos. Las Ces (Consecuencias) que siguen de A y B nunca son virtualmente puras sino que incluyen e interactúan inevitablemente con A y B. De esta forma, si A es un hecho muy malo (e.g., una negativa de empleo) y B es, en primer lugar, una Creencia racional (e.g., «¡Espero que no me rechacen al solicitar este trabajo!») pero, en segundo lugar, una Creencia irracional (e.g., «¡Tengo que conseguir este trabajo! ¡No seré bueno si no lo logro!») C tiende a ser, primero, sentimientos sanos de frustración y desilusión y, segundo sentimientos no sanos de ansiedad severa, inadecuación y depresión.

Por lo tanto es cierto que $A \times B = C$, pero cada persona lleva sus sentimientos (también sus esperanzas, metas y propósitos) a A. Nadie debiera permanecer en un trabajo que no desea o que no le da un valor positivo o por lo menos que le guste algún aspecto de él. Esto significa que A en parte incluye su B y C ya que desde el principio los tres están relacionados.

Al mismo tiempo, las Creencias (B) en parte están relacionadas e incluyen A y C. De este modo, si alguien se dice a sí mismo en B: «Quiero conseguir un buen trabajo,» está creando en parte un acontecimiento Activador en A (ir a una entrevista para ese trabajo), y crea en parte sus Consecuencias emocionales y conductuales en C (sentirse decepcionado cuando le rechazan). Si no hubiera evaluado ese trabajo como positivo, no hubiera intentado conseguirlo, ni hubiera tenido ningún sentimiento al haber sido rechazado.

A, B y C están intrínsecamente relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra.

LA NATURALEZA DE LA SALUD Y LAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS

Alteraciones psicológicas

La teoría racional-emotiva afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Como ya hemos explicado, estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como: «debo», «debiera», «tengo que», «es mi obligación». Nosotros mantenemos la hipótesis de que estas cogniciones absolutistas son el alma de una filosofía religiosa que es el rasgo principal de la alteración emocional y conductual humana

(cf., Ellis, 1983 a). Estas Creencias son consideradas como irracionales por la teoría RET, porque suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes. Un «debo» de carácter absoluto no tiene porque conducir necesariamente a una alteración psicológica. Es posible que una persona que crea devotamente «yo debo tener éxito en todos mis proyectos importantes», tenga confianza en que él o ella vaya a tener éxito en este aspecto, y realmente lo consiga; con lo cual no experimenta una alteración psicológica. Sin embargo, la persona es vulnerable en este aspecto porque siempre existe la posibilidad de que él o ella pueda tener un fallo en el futuro. Hablando en términos de probabilidades, la teoría RET afirma que una filosofía absolutista normalmente conduce a una alteración, pero no dice que siempre ocurra así. Por eso, la RET adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana.

La teoría RET continúa diciendo que si las personas se adhieren a una filosofía de «obligaciones» tenderán a llegar a unas conclusiones irracionales derivadas de estos «debo y tengo que». Estas derivaciones se clasifican como irracionales porque también sabotean los propósitos y metas básicas de una persona.

La primera derivación importante se la conoce como «*tremendismo*». Esto ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más del 100%, una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la Creencia: «Esto no puede ser tan malo como parece».

La segunda derivación importante se la conoce como «*no soportantitis*». Significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca, y bajo ningún tipo de condiciones, en el caso de que un acontecimiento que no «debe» pasar, ocurre realmente o amenaza con ocurrir.

La tercera derivación importante, se la llama «*condena*», representa la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como «subhumano» o «inservible» si él u otro hace algo que no «debe» hacer o no hace algo que «debiera» hacer. La «condena» puede aplicarse también al mundo o a unas condiciones de vida que se consideran «miserables» por no dar a la persona lo que él o ella merece.

Aunque la RET sostiene que el «*tremendismo*», «*no-soportantitis*» y la «*condena*» son procesos irracionales secundarios, en el sentido de que se derivan de una filosofía de «obligaciones», estos procesos pueden ser primarios en ocasiones (Ellis, 1984 a). De hecho, Wessler (1984) ha manifestado que más bien son procesos primarios y que los «debo y tengo que» se derivan de ellos. Sin embargo, la filosofía de «obligaciones», por un lado, y los «*tremendismo*», «*no-soportantitis*» y «*condena*», por otro lado, son procesos interdependientes y eslabones 'diferentes' en la misma cadena «cognitiva».

La RET ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados (Ellis, 1984 a, 1985 c). En este sentido, la RET se muestra de acuerdo con los terapeutas cognitivos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Bums, 1980) en que tales distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica. Sin embargo, para la teoría RET, tales distorsiones casi siempre proceden de los «debos y tengo que». Algunas de las más frecuentes son:

1. *Todo Nada*: «Si fracaso en algún hecho importante, como no *debo*, ¡Soy un fracaso *total* y *completamente* indeseable!»
2. *Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos*: «Desde el momento en que los demás me han visto fallar, como no *debiera* haberlo hecho, ya me ven como un estúpido incompetente.»
3. *Adivinar el futuro*: «Se están riendo de mi porque he fracasado, y saben que *debiera* haber tenido éxito, me despreciarán para siempre.»
4. *Fijar la atención en lo negativo*: «Como no *puedo soportar* que las cosas me vayan mal, y no *deben*irme mal, ya no veo nada bueno en mi vida.»
5. *Descalificar lo positivo*: «Cuando me felicitan por las cosas buenas que he hecho, lo único que hacen es ser amables conmigo y olvidar las estupideces que no *debiera* haber hecho.»
6. *Siempre y Nunca*: «Como mis condiciones de vida tienen que ser buenas y en realidad son malas e intolerables, *siempre* serán así, y yo *nunca* seré feliz.»
7. *Minimización*: «Mis aciertos en este juego son pura casualidad y no son importantes. Pero mis errores, que nunca *debiera* haber cometido, son un total desastre e inolvidables.»
8. *Razonamiento emocional*: «Como mi comportamiento ha sido tan pobre, y no *debiera* haberlo hecho, ¡me siento como un total incompetente, y mi sentimiento tan fuerte prueba que no *soy* bueno!»
9. *Etiquetar y sobregeneralizar*: «Como no *debo* fallar en un trabajo importante y lo he hecho, ¡soy un perdedor y un completo fracaso.!»
10. *Personalizar*: «Como estoy actuando peor de lo que *debiera* y ellos se están riendo, estoy seguro de que se están riendo de mi, ¡y eso es horrible!»
11. *Estafa (Phonyism)*: «Cuando no hago las cosas tan bien como *debiera* y los demás todavía me aceptan y me premian, ¡lo que soy es un estafador y pronto me daré de narices y les demostraré lo despreciable que soy en realidad!»
12. *Perfeccionismo*: «Me doy cuenta de que lo he hecho bastante bien, pero *debiera* haberlo hecho perfecto y por lo tanto ¡soy un incompetente!»

Aunque los clínicos de la RET pueden encontrar todas las distorsiones que se han nombrado —y otras que son menos frecuentes— ellos se centran especialmente en los incondicionales «*debiera*», «*tengo que*» y «*debo*», que parecen constituir el centro de las Creencias irracionales que conducen a una persona a la alteración emocional. Estos clínicos mantienen la idea de que si no ayudan a los clientes a abandonar estas Creencias centrales probablemente continuarán teniéndolas y crearán otras nuevas, derivadas de las primeras.

Los terapeutas RET buscan los «tremendismos» «no-soportantitis» y «condena» y muestran a sus clientes cómo éstos se derivan de sus «imposiciones», y que pueden superarse si abandonan sus peticiones absolutistas hacia si mismos, hacia otros, o al universo. Al mismo tiempo, los terapeutas racional-emotivos suelen animar a sus clientes a que tengan deseos y preferencias fuertes y persistentes, y a evitar sentimientos de abandono, separación, y falta de implicación (Ellis, 1972 a, 1973, 1984 a).

Más importante aún, es que la RET sostiene que las Creencias irracionales e ilógicas no crean, *en sí mismas* la alteración emocional, ¿por qué? Porque es bastante posible para alguien creer de una forma irrealista: «Como suelo fracasar, siempre que hago algo, es un fracaso», y también es posible creer lógicamente: «Como he fallado muchas veces, en adelante siempre fracasaré». Pero se puede concluir de forma racional en ambos ejemplos: «¡Que tontería! incluso en el caso de que siempre fracase, no hay ninguna razón por la que *deba* tener éxito. *Preferiría* tener éxito, pero *no tengo* por qué hacerlo bien. Así que me las arreglaré para ser tan feliz como pueda incluso *con* mis constantes fracasos». En este caso es muy raro que una persona se altere emocionalmente.

Hemos de recalcar una vez más que la esencia de las alteraciones emocionales, de acuerdo con la RET, consiste en los absolutistas «debo» y «no debo» que las personas achacan *a* su fracaso, *a* su rechazo, *al* trato tan pobre que reciben de sus semejantes, y *a* sus frustraciones en la vida. Por ello, la RET difiere de otras terapias cognitivo-conductuales —como las de Bandura (1969, 1977), Beck (1967, 1976), Goldfried y Davison (1976), Janis (1983), A. Lazarus (1981), Mahoney (1977), Maultsby (1984) y Meichenbaum (1977)— en poner especial acento en que los terapeutas busquen las «imposiciones» dogmáticas e incondicionales de los clientes, diferenciándolas de sus preferencias, y enseñándoles cómo desterrar el pasado y quedarse con el presente. (Bard, 1980; Ellis, 1962, 1984 a, 1985 c; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975; Grieger & Boyd, 1980; Grieger & Grieger, 1982; Phadke, 1982; Walen, DiGiuseppe & Wessler, 1980; Wessler & Wessler, 1980).

Salud psicológica

Si suponemos que en el fondo de muchas alteraciones psicológicas yace una filosofía de necesidades perturbadoras, entonces ¿qué filosofía es característica de la salud psicológica?. Para la teoría RET, el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es una filosofía de relativismo o del «deseo». Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, etc., pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones probablemente estas personas no adquirirán una alteración psicológica. Sin embargo una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas (e.g., tristeza, desilusión, dolor, fastidio) cuando no ve cumplidos sus deseos. Se considera que estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen los obstáculos para conseguir sus metas, y también les ayudan a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

La teoría racional-emotiva postula tres derivaciones principales de la filosofía del deseo. Se las considera racionales porque ayudan a que las personas alcancen sus metas, o crean metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse.

La primera derivación importante, conocida como «*evaluar o analizar lo negativo*», es la alternativa racional al «tremendismo». En este caso, si una persona no consigue lo que quiere, reconoce que eso es malo. Pero, como no piensa: «tengo

que conseguir lo que quiero», esta persona colocaría el resultado de su evaluación en un punto del continuo de mal que va de 0 a 100% y no clasifica esta situación como horrible, una valoración más bien mágica que se situaría en el 101%, en un continuo que podría llegar al infinito. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuanto más fuerte es su deseo, mayor será su desilusión si no consigue lo que quiere.

La segunda derivación importante se la conoce como «*tolerancia*» y es la alternativa racional a la «no-soportantitis». La persona (1) reconoce que ha sucedido (o que puede suceder) un acontecimiento no deseable; (2) cree que estaba dentro de lo posible el que esto pasara, como así ha sido; (3) sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal; (4) procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la «cruda» realidad si no se la puede modificar, y (5) empieza a perseguir activamente otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación.

La tercera derivación importante, se la llama «*aceptación*», y es la alternativa racional a la «condena». La persona acepta que ella misma y los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones y son demasiado complejos como para poderlos clasificar. Además, se aceptan las condiciones de vida tal y como son. La gente que sigue una filosofía de aceptación reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a unas leyes que a menudo se escapan al control de las personas. Es importante aclarar que la aceptación no implica resignación. Para la filosofía racional de la aceptación, una persona asume que todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre. Esto incita a la persona a que haga intentos activos por cambiar la realidad, ya que el que se resigna a una situación no suele intentar modificarla.

La teoría RET describe 13 criterios de salud psicológica:

1. *Interés en sí mismo*: Las personas sensatas y sanas emocionalmente suelen interesarse en primer lugar por sí mismas, y colocan sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás. Se sacrifican hasta cierto punto por aquellos a quienes quieren, pero sin que esto les anule.

2. *Interés social*: El interés social es racional y positivo, porque la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad y grupo social; si no actúan moralmente, protegen los derechos de los demás, y favorecen la vida en sociedad, es poco probable que lleguen a crear esa clase de mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.

3. *Autodirección*: La gente sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.

4. *Alta tolerancia a la frustración*: Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Se abstienen de condenarse o de condenar a otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo, incluso aunque les desagrade mucho su propia conducta o la de los demás. Las personas que no se atormentan por un fuerte *distress* emocional, siguen la línea de St. Francis y Reinhold Niebuhr, cambiando las condiciones adversas que sean suscep-

tibles de modificarse, y aceptando las que no pueden cambiarse, y teniendo la sabiduría de diferenciar las dos cosas.

5. *Flexibilidad*: La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio, pluralista y no fanática cuando emite opiniones sobre los otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás.

6. *Aceptación de la incertidumbre*: Los hombres y mujeres sanos aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá. Se han dado cuenta de que vivir en este mundo de incertidumbre y probabilidades no es horrible, y a menudo resulta fascinante. Les gusta que haya un orden pero no exigen saber con exactitud lo que les deparará el futuro, y qué les puede llegar a suceder.

7. *Comprometerse en ocupaciones creativas*: Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio el implicarse de forma vital en algo fuera de sí mismos, y a poder ser tener al menos algún interés creativo. En ciertos individuos este interés es de tipo humanitario, y lo consideran tan importante, que organizan a su alrededor buena parte de sus vidas.

8. *Pensamiento científico*: Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que los que tienen alguna alteración. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también regulan sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleven a conseguir metas a corto o largo plazo.

9. *Autoaceptación*: Las personas sanas se alegran de estar vivas y se aceptan a sí mismas simplemente por el hecho de vivir y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la idea de medir lo que valen por sus logros externos o por lo que los demás piensan. Han elegido aceptarse a sí mismas incondicionalmente, e intentar no evaluarse. Prefieren divertirse más que ponerse a prueba.

10. *Arriesgarse*: La gente sana emocionalmente tiende a arriesgarse e intentar hacer lo que pretenden, incluso cuando hay muchas probabilidades de que fracasen. Son aventureros pero no temerarios.

11. *Hedonismo de larga duración*: Las personas bien adaptadas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no suelen sacrificar el mañana por el bienestar pasajero de un momento. Son hedonistas, ésto significa que buscan la felicidad y evitan el dolor, pero tienen asumido que no van a vivir eternamente y que es mejor pensar a la vez en el hoy y en el mañana, sin obsesionarse con las gratificaciones inmediatas.

12. *Antiutopía*: La gente sana acepta el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por alcanzar el placer, felicidad y perfección totales, o la total falta de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.

13. *La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales*: Los individuos sanos aceptan la gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus conductas, pensamientos y sentimientos autodestructores.

Distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas

La teoría racional-emotiva explica que las personas pueden tener Creencias racionales e irracionales al mismo tiempo. Los deseos pueden convertirse en exigencias con mucha facilidad. De este modo, yo puedo creer racionalmente: «quiero que me ames» y simultáneamente, creer que: «como quiero que me ames, tu debes amarme». Es importante que los terapeutas sean capaces de discriminar entre las Creencias racionales e irracionales de sus clientes. Una vez hecha esa discriminación es más fácil distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Las emociones negativas apropiadas van asociadas con las Creencias racionales, y las inapropiadas con las Creencias irracionales. A continuación, haremos una lista de las emociones negativas apropiadas:

1. *Inquietud vs. ansiedad.* La inquietud es una emoción asociada con la Creencia: «espero que esto no suceda, y sería mala suerte el que sucediera», mientras que la ansiedad aparece cuando la persona cree: «esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera.»
2. *Tristeza vs. depresión.* Se considera que aparece la tristeza cuando una persona cree: «he tenido muy mala suerte por haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que esto no debiera haber pasado.» Por otro lado, la depresión se asocia con la Creencia: «no debiera haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así.» Cuando la persona se siente responsable de la pérdida, él o ella tienden a condenarse: «No soy bueno», mientras que si la pérdida se encuentra fuera del control de la persona, él o ella tienden a condenar las condiciones de vida o al mundo: «Es terrible». Como ya hemos explicado, la teoría RET mantiene que lo que lleva a la persona a pensar que nunca conseguirá lo que quiere es la filosofía de necesidades perturbadoras implícita en tales evaluaciones; esto es una inferencia que produce sentimientos de desesperanza. Ejemplo: «Como yo siempre tengo que conseguir las cosas que quiero y esta vez no ha sido así, nunca lo conseguiré. ¡Es desesperante!»
3. *Dolor vs. culpabilidad.* Los sentimientos de tristeza o dolor se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo en público o privado pero se acepta a sí misma como un ser humano que puede cometer fallos. La persona se siente mal por su acto pero no por sí misma porque piensa: «Prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, ¡Mala suerte!» Se producen sentimientos de culpabilidad cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa y corrupta por haber actuado mal. En este caso la persona se siente mal, tanto por su acto, como por ella misma, y piensa: «No debo hacer las cosas mal y si eso ocurre, es horrible y ¡yo soy un malvado!»
4. *Desilusión vs. vergüenza/apuro.* Una persona siente desilusión cuando se comporta «de forma estúpida» en público, reconoce su acto estúpido, pero se acepta a sí misma. La persona se siente desilusionada por su comportamiento pero no consigo misma porque prefiere, pero no se obliga a compor-

tarse bien. Se siente vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado «de forma estúpida» en público y se condena por algo que no debiera haber hecho. Las personas que sienten apuro y vergüenza suelen predecir que su audiencia les va a juzgar negativamente, y en este caso suelen mostrarse de acuerdo con estos prejuicios. A menudo creen que necesitan de la total aprobación de los demás. Se puede distinguir la vergüenza del apuro, porque en la vergüenza al público se le valora como más serio. Sin embargo, ambas emociones incluyen la auto-denigración.

5. *Disgusto vs. ira.* Se siente disgusto cuando esta persona no tiene en cuenta una norma de vida de un individuo. A la persona que se disgusta no le agrada lo que el otro ha hecho, pero no le condena por ello. Esta persona piensa: «No me gusta lo que él o ella ha hecho, y desearía que no hubiera ocurrido, pero no quiere decir que él o ella no pueda romper mis normas». Sin embargo, en la ira, la persona cree que el otro no debe de ninguna manera romper sus normas y le condena si lo hace.

Debo aclarar que los terapeutas racional-emotivos no intentan sustituir las emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas en la terapia, hasta que no creen saber las Consecuencias del pensamiento racional.

ADQUISICION Y PERPETUACION DE LA ALTERACION PSICOLOGICA

La RET todavía no ha elaborado una teoría respecto a la adquisición de las alteraciones psicológicas. Se parte de la hipótesis de que los seres humanos tienen una tendencia innata a pensar y actuar irracionalmente, pero las teorías de la adquisición no sugieren necesariamente intervenciones terapéuticas. La RET sostiene que la tendencia humana a pensar irracionalmente tiene raíces biológicas, pero también reconoce que las variables ambientales contribuyen a la alteración psicológica y a que la gente haga peticiones basadas en lo biológico (Ellis, 1976 a, 1979 d). Como ya he dicho: «Los padres y la cultura enseñan a los niños en *qué* supersticiones, tabúes y prejuicios deben creer, pero no son ellos quienes originan su tendencia a la superstición, ritualismo y fanatismo» (Ellis, 1984 b, p. 209).

La teoría racional-emotiva también afirma que las perturbaciones varían de unos individuos a otros. Algunas personas que se han criado con padres sobreprotectores faltos de cariño salen relativamente ilesas de la situación, mientras que otra sufren daños emocionales a pesar de haber vivido en ambientes más «saludables» (Wemer & Smith, 1982). En esta línea, la RET explica que «individuos con aberraciones serias están innatamente más predispuestos a tener una mentalidad rígida y cerrada, que los que tienen menos aberraciones, y en consecuencia avanzan menos» (Ellis, 1984 b, p. 223). Por lo tanto, la teoría RET sobre la adquisición de alteraciones puede resumirse diciendo que como seres humanos no sufrimos una perturbación simplemente por nuestras experiencias; sino que más bien llevamos nuestra habilidad de perturbación a nuestras experiencias.

Aunque la teoría racional-emotiva no tiene una explicación muy elaborada sobre la adquisición de la perturbación psicológica, se detiene más a la hora de explicar cómo se mantiene tal perturbación. Primero, los individuos tienden a mantener sus problemas psicológicos por sus propias teorías «ingenuas» sobre la naturaleza de estos problemas y a qué pueden atribuirse. Carecen de lo que la RET denomina «RET Insight n.º 1»: en el que la perturbación psicológica está principalmente determinada por las Creencias absolutistas que posee la gente sobre acontecimientos vitales negativos (B determina C). Y lo que es más, consideran que estas situaciones causan sus perturbaciones (A causa C). Desde el momento en que una persona plantea una hipótesis incorrecta sobre los principales determinantes de sus problemas, tratará de cambiar A en lugar de B. Segundo, la gente puede haber llegado al Insight n.º 1, pero carece del «RET Insight n.º 2»: las personas se mantienen perturbadas redocrinándose *en el presente* con sus Creencias absolutistas. Al no darse cuenta de que sus problemas están determinados por sus Creencias, se distraen y perpetúan sus problemas buscando los antecedentes históricos de estas Creencias, en lugar de preocuparse por cambiarlos. Tercero, la gente puede tener los Insights n.º 1 y 2, pero seguir manteniendo la perturbación porque carecen del «RET Insight n.º 3»: en el que sólo la gente que trabaja diligentemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir, y actuar en contra de sus Creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas y hacer que disminuyan significativamente sus perturbaciones. Las personas que tienen claros estos tres insights, podrán desafiar persistentemente y con fuerza a sus Creencias, en el plano cognitivo, emotivo y comportamental, con el fin de romper el círculo que mantiene la perturbación. El mero reconocimiento de que una Creencia es irracional suele ser insuficiente para producir el cambio (Ellis, 1979 d).

La RET sostiene que la principal razón por la que la gente perpetúa sus problemas psicológicos es porque se adhieren a *filosofía de baja tolerancia a la frustración* (LET) (Ellis, 1979 a, 1980 a). Tales personas creen que *deben* estar cómodas y por ello no trabajan para producir el cambio porque ese trabajo significa experimentar incomodidad. Son hedonistas de corta duración porque están motivados para evitar la incomodidad a corto plazo, incluso aunque tengan que trabajar en contra de unos sentimientos que aunque incómodos, son temporales y probablemente les ayudarían a conseguir sus metas a largo plazo. Estas personas etiquetan el trabajo terapéutico cognitivo y conductual como «demasiado doloroso», incluso más doloroso que la perturbación psicológica a la que de alguna forma ya se han habituado. Prefieren permanecer con su «cómoda» incomodidad más que enfrentarse a la incomodidad del «cambio-descrito» que creen no tener que experimentar. Maultsby (1975) explica que a menudo la gente se echa para atrás porque tienen miedo de no sentirse bien con el cambio. El denomina a ésto «el miedo neurótico de sentirse un estafador», y muestra a los clientes cómo estos sentimientos de incomodidad son concomitantes naturales del aprendizaje. Otra manifestación importante de LET es la «ansiedad de la ansiedad». Aquí, los individuos piensan que no deben estar ansiosos y por lo tanto no exponerse a situaciones provocadoras-de-ansiedad porque podrían sentirse ansiosos si lo hicieran —una experiencia que cali-

ficarían como «horrible»—. En consecuencia, perpetúan sus problemas y restringen demasiado sus vidas por evitar experimentar ansiedad.

La «Ansiedad de la ansiedad» constituye un ejemplo del aspecto clínico de sentirse *perturbado por sus perturbaciones*. Estas personas han creado unas perturbaciones secundarias (y a veces terciarias) a partir de su perturbación original. Se preocupan con estos «problemas de problemas» y terminan encontrando muy difícil el volver sobre el problema original para intentar resolverlo. Los humanos a menudo son muy inventivos en este aspecto, y pueden sentirse deprimidos por su depresión, culpables por estar enfadados (así como ansiosos por su ansiedad), etc. En consecuencia, las personas suelen preferir agarrarse a sus perturbaciones por sus perturbaciones antes que resolver con éxito los problemas de origen (Ellis, 1979 a, 1980 a).

La teoría RET respalda la visión freudiana sobre las defensas humanas cuando explica cómo la gente perpetúa sus problemas psicológicos (Freud, 1937). Las personas mantienen sus problemas utilizando varios mecanismos de defensa (e.g. racionalización, evitación) cuya función es ayudar a negar la existencia de estos problemas o minimizar su severidad. La RET afirma que estas defensas se usan para preservar las tendencias de auto-condena, y bajo estas circunstancias, las personas se denigrarían a sí mismas por tener unos problemas en el caso de que honestamente tomaran la responsabilidad de ellos. Además, estos mecanismos de defensa se emplean también para salvaguardar la ansiedad incómoda siempre que estas personas califiquen sus problemas como «demasiado duros para poder soportarlos» o «demasiado difíciles de superar».

Yo (AE) he podido constatar que algunas veces las personas experimentan una especie de redención consciente por sus problemas psicológicos, más que una evitación de la incomodidad (Ellis, 1979 d). La existencia de estas redenciones sirve para perpetuar los problemas. Así, una mujer que declara querer superar su procrastinación puede evitar atajar el problema porque tiene miedo de que al superarlo se la critique como «demasiado masculina», una situación que ella evaluaría como «horrible». Su procrastinación le sirve para protegerse (en su mente) de esa «terrible» situación. Yo (WD) he podido constatar que «los terapeutas racional-emotivos recalcan la naturaleza fenomenológica de estas redenciones, i.e., es la visión que tiene la persona de la redención lo que importa a la hora de determinar su impacto, no los acontecimientos descritos por el individuo» (Dryden, 1984 c, p. 244)

Finalmente, el tan estudiado fenómeno de «la profecía de autocumplimiento» nos ayuda a explicar por qué la gente perpetúa sus problemas psicológicos (Jones, 1977; Wachtel, 1977). Los individuos actúan de acuerdo a sus evaluaciones y predicciones, de este modo elicitán respuestas desde ellos mismos o desde otros, que más tarde interpretan de tal forma que confirma su hipótesis inicial. Por ejemplo, un hombre con ansiedad social puede creer que otras personas no desean llegar a conocer a «un individuo con tan poco valor como yo». Cuando se encuentra en una situación social actúa como si no tuviera ningún valor, evitando el contacto ocular y manteniéndose alejado de los demás. Como podemos suponer, esta conducta social no invita a que los demás se aproximen; y él interpreta y evalúa esta ausencia de respuesta de esta forma: «Ya lo ves, terna razón. La gente no quiere conocerme. Realmente no soy bueno.»

En conclusión, la teoría RET sostiene que las personas «tienden de forma natural a perpetuar sus problemas y poseen una fuerte tendencia innata a aferrarse a la autodestrucción y a sus hábitos, con lo cual se resisten al cambio. Ayudar a los clientes a cambiar, resulta un gran desafío para los practicantes de la RET» (Dryden, 1984 c, pp. 244-245).

LA TEORIA DEL CAMBIO TERAPEUTICO

Hemos explicado anteriormente que la visión racional-emotiva de la persona es básicamente optimista, ya que, a pesar de afirmar que los humanos tienen una clara tendencia biológica a pensar irracionalmente, también sostiene que poseen la capacidad de *elegir* el trabajar para cambiar este pensamiento irracional y sus efectos autodestructores.

Existen varios niveles de cambio. La teoría racional-emotiva dice que los cambios más elegantes y duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de Creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general. El cambio filosófico específico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los «debo» y «debiera»), por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico como general, se aconseja a las personas que:

1. Primero, se den cuenta de que ellos crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. Reconozcan por completo que ellas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. Comprendan que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de Creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus Creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas Creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas Creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las Creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

Cuando una persona efectúa un cambio filosófico en B según el modelo ABC, suele ser capaz de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas de la

realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc.)- Además, puede obtener beneficios de enfrentarse más directamente a estas inferencias distorsionadas, como siempre ha enfatizado la RET (Ellis, 1962, 1971 a, 1973; Ellis & Harper, 1961 a, b) y Beck (Beck et al., 1979).

Mientras que la teoría racional-emotiva sostiene que las Creencias irracionales son el caldo de cultivo para el desarrollo y mantenimiento de distorsiones inferenciales, es posible que las personas puedan efectuar cambios básicos de forma inferencial sin que haya un cambio filosófico profundo. De este modo, pueden considerar sus inferencias como presentimientos sobre la realidad más que como hechos, pueden generar hipótesis alternativas y buscar la evidencia y/o realizar experimentos que prueben cada hipótesis. Mas tarde, pueden aceptar la hipótesis que represente la «mejor apuesta» de todas.

Vamos a suponer que un hombre piensa que sus compañeros de trabajo le ven como un estúpido. Para probar esta hipótesis, primero podría especificar las reacciones negativas de sus compañeros hacia él. Esto constituye el dato del que él rápidamente extrae la conclusión: «Piensan que soy estúpido». Entonces se daría cuenta de que lo que él ha interpretado como respuestas negativas hacia él, podrían no serlo. Si parecen ser negativas, podría realizar un experimento para probar el significado que él atribuye a las respuestas de sus compañeros. De este modo, conseguiría la ayuda de un colega en el que confiara para realizar una «votación secreta» sobre la opinión que tienen los demás de él. O comprobaría de forma explícita su presentimiento preguntándoles directamente cómo le ven. Como resultado de estas estrategias, este hombre llegará a la conclusión de que sus compañeros de trabajo encuentran estúpidos algunos de sus actos más que considerarle a él un completo estúpido. Mejorará su estado de ánimo porque ha cambiado su inferencia de la situación, pero todavía puede creer: «Si los demás piensan que soy estúpido, y tienen razón, yo soy estúpido y eso sería horrible.» De este modo, se ha realizado un cambio inferencial pero no filosófico. Si esta persona quisiera hacer un cambio filosófico, lo primero sería asumir que su inferencia es cierta, después analizar sus evaluaciones sobre la inferencia y desde ahí enfrentarse a ellas si descubre que son irracionales (i.e. evaluaciones perturbadoras). De esta forma, su conclusión sería: «Si actúo de forma estúpida, eso no me convierte en una persona estúpida. Incluso en el caso de que los demás me cataloguen como un idiota total, eso sería simplemente su punto de vista, con el que puedo no estar de acuerdo.» Los terapeutas racional-emotivos sostienen la hipótesis de que las personas pueden realizar mejor un cambio filosófico profundo si primero asumen que sus inferencias son ciertas, y más tarde se enfrentan a sus Creencias irracionales; en lugar de corregir primero sus distorsiones inferenciales, y después enfrentarse a las Creencias irracionales subyacentes. Sin embargo, esta hipótesis debe ser probada empíricamente.

Así mismo, los individuos también pueden realizar directamente cambios de la situación en A. En el ejemplo ya descrito, el hombre podría abandonar su trabajo o distraerse de las reacciones de sus colegas haciendo un trabajo extra y dedicándose por entero a él. También podría realizar ejercicios de relajación cada vez que tomase contacto con sus compañeros de trabajo para mantenerse distraído de sus

percepciones. Además, podría tener unas palabras con su supervisor para que éste indicara al resto de los trabajadores que cambien su conducta hacia él.

Cuando utilizamos este modelo para examinar el cambio conductual, está claro que una persona puede cambiar su conducta para efectuar un cambio inferencial y/o filosófico. Basándonos en el ejemplo anterior, un hombre, a quien sus compañeros le ven como un estúpido, podría modificar su propia conducta hacia ellos, y esto elicitaria una serie de respuestas diferentes de parte de sus compañeros que le llevaría a reinterpretar su inferencia previa (Cambio conductual que conduce a un cambio inferencial). Pero, también podría ocurrir que sus colegas le siguieran considerando como un estúpido, entonces este hombre se presentaría ante ellos y se demostraría a sí mismo que es capaz de soportar la situación, porque el que ellos piensen que es estúpido no le convierte en tal cosa. Esto quiere decir que, aprende a aceptarse a sí mismo frente a la opinión de los demás, cada vez que se expone a sus reacciones negativas (cambio conductual que conduce a un cambio filosófico).

Los terapeutas racional-emotivos prefieren ayudar a sus clientes a que realicen cambios filosóficos profundos en B, pero no de forma dogmática. Si parece claro que los clientes no son capaces en ningún momento de cambiar sus Creencias irracionales, entonces los terapeutas RET intentarían ayudarles a cambiar A directamente (evitando la situación problemática o comportándose diferente), o a cambiar sus inferencias distorsionadas de la situación.

En el próximo Capítulo explicaremos la práctica básica de la RET, teniendo en cuenta estos presupuestos teóricos.

CAPITULO II

La práctica básica de la RET

En este capítulo haremos un esbozo de la práctica básica de la RET. Primero, consideraremos los aspectos de la relación terapéutica entre dientes y terapeutas en la RET. Segundo, trataremos los acontecimientos que inducen a los dientes a acudir a la RET y cómo se evalúan sus problemas en términos de la RET. Tercero, especificaremos las estrategias básicas de tratamiento en la RET. Cuarto, daremos una explicación de las principales técnicas de tratamiento que se emplean durante la RET. Quinto, enumeraremos los obstáculos que se encuentran en el proceso de la RET y cómo se pueden superar. Finalmente, haremos una distinción entre RET preferencial y general (o terapia cognitivo-conductual-CBT), apuntando todas sus diferencias.

LA RELACION TERAPEUTICA

La RET es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que los terapeutas son activos cuando llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus evaluaciones irracionales perturbadoras. Por todo esto, la RET es una forma educativa de terapia. En alguna ocasión Yo (AE) he descrito el rol del terapeuta RET

Parte de este capítulo es una adaptación de Dryden and Ellis (1986) y W. Dryden and A. Ellis, «Rational-Emotive Therapy», in K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford, 1987 (Permitida su utilización), anteriormente publicado en *The Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care*, 12 (7), July 1987.

eficaz como un maestro autorizado (¡pero no autoritario!) y alentador que procura enseñar a sus clientes cómo llegar a ser cada uno su propio terapeuta una vez que terminan las sesiones formales de terapia (Ellis, 1979c, 1984b).

Condiciones terapéuticas

Una vez establecido el rol, los terapeutas RET procuran *aceptar incondicionalmente* a sus clientes como seres humanos falibles, y capaces de autodestruirse, pero nunca esencialmente malos (o buenos). No importa lo mal que se comporten los clientes en la terapia, el terapeuta RET siempre intentará aceptarlos como personas aunque en muchas ocasiones demuestre sus reacciones hacia la conducta negativa del cliente en el momento apropiado, (Ellis, 1973).

En nuestro rol de terapeutas intentamos ser lo más abiertos posible terapéuticamente, y no dudamos en dar información sobre nosotros mismos si nos la piden nuestros clientes, excepto cuando juzgamos que pueden usar tal información en su contra. Los terapeutas RET suelen relevar ejemplos de sus propias vidas, acerca de cómo ellos han experimentado problemas similares y, lo que es más importante, cómo los han resuelto. Por lo tanto, tratan de ser *terapéuticamente genuinos* en las sesiones.

Los terapeutas RET tienen que tener *sentido del humor* con la mayoría de sus clientes, ya que las perturbaciones emocionales suelen producirse porque estos clientes se toman demasiado en serio a sí mismos, a sus problemas, a otras personas y al mundo. Los terapeutas RET intentan presentar las ventajas terapéuticas de tomar una actitud seria ante la vida, pero también irónica y jocosa. Intentan burlarse de las acciones, sentimientos y pensamientos autodestructores de sus clientes, no de ellos como personas (Ellis, 1977b, c, 1981c). En este sentido, y con la misma intención, los terapeutas RET tienden a ser informales y amenos con la mayoría de sus clientes. Sin embargo, la RET se opone a los terapeutas que de forma poco ética se gratifican a sí mismos a expensas de sus clientes, con el fin de amenizar las sesiones de terapia (Ellis, 1983 c).

Los terapeutas RET muestran a sus clientes una clase especial de empatía. No les ofrecen únicamente una empatía «afectiva» (i.e., comunicando a sus clientes que entienden cómo se sienten), sino que también les ofrecen una *empatía filosófica* (i.e., demostrándoles que comprenden la filosofía que está a la base de estos sentimientos).

Por ello, aunque con algunas modificaciones, los terapeutas racional-emotivos están de acuerdo con la visión de Rogers (1957) sobre la empatía del terapeuta, autenticidad, y reconocimiento positivo incondicional. Sin embargo los terapeutas RET tienen mucho cuidado de mostrarse excesivamente cordiales con sus clientes. La RET sostiene que si los terapeutas se aproximan demasiado a sus clientes y les dan mucha confianza, atención, cuidado, y ayuda, así como aceptación incondicional, entonces se pueden correr dos tipos de riesgos (Ellis, 1977 d, 1982 a):

El primer riesgo importante consiste en que los terapeutas puedan reforzar inconscientemente la fuerte necesidad de amor y aprobación que tienen sus clientes, dos ideas irracionales que son la esencia de muchas perturbaciones humanas. Cuando ésto ocurre, los clientes parecen mejorar porque sus terapeutas les están dando, de hecho, lo que ellos creen que deben tener. Comienzan por «sentirse mejor» pero no «mejoran» necesariamente (Ellis, 1972a). Sus «avances» son ilusorios porque les están reforzando su filosofía irracional. Como ellos parecen mejorar, sus terapeutas tienen muy pocas oportunidades de identificar esas ideas, mostrarles la relación con sus problemas y ayudarles a enfrentarse a ellos y cambiar. En consecuencia, mientras estos terapeutas ayudan a sus clientes no les demuestran como pueden ayudarse ellos mismos y les dejan vulnerables para contratiempos futuros.

El segundo riesgo importante consiste en que los terapeutas pueden reforzar inconscientemente una filosofía de baja tolerancia a la frustración (LFT) de sus clientes, la forma más importante de perturbación incómoda. Los clientes con problemas LFT «casi siempre tratan de encontrar una ayuda interminable de los demás en lugar de enfrentarse sólo a las dificultades de la vida. Cualquier clase de terapia que no les persuade a que abandonen su actitud quejica y pueril y a que acepten la responsabilidad de su propia felicidad, tiende a confirmar la creencia que tienen estas personas de que son los otros los que *deben* ayudarles. Una relación terapéutica muy cercana es con frecuencia el peor enemigo y en consecuencia hace un daño considerable» (Ellis, 1977d, p. 15).

Sin embargo, como la RET es por naturaleza relativa y está en contra de unas reglas terapéuticas dogmáticas y absolutas, reconoce que bajo ciertas condiciones (e.g., cuando un cliente está extremadamente deprimido, y tiene una poderosa ideación suicida, etc.), es posible la cordialidad terapéutica durante un período de tiempo restringido (Ellis, 1985a).

Estilo terapéutico

Suelo recomendar a los terapeutas RET que adopten un estilo activo-directivo con la mayoría de sus clientes y particularmente con aquellos que están muy perturbados y presentan gran resistencia (Ellis, 1979b). Pero no todos los terapeutas RET coinciden con esta opinión, algunos recomiendan una aproximación más pasiva y suave en la mayoría de las ocasiones o bajo condiciones específicas (e.g., García, 1977; Young, 1974a, 1977). Eschenroeder (1979) hace notar que es importante preguntarse en la RET: «¿Qué estilo terapéutico es más eficaz con cada cliente?» (p.5). En este sentido, los actuales defensores de formas eclécticas de terapia arguyen que es mejor variar el estilo de interacción terapéutica cada vez que nos colo-quemos ante un cliente (Beutler, 1983; A. Lazarus, 1981). A pesar de que ésta es un área poco investigada en la RET, podemos decir que es mejor para los terapeutas RET evitar (1) un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con clientes «históricos», (2) un estilo demasiado intelectual con clientes «obsesivo-compulsivos», (3) un estilo demasiado directivo con clientes que temen ser autónomos (Beutler,

1983), y (4) un estilo demasiado activo con clientes que son muy pasivos. Esta línea de razonamiento encaja bien con la noción de flexibilidad que los terapeutas racional-emotivos propugnan como una cualidad terapéutica muy deseable. El variar el estilo terapéutico en la RET no significa apartarse de los principios teóricos en los que está basada esta terapia. Como bien apunta Escheröeder (1979), en la RET «no hay una relación uno-a-uno entre la teoría y la práctica» (p.3).

Cualidades personales de los terapeutas racional-emotivos eficaces

Desafortunadamente no se han realizado investigaciones para determinar las cualidades personales de los terapeutas racional-emotivos. Sin embargo, la teoría racional-emotiva ha adelantado algunas hipótesis concernientes a este tópico (Ellis, 1978a), y es importante destacarlas como un estudio empírico tentativo y esperado.

1. —Puesto que la RET es una forma de terapia claramente, estructurada, los buenos practicantes suelen encontrarse cómodos con su estructura pero lo suficientemente flexibles como para trabajar de forma menos estructurada cuando se necesite.

2. —Los practicantes de la RET tienen una inclinación filosófica, cognitiva o intelectual y se sienten atraídos por la RET porque les da la oportunidad de expresar plenamente esta tendencia.

3. —Puesto que la RET se realiza de una forma fuertemente activa-directiva, los practicantes eficaces de la RET suelen sentirse cómodos operando de esta manera. No obstante, pueden modificar su estilo interpersonal con los clientes para crear las condiciones óptimas que faciliten el cambio en el cliente.

4. —Para la RET es importante que los clientes pongan en práctica en su vida diaria los insights derivados de la terapia. Por lo tanto, los practicantes eficaces de la RET suelen sentirse cómodos con las instrucciones conductuales y activas que dan a los clientes para que continúen sus tareas en casa.

5. —Los terapeutas racional-emotivos eficaces no suelen tener miedo a fracasar. Su valor personal no se mide por los avances de sus clientes. No necesitan el cariño y/o la aprobación de sus clientes, y no tienen miedo de correr riesgos calculados cuando se llega a un *impass*. Se aceptan a sí mismos y a sus clientes como seres humanos que pueden fallar, y por ello son tolerantes con sus propios errores y los actos irresponsables de sus clientes. Suelen tener, y si no, trabajan para adquirirla, una filosofía de alta tolerancia a la frustración, y no se desaniman cuando los clientes avanzan a un ritmo más lento del que quisieran. Por todo esto, los practicantes eficaces suelen puntuar alto en la mayoría de los criterios de salud mental positiva apuntados en el capítulo I, y sirven como modelo a sus clientes.

6. —La RET procura ser científica, empírica, antiabsolutista y antidevota cuando las personas seleccionan y consiguen sus propias metas (Ellis, 1978a). Por eso, los practicantes eficaces de la RET tienden a mostrar un comportamiento similar y no son místicos, anti-intelectuales, o mágicos en sus creencias.

7. —La RET aboga por el uso de técnicas diferentes (cognitivas, imaginativas, emotivas, conductuales, e interpersonales). Los practicantes se sienten cómodos con

una aproximación multimodal al tratamiento e intentan no ser personas que siguen rígidamente una modalidad.

Para terminar, Yo (AE) afirmo que algunos terapeutas racional-emotivos suelen modificar la práctica común de la RET de acuerdo con sus propias características personales (Ellis, 1978a). Por ejemplo, algunos terapeutas practican la RET de una manera más pasiva, discuten menos, y focalizan la terapia en la relación entre ellos y sus clientes. El que tal modificación de la práctica común de la RET sea o no eficaz es una cuestión que espera ser probada empíricamente.

INDUCIENDO A LOS CLIENTES A LA RET

Existen grandes diferencias entre los clientes que buscan ayuda en la terapia racional-emotiva, respecto a los que no conocen el proceso terapéutico con el que se van a encontrar. Algunos eligen a un determinado terapeuta porque saben que es un practicante de la RET, mientras que otros desconocen totalmente este método terapéutico. En cualquier caso, suele ser útil explorar las expectativas de los clientes frente a la terapia, al comienzo del proceso. Duckro, Beal, y George (1979), afirman que es importante distinguir entre preferencias y anticipaciones cuando se valoran las expectativas. En las preferencias de los clientes sobre la terapia se refieren a qué clase de experiencia desean, mientras que las anticipaciones se trata de qué servicio piensan que van a recibir. Los clientes que tienen unas anticipaciones realistas sobre el proceso terapéutico de la RET y muestran preferencia por este proceso, requieren en general, una menor inducción a la terapia racional-emotiva que los clientes que poseen unas anticipaciones irreales del proceso y/o preferencias por un tipo distinto de experiencias terapéuticas.

Los procedimientos de inducción, en general, tratan de demostrar a los clientes que la RET es una terapia estructurada activa-directivamente y orientada a la discusión de los problemas presentes y futuros del cliente, además, requiere que los clientes jueguen un papel activo en el proceso de cambio. La inducción puede tomar distintas formas: Primera, los terapeutas pueden desarrollar y usar procedimientos preterapéuticos de inducción al rol, en el cual se perfila el curso de la RET y se demuestran las conductas productivas del cliente (Me Caskill y Me Caskill, 1983). Segunda, los terapeutas pueden dar un pequeño discurso al comienzo de la terapia sobre la naturaleza y proceso de la terapia racional-emotiva. Tercera, en las primeras sesiones de terapia, los terapeutas pueden dar explicaciones referidas a la inducción, utilizando el material recogido del cliente con ello demuestran cómo pueden atajarse los problemas en la RET, por otro lado, se van perfilando los respectivos roles de terapeuta y cliente.

VALORACION DE LOS PROBLEMAS DE LOS CLIENTES

El siguiente paso en la terapia es la valoración. Es importante para la RET la valoración de la clase y grado de perturbación emocional de los clientes por varias razones:

- * Con el fin de determinar hasta qué punto están perturbados los clientes, para que los terapeutas conozcan qué beneficio pueden sacar de cualquier clase de terapia, incluida la RET, y para que puedan decidir qué técnicas RET (de todas las que existen) es mejor utilizar (y cuáles hay que evitar) con cada cliente particular, bajo las condiciones en que él o ella vayan a vivir.
- * Para determinar —o al menos adivinar con un alto grado de precisión— lo difícil que puede resultar un cliente, qué beneficios obtendrá de los principales procedimientos RET, y cuánto tiempo durará la terapia.
- * Para descubrir qué tipo de proceso terapéutico le ayudará más a un cliente en particular, e.g., más o menos activo o más o menos pasivo y tolerante.
- * Para descubrir qué déficits de habilidades tienen los clientes y qué clase de entrenamiento (en el curso de la RET o fuera de la terapia) les iría mejor para remediar algunos de esos déficits. De este modo, se puede recomendar a un cliente específico cierta clase de entrenamiento en habilidades como asertividad, habilidades sociales, comunicación, o entrenamiento vocacional, cuando se realiza la valoración.

Los practicantes de la RET son libres de usar todos los procedimientos de valoración que existen, pero en general prefieren las intervenciones de tipo cognitivo-conductual descritas por Kendall y Hollon (1980). Suelen tomar una pequeña aportación de procedimientos diagnósticos como el Rorschach y otras técnicas proyectivas, pero prefieren basarse en cuestionarios de personalidad más objetivos y en tests conductuales, principalmente porque los primeros tienen dudosa validez, manejan interpretaciones psicoanalíticas y psicodinámicas muy cuestionables, y no suelen estar conectados con procesos eficaces de tratamiento.

Junto con otros muchos practicantes de la RET, nosotros pensamos que aunque las entrevistas de evaluación y algunos tests diagnósticos standard pueden resultar útiles en ocasiones para explorar las perturbaciones de los clientes, quizá la forma más correcta de evaluación consista en tener varias sesiones RET con el cliente. Estas son algunas de las ventajas de esta clase de evaluación orientada a la terapia:

1. En el curso de tal procedimiento evaluativo, los clientes pueden trabajar en sus problemas casi de inmediato; y esto les ayuda a que sufran menos durante el tratamiento.
2. La técnica que debe elegirse para un determinado cliente suele determinarse mejor experimentando algunas de estas técnicas en el curso del proceso terapéutico. Aunque el uso de tests de personalidad standard, como el MMPI, pueden ayudar al terapeuta a decidirse por ciertos métodos RET con un cliente en concreto, sólo cuando experimenta en la realidad los métodos específicos podrá ver el terapeuta cuál es la reacción de su cliente y con cuáles preferiría continuar o no.
3. Procedimientos evaluativos que estén divorciados de la psicoterapia (como sería el darles una batería completa de tests antes de empezar con la terapia) pueden resultar perjudiciales para algunos clientes. Cuando se utilizan este tipo de tests, especialmente si la evaluación es larga y lleva tiempo el completarla, los clientes pueden imaginar cosas «horribles» de sí mismos, desviándoles del objetivo terapéutico y haciendo más difícil que obtengan un beneficio posterior en la terapia.

4. Ciertos procedimientos de evaluación convencionales —como el Rorschach y TAT— pueden hacer predicciones incorrectas sobre problemas, y síntomas que muchos clientes no tienen en realidad; hacen que los terapeutas se salgan del tiesto y se desvíen de una evaluación más científica.

5. Los clientes algunas veces se toman como una verdad divina los diagnósticos obtenidos de complicados procesos de evaluación. Sienten que han recibido una «explicación» válida sobre lo que les aqueja, y concluyen incorrectamente que esta «explicación» les ha ayudado. Los procedimientos de evaluación RET, incluyendo la terapia como una parte integral del proceso de evaluación, se centran principalmente en qué preferirán hacer los clientes para cambiar más que en darles unas «explicaciones» diagnósticas inteligentes sobre lo que les hace sufrir.

Como la RET es tan cognitiva, como emotiva y conductual, no se limita a evaluar las creencias irracionales de los clientes, sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas autocastigadoras. Los procedimientos de evaluación normales de la RET casi siempre incluyen lo siguiente:

- Se les ayuda a los clientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados (e.g., ansiedad, depresión, miedo, y odio a sí mismo), y éstos son diferenciados claramente de sus sentimientos negativos apropiados (e.g., desilusión, tristeza, frustración, y displacer).
- Se les lleva a reconocer y diferenciar sus conductas auto-castigadoras (e.g., compulsiones, adicciones, fobias y procrastinación) de aquellas que son idiosincráticas e inocuas (e.g., devoción inusual a la socialización, sexo, estudio, o trabajo).
- Se les pide que señalen los acontecimientos Activadores específicos de sus vidas que suelen ocurrir justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias racionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias no perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas Consecuencias perturbadoras.
- Se determinan las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas «debo» y las grandes exigencias a uno mismo, a otros, y al universo.
- Se descubren también las Creencias irracionales de segundo nivel que se derivan de los absolutistas «debiera» y «debo», es decir, los «catastrofismos» las «no-soportantitis», y las «condenas» de sí mismos y otros, y las sobregeneralizaciones irreales.
- Se descubren y discuten las Creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados —es decir, a su ansiedad por la ansiedad y a su depresión por estar deprimido—.

Mientras se lleva a cabo la evaluación RET y los procesos diagnósticos, se van perfilando los planes específicos de tratamiento. Normalmente se realizan en estrecha colaboración con los clientes, para trabajar primero en los síntomas emocionales y conductuales más importantes y dañinos y después en los síntomas referidos como menos importantes. Sin embargo los practicantes de la RET, siempre tratan

de mantener una actitud experimental, abierta, y escéptica hacia los clientes y sus problemas; de tal forma que, lo que en un principio parecían ser sus acciones, sentimientos e ideas más perjudiciales, más tarde pueden verse de otra manera. Por lo tanto habría que ocuparse de otras irracionalidades igual o más perniciosas que podrían no haberse manifestado durante las primeras sesiones con los clientes.

Los terapeutas RET, en general, dedican poco tiempo a recoger información lejana de sus clientes, aunque pueden darles unos formularios para evaluar qué ideas irracionales mantienen espontáneamente fuera de la terapia (ver Fig. 2.1). Pero prefieren pedir a sus clientes que den una descripción de su problema(s) principal. Mientras el cliente describe sus problemas, los terapeutas RET intervienen para dividirlos en sus componentes ABC. Si el cliente empieza describiendo A (el acontecimiento Activador) entonces el terapeuta le pregunta por C (sus reacciones emocionales y/o conductuales). Sin embargo, si el cliente comienza por perfilar C, el terapeuta le pide una breve descripción de A.

En la RET, A y C normalmente se evalúan antes que la B, y en el orden en que las dicen los clientes. La C abarca las consecuencias emocionales y conductuales de las evaluaciones perturbadoras o principales hechas en B. Para la RET la valoración de las C emocionales debe realizarse con cuidado, ya que sirven como indicador del tipo de evaluaciones que tienen que encontrarse en B. Cuando se realiza esta observación, es importante reiterar que las emociones negativas «apropiadas» son diferentes de las emociones negativas «inapropiadas». Emociones como tristeza, dolor, disgusto, y preocupación son calificadas como «apropiadas» para la RET, porque proceden de evaluaciones preferenciales y racionales en B y animan a las personas a que intenten el cambio positivo de situaciones malignas en A. La versión «inapropiada» de las emociones descritas son la depresión, culpabilidad, miedo y ansiedad. Proceden de evaluaciones irracionales perturbadoras en B, y tienden a interferir los intentos constructivos de la gente por cambiar las situaciones indeseables.

Cuando se evalúan las C emocionales es importante darse cuenta de tres cosas: Primero, los clientes no utilizan necesariamente la terminología afectiva de la misma forma en que lo hacen los terapeutas de la RET. Suele ser útil informales de la distinción entre emociones negativas «apropiadas» e «inapropiadas» para que terapeuta y cliente puedan usar un «lenguaje» emocional común. Segundo, las C emocionales a menudo van «encadenadas». Por ejemplo, el miedo suele ir unido a la ansiedad, en el sentido de que uno puede experimentar miedo para «cubrir» sentimientos de inadecuación. Y uno puede sentirse deprimido después de haber sufrido una amenaza a su autoestima (Wessler, 1981). Finalmente, los terapeutas racional-emotivos se dan cuenta de que los clientes no siempre quieren cambiar todas sus emociones negativas «inapropiadas» como ha definido la teoría RET, es decir, que ellos pueden no ver una emoción «inapropiada» en particular (e.g., miedo) como realmente «inapropiada» o auto-castigadora. Por lo tanto, se necesita una buena dosis de flexibilidad y talento clínico en la evaluación de las C emocionales para prepararlas para el cambio.

FIGURA 2.1 Formulario de datos de Personalidad

Nombre y Apellidos.....

Centro de Consulta

Institute for Rational-Emotive Therapy

45 East 65th Street, New York, N.Y. 10021

Formulario de datos de Personalidad-Parte 1

Instrucciones: Por favor responda a las siguientes preguntas con sinceridad, para que podamos ayudarle en sus problemas lo más posible. Lea cada ítem y después rodee con un círculo una de las palabras A MENUDO, ALGUNAS VECES, O RARA VEZ, para indicar con qué frecuencia siente usted lo que se describe en el ítem. Por ejemplo, si usted se siente con frecuencia bastante avergonzado cuando comete un error en presencia de otras personas, rodee con un círculo la palabra A MENUDO en el ítem 1; y si usted rara vez o casi nunca siente vergüenza de hacer las cosas que desea si piensa que otros lo van a desaprobado, rodee con un círculo la palabra RARA VEZ en el ítem 2. Por favor, asegurese de que rodea una, y sólo una palabra en cada ítem. RESPONDA A TODOS LOS ITEMS y no deje ninguno en blanco. Y le rogamos, de nuevo, por su propio bien, que sea lo más sincero posible.

Aceptación

1. Me siento bastante tonto o avergonzado cuando cometo un error, en presencia de otras personas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
2. Siento vergüenza de hacer las cosas que deseo si pienso que otros lo van a desaprobado.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
3. Me siento humillado cuando la gente descubre algo indeseable en mi familia o en mi pasado.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
4. Me siento inferior si mi casa, coche, finanzas u otras posesiones no son tan buenas como las de los demás.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
5. Me siento bastante incómodo cuando soy el centro de atención.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
6. Me siento bastante herido cuando me critica negativamente alguien a quien respeto.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

7. Me siento inseguro de apariencia o de la forma en que voy vestido cuando estoy en público.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
8. Creo que si la gente llegara a conocerme bien descubrirían lo malo que soy en realidad.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
9. Me siento terriblemente solo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
10. Creo que debo tener la aprobación o el amor de ciertas personas que son importantes para mí.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
11. Soy dependiente de los demás y me siento un miserable si no puedo conseguir su ayuda.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Frustración

12. Me siento desconcertado cuando las cosas van lentas y no se resuelven rápidamente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
13. Me apetece retrasar las cosas aunque sé que es mejor para mí hacerlas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
14. Me deprimen los inconvenientes y frustraciones de la vida.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
15. Me enfado bastante cuando alguien me hace esperar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
16. Tengo celos de la gente que es mejor que yo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
17. Me siento terriblemente resentido con las personas que no hacen lo que les mando o no me dan lo que quiero.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
18. Siento que no puedo soportar a la gente que actúa estúpida y deshonestamente, y que esta gente debe cambiar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
19. Siento que no puedo tener mucha responsabilidad.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
20. Me resiento cada vez que tengo que hacer un esfuerzo para conseguir lo que quiero.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
21. Me compadezco cuando las cosas van mal.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
22. Me siento incapaz de terminar lo que empiezo, especialmente cuando el camino es duro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
23. La mayoría de las cosas me aburren y no me motivan.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

24. Siento que no puedo educarme a mi mismo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
--	----------	---------------	----------

Injusticia

25. Siento deseos de vengarme de la gente por las cosas malas que han hecho.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
26. Siento fuertes deseos de reprender a la gente inmoral que hace las cosas mal.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
27. Me entristecen las injusticias del mundo y creo que los que las mantienen deberían ser castigados severamente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Logro

28. Me culpo por lo poco que hago.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
29. Siento mucha vergüenza cuando fallo en cosas importantes.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
30. Siento ansiedad cuando tengo que tomar decisiones importantes.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
31. Tengo miedo de arriesgarme de intentar cosas nuevas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Valía

32. Me siento culpable de mis acciones o pensamientos.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
33. Siento que tengo muy poco valor como persona.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
34. Tengo ganas de suicidarme.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
35. Tengo ganas de llorar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
36. Siento que cedo ante los demás con mucha facilidad.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
37. No tengo ninguna esperanza de poder cambiar mi personalidad a mejor.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
38. Me siento bastante estúpido. Siento que mi vida no tiene sentido.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Control

40. Siento que no puedo divertirme hoy a causa de mi pobre vida.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
41. Siento que como he fallado en cosas importantes en el pasado, inevitablemente continuaré fallando en el futuro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

42. Odio a mis padres por haberme tratado como lo hicieron y por haberme causado muchos de los problemas que tengo ahora.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
43. Siento que no puedo controlar mis emociones fuertes, como la ansiedad o ira.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Seguridad

44. Me siento perdido sin algo en lo que confiar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
45. Siento que debo continuar haciendo ciertas cosas una y otra vez, incluso aunque no quiera, porque si paro sucederá algo malo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
46. Estoy bastante incómodo cuando las cosas no están bien ordenadas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Catastrofismo

47. Me preocupa lo que va a ocurrirme en el futuro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
48. Me preocupa ponerme enfermo o tener un accidente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
49. Me aterroriza la idea de ir a sitios nuevos o conocer un grupo nuevo de gente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
50. Me aterroriza la idea de morirme	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

Aunque la C se evalúa principalmente por las revelaciones de los clientes, en ocasiones tienen dificultad en reproducir exactamente sus problemas emocionales y conductuales. Cuando ocurre esto, los terapeutas RET pueden utilizar algunos métodos para facilitar esta parte del proceso de evaluación. Entre las técnicas empleadas hay algunas emotivas (e.g., la técnica de la silla de la terapia Gestalt, psicodrama), de imaginación, y otras técnicas (e.g., mantener un diario de conductas/emociones) (Dryden, 1984b).

Aunque hemos explicado solamente la evaluación de las C emocionales, se pueden aplicar lo mismo para las C conductuales. Como ya apuntábamos, la huida, procrastinación, alcoholismo y abuso de drogas se consideran generalmente como disfunciones de conducta y se relacionan con evaluaciones perturbadoras irracionales en B (Ellis, 1982c).

Cuando se evalúa la B, algunos terapeutas racional-emotivos prefieren analizar las inferencias del cliente en su totalidad para encontrar la inferencia más importante que va unida a las evaluaciones perturbadoras del cliente, produciendo una C autocastigadora. Esto se conoce como *cadena de inferencias* (Moore, 1983). A continuación exponemos un ejemplo de este procedimiento:

TERAPEUTA: Entonces ¿Qué era lo que sentía?

CLIENTE: Como que estaba enfadada.

TERAPEUTA: ¿Enfadada por qué? (Aquí el terapeuta ha obtenido C y está buscando A).

CLIENTE: Porque él no me envió una tarjeta de cumpleaños (La cliente da una inferencia en A).

TERAPEUTA: ¿Y qué fue lo que le provocó ese enfado? (Prueba si ésta es la principal inferencia en la cadena).

CLIENTE: Bueno... Me prometió que se acordaría, (inferencia 2).

TERAPEUTA: ¿Le enfadó que rompiera su promesa? (Prueba la importancia de la inferencia 2)

CLIENTE: Siento que no se preocupa lo suficiente por mí. (inferencia 3).

TERAPEUTA: Vamos a suponer que eso es verdad. ¿Por qué le asusta? (Prueba la importancia de la inferencia 3).

CLIENTE: Bueno, podría abandonarme, (inferencia 4).

TERAPEUTA: ¿Y si lo hiciera?. (Prueba la importancia de la inferencia 4).

CLIENTE: Estaría sola (inferencia 5).

TERAPEUTA: ¿Y si estuviera sola? (Prueba la importancia de la inferencia 5).

CLIENTE: No podría soportar eso. (Creencia Irracional).

TERAPEUTA: Muy bien, vayamos hacia atrás un momento. ¿Qué sería más estresante para usted, el incidente de la tarjeta, la promesa rota, el que no se preocupen por usted, ser abandonada por su marido, o quedarse sola?. (El terapeuta comprueba qué inferencia es más importante en la cadena).

CLIENTE: Sin ninguna duda, el quedarme sola.

Este ejemplo demuestra que no sólo van encadenadas las inferencias, como ya explicamos, sino también las emociones. Aquí el enfado va unido a la ansiedad de quedarse sola. Aunque este terapeuta racional-emotivo tendrá que Refutar la Creencia Irracional que está a la base de la ansiedad de la cliente, también tendrá que trabajar la Creencia que provoca su enfado. Otros terapeutas racional-emotivos prefieren tomar el primer elemento de la cadena (enfado por olvidarse la tarjeta de cumpleaños) y Refutar la Creencia Irracional relacionada con el enfado. Los terapeutas más hábiles descubren los sucesos ocultos que son el fundamento del «problema presente» durante el proceso de Refutación. Por eso es importante evaluar correctamente *todos* los sucesos relevantes referidos al problema presente. La manera de hacerlo depende del estilo personal y de cómo reaccionen los clientes en particular a los diferentes procedimientos de evaluación.

Cuando se lleva a cabo la evaluación de las Creencias irracionales perturbadoras, se ayuda a los clientes a que vean la vinculación que hay entre estas Creencias irracionales y sus Consecuencias afectivas y conductuales «inapropiadas» en C. En este punto algunos terapeutas racional-emotivos gustan de dar un pequeño discurso sobre el papel de los «debo» en la perturbación emocional y de cómo se distinguen estos de las «preferencias». Yo (AE), por ejemplo, suelo decir lo siguiente:

ELLIS: Imagínese que usted prefiere tener en su bolsillo un mínimo de 11\$ siempre, y descubre que sólo tiene 10\$. ¿Cómo se sentiría?.

CLIENTE: Frustrado.

ELLIS: Bien, o podría sentirse inquieto o triste pero no se suicidaría. ¿De acuerdo?.

CLIENTE: De acuerdo.

ELLIS: Bien, esta vez imagínese que usted *tiene que* tener por obligación un mínimo de 11\$ siempre en su bolsillo. Usted *debe* tenerlo, es una *necesidad*. Usted *debe*, usted *debe*, usted *debe* tener un mínimo de 11\$ y mira otra vez y sólo encuentra 10\$. ¿Cómo se sentirá?.

CLIENTE: Muy ansioso.

ELLIS: Bien, o deprimido. Bien. Ahora recuerde los mismos 11\$ pero una Creencia diferente. Ahora usted todavía tiene la misma creencia. *Tiene que* tener un mínimo de 11\$ siempre, *debe* ser así. Es absolutamente *esencial*. Pero esta vez busca en su bolsillo y encuentra 12\$. ¿Cómo se sentirá?.

CLIENTE: Aliviado, contento.

ELLIS: Bien. Pero con esta misma Creencia —usted *tiene que* tener un mínimo de 11\$ siempre— algo va a pasar que le asustará terriblemente. ¿Qué cree que será?.

CLIENTE: ¿Qué pierda 2\$?.

ELLIS: Bien. Que pierda 2\$, que gaste 2\$, que le roben. Está bien. Ahora la moraleja de este ejemplo —que puede aplicarse a todos los seres humanos, ricos o pobres, blancos o negros, hombres o mujeres, jóvenes o viejos, en el pasado o en el futuro, mientras que el ser humano siga siendo humano— es la siguiente: la gente se vuelve una miseria si no consiguen lo que creen que *deben* tener, pero también están asustados cuando lo tienen, a causa del *debo*. Aun cuando ellos tengan lo que piensen que *deben* tener, siempre podrían perderlo.

CLIENTE: Así que no tengo ninguna oportunidad de ser feliz cuando no tengo lo que creo que *debo* tener y muy pocas oportunidades de estar tranquilo cuando lo tengo

ELLIS: ¡Muy bien! ¡Tu *necesidad perturbadora* no telleará a ninguna parte —excepto a la depresión o al pánico—!.

Un objetivo importante de la fase de evaluación de la RET es ayudar a los clientes a distinguir entre sus problemas primarios (e.g., depresión, ansiedad, huida, adicción) y sus problemas secundarios, es decir, los problemas de sus problemas primarios (e.g., depresión por la depresión, ansiedad por la ansiedad, pena por la huida, culpabilidad por la adicción). Los terapeutas racional-emotivos suelen evaluar los problemas secundarios antes que los primarios porque estos últimos requieren una mayor atención terapéutica —por ejemplo, los clientes encuentran difícil focalizar su atención en el problema original de ansiedad cuando se autoculpan severamente por estar ansiosos—. Los problemas secundarios se evalúan de la misma manera que los problemas primarios.

Una vez que se han evaluado adecuadamente los problemas de acuerdo con el modelo ABC y los clientes ven con claridad la unión entre sus Creencias irracionales y sus Consecuencias disfuncionales emocionales y conductuales, entramos en el estado de la Refutación. El propósito inicial de la Refutación es ayudar a los clientes a que hagan un *insight intelectual* sobre el hecho de que no hay ninguna evidencia que mantenga la existencia de sus exigencias absolutistas, o los derivados irracionales de esas demandas («Catastrofismo», «No-soportantitis» y «Condena»). La única evidencia que existe es que si continúan con sus preferencias no absolutistas y éstas no se satisfacen, los resultados serán «malos» y ellos serán infelices, mientras que

si se satisfacen, llegarán a un «buen» resultado y se convertirán en gente deseable. El insight intelectual en la RET se define como el reconocimiento de que una Creencia irracional con frecuencia conduce a una perturbación emocional y a una disfunción conductual, y por otro lado, una Creencia racional casi siempre favorece la salud emocional. Pero cuando las personas mantienen Creencias racionales débil y ocasionalmente, tendrán un insight intelectual que puede no ayudarles (Ellis, 1963c, 1985b). Así que la RET no termina con el insight intelectual, sino que lo usa como trampolín para la fase de trabajo. En esta fase se anima a los clientes a que usen una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas, y conductuales diseñadas para ayudarles a que lleguen al insight emocional. El insight emocional en la RET se define como una Creencia muy fuerte y que se mantiene a menudo, de que una idea irracional es disfuncional y otra racional es sana (Ellis, 1963). Cuando una persona ha llegado al insight emocional él o ella piensa, siente, y se comporta de acuerdo con la Creencia racional.

Por último, vamos a mencionar otras dos cuestiones importantes en el apartado de evaluación. Primero, los terapeutas tienen que estar alerta de los problemas en *ambas* áreas, la perturbación del yo y la perturbación incómoda, ya que suelen interactuar y por lo tanto se requiere una evaluación cuidadosa para separar una de la otra. Segundo, los practicantes de la RET prestan una atención especial a otras formas de perpetuar los problemas psicológicos e intentan evaluar esto en la terapia. De hecho, los humanos a menudo intentamos defendernos de las amenazas a nuestro «ego» y a nuestra comodidad. Los terapeutas saben que muchas de las conductas disfuncionales son defensivas y por eso ayudan a sus clientes a identificar las Creencias irracionales que subyacen a tales conductas defensivas disfuncionales. Además los problemas psicológicos se perpetúan algunas veces porque la persona define sus consecuencias como redentoras. Estas redenciones también requieren una evaluación cuidadosa si se quieren implementar estrategias terapéuticas productivas.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO EN LA RET

Existen dos formas de RET: preferencial y general (Ellis, 1980c). La RET general es sinónimo de terapia cognitivo-conductual (CBT), mientras que la preferencial es única en muchos sentidos. Como el objetivo principal de este libro es presentar los rasgos característicos de la RET, aquí pondremos el énfasis en la RET preferencial (aunque debemos decir que los terapeutas RET utilizan de forma rutinaria estrategias derivadas de ambas formas RET). El propósito principal de la RET preferencial es bastante ambicioso: animar a que los clientes hagan un cambio filosófico profundo en las dos áreas fundamentales de perturbación del yo y de perturbación incómoda. Esto incluye ayudar a los clientes, todo lo humanamente posible, a abandonar sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales y reemplazarlos por pensamientos no absolutos y racionales, como ya se dijo en el Capítulo I.

En la RET preferencial, los objetivos más importantes consisten en ayudar a los clientes a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, y en demostrarles

que esto se consigue aceptándose totalmente a ellos mismos tolerando condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar. Los practicantes de la RET preferencial procuran que sus clientes obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura. Los terapeutas implementan las estrategias que expondremos a continuación animando a sus clientes a que consigan y mantengan este profundo cambio filosófico. Intentan que sus clientes vean que:

1. Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos, y estas cogniciones suelen tomar la forma de evaluaciones devotas absolutistas. Los practicantes de la RET entrenan a los clientes para que observen sus propias perturbaciones psicológicas y las atribuyan a sus raíces ideológicas.
2. Las personas tienen una cierta autodeterminación y pueden *elegir* trabajar para no perturbarse. Por eso se les demuestra a los clientes que no son esclavos de sus procesos de pensamiento irracionales con base biológica.
3. Las personas pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus Creencias perturbadoras irracionales. Esto se consigue mejor empleando métodos cognitivos, emotivos y conductuales, pero de forma intensa (Ellis, 1979b).

A los buenos terapeutas les gusta usar estrategias diseñadas para efectuar un cambio filosófico profundo desde la primera sesión. El terapeuta comienza la terapia con la hipótesis de que ese cliente en particular puede conseguir el cambio, y sólo la abandonará después de haber conseguido datos suficientes para rechazar la hipótesis inicial. Nosotros solemos utilizar este punto de vista, ya que la respuesta del cliente a la terapia es el mejor indicador de su pronóstico. Es conocida la cantidad de terapeutas RET que toman esta postura.

Cuando está claro que el cliente no puede conseguir el cambio filosófico respecto a un hecho en particular o en general, el terapeuta echa mano de la RET general, y utiliza métodos para efectuar un cambio inferencial y conductual. Un buen ejemplo de ello es algo relatado por uno de nuestros terapeutas. El estaba trabajando con una mujer casada de mediana edad que manifestaba sentirse furiosa cada vez que su anciano padre le llamaba por teléfono para preguntarle: «¿Qué estás haciendo?». Ella concluía que esto era una invasión de su intimidad e insistía de forma absoluta que él no tenía ningún derecho a hacer eso. El terapeuta al principio intervino con una estrategia de la RET preferencial que consistía en intentar Refutar esta Creencia dogmática de la cliente y ayudarla a ver que no existía ninguna regla en el universo que estableciera que él no *debía* hacer tal cosa. Al encontrar una resistencia inicial, el terapeuta persistió con diferentes variaciones de este tema, pero todo fue inútil. Entonces cambió su plan de acción, y comenzó a usar una estrategia de la RET general diseñada para ayudar al cliente a que ponga en cuestión la inferencia de que su padre estaba invadiendo realmente su intimidad. Dada la edad de su padre, el terapeuta preguntó: ¿No es más probable que la pregunta represente su manera habitual de empezar una conversación telefónica más que un intenso deseo de meterse dónde no le llaman?. Esta pregunta resultó un éxito ya que la ira de la cliente desapareció cuando comenzó a reinterpretar los motivos de su padre. Aunque

posteriormente el terapeuta volvió a una estrategia especializada, ¡nunca pudo ayudar a esta cliente a abandonar su Creencia irracional perturbadora!. Sin embargo algunos clientes son más dóciles a la hora de re-evaluar sus Creencias irracionales perturbadoras *después* de que se les ayuda a corregir inferencias distorsionadas. Habría que investigar en este campo para contestar a la pregunta: «¿Qué estrategia es más apropiada para cada cliente en cada fase de la terapia?». Mientras tanto, es importante hacer notar que los terapeutas RET, si siguen nuestra línea, son únicos en el sentido de que se enfrentan a las cogniciones perturbadoras y refutan las Creencias autocastigadoras mucho antes en el proceso terapéutico que otros terapeutas cognitivo-conductuales. Al final de este Capítulo hablaremos de más diferencias entre la RET preferencial y la RET general (o terapia cognitivo-conductual).

PRINCIPALES TECNICAS DE TRATAMIENTO EN LA RET

La RET representa una forma importante de eclecticismo conocida como «eclecticismo teóricamente consistente» (Dryden, 1987), en ella se toman técnicas de otros sistemas terapéuticos pero se hacen consistentes a la teoría RET. En concreto, los terapeutas RET se fijan en los efectos a corto y largo plazo de cada técnica terapéutica en particular, y no suelen emplear las que tienen beneficios inmediatos pero consecuencias dañinas a largo plazo. Aunque los terapeutas racional-emotivos emplean una gran cantidad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, aquí sólo expondremos las más importantes. Antes de empezar hay que decir que probablemente cada una de estas técnicas tiene elementos cognitivos, emotivos y conductuales, y que probablemente no existen las técnicas «puras» (e.g., puramente cognitiva). Aquí las hemos colocado en grupos en donde predomina un proceso psicológico.

Técnicas Cognitivas

Probablemente la técnica más empleada por los terapeutas RET con la mayoría de sus clientes sea la *Refutación de Creencias irracionales*. Hay tres categorías de *Refutación* (Phadke, 1982). La *Detección* consiste en buscar Creencias irracionales —sobre todo «debos», «tengo que», «debería», «es mi obligación»— que llevan a conductas y emociones autocastigadoras. La *Refutación* propiamente dicha consiste en que el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al cliente a abandonar las Creencias irracionales. Preguntas como: «¿Qué evidencia tiene de...?» «¿En qué sentido es cierta o falsa esta Creencia?» «¿Qué produce eso?» se emplean con frecuencia. El terapeuta procede; con las preguntas hasta que el cliente descubre la falsedad de su Creencia irracional y, por lo tanto, también reconoce la verdad de la alternativa racional. En la *Discriminación* el terapeuta ayuda al cliente a distinguir con claridad entre sus valores no absolutos (sus preferencias, gustos, deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos). Los

terapeutas racional-emotivos suelen ser muy creativos cuando utilizan las secuencias de Refutación (e.g., Young, 1984a,b,c), y algunas veces emplean tales métodos de forma altamente dramática (Dryden, 1984b). Se conoce como DIBS (Refutar Creencias irracionales) a una versión formal de la Refutación que incluye algunos de sus componentes principales. Yo (AE) he perfilado esta versión como sigue a continuación:

PREGUNTA 1: ¿A qué Creencia irracional quiero renunciar y refutar?

RESPUESTA: Debo estar tan satisfecha sexualmente y ser tan eficaz como otras muchas mujeres.

PREGUNTA 2: ¿Puedo mantener racionalmente esta Creencia?

RESPUESTA:

PREGUNTA 3: ¿Qué evidencia hay de la verdad de esta Creencia?

RESPUESTA:

PREGUNTA 4: ¿Qué evidencia hay de la falsedad de mi Creencia de que debo ser tan orgásmica como otras mujeres?

RESPUESTA:

PREGUNTA 5: ¿Qué es lo peor que puede pasarme si nunca llego al orgasmo que yo creo que debo conseguir?

RESPUESTA:

PREGUNTA 6: ¿Qué cosas buenas pueden pasarme o puedo hacer que me pasen si no llego al nivel de orgasmo que creo que debo conseguir?

RESPUESTA:

(Ellis, 1979 c. pp. 79-80)

El DIBS es un ejemplo de las *tareas cognitivas para casa* que se suelen dar a los clientes entre sesiones después de que han sido entrenados para usarlas. En las Fig. 2.2 y 2.3 aparecen otros ejemplos. El propósito de éstos es proporcionar a los clientes un marco en el que puedan Refutar por sí mismos.

Están a disposición de los clientes unos cassettes que sirven de ayuda en el proceso de Refutación. Ellos oyen las sesiones de terapia y Refutan sus Creencias irracionales en la cinta (*Refutación con la cinta*). Inician y mantienen un diálogo entre su parte; racional e irracional (Ellis, en imprenta).

A los clientes que no tienen las habilidades intelectuales necesarias para hacer una *Refutación* cognitiva se les ayuda a que digan una serie de frases racionales que pueden memorizar o escribir en tarjetas de 3" X 5", y que leerán varias veces entre las sesiones.

Un ejemplo llevado a cabo con un cliente por uno de nosotros (WD) fue el siguiente: «El que mi exceso de peso sea malo no quiere decir que yo sea malo. Estoy gordo porque como mucho y eso es malo, pero puedo corregirlo y conseguir mejores resultados.»

Los terapeutas suelen sugerir a sus clientes tres métodos cognitivos para que refuercen la nueva filosofía racional: (1) *biblioterapia*, donde se les da unos libros de autoayuda y material para leer (e.g., Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975; Young, 1974b); (2) escuchar *cintas sobre varios temas RET* (e.g., Ellis, 1971b, 1972b, 1976b); y (3) utilizar la RET con otros. Aquí los clientes se valen de la RET para ayudar a sus familiares y amigos con los problemas. Haciendo esto van cogiendo práctica en el uso de argumentos racionales (Ellis & Abrahams, 1978).

FIGURA 2.2 Cuestionario RET de autoayuda**CUESTIONARIO RET DE AUTOAYUDA**

Institute for Rational-Emotive Therapy 45
East 65th Street, New York, N.Y. 10021
 (212) 535-0822

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

(C) CONSECUENCIA O CONDICION —sentimiento perturbador o conducta autocastigadora— que tengo y me gustaría cambiar:

(B) CREENCIAS Irracionales (IBs) que conducen a mi CONSECUENCIA (perturbación emocional o conducta autocastigadora).
 Rodee con un círculo todas las que se refieran a estos acontecimientos
 ACTIVADORES (A).

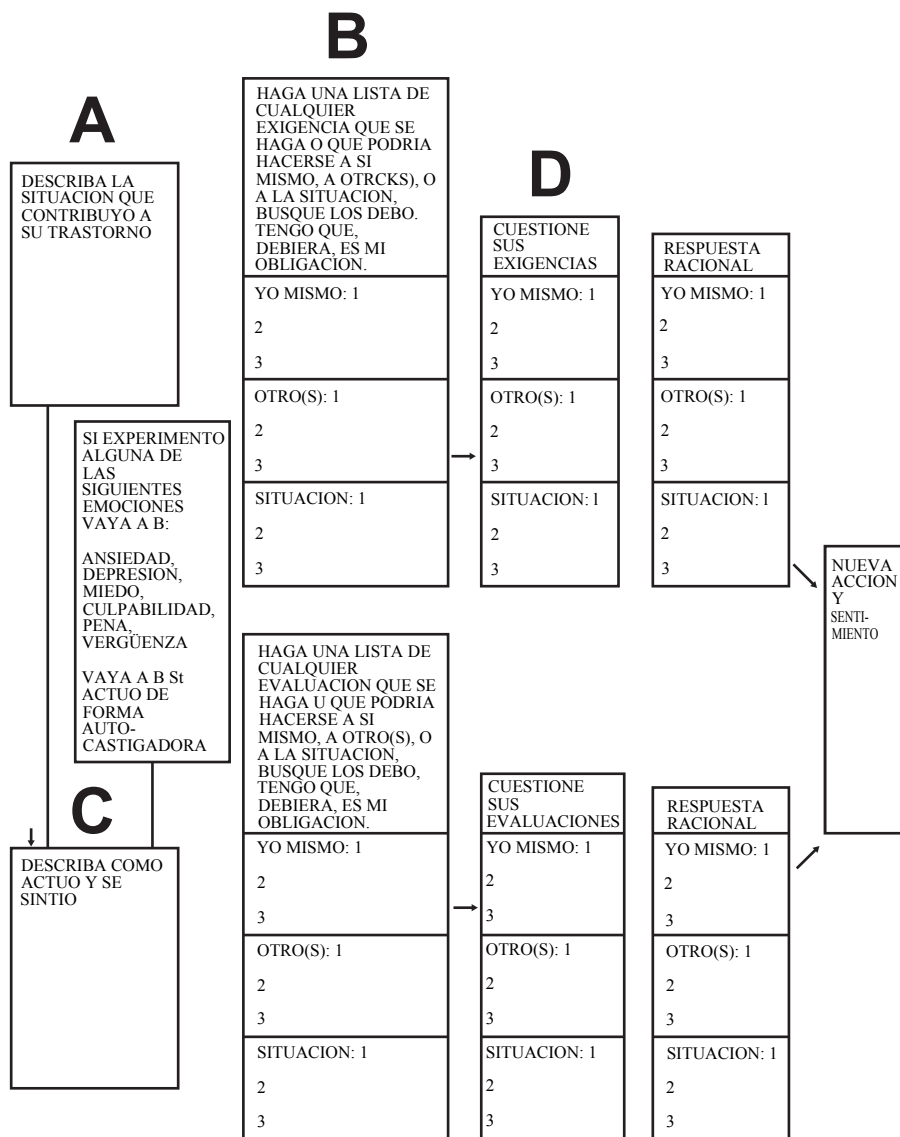
(D) REFUTACIONES para cada CREENCIA IRRACIONAL elegida. Ejemplos: «¿Por qué DEBO hacerlo muy bien?» «¿dónde está escrito que soy una MALA PERSONA?» -¿Qué evidencia hay de que DEBO ser aceptado?»

(E) CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS (RBs) para sustituir a mis CREENCIAS IRRACIONALES (iBs). *ejemplo:* «PREFERIRIA hacerlo muy bien pero no TENGO por qué» «Soy una PERSONA que actúa mal, no una MALA PERSONA» «No hay evidencia de que yo TENGA QUE ser aceptado, aunque me GUSTARIA»

-
1. ¿DEBO hacerlo bien o muy bien!
 2. Soy una PERSONA MALA Y SIN VALOR cuando actúo de forma estúpida
 3. ¿DEBO ser aceptado por la gente a la que considero importante!
 4. Soy una PERSONA MALA E INDESEABLE cuando me rechazan
 5. ¿La gente DEBE tratarme bien y darme lo que NECESITO!
-

REPETIRE MUCHAS VECES MIS CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS, PORQUE ASI TENDRE MENOS PERTURBACIONES Y ME COMPORTARE DE FORMA MENOS AUTO-CASTIGADORA EN EL FUTURO.

FIGURA 2.3 Una guía para solucionar sus problemas emocionales y conductuales, reexaminando sus pensamientos y actitudes auto-castigadoras.



También se emplean métodos semánticos en la RET. Es el caso de las técnicas de *Definición*, mediante la cual los clientes aprenden a usar el lenguaje de manera menos castigadora. Por ejemplo, en vez de decir: «No puedo...» es mejor decir: «Todavía no he...» También se utilizan técnicas *Referenciales* (Danysh, 1974), en donde se anima a los clientes a que hagan una lista de las características positivas y negativas de un concepto concreto como «fumar». Este método sirve para contrarrestar la tendencia de fijarse sólo en los aspectos positivos de un hábito que es perjudicial, y olvidarse de lo negativo.”

Los terapeutas RET usan técnicas de imaginación, como es el caso de la *imagen racional-emotiva* (Ellis, 1979c; Maultsby & Ellis, 1974). Los clientes cambian sus emociones negativas «inapropiadas» por otras «apropiadas» (C), mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo en A. Están aprendiendo a cambiar sus emociones autocastigadoras cambiando sus Creencias en B. También se emplean métodos de *Proyección en el tiempo* (Lazarus, A. A. 1984). Por ejemplo, un cliente dice que sería «horrible» que ocurriera un hecho en particular. En vez de cambiar directamente la Creencia irracional en esta fase, el terapeuta ayudará al cliente a que visualice a intervalos regulares de tiempo qué clase de vida tendrá en el caso de que el suceso «horrible» tenga lugar. De esta forma los clientes cambian su Creencia irracional indirectamente porque «ven» que la vida continúa después del suceso «horrible», que lo superarán, y que seguirán persiguiendo sus objetivos originales o desarrollarán unos nuevos. Estas realizaciones animan a la persona a re-evaluar su Creencia irracional. Finalmente, algunos terapeutas RET también han empleado con éxito la *hipnosis* (e.g., Boutin & Tosi, 1983; Golden, 1983).

Técnicas emotivas

Muchas veces se ha criticado injustamente a la terapia racional emotiva por olvidar los aspectos emotivos de la psicoterapia. Esto es algo bastante alejado de la realidad, ya que los terapeutas suelen emplear técnicas emotivas. Como hemos explicado, los terapeutas muestran una actitud emocional de *aceptación incondicional*. No importa lo negativa que sea la conducta de un cliente porque su terapeuta le aceptará como a un ser humano que puede fallar pero que no perseverará en su conducta negativa. En la RET usamos una gran variedad de técnicas emotivas que están diseñadas para ayudar a los clientes a enfrentarse con sus Creencias irracionales. Primero, existen una serie de métodos *humorísticos* para animar a los clientes a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismos demasiado en serio (Ellis, 1977 b, c). Segundo, los terapeutas no dudan en crear una filosofía racional a través del *autodescubrimiento*. Admiten honestamente que ellos han tenido problemas similares y que los han superado gracias a la RET. Yo (WD) suelo contar a mis clientes que me sentía avergonzado de mi tartamudez, pero me acepté a mí mismo con un discurso torpe y meforcé a tolerar la incomodidad de hablar en público siempre que surgía la oportunidad. Tercero, los terapeutas RET utilizan *historias, leyendas, parábolas,*

chistes, poemas y aforismos adjuntos a las técnicas de Refutación cognitiva (Wessler & Wessler, 1980). Cuarto, hemos escrito algunas canciones humorísticas racionales para presentar la filosofía racional de forma amena y memorable (Ellis, 1977b,c, 1981c). La canción que viene a continuación es una canción humorística racional escrita por uno de nosotros (WD) con la música de «Dios salve a la Reina»:

*God save my precious spleen
Send me a life serene
God save my spleen! Protect me
from odious things Give me a
life melodious And if things get
too onerous I'll whine, bawl,
and scream!.*

Dios salve mi precioso mal humor
me envíe una vida serena
¡Dios salve mi mal humor!
Me proteja de las cosas odiosas
Me dé una vida melodiosa
Y si las cosas se ponen muy mal
¡Voy a llorar, chillar y gritar!

Yo (AE) fui el primero que defendí el uso de la fuerza y la energía en la práctica de la psicoterapia (Ellis, 1979b). La RET es la única entre todas las terapias cognitivo-conductuales, que enfatiza el empleo de tales intervenciones que giran en torno a las emociones de los clientes. Los terapeutas sugieren que los clientes pueden ayudarse a sí mismos pasando de un insight intelectual a uno emocional por medio de una *fuerte Refutación* de sus Creencias irracionales. La fuerza aparece también en la *inversión del rol racional*, en el cual se fuerzan y adoptan de forma dramática el rol de su «sí mismo» racional, cuyo objetivo es Refutar adecuadamente las Creencias autocastigadoras articuladas por su «sí mismo» irracional. La fuerza y la energía también juegan un papel importante en los famosos *ejercicios de ataque a la vergüenza* (Ellis, 1969; Ellis & Becker, 1982), por medio de los cuales los clientes se comportan en público de forma deliberadamente «vergonzosa», con el fin de aceptarse a sí mismos y tolerar la incomodidad que les provoca. Teniendo en cuenta que los clientes prefieren no molestar a los demás ni a sí mismos, se aprovechan pequeñas infracciones de reglas sociales como ejercicios apropiados de ataque a la vergüenza (e.g., gritar pidiendo la hora en un gran almacén lleno de gente, llevar ropa llamativa para atraer la atención del público, y entrar en una tienda de prendas de vestir y preguntar si venden tabaco). Los *ejercicios de Riesgo* entran en la misma categoría. Aquí los clientes se fuerzan a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisieran hacer cambios. Cuando yo (AE) estuve refutando mis Creencias irracionales más importantes; superé mi ansiedad a acercarme a las mujeres, forzándome deliberadamente a hablar a 100 mujeres en los Jardines

Botánicos del Bronx. Yo (WD) me obligué a hablar en la radio nacional y local como parte de la campaña que estaba haciendo para superar mi ansiedad a hablar en público. Los dos asumimos estos riesgos mientras nos demostrábamos que nada «horrible» podía suceder con tales experiencias. También se usa en conjunción con estos ejercicios la *Repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente* (Ellis, 1985b).

Técnicas conductuales

La RET ha defendido el uso de técnicas conductuales (particularmente *las tareas para casa*) desde su creación en 1955 porque ya es sabido que el cambio conductual facilita a menudo el cambio cognitivo (Emmelkamp, Kuipers, & Eggeraat, 1978). Los terapeutas RET tratan de que sus clientes aumenten su nivel de tolerancia a la frustración, y por lo tanto, les animan a que realicen tareas en casa basadas en los paradigmas de desensibilización in-vivo e inundación, más que en aquellas basadas en la desensibilización gradual (Ellis, 1979c; Ellis & Abrahams, 1978; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977). Sin embargo, tenemos que hacer algunas consideraciones prácticas, ya que hay clientes que no quieren realizar estas tareas. Cuando ocurre esto los terapeutas establecen un compromiso con los clientes para que realicen tareas que sean lo suficientemente exigentes pero no abrumadoras, dado su presente estado actual (Dryden, 1985a).

Otros métodos conductuales son (1) *actividades de «quedarse allí»* (Grieger and Boyd, 1980), esta técnica da la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de «situaciones incómodas» durante un largo período de tiempo; (2) ejercicios de antiprocrastinación, donde se anima a los clientes a empezar tareas antes, mejor que después, mientras toleran la incomodidad de romper el hábito del «mañana»(*); (3) el uso de recompensas y castigos, que animan a los clientes a hacer cosas molestas para perseguir sus objetivos a largo plazo (Ellis, 1979c) [Los castigos duros son especialmente útiles con personas que siempre se resisten (Ellis, 1985b)]; y (4) la terapia de rol fijo de Kelly, se emplea algunas veces en la RET, consiste en que los clientes actúan «como si» ya pensarán racionalmente, lo cual les permite experimentar que el cambio es posible.

Existen otros muchos métodos conductuales tanto para la RET general como para la preferencial (e.g., varias formas de *entrenamiento en habilidades*). Estos métodos se utilizan en la RET preferencial para incitar al cambio filosófico, mientras que en la RET general son para enseñar a los clientes una serie de habilidades que no están en su repertorio. Cuando el entrenamiento en habilidades es en sí mismo el objetivo de la RET preferencial, se suele *emparejar* con una Refutación de las Creencias irracionales, para que se produzca un cierto cambio filosófico.

* N. del T.: así en el original inglés.

Técnicas que se evitan en la RET

Por todo lo dicho hasta ahora, parece claro que la RET es una forma multimodal de terapia que aboga por el uso de técnicas emotivas, cognitivas y conductuales. Sin embargo el elegir una u otra técnica es algo que está sujeto a la teoría RET, y por ello hay algunas que se evitan o que se utilizan en raras ocasiones (Ellis, 1979c, 1983d, 1984b):

- * Técnicas que hacen a la gente más dependiente (e.g., terapeutas excesivamente cordiales que se convierten en un enorme refuerzo, o la creación y análisis de una neurosis de trasfencia).
- * Técnicas que animan a la gente a ser más crédula y sugestionable (e.g., pollyannaish positive thinking).
- * Técnicas que dan grandes rodeos y son ineficaces (e.g., métodos psicoanalíticos en general y la libre asociación en particular; animar a la gente a que dé largas descripciones de sus experiencias activadoras en A).
- * Métodos que hacen sentirse mejor a corto plazo más que a largo plazo (Ellis, 1972a) (e.g., algunas técnicas experienciales como la expresión total de un sentimiento de forma dramática y catártica, i.e., algunos métodos Gestalt y técnicas originales. El peligro aquí está en que tales métodos pueden animar a las personas a adquirir filosofías irracionales en base a emociones como el enfado).
- * Técnicas que distraen a los clientes de trabajar en sus filosofías irracionales (e.g., métodos de relajación, Yoga, y otros métodos cognitivos). Sin embargo, estos métodos se pueden emplear junto con la Refutación cognitiva para producir un cambio filosófico.
- * Métodos que pueden reforzar inconscientemente la filosofía de baja tolerancia a la frustración (e.g., desensibilización gradual).
- * Técnicas que incluyen una filosofía anticientífica (e.g., curación por la fe y misticismo).
- * Técnicas que intentan cambiar acontecimientos Activadores (A) antes que B, sin enseñar a los clientes como cambiar sus Creencias irracionales (B) (e.g., algunas terapias de familia).
- * Técnicas que tienen una validez dudosa (e.g., programaciones neurolingüísticas).

Finalmente, hemos de reiterar que los terapeutas RET no evitan por completo los métodos mencionados. Pueden utilizarlos en ciertas ocasiones y con ciertos clientes, sobre todo para cuestiones prácticas. Por ejemplo, si la curación por la fe es el único método que consigue que un cliente deje de hacerse daño, entonces los terapeutas RET lo pueden emplear, o probablemente enviarán a dicho cliente a un curandero (Ellis, 1985b).

SUPERANDO OBSTACULOS PARA EL PROGRESO DEL CLIENTE

Cuando se practica la RET eficaz y eficientemente y cuando los clientes entienden y están preparados para hacer suyos los conceptos básicos, entonces la terapia

conseguirá buenos resultados. Sin embargo, aparecen varios obstáculos con frecuencia (y quizá con más frecuencia de la que piensan muchos terapeutas) en el progreso del cliente cuando practica la RET (o cualquier otro tipo de terapia). Existen tres clases de obstáculos en la RET: (1) obstáculos en la «relación», (2) obstáculos del terapeuta, y (3) obstáculos del cliente (Ellis, 1985b).

Obstáculos de la «relación»

Los obstáculos de la relación pueden atribuirse a un pobre emparejamiento entre terapeuta-cliente. Esta falta de entendimiento puede darse por muchas razones. De hecho, los clientes «pueden tener un terapeuta que, de acuerdo a sus gustos o idiosincrasia, es demasiado joven o viejo, demasiado liberal o conservador, demasiado activo o pasivo» (Ellis, 1983e, p.29). Si persisten estos obstáculos es preferible mandar al cliente a otro terapeuta que sea más acorde a su manera de ser. Otros obstáculos en la relación pueden presentarse porque el terapeuta y el cliente pueden encontrarse «demasiado a gusto», lo cual les distrae de tareas más mundanas que hay que realizar en la terapia. En estos casos existe la paradoja de que si el cliente avanza, está amenazada la «vida» de tan satisfactoria relación. El resultado suele ser que terapeuta y cliente se cierran e impiden que la terapia sea eficaz y positiva. Este problema puede subsanarse si el terapeuta se ayuda primero a sí mismo y luego ayuda al cliente a superar la filosofía de baja tolerancia a la frustración que va implícita en ese encierro hedonista a corto plazo.

Obstáculos del terapeuta

Son de dos tipos: obstáculos en las habilidades y obstáculos por una perturbación. Cuando los obstáculos que se presentan en la terapia se atribuyen a una falta de habilidades en el terapeuta, esto puede tomar distintas formas, pero lo más común es que los terapeutas impidan que el cliente progrese por:

1. Inducir a los clientes a la terapia incorrectamente y no corregir expectativas irreales como «mi terapeuta resolverá mis problemas por mí.»
2. Equivocarse al evaluar los problemas de los clientes y por lo tanto trabajar en «problemas» que no existen.
3. Fallar a la hora de demostrar a los clientes que sus problemas tienen una raíz ideológica y que C está muy (pero no exclusivamente) determinada por B y no por A. Los terapeutas inexpertos no saben ser persistentes con esta estrategia o llevan a cabo una estrategia ineficaz.
4. Fallar a la hora de demostrar a los clientes que las raíces ideológicas de sus problemas suelen expresarse en forma de «debos» absolutistas y devotos o en forma de uno de los tres principales derivados de la «necesidades perturbadoras». De hecho, los terapeutas inexpertos suelen explyarse

demasiado analizando la forma de pensar antiempírica o interferencialmente distorsionada que tienen sus clientes.

5. Creer que los clientes cambiarán automáticamente los pensamientos absolutos una vez que los hayan identificado. Los terapeutas RET inexpertos no saben Refutar del todo esa manera de pensar, o utilizar métodos inadecuados y/o sin suficiente fuerza. Además, estos terapeutas suelen fallar en lo siguiente: (1) dar a sus clientes tareas para casa, que les ayuden a practicar la Refutación de las Creencias irracionales, (2) revisar estas tareas para ver los progresos, y (3) ayudarles a identificar y superar los obstáculos filosóficos para que continúen trabajando en el cambio.
6. No darse cuenta de que los clientes suelen tener problemas por sus problemas y, por lo tanto, trabajan sólo en el problema primario, cuando el cliente en realidad está preocupado por un problema secundario.
7. A menudo saltan de experiencias perturbadoras del ego a experiencias perturbadoras incómodas, en una misma sesión, con lo cual los clientes se confunden y se distraen de trabajar en cada experiencia.
8. Trabajar en un estadio o a un nivel que no se corresponda a las habilidades que han aprendido los clientes, de tal forma que estos clientes no se impliquen lo suficiente en el proceso terapéutico debido a la confusión o al aburrimiento.

Por todas estas razones es muy necesario que los terapeutas RET se esfuercen por mejorar sus habilidades continuamente, asistiendo a actividades de entrenamiento y supervisión (Dryden, 1983; Wessler & Ellis, 1980, 1983).

Los terapeutas también pueden estorbar los progresos del cliente llevando sus propias perturbaciones al proceso terapéutico. Yo (AE) he descrito cinco Creencias irracionales que conducen a la ineficiencia terapéutica (Ellis, 1983 a).

«*Tengo que tener éxito con todos mis clientes prácticamente todo el tiempo.*»

«*Debo ser un terapeuta sobresaliente, mucho mejor que otros que conozco o que he oído.*»

«*Tengo que ser muy respetado y querido por todos mis clientes.*»

«*Como yo estoy trabajando tanto y haciéndolo lo mejor que puedo, mis clientes debieran ser tan responsables y trabajar tanto como yo, debieran escucharme con atención, y debieran lanzarse al cambio.*»

«*Como soy una persona con todos mis derechos, debo divertirme durante las sesiones de terapia y usar estas sesiones para solucionar mis problemas personales así como para ayudar a los clientes con sus dificultades.*»

En estos casos, se recomienda que los terapeutas RET apliquen los principios y métodos RET para investigar y Refutar las Creencias autocastigadoras propias y del cliente, lo cual puede (1) impedir una confrontación con sus clientes; (2) distraerles del trabajo terapéutico; (3) alimentar en el terapeuta una ansiedad y un miedo excesivos; y (4) aumentar una conducta inapropiada que es contraria a la práctica de una terapia ética y eficaz.

Obstáculos del cliente

Con el fin de obtener el máximo beneficio de la RET, los clientes pueden llegar a tres tipos de insight, que son: (1) La perturbación psicológica está determinada sobre todo por las Creencias absolutistas que tienen de sí mismos, de otros y del mundo. (2) Aunque la gente adquiera las Creencias irracionales en su más tierna infancia, mantienen sus perturbaciones, redocrinándose a sí mismos con estas Creencias en el presente. (3) Sólo si trabajan constantemente en el presente y futuro para pensar, sentir y actuar contra estas Creencias irracionales, serán capaces de abandonar sus irracionalidades y convertirse en personas menos perturbadas.

En un estudio sobre las características de los clientes que «fracasaban» en la RET, realizado por uno de nosotros (AE), comprobamos lo siguiente: (1) Clientes cuyo trabajo en la RET era bastante pobre, fracasaban al hacer auto-Refutaciones *cognitivas* consistentes. Se caracterizaban, entre otras cosas, por una perturbación extrema, grandiosidad, falta de organización y un total rechazo a hacer estas tareas cognitivas. (2) Clientes «fracasados», que rehúsan aceptar la responsabilidad de sus emociones «inapropiadas» y rehúsan cambiar sus Creencias y acciones de forma fuerte y *emotiva*, suelen ser más dependientes, más severamente deprimidos e inactivos, con más ideas de grandeza y más obstinados y rebeldes que los clientes que obtienen beneficios en la RET. (3) Clientes «fracasados» que avanzan muy poco en aspectos *conductuales* de la RET muestran: «una tolerancia a la frustración abismalmente baja, tienen serias adicciones conductuales, llevan vidas desorganizadas, se abstienen de completar las actividades para casa, con frecuencia son psicóticos y generalmente no quieren trabajar en la terapia» (Ellis, 1983f, p. 165).

Los clientes que están en un nivel muy alto de perturbación tienen muchos problemas para progresar. Por eso, el propósito de éste capítulo ha sido dar una visión muy amplia de los métodos y técnicas terapéuticas «especiales» que hay que emplear con cada cliente (ver Ellis, 1985b), de esta forma los terapeutas pueden adoptar cualquier estrategia que sirva para aumentar la efectividad terapéutica con estos CD («clientes difíciles»). Entre otras muchas tácticas, a los terapeutas primero se les aconseja que sean muy estimulantes en sus interacciones terapéuticas con estos clientes, demostrándoles que lo pueden hacer mejor si lo intentan. Segundo, los terapeutas son muy astutos cuando demuestran a estos clientes difíciles que ellos (los terapeutas) les aceptan de forma incondicional con todas sus dificultades psicológicas y que, por lo tanto, los clientes se pueden aceptar a sí mismos de la misma manera. Tercero, a los terapeutas suele darles buen resultado el demostrarles que su rechazo a trabajar los problemas les traerá malas consecuencias y un sufrimiento innecesario. Cuarto, se aconseja a los terapeutas que sean flexibles cuando experimenten con técnicas terapéuticas (¡incluidas las que casi no se usan!) para ayudar a sus clientes «difíciles». Antes que nada, los terapeutas racional-emotivos debieran ser buenos representantes de su sistema terapéutico y aceptarse a sí mismos tolerando la incomodidad de trabajar con clientes difíciles y no obcecarse en su trabajo terapéutico.

La terapia se termina cuando los clientes han progresado significativamente y manejan con habilidad las técnicas de auto-cambio de la RET. Los clientes que terminan debieran ser capaces de: (1) reconocer que experimentan emociones negativas «inapropiadas» y que actúan de forma disfuncional, cuando realmente se comportan así; (2) detectar las Creencias irracionales que acompañan a esas experiencias; (3) discriminar sus Creencias irracionales de las alternativas racionales; (4) enfrentarse a esas Creencias irracionales; y (5) contrarrestarlas usando métodos de auto-cambio cognitivos, emotivos y conductuales. Además, suele ser útil, al terminar, convenir con los clientes más sesiones de seguimiento para ver los progresos y tratar cualquier obstáculo que haya quedado sin resolver.

RET PREFERENCIAL VERSUS RET GENERAL (CBT)

Ya hemos aludido a las diferencias entre la RET preferencial y la RET general [que yo (AE) consideré similar a la terapia cognitivo-conductual (CBT) (Ellis, 1979c, 1980c)]. Terminaremos el capítulo apuntando estas diferencias con más detalle. La RET preferencial:

1. Tiene un énfasis filosófico particular que es uno de sus rasgos centrales y que otras formas de CBT parecen omitir. Para esta terapia los seres humanos se evalúan a sí mismos, al mundo y a otros en términos de (1) filosofías racionales, preferenciales, flexibles y tolerantes y en términos de (2) filosofías irracionales, perturbadoras, rígidas, intolerantes, y absolutistas.
2. Tiene una perspectiva existencial-humanística que es intrínseca a ella misma y que es ignorada por la mayoría de las aproximaciones CBT. Considera a las personas «como individuos holísticos y orientados a unas metas que son importantes en el mundo por el hecho de que ellos son humanos y están vivos; les acepta incondicionalmente con sus limitaciones, y se centra principalmente en sus experiencias y valores, incluyendo sus potenciales autorealizadores» (Ellis, 1980c, p. 327). Comparte la visión del humanismo ético de animar a la gente a aumentar el interés por lo humano (propio y social) por encima de cualquier interés por lo divino, objetos materiales, y animales inferiores.
3. Procura conseguir beneficios profundos y de larga duración (con una base filosófica) más que un cambio sintomático.
4. Intenta ayudar a eliminar todas las autoevaluaciones y autoestimas como conceptos autocastigadores que animan a las personas a evaluarse a sí mismas de forma condicional. En su lugar enseña a autoaceptarse *incondicionalmente* (Ellis, 1972a, 1976c, 1983a).
5. Considera que la perturbación psicológica refleja una actitud de tomarse la vida «demasiado» en serio. Por eso aconseja usar correctamente varios métodos terapéuticos humorísticos (Ellis, 1977b,c, 1981c).
6. Prefiere utilizar métodos de Refutación antiperturbadores más que los antiempíricos. Como considera que las distorsiones inferenciales provienen

de los «debos», «debieras», etc. dogmáticos, la RET preferencial va al corazón filosófico de la perturbación emocional y ahí Refuta las Creencias irracionales, en lugar de Refutar las inferencias antiempíricas, que son menos importantes. Además, la RET preferencial propugna hacerlo de manera lógico-empírica siempre que sea posible, ya que es mejor que el empleo de frases de enfrentamiento orientadas racionalmente. Cuando es conveniente, la RET preferencial enseña a los clientes cómo convertirse en científicos, en vez de repetir como loros las Creencias racionales inculcadas por los terapeutas.

7. Emplea prudencialmente métodos cognitivos paliativos, que sirven para distraer a las personas de su filosofía perturbadora (e.g., métodos de relajación). Estas técnicas proporcionan ayuda a corto plazo pero no animan a identificar, enfrentarse y cambiar a largo plazo las filosofías absolutistas que están a la base de los problemas psicológicos. De hecho, estos métodos paliativos pueden hacer más difícil la Refutación filosófica, ya que la persona está menos dispuesta a cambiar cuando se encuentra calmada y relajada que cuando está motivada por su estrés emocional. Por esta razón, la RET preferencial también maneja métodos de solución de problemas y entrenamiento en habilidades, junto con, pero no en lugar de, enseñar a la gente a entender y cambiar sus Creencias irracionales.
8. Explica de forma más clara que otras terapias cognitivo-conductuales el concepto de ansiedad incómoda en la perturbación psicológica. La ansiedad incómoda se define como: «una hipertensión emocional que surge cuando las personas sienten (1) que sus vidas o su confort está amenazado, (2) que no *deben* sentir incomodidad y *tienen que* sentir tranquilidad, y (3) que es horrible y catastrófico (en vez de inconveniente o no ventajoso) el no conseguir lo que supuestamente deben tener» (Ellis, 1980c, p. 331). Aunque otras terapias cognitivo-conductuales reconocen ejemplos específicos de ansiedades incómodas (e.g., «miedo del miedo» - Mackay, 1984), no consideran que la perturbación incómoda este tan intrínsecamente implicada en los problemas psicológicos como lo considera la RET preferencial.
9. Hace hincapié, más que otras aproximaciones CBT, en que los individuos con frecuencia se perturban por sus perturbaciones originales. De hecho, los terapeutas de la RET preferencial buscan síntomas de perturbaciones secundarias y terciarias, y animan a sus clientes a que las superen antes de enfrentarse con la perturbación primaria.
10. Tiene teorías explicativas de la perturbación con una orientación muy clara, pero es ecléctica o multimodal en sus técnicas. Sin embargo, se inclina por unas técnicas (e.g., Refutación activa) más que por otras (e.g., distracción cognitiva), y cuando es posible procura que se dé un cambio filosófico profundo.
11. Discrimina entre emociones negativas «apropiadas» e «inapropiadas». La RET preferencial considera a las emociones negativas de tristeza, disgusto, preocupación, pena y desilusión, como respuestas afectivas «apropiadas»

a deseos insatisfechos basados en una filosofía no devota. Estas emociones son saludables cuando no interfieren sin necesidad en las metas y propósitos de una persona. Pero, ve la depresión, miedo, ansiedad, culpabilidad, vergüenza, autocompasión y sentimientos de inadecuación como emociones «inapropiadas» basadas en exigencias absolutas respecto a deseos insatisfechos. Estos últimos sentimientos son síntomas de perturbaciones porque con frecuencia (aunque no siempre) impiden que las personas persigan sus metas y propósitos. Otras aproximaciones CBT no hacen una discriminación tan detallada entre emociones negativas «apropiadas» e «inapropiadas».

12. Los terapeutas mencionados dan aceptación incondicional más que cordialidad o aprobación a los clientes, pero otros terapeutas cognitivo-conductuales no hacen esta distinción. La RET preferencial mantiene que los terapeutas cordiales tienen el peligro de que pueden animar inconscientemente a sus clientes a que consoliden la terrible necesidad de amor y aprobación. Cuando estos terapeutas aceptan incondicionalmente a sus clientes, también sirven de modelo para que ellos mismos se acepten incondicionalmente.
13. Resalta la importancia del uso de la fuerza y el vigor para contrarrestar las conductas y filosofías irracionales (Dryden, 1984b; Ellis, 1979b). La RET preferencial es la única, entre todas las terapias cognitivo-conductuales, que afirma que los seres humanos están, en su mayor parte, predispuestos biológicamente a originar y perpetuar sus perturbaciones y suelen tener gran dificultad en modificar las raíces ideológicas de estos problemas. Desde este punto de vista, se incita, tanto a terapeutas como a clientes, a que usen su fuerza y energía con el fin de interrumpir las irrationalidades de los clientes.
14. Es más selectiva a la hora de elegir métodos de cambio conductual que otras muchas terapias cognitivo-conductuales. Por ello, está a favor del uso del castigo como forma de incitar al cambio a los clientes que presentan mucha resistencia. Estos clientes no suelen cambiar para obtener refuerzos positivos pero sí cambian para evitar castigos. Además la RET preferencial tiene reservas respecto a la utilización del refuerzo social en terapia. Considera que los seres humanos son demasiado susceptibles de ser reforzados y que, a menudo, hacen lo correcto por una razón equivocada. Con esto queremos decir, que los clientes pueden cambiar para agradar a sus terapeutas que son socialmente reforzantes, pero al hacerlo no piensan y actúan por sí mismos. Los terapeutas tratan de que sus clientes sean lo más inconformistas, independientes e individualistas posible, y por lo tanto no usan apenas las técnicas de refuerzo social. Para terminar diremos que la RET preferencial se inclina por los métodos de inundación y desensibilización in-vivo más que por las técnicas de desensibilización gradual, ya que son los que mejor ayudan al cliente a aumentar su nivel de tolerancia a la frustración (Ellis, 1962, 1983b, 1985b).

Aunque los terapeutas RET *prefieren* utilizar la RET preferencial siempre que sea posible, no insisten en su uso de forma dogmática. Cuando emplean la RET general por razones pragmáticas, su práctica terapéutica es similar a la de otros terapeutas cognitivo-conductuales.

En los capítulos que vienen a continuación explicaremos cómo se lleva a la práctica la RET en sus distintas modalidades terapéuticas y educativas. Empezáramos analizando la terapia individual.

CAPITULO III

Un caso ilustrativo de la práctica básica de la RET: El caso de Jane

La RET, como ya hemos demostrado en este libro, se puede emplear de muy distintas maneras. Algunos clientes sólo tienen sesiones individuales de psicoterapia; o tienen unas pocas sesiones individuales y después pasan a participar en grupos terapéuticos regulares una vez a la semana. Otros clientes asisten a sesiones individuales y de grupo a la vez; y otros permanecen durante algunos meses en terapia individual y después asisten a terapia de grupo, pudiendo o no continuar con sesiones individuales.

Para ilustrar esta explicación de la práctica clínica básica de la RET hemos incluido en este capítulo un caso de una mujer de 27 años que tenía una fuerte ansiedad social y en su trabajo. Yo (AE) estuve viendo a esta cliente, Jane, una vez a la semana durante 3 meses y posteriormente en terapia de grupo también una vez a la semana. Decidió incorporarse a las sesiones de grupo, porque sintió que estaba empezando a comprender los principios básicos de la RET y a usarlos consistentemente. Pero encontró «demasiado segura» la terapia individual conmigo, y quiso arriesgarse a tratar sus problemas en el grupo. Intentó relacionarse con otros miembros del grupo, y aprendió a practicar la RET ayudando a los demás a que hablen de sus creencias y conductas irracionales. Si ella no se hubiera unido voluntariamente a uno de mis grupos, probablemente yo le hubiera incitado a hacerlo de todas formas, porque acostumbro a animar a mis clientes tímidos y con ansiedad social a que asistan a un grupo que les ayude a enfrentarse mejor con situaciones sociales, y a comprometerse con experiencias más arriesgadas.

Cuando Jane se unió a uno de mis grupos de terapia, continuó aprendiendo y practicando la RET de la misma forma que en las primeras sesiones individuales, pero su participación en el grupo desbordó y superó la nueva manera de pensar,

sentir y comportarse que ya había adquirido. Al principio tenía muchas dudas en contar sus problemas a otros miembros del grupo, aunque solía hablar con entera libertad de sí misma. Pero cuando la ayudé a ver sus dudas y cómo estaba definiendo su ineficaz conducta en el grupo como «horrible» y «despreciable», y cuando seguí induciéndola a que hablara de los problemas de otros miembros del grupo, rápidamente superó su timidez y se convirtió en uno de los participantes más activos.

Cuando vi por primera vez a Jane, me pareció que tenía un atractivo fuera de lo normal (más tarde todos los miembros de su grupo terapéutico me dieron la razón y se lo dijeron). No pasaba un día en el que algún hombre (o alguna lesbiana) no tratara de conquistarla en su oficina, en el metro, en la calle, en los almacenes donde compraba. A pesar de toda esta atención, ella era extremadamente tímida con los hombres, especialmente con los que encontraba más deseables, y decía que su mente se quedaba en blanco cuando tenía que hablar con alguno. Era consciente de que prácticamente no podía ponerse cara a cara con un dependiente, y su madre tenía que hacerle las compras a menudo. Cuando los hombres insistían en intentar quedar con ella —lo que ocurría muchas veces— al principio los evitaba a causa de su timidez. Entonces se aferraba desesperadamente al que fuese más persistente y no aceptase un no como respuesta. Cuando demostraba ser un acompañante inapropiado para ella (como siempre ocurría) continuaba con él mucho más de lo que deseaba, porque le aterrorizaba volver a la «caza de la media naranja».

Jane, que tenía bastante sentido del humor, a pesar de su falta de habilidad para conversar, se consideraba a sí misma como un «fracaso» tanto en su profesión como en su vida social. Se había preparado para ser profesora de Bachiller pero no podía soportar ponerse delante de una clase; por lo tanto cogió un trabajo del Servicio Civil como auxiliar administrativo, un trabajo que consiguió fácilmente porque puntuó alto en el examen. A ella le hubiera gustado conseguir cualquiera de los trabajos para los que estaba cualificada, pero le aterrorizaban las entrevistas de selección y por eso no solicitaba ninguno. Se odiaba por haberse conformado con la posición tan baja que tenía, pero su autodesprecio lo único que hacía era convencerla más de que era incapaz de mantener relaciones interpersonales adecuadas.

Cuando Jane tenía 19 años, estuvo un año en terapia rogeriana con un consejero universitario. Esto le ayudó a sentirse un poco mejor, pero no progresó con su timidez. Estuvo también 2 años en terapia psicoanalítica cuando tenía 23 años, pero se dio cuenta de que se había vuelto muy dependiente de su analista y de que le aterrorizaba más que nunca enfrentarse al mundo. Se desilusionó de la terapia y ya se había hecho a la idea de abandonar toda esperanza de cambio, cuando su hermana gemela, que tenía unos problemas muy similares y que había pasado un año en RET con buenos resultados, le animó para que acudiera al Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, e incluso se ofreció a pagarle los 2 primeros meses de tratamiento. Todavía reacia a asistir a terapia pero no lo suficientemente asertiva para negarse a la petición de su hermana, Jane accedió a darle una oportunidad a la RET.

Como ya es habitual cuando practico la RET, utilicé métodos cognitivos, emotivos y conductuales con Jane. A continuación describiré los más importantes.

METODOS COGNITIVOS DE LA RET

Las principales técnicas cognitivas RET que utilicé con Jane fueron las siguientes:

Enseñando el ABC de la RET

Al haber asistido previamente a terapia, Jane mantenía la creencia psicoanalítica de que las personas llegan a perturbarse por los acontecimientos dramáticos de su infancia. Empleé las primeras sesiones en desechar esa idea y demostrarle que todos tendemos a echar la culpa de lo que nos pasa —y especialmente de nuestras tendencias innatas e individuales a desear y exigir— a nuestros padres y profesores de la infancia, y ellos, lo único que hicieron fue impartirnos unas preferencias y unos esquemas. Después nos encontramos con el enemigo, ¡pero somos nosotros mismos!. En consecuencia, tomamos muchas de nuestras preferencias y esquemas de quienes nos cuidaron en nuestra infancia (¡y de la T.V.!), pero nosotros añadimos a ello los «debos» absolutistas, y convertimos esas preferencias en terribles «necesidades» (Ellis, 1962; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975). Además le demostré a Jane que no importa cómo y dónde adquiriese sus irracionales «debos», «tengo que», «debiera»; hoy todavía los tiene, y es mejor que reconozca que la trastornan, y que trabaje para entenderlos y eliminarlos.

Jane al principio se resistió a tomar la responsabilidad de sus iB, porque le era más cómodo echar la culpa de sus irracionalidades y timidez a su madre «dominante». Pero enseguida cambió en cuanto le demostré que su hermana pequeña, que estaba incluso más dominada por su madre (porque era el bebé de la familia), siempre había rehusado entrar en el juego de la dominación y se volvió inusualmente abierta y asertiva, —como de hecho lo era su madre—. Jane y su hermana gemela, por el contrario, salieron a su padre, tímido e inasertivo, que se divorció de su madre cuando ellas tenían 5 años, y al que apenas volvieron a ver. Después de la tercera sesión, Jane decidió que era ella quien creaba sus propias iB (por ejemplo: «No debo ser rechazada por las personas que considero significativas») y que estas Creencias (y no su madre tan dominante) le habían convertido en patológicamente tímida. Entonces fue «entrando» en la teoría RET y empezó a buscar activamente sus filosofías auto-castigadoras.

Detectando las Creencias Irracionales

En la terapia racional-emotiva, la D es la Refutación de las iB (Phadke, 1982). Pero la D puede subdividirse en tres procesos principales: Detectar las iB, Discriminarlas de las rB, y Debatirlas. Primero, enseñé a Jane cómo detectar sus iB, y en especial cómo buscar sus absolutistas «debo», «debiera», «es mi obligación». En seguida encontró algunas Creencias irracionales: (1) «Debo hablar bien a la gente que es atractiva.» (2) «Debo ser lista e interesante.» (3) «Debo hablar espontánea-

mente y con soltura sin mucho esfuerzo.» (4) «Cuando no hablo bien y no impresiono a la gente como debiera, ¡soy una persona estúpida e inútil!».

Estas iB, que Jane fue capaz de ver, era lo que contribuía más directamente, o las «causas», de sus sentimientos viscerales de ansiedad. Pero, como es normal, también tenía algunas iB sobre el proceso de ansiedad. Siempre que ella experimentaba ansiedad (o pensaba que podría experimentarla), casi inmediatamente pensaba: primero: «¡No tengo que estar nerviosa! ¡Es terrible cuando me pongo así!», y después: «Debo tener mucho cuidado en no demostrar a los demás lo nerviosa que estoy. Si lo hago, seguramente me rechazarán, ¡y eso sería horrible!». Estas iB sobre sus nervios le llevaban a Jane a sentir el síntoma primario (ansiedad) y después lo convertía en el síntoma secundario (ansiedad de la ansiedad); una vez que desarrollaba esta ansiedad secundaria, se sentía tan trastornada que su nerviosismo original aumentaba. Entonces pasaba a un sentimiento terciario de pánico y desesperanza, motivado por su iB terciaria: «Ahora que tengo tanto miedo y no he podido controlar mis sentimientos, nunca seré capaz de superar mi ansiedad. ¡No puedo soportar este pánico tan fuerte, y no puedo cambiar!».

Discriminando las Creencias Irracionales de las Racionales

Demostre a Jane que no sólo tenía iB (debos), sino también rB (preferencias), y que éstas últimas eran legítimas y le ayudaban. Por ejemplo, algunas de sus rB del nivel secundario y terciario eran: «No me gusta ser ansiosa y demostrárselo a los demás, pero puedo aceptar estos sentimientos y trabajar para librarme de ellos», y «si la gente me rechaza por demostrarles lo nerviosa que estoy, es una pena, pero puedo soportarlo.» Con la ayuda de la RET, Jane pudo ver que estas Creencias racionales (preferencias) se diferenciaban bastante de sus Creencias irracionales (exigencias no realistas) y que ella tenía la opción de elegir y quedarse con las primeras mejor que con las últimas.

Debateando las Creencias Irracionales

Hice algunas preguntas lógicas y empíricas, y enseñé a Jane a que se las hiciera a sí misma, para Debatir y Refutar (en el punto D) sus iB secundarias y terciarias. Por ejemplo: (1) «Aunque mi pánico (y el pánico de mi pánico) fuera muy intenso e incapacitante, ¿Dónde está la evidencia de que *no puedo soportarlo y no puedo superarlo?*». (2) «Suponiendo que mi ansiedad espante a alguien, ¿va a boicotearme todo el mundo por manifestarla? y si alguien me desprecia por demostrar pánico, ¿es esto tan terrible, y necesito su aprobación en realidad?».

A la vez que Refutaba estas iB secundarias y terciarias que le llevaban a sentir ansiedad por la ansiedad, Jane volvió, bajo mi supervisión, a sus iB primarias y empezó a Refutarlas activa y persistentemente de esta manera: (1) «¿*Por qué* debo hablar bien a la gente que es atractiva?» (2) «¿*Dónde está escrito* que tengo que

ser lista e interesante?»(3) «¿Realmente *tengo que* hablar fluida y espontáneamente sin demasiado esfuerzo?» (4) «Cuando no hablo bien, ni impresiono a la gente, ¿De qué forma me convierte eso en una *persona estúpida e inadecuada*?». Ella respondió a estas Refutaciones así: (1) No hay ninguna razón por la que yo deba hablar bien a la gente que encuentro atractiva, pero me gustaría hacerlo, así que haré un esfuerzo — pero no me va a ir la vida en ello— para conseguirlo. (2) Está escrito *sólo en mi cabeza* que yo *tengo que* ser lista e interesante, ¡aunque, me encantaría serlo!. (3) Puedo hablar sin soltura ni espontaneidad y *seguir* contando con gente con la que conversar. (4) Cuando hablo mal y no impresiono a la gente, esto me convierte en una *persona que* ha hablado mal en esta ocasión, y no en una *persona totalmente estúpida o inadecuada*.

Mientras cuestionaba y Refutaba sus Creencias irracionales. Jane empezó a sentirse mucho mejor y a querer hablar con la gente.

Frases de Enfrentamiento

Utilicé otro de mis métodos RET favoritos con Jane: encontrar, apuntar, y repetirse varias veces al día frases de enfrentamiento o coping statements (Creencias racionales) que interiorizó con el tiempo (Ellis, 1962, 1973; Ellis & Becker, 1982; R. Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984; Meichenbaum, 1977). Estas fueron algunas de las que más le ayudaron: «Puedo hablar a los demás, aunque me encuentre incómoda al hacerlo». «Me gustaría hablar bien, pero no es *mi obligación*». «¡Nadie *ha muerto* de ansiedad social!». «Cuando las personas me rechazan, eso dice algo de ellos mismos y de sus gustos hacia mí». «Aunque me comporte de forma estúpida y dé una impresión negativa, aún puedo aprender y divertirme».

Referir

El Referir es una técnica RET extraída de la semántica general (Danysh, 1974; Korzybski, 1933), que utilicé con Jane. Le ayudé a anotar y revisar con regularidad las ventajas de sentirse incómoda y superar su baja tolerancia a la frustración cuando se forzaba a actuar de forma incorrecta. Normalmente ella sólo refería las desventajas (e.g., sus sentimientos de torpeza) cuando hablaba con gente atractiva. Por eso hizo una lista de todas las ventajas: (1) Cogería práctica en hablar con más fluidez. (2) Aprendería qué es lo que hay que decir y lo que no hay que decir. (3) Conocería a una gran cantidad de gente de donde podría escoger amigos o amantes. (4) Vería que hay mucha gente tan tímida e incapaz de conversar como ella. (5) Podría aceptar el reto de hacerlo mal y no deprimirse. (6) Encontraría más interesante su vida. (7) Su ansiedad sería más intensa pero duraría menos. A medida que fue escribiendo estas referencias, Jane se vio más capaz de conversar con otras personas.

Enseñando la RET a los demás

Cuando practicaba el psicoanálisis solía advertir a mis clientes que no analizaran a sus amigos y parientes porque la mayoría de las veces lo iban a hacer muy mal y podrían herirse a sí mismos y a los otros. Sin embargo, ahora hago lo contrario y animo a muchos clientes a que enseñen la RET a la gente que les rodea e intenten que les digan sus Creencias irracionales. Como ha demostrado empíricamente Bard (1980), enseñar la RET a los demás ayuda al que enseña a perfeccionarse en la Refutación y en otros métodos. Jane utilizó la RET principalmente con su madre, su hermana pequeña, y sus amigas más cercanas, y manifestó que el trabajar con ellas para ver y rechazar sus irracionalidades le ayudó mucho a observar y debatir eficazmente algunas de las suyas.

Métodos Psicoeducacionales

La RET siempre ha sido partidaria del uso de libros y cassettes para enseñar sus principios a los clientes y al público en general. Por ejemplo, la RET anima a los clientes a que graben sus propias sesiones de terapia y luego las oigan varias veces para que recuerden mejor los puntos que se han tratado en la sesión. Jane encontró las grabaciones extremadamente útiles, y siempre las escuchaba unas cuantas veces entre sesión y sesión.

Resolución de problemas

Para la RET la gente tiene dos tipos de problemas: (1) problemas prácticos, como el de Jane con su trabajo que no le gustaba o el que tenía con sus acompañantes, y (2) problemas emocionales, o problemas por tener problemas prácticos. Como ya es costumbre en la RET, empecé por sus problemas emocionales y le enseñé a minimizarlos o a eliminarlos. Después pasamos a los problemas prácticos. Por ejemplo, di un repaso con ella a sus problemas de búsqueda de empleo, le enseñé cómo podría hacer un buen currículum, discutimos las dificultades de cómo conseguir entrevistas, cómo desenvolverse en ellas, y cómo rechazar algunas ofertas y esperar a una que respondiese mejor a sus expectativas. También discutimos cómo podría buscar en la práctica un acompañante adecuado, cómo decir que no a los que no le gustaran y cómo hacerlo mejor con los que le gustaran.

El uso del humor

Según la teoría RET, las Creencias irracionales (iB) que trastornan a las personas suelen surgir de dar significado correcto y una consideración adecuada a los deseos o preferencias (lo cual es racional). Pero después, se van mucho más lejos

y dan un sentido exagerado a estos deseos. Se toman las cosas demasiado en serio. Por eso la RET maneja el humor como una de las técnicas principales para combatir este pensamiento exagerado o «catastrofista». Reduce las ideas de los clientes a lo absurdo, les demuestra lo contradictorias y ridículas que son, y les propone cantar (pero sobre todo interiorizar) algunas canciones humorísticas racionales que sirven para superar las cogniciones excesivamente serias (Ellis, 1977 b, c).

Como Jane tenía un gran sentido del humor, utilicé muchos chistes con ella, y algunos resultaron bastante efectivos. Ella encontraba especialmente beneficioso cantarse a sí misma mis canciones racionales humorísticas cuando tenía un acceso de ansiedad o depresión. Dos de las que más le gustaron fueron éstas:

Racionalidad Perfecta (con la música de *Funiculi, Funicula* de Luigi Denza).

Algunos piensan que el mundo debe seguir un camino recto
¡Y yo también!, ¡y yo también!
Algunos piensan que con la mínima imperfección no
lo harán bien, ¡Y yo también!

Porque yo tengo que demostrar que soy un superman;
¡Y mucho mejor que los demás!
Demostrar que mi sesera es milagrosa
¡Y así siempre estaré con la gente prodigiosa!

La Racionalidad perfecta, perfecta
¡es lo único importante para mi!
No puedo ni imaginar
una vida en la que pueda fallar
¡La Racionalidad debe ser perfecta para mi!

Estoy deprimido, deprimido (con la música de The Band played on [la banda está tocando] de Charles B. Ward).

Cuando todo me sale mal en la vida
¡Me deprimó, me deprimó!

Siempre que me hieren por un altercado de nada
¡Me siento más estresado!

Cuando la vida no está destinada a ser consagrada
¡No puedo soportarlo!

Cuando cualquier cosa me sale mal en la vida
¡Me pongo a gritar, a gritar y a gritar!

METODOS EMOTIVOS DE LA RET

Como ya he explicado durante muchos años (y gran cantidad de personas que escriben sobre psicoterapia parecen ignorar), la RET es casi siempre una escuela multimodal de psicoterapia, y rara vez trata a un cliente sin usar métodos emotivos, conductuales y cognitivos (Bard, 1980; Ellis, 1962, 1969, 1972b, 1973; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975; Grieger & Boyd, 1980; Walen, DiGiuseppe, & Wessler, 1980; Wessler & Wessler, 1980). A continuación expondré algunos de los principales métodos evocativos-emotivos que utilicé con Jane:

Imágenes racional-emotivas

Empleando las imágenes racional-emotivas (Maultsby, 1975; Maultsby & Ellis, 1974), enseñé a Jane cómo imaginarse algunas de las peores cosas que le podrían ocurrir: por ejemplo, encontrarse a un hombre que ella consideraba muy atractivo, y a quien tuviera que hablar; pero de repente se volvería totalmente muda e incapaz de pronunciar una palabra inteligible. Entonces empezó a trabajar para sentirse desilusionada y triste que es lo correcto, y no deprimida y desvalorizada. Practicó con esta clase de imágenes racional-emotivas varias veces al día durante 30 días o más hasta que la imagen de esta inhabilidad social (o la inhabilidad social in vivo) rápida y automáticamente le llevó a experimentar los sentimientos adecuados de desilusión y pena, no ansiedad o inadecuación.

Ejercicios de ataque a la vergüenza

Jane obtuvo un gran beneficio de los ejercicios de ataque a la vergüenza, que inventé en los años 60 y que desde entonces se han utilizado en la RET y otras terapias (Ellis, 1969; Ellis & Abrahams, 1978; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977). Primero, escogió algunas tonterías —como gritar el nombre de las paradas en el metro de Nueva York y cantar lo más fuerte que pudiera por la calle—, y se obligó a hacerlas, mientras trabajaba para no sentir vergüenza. Cuando pudo hacer esto correctamente, entonces empezó a hablar a hombres desconocidos (y atractivos) en los autobuses, ascensores, en el supermercado, y en otros lugares públicos; trataba de entablar conversación con ellos y les preguntaba si les gustaría llamarla para quedar a comer o a dar una vuelta. Al principio le daba terror, pero después de hacerlo unas 20 veces perdió casi toda su vergüenza y ansiedad y pudo conocer a algunos hombres que le gustaban y empezar a quedar con ellos regularmente.

Role-playing

Jane y yo representamos bastantes situaciones de entrevistas para obtener empleo y encuentros sociales. Discutí con ella qué era lo que se decía a sí misma para ponerse

nerviosa y callarse en estas situaciones, y qué otras cosas podría decirse en su lugar; por otro lado, extraje algunos sentimientos negativos de los que ella no era totalmente consciente y le ayudé a cambiarlos. También hice una crítica de sus habilidades en estas situaciones, para que las reconsiderase y superase. Lo que es mejor aún, Jane lleva asistiendo a los grupos de terapia 6 meses, y eran los miembros de su grupo los que hacían el rol-playing con ella. Después conseguían que sacara a la luz sus sentimientos negativos y le hacían sugerencias excelentes sobre cómo manejar estos sentimientos y cómo mejorar sus habilidades sociales. Suelo encontrar muy válido para la gente tímida e inhibida, como era el caso de Jane, el unirse a uno de mis grupos de terapia durante una temporada, porque así tienen más oportunidades que en una terapia individual de aprender a desenvolverse socialmente. Además, Jane aprendió a encontrar y discutir las Creencias irracionales de otros miembros del grupo, lo cual le ayudó a refutar sus propias Creencias irracionales (Ellis, 1982c).

Grupos de socialización

En uno de mis grupos, Jane también aprendió a relacionarse más con algunos de los miembros. Les llamaba cuando necesitaba ayuda entre sesión y sesión, e intentaba realizar las actividades de socialización con ellos si no las había podido hacer sola.

Autorevelaciones forzadas

La RET afirma que las personas se perturban no sólo por sus ideas, pensamientos, actitudes y filosofías, sino también por perseverar fuerte y vehementemente en sus creencias perturbadoras. Esto lleva a la gente como Jane a redocrinarse a sí mismos de forma dramática (Dryden, 1984c; Ellis, 1979b, 1984a,b, 1985b,c). A Jane se le enseñó cómo inventar autorevelaciones racionales y a repetírselas a sí misma (y a otros) con mucha seguridad, tantas veces como haga falta, hasta que empiece a sentir las y a convencerse de su verdad. Entonces ella podrá expresar con entereza: «Me sienta como una patada en el trasero que me rechacen en situaciones sociales o en una entrevista de selección, ¡pero no es horrible!» «Me gustaría mucho encontrar un compañero adecuado, ¡pero no tengo por qué encontrarlo!» «Si la gente se da cuenta de lo nerviosa que estoy, no creo que echen a correr. Y si lo hacen ¡peor para ellos!» «Puedo hablar con hombres atractivos, ¡no importa lo incómoda que me sienta!».

Auto-diálogo forzado

Otra técnica emotiva RET que usó Jane fue el mantener un diálogo racional forzado consigo misma y grabarlo (Ellis & Becker, 1982). Empezó con una Creencia

irracional —como por ejemplo que debe hablar con facilidad y espontaneidad, sin ningún esfuerzo— y después de forma racional, pero también apasionada, luchar contra esta creencia, de tal forma que sus argumentos racionales al final ganen a los irracionales, y sus sentimientos cambien adecuadamente. Después escuchaba estas cintas ella sola o se las dejaba escuchar a los demás y a los miembros de su grupo, y comprobaba con ellos si sus argumentos racionales eran buenos, y qué poder tenían contra los irracionales.

Otras veces hacíamos un cambio de rol, yo mismo u otro miembro del grupo tomaba el papel del *self* irracional de Jane. Ella era el *self* racional e intentaba discutir con nosotros y convencernos de lo absurda que era nuestra manera de pensar.

Auto-aceptación incondicional

Yo siempre acepté a Jane de forma incondicional, porque ésto es una parte fundamental de la RET, no importaba lo incorrectamente que ella se comportara fuera o dentro de la terapia. Incluso cuando llegaba tarde a las sesiones o se retrasaba en pagar la cuenta al Instituto, yo siempre le demostraba con firmeza que su comportamiento había sido inadecuado pero que nunca la consideraría una mala persona. Entonces fui más lejos y le enseñé a Jane como aceptarse completamente a sí misma bajo cualquier circunstancia, y a valorar únicamente sus actos, pero nunca a ella misma en su totalidad, su *self*, o su existencia (Ellis, 1962, 1972b, 1973, 1976c; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975; Hauck, 1973; Miller, 1983). De todas las cosas que aprendió en la RET, ella dijo que la más útil había sido la autoaceptación incondicional.

METODOS CONDUCTUALES DE LA RET

Utilicé algunos métodos conductuales con Jane, de la misma forma que lo hago con todos mis clientes, en especial los siguientes:

Tareas activas

Desde el principio de la terapia, a Jane se le asignaron tareas activas para realizar fuera de las sesiones: hablar a hombres atractivos, ir a entrevistas de selección, hablar en público, decirles a sus amantes que no quería volverles a ver una vez que estaba segura de que no le iban (Ellis, 1962, 1979c, 1984a,b). Realizó estas tareas a pesar de que se sentía incómoda haciéndolas —y por lo tanto aprendió la máxima RET: «Se consigue muy poco sin esforzarse»—. Siempre que se implicaba en las situaciones, superaba rápidamente su malestar e incluso se divertía con algunas —como al hablar y flirtear con hombres atractivos—. Llevando a cabo estas tareas se dio cuenta de lo nerviosa y avergonzada que se sentía al principio, y fue capaz de descubrir las Creencias irracionales que estaban a la base de su ansiedad.

Refuerzos y castigos

Jane aprendió cómo reforzarse a sí misma, con la lectura o asistiendo a un concierto —después de que hacía las tareas—; y a abstenerse de esta clase de refuerzo si no las hacía. Ella encontró los refuerzos especialmente útiles para que le ayudaran a completar sus tareas, porque podía realizarlos durante varios días de una tirada y después dejarlos u olvidarse de ellos si no había conseguido el refuerzo.

La RET emplea los castigos de la misma forma que los refuerzos con los clientes que no hacen las tareas para casa (Ellis & Abrahams, 1978; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Whiteley, 1979). Cuando Jane no cumplía con sus deberes quemaba un billete de 20 dólares y eso le ayudaba a completarlos.

Entrenamiento en habilidades

Jane recibió entrenamiento en aserción, en relaciones sociales, en cómo escribir un curriculum, y en habilidades de comunicación; por medio de sesiones individuales, de grupo, y en varios talleres abiertos al público que se realizan regularmente en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York. El entrenamiento en habilidades le ayudó en distintos campos que ella nunca había considerado como problemas psicológicos importantes —como fue el mejorar la comunicación con su madre—. Y en parte gracias a eso, ella comentó casi al final de la terapia: «Estoy muy contenta de haber elegido la RET para superar mi problema de ansiedad social y otras dificultades emocionales. Pero el mayor beneficio que he sacado de estas sesiones ha sido el de ser capaz de realizarme y lo que es más, divertirme de una forma que nunca pensé que podría aprender en una terapia. ¡Estoy encantada de poder decir que lo he conseguido!».

CONCLUSION

Traté a Jane durante 9 meses, primero en sesiones individuales una vez a la semana y después en terapia de grupo, principalmente. Cuando terminó la terapia, ella podía hablar fácilmente con hombres atractivos; estaba preparada para trabajar como maestra, cosa que antes evitaba; no tenía ningún problema en discutir con los vendedores cuando iba a una tienda; era capaz de rechazar a un acompañante que no le gustaba después de haber salido con él unas pocas semanas o meses; y fue a un grupo de hablar en público, y lo hizo tan bien que la hicieron socia.

No volví a ver a Jane en terapia, pero solía asistir a mis talleres de los viernes por la noche sobre problemas de la vida diaria, y participaba activamente, preguntando o haciendo sugerencias racionales a los voluntarios con los que yo hacía demostraciones públicas de RET. También se quedó a unas sesiones que preparamos a la hora del café para los que asistían a los talleres, y se relacionó en seguida con la gente que estaba en estos grupos. Está muy agradecida por la experiencia que

ha tenido con la RET, y suele enviarme a mi o a otros terapeutas del Instituto de Terapia Racional-Emotiva, a amigos o conocidos.

El caso de Jane, que sufría ansiedad social, no es de los más típicos, porque ella trabajó con más ahínco de lo que suelen hacer los demás clientes, y su avance fue más rápido y profundo de lo que es normal en casos similares de fuerte ansiedad. Pero su progreso demuestra que cualquier persona por mucha ansiedad que tenga, puede ayudarse muchísimo a sí misma en un periodo de tiempo relativamente corto, si acepta y usa continuamente algunas de las principales técnicas y formulaciones RET.

CAPITULO IV

Terapia individual

ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO AL CONTENIDO

Prochaska y Norcross (1983) han realizado recientemente una investigación sobre las prácticas de 410 psicólogos que pertenecían a la División 29 (Psicoterapia) de la American Psychological Association, y lo compararon con una investigación similar (Norcross & Prochaska, 1982) llevada a cabo con una muestra de psicólogos que eran miembros de la A. P. A. División 12 (Psicología Clínica). Los hallazgos de estas dos investigaciones demuestran que los miembros de ambas Divisiones dedicaban la mayor parte del tiempo de terapia a la práctica de la terapia individual (65.3% —miembros de la División 29—; 63.5% —miembros de la División 12—). Aunque no se tienen datos de la distribución del tiempo en los terapeutas de diferentes orientaciones, no podemos afirmar que los terapeutas RET sigan un patrón diferente. En el caso de que fuese así, la ausencia de datos hace que sea difícil explicar las razones.

Dryden (1984d) ha descubierto que hay distintos factores de influencia que inciden en el momento en que terapeuta y cliente eligen la modalidad terapéutica en la que van a trabajar. Primero, los terapeutas están influidos por la orientación en que trabajan. Tal orientación puede imponer limitaciones prácticas como por ejemplo: elegir la terapia individual y/o tener diferentes normas que favorecen la práctica de una modalidad particular más que otra. Los terapeutas que ejercen la práctica privada suelen encontrar que las exigencias de esta forma de trabajar hacen que la terapia individual abarque la mayor parte de su tiempo.

Parte de este capítulo es una adaptación de W. Dryden, «Therapeutic Arenas», en Dryden (1984 a). Permitida su reproducción.

Segundo, los terapeutas están influidos por la forma en que consideran las perturbaciones de los clientes. Puesto que el modelo RET de perturbación enfatiza la importancia que tiene el sistema de Creencias de un individuo sobre sus problemas psicológicos, esto hace el que sus seguidores trabajen con más frecuencia en la modalidad de terapia individual que en las otras. Tercero, las preferencias de los clientes son importantísimas, y ejercen una influencia considerable en la elección de una modalidad terapéutica.

En este orden de cosas, mi (AE) experiencia es: «suelo seguir los deseos de cualquier cliente para elegir una psicoterapia individual, marital, familiar o de grupo. En muy pocos casos soy yo el que les propongo una forma de terapia a la que en principio sean reacios.» (Dryden, 1984 a, p. 15). Los terapeutas RET necesitan informarse de las preferencias de los clientes por una modalidad y del impacto que ella les causa. Teniendo esto en cuenta, no existen datos respecto a (1) qué tiempo dedican los terapeutas RET a cada modalidad terapéutica, (2) qué factores determinan tal decisión, y (3) quién es el responsable de esta decisión, ya que el saber cuándo (y cuándo no) trabajar en terapia individual viene determinado por nuestra experiencia clínica.

Indicaciones para la terapia individual

1. La RET individual es por naturaleza totalmente confidencial. Está indicada cuando para los clientes es importante abrirse en privado sin miedo de que otros puedan usar esa información en su perjuicio. Algunos clientes son particularmente ansiosos respecto a cómo podrían reaccionar otras personas ante sus revelaciones (por ejemplo, en un contexto de grupo terapéutico), y esta ansiedad les impide que participen activamente en esa modalidad. Por ello la RET individual es más adecuada a su manera de ser porque, de otra forma, no revelarían su material «secreto». Pero cuando más tarde deseen o sean más capaces de abrirse a los demás pueden pasar a otras modalidades terapéuticas.

2. La terapia individual, por su naturaleza diádica, proporciona una oportunidad para desarrollar una relación más cercana entre terapeuta y cliente de la que existiría si otras personas estuvieran presentes (ejemplo, un co-terapeuta y otros clientes). Este factor es particularmente importante con clientes que no han podido relacionarse en profundidad con personas significativas y a quienes la terapia de grupo, por ejemplo, les asusta como comienzo.

3. En una terapia individual, la RET puede ser la mejor forma de hacer avanzar a una persona. Por ejemplo, está particularmente indicada para clientes que requieren una total atención de su terapeuta, debido a su situación mental, o a la velocidad de aprendizaje. Es especialmente importante con clientes que están muy confusos y que podrían distraerse con la complejidad de interacciones que se llevan a cabo en otras modalidades terapéuticas.

4. La RET individual está indicada cuando los principales problemas de un cliente son consigo mismo más que con los demás.

5. La terapia individual es especialmente útil con clientes que desean distanciarse de los demás (e.g. aquellos que han decidido terminar una relación y quieren resolver los problemas individuales que eso conlleva). Sin embargo, puede resultar beneficioso tener algunas sesiones conjuntas con la pareja, especialmente si se quieren reconciliar (Gurman & Kniskern, 1978).

6. Ya hemos explicado en el capítulo 2 las ventajas de variar el estilo terapéutico y adaptarse al cliente, con el fin de minimizar el riesgo de que su problema continúe. La RET individual proporciona una oportunidad para variar el estilo terapéutico sin peligro de que ello pueda tener efectos negativos en otros clientes, como podría ocurrir en otras modalidades terapéuticas.

7. La terapia individual está indicada para clientes que encuentran dificultad en compartir su tiempo terapéutico con otros.

8. La terapia individual también puede estar indicada por razones negativas. De este modo, terminan en terapia individual los clientes que no obtienen beneficio de trabajar en otras modalidades terapéuticas, así como clientes que monopolizan un grupo terapéutico, o se cierran demasiado ante los demás miembros, o quienes son demasiado vulnerables para beneficiarse de una terapia familiar.

Contraindicaciones para la terapia individual

1. La terapia individual está contraindicada con clientes que son extremadamente dependientes del terapeuta, sobre todo si tal dependencia es tan intensa que les conduce a un deterioro. Estos clientes pueden recibir más ayuda en terapia de grupo, en dónde esta fuerte dependencia no puede desarrollarse debido a que el terapeuta tiene que ocuparse también de otras personas.

2. La RET individual, que en general no debe tratarse de una relación interpersonal muy estrecha entre terapeuta y cliente, puede llegar a serlo en algunos casos, y por lo tanto, no es recomendable para clientes que temen llegar a tal grado de intimidad, o se asustan simplemente ante la perspectiva de llegar a esa intimidad.

3. La terapia individual está contraindicada con clientes que encuentran esta modalidad demasiado cómoda. Si nos basamos en la idea de que el cambio personal se ve facilitado por situaciones donde haya un nivel de activación óptimo, la terapia individual no les proporcionaría ese requisito. Ravid (1969) descubrió que era improductivo ofrecer terapia individual a clientes que ya hayan estado durante mucho tiempo en terapia individual pero que todavía requieran ayuda terapéutica.

4. La terapia individual no es apropiada cuando otras modalidades son más terapéuticas. Por ejemplo, clientes que son especialmente tímidos, retraídos, y les cuesta arriesgarse, sacarán más beneficio de la terapia de grupo (si se les puede convencer de que asistan) que de una situación que conlleva menos riesgo como es la terapia individual. Segundo, parejas para quienes resulta más productiva la situación conjunta de una terapia de pareja que la RET individual, en especial cuando son dos personas que se han enfrentado a los sentimientos perturbadores que les produce su relación, y están manejando situaciones que mejoran su satisfacción con esa relación,

lo cual exige la participación conjunta de ambos miembros de la pareja (ver Capítulo 5).

Otras consideraciones

Una vez que terapeutas y clientes han decidido trabajar en una modalidad en particular, es importante señalar que esta decisión no es irrevocable. Los clientes pueden pasar de una modalidad a otra distinta y por lo tanto la terapia individual, en este contexto, sería una parte del proceso global de tratamiento. Esto puede ocurrir tanto por razones positivas como negativas. El optar productivamente por la terapia individual o el abandonarla depende de que se haya producido un avance terapéutico importante en una modalidad, pero el cliente pueda sacar más beneficio pasando a otra modalidad diferente. El cambio negativo hacia la terapia individual, desde ella hacia otra, tiene lugar cuando los clientes no avanzan en una modalidad terapéutica dada.

Hasta aquí hemos enumerado algunas indicaciones y contraindicaciones para la práctica de la terapia individual. Ahora vamos a concluir insistiendo en que este campo está muy poco desarrollado y aconsejaríamos a los terapeutas RET: Trabajar en la modalidad que parece ser más beneficiosa para los clientes pero considerar tales decisiones como tentativas y en cierto modo experimentales. Quizá la mejor manera de determinar si un cliente sacará o no provecho de la terapia individual es trabajar con él en esa modalidad y observar cómo responde.

EL PROCESO DE LA RET INDIVIDUAL

En esta sección vamos a explicar las fases inicial, media y final de la RET individual.

La fase inicial

Cuando un cliente viene a la RET individual es muy posible que conozca poco o nada sobre la naturaleza de esta aproximación terapéutica. Por eso la primera labor del terapeuta es introducir al cliente en la RET, ayudándole a entender su naturaleza y en qué consiste la participación del terapeuta y del cliente. Como ya hemos apuntado en el Capítulo 2, algunos terapeutas introducen a sus clientes en la RET por medio de actividades preterapéuticas. Aunque se utilice este método, es importante que durante la fase inicial de la RET se compruebe si el cliente ha entendido, y se corrija cualquier malentendido que pueda existir. En el caso de que no se empleen estas actividades preterapéuticas la participación activa del terapeuta sería mayor en la fase inicial.

Algunos terapeutas RET prefieren pasar un cuestionario que proporciona información básica sobre la biografía y problemas actuales del cliente. En la Figura 4.1. presentamos el cuestionario de información biográfica empleado rutinariamente por los terapeutas del Instituto de RET en Nueva York.

Además también pedimos a los clientes que rellenen el cuestionario de datos de personalidad que viene en el capítulo 2 (ver Figura 2.1.), lo cual nos da información sobre las Creencias irracionales que están a la base de las perturbaciones. Sin embargo, este cuestionario se diseñó para servir de ayuda más que para sustituir a una evaluación profunda de los problemas del cliente.

A la mayoría de los terapeutas les gusta estructurar el proceso terapéutico enfocándolo desde el principio hacia los problemas. Por ejemplo, se emplean preguntas como: «¿Qué es lo que más le preocupa?» y «¿Cuál es su mayor problema ahora?», para animarles a que se centren en solucionar sus problemas. De hecho, yo (AE) siempre leo en alto lo que el cliente ha 'escrito en el ítem 23 del cuestionario de información biográfica y le pido que me diga qué es lo que más le preocupa de toda su lista de problemas.

Antes de proceder con la fase de evaluación, terapeuta y cliente deben ponerse de acuerdo sobre qué problemas atajar en primer lugar. Una vez conseguido esto el terapeuta ayuda al cliente a entender sus problemas según el esquema ABC descrito en el capítulo 1. En este punto, el terapeuta procura, por un lado, comprender los problemas de acuerdo con el esquema ABC, y por otro lado explicar a su cliente el modelo ABC de perturbación emocional. Durante este proceso es necesario corregir cualquier malentendido que pueda haber con el fin de entender la RET como una forma de terapia centrada en el problema, educacional por naturaleza y donde el terapeuta a menudo adoptará un papel activo-directivo. Por eso, lo primero es que el cliente aprenda a focalizar su atención sobre los determinantes cognitivos de sus problemas.

Los terapeutas RET tienen además otra serie de tareas que realizar durante la fase inicial: (1) ayudar al cliente a entender que en la RET hay que solucionar los problemas emocionales y conductuales antes que los ambientales o profesionales (Grieger & Boyd, 1980); (2) ayudar al cliente a ordenar y conseguir el insight de sus problemas por medio de preguntas y estructurando frases; (3) descubrir qué efectos tienen los síntomas del cliente sobre su propio funcionamiento y sus relaciones. Este último punto sirve para determinar si es necesaria la participación de alguna otra persona en fases posteriores de la terapia. Si así fuese, se discutiría más tarde la posibilidad de transferir al cliente a una modalidad terapéutica más apropiada.

Evaluación.

Ya hemos explicado en qué consiste la evaluación en el capítulo 2, sin embargo, es importante aclarar algunos aspectos. Hemos comentado anteriormente que los terapeutas RET suelen empezar por discutir los problemas más acuciantes de los

FIGURA 4.1. Cuestionario de información biográfica

Fecha _____ Nombre y Apellido _____

Centro de Consulta

Institute for Rational-Emotive Therapy

45 East 65th Street • New York, N.Y. 10021

Cuestionario de Información biográfica

Instrucciones. Por favor, rellene este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Puede estar seguro de que, lo que en él escriba, así como todo que diga en el Instituto, será mantenido en el más estricto secreto, y no se le permitirá a nadie de fuera ver su caso sin su consentimiento por escrito. POR FAVOR MECANOGRAFIE O IMPRIMA SUS RESPUESTAS.

1. Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: H M
Día Mes Año

2. Dirección:
Calle Número Población Provincia

3. Teléfono domicilio: Teléfono trabajo:.....

4. Dirección permanente (Si es distinta de la anterior):

.....

5. ¿Quién le remitió al Instituto? (elija una)

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| (1) Yo mismo | (2) Centro de Estudios o profesor |
| (3) Psicólogo o Psiquiatra | (4) Asistente Social |
| (5) Hospital o Clínica | (6) Médico de Cabecera |
| (7) amigo | (8) pariente |
| (9) otros (explique quién) | |

.....

¿Ha estado él/ella aquí? SI..... NO.....

6. Estado Civil:

- | | |
|--|----------------------------------|
| (1) Soltero | (2) Casado por primera vez |
| (3) Casado por 2. ^a vez (o más) veces | (4) Separado |
| (5) Divorciado y sin volverme a casar | (6) Viudo y sin volverme a casar |

Años casado/a con el actual esposo/a

Años de los hijos Años de las hijas

7. Años de escolarización o de estudios (rodée el número de años):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 más de 20

8. ¿Es usted religioso? (rodée el número de la escala que más se aproxime a su grado de religiosidad):

Mucho		Medio		Ateo
1	2 3 4 5 6 7 8 9			

9. Edad de la madre:

Si ha muerto, ¿Qué edad tenía usted cuando murió?

10. Edad del padre:

Si ha muerto, ¿Qué edad tenía usted cuando murió?

11. Si sus padres están separados, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?

12. Si sus padres están divorciados, ¿Qué edad tenía cuando ocurrió?

13. Número de divorcios de su madre

Número de divorcios de su padre

14. Número de hermanos vivos Número de hermanas vivas

15. Edades de los hermanos vivos de las hermanas vivas

16. Yo soy el hijo número en una familia de hijos

17. ¿Es usted adoptado? SI NO

18. ¿Qué tratamiento ha recibido anteriormente para sus problemas emocionales?

Horas de Terapia Individual, durante años, terminó hace años.

19. Horas de Terapia de Grupo Meses de hospitalización psiquiátrica

20. ¿Actualmente sigue tratamiento en algún otro sitio? SI NO

21. Número de veces que ha tomado antidepresivos el año pasado

22. Tipo de psicoterapia que ha recibido principalmente (describa brevemente el método de tratamiento —ej., análisis de sueños, asociación libre, drogas, hipnosis, etc.)

.....

23. Haga una breve lista de los principales problemas, síntomas y quejas actuales:

.....

.....

.....

24. Haga una breve lista de cualquier problema, síntoma o queja adicional pasada:

.....

.....

25. ¿Bajo qué circunstancias empeoran sus problemas?

.....

.....

26. ¿Bajo qué circunstancias mejoran?

.....

.....

27. Haga una lista de las cosas qué más le gusta hacer, la clase de cosas o personas que le proporcionan placer:

.....

.....

28. Haga una lista de sus virtudes y aspectos positivos:

.....

.....

29. Haga una lista de sus defectos:

.....

.....

30. Haga una lista de sus dificultades sociales más importantes:
.....
.....
31. Haga una lista de sus principales dificultades amorosas y sexuales:
.....
.....
32. Haga una lista de sus principales dificultades en el trabajo o escuela:
.....
.....
33. Haga una lista de sus principales metas en la vida:
.....
.....
34. Haga una lista de las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo: ...
.....
.....
35. Haga una lista de sus principales dolencias, enfermedades, quejas o defectos físicos:
.....
.....
36. ¿Para que trabajo está especialmente preparado?.....
Trabajo actual Dedicación total Dedicación parcial
37. Profesión del cónyuge Dedicación total Dedicación parcial
38. Profesión de la madre Profesión del padre
39. Religión de la madre Religión del padre

40. Si sus padres no le criaron cuando era pequeño, ¿Quién lo hizo?.....
.....
41. Describa brevemente qué clase de persona era su madre (o madrastra o la persona que sustituyó a su madre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con ella:
.....
.....
42. Describa brevemente qué clase de persona era su padre (o padrastro o la persona que sustituyó a su padre) cuando usted era niño y cómo lo pasaba con él:
.....
.....
43. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanos, descríballo brevemente:
.....
.....
.....
44. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanas, descríballo brevemente:
.....
.....
.....
45. Número de parientes cercanos varones que han tenido perturbaciones emocionales serias: ¿Cuántos han sido hospitalizados por tratamiento psiquiátrico, o intento de suicidio?: Número de parientes cercanos mujeres que han tenido perturbaciones emocionales serias: ¿Cuántas han sido hospitalizadas por tratamiento psiquiátrico o intento de suicidio?

46. Añada cualquier información que crea que puede ser útil:

.....

clientes. Pero existe la alternativa de comenzar a trabajar por los problemas que son más fáciles de resolver. Esto hace que aumente la credibilidad del terapeuta e infunde esperanza. El que el terapeuta adopte la aproximación «problema más acuciante» o «problema más fácil de resolver» dependerá de qué táctica es la mejor para que el cliente se implique en la terapia.

Durante el proceso de evaluación el terapeuta procura ayudar al cliente a entender las conexiones entre A, B y C, y especialmente el rol de las variables B. Y lo que es más importante, el terapeuta presta una atención especial a la posible existencia de «problemas sobre los problemas» (como ya dijimos en el Capítulo 1). Si se detectan estos problemas de segundo orden, el terapeuta ayudará a su cliente a que entienda por qué se evalúan y se intentan cambiar *antes* que los problemas primarios. Por ejemplo, se demuestra a una cliente que si ella se siente culpable de su miedo, obtendrá menos éxito a la hora de superar su problema de miedo si se sigue sintiendo culpable por tenerlo. Sin embargo hay ocasiones en que los clientes no aceptan esta sugerencia racional. Bajo estas condiciones lo que se aconseja es trabajar en el nivel que acepte el cliente.

Intervención terapéutica.

Después de que el terapeuta ha estructurado el problema según el esquema ABC y el cliente entiende y acepta esta formulación, ya se puede pasar a la fase de Refutación de la terapia y utilizar algunas de las técnicas explicadas en el Capítulo 2. La meta más importante de la Refutación es ayudar al cliente a entender lo ilógico de la evaluación perturbadora irracional y lo lógico de la alternativa racional. De esta forma el cliente está en posición de aceptar las tareas para casa que se escogen para fortalecer la Creencia racional y debilitar la irracional. Como ya mencionamos en el Capítulo 2, estas tareas pueden ser cognitivas, emotivas y/o conductuales, y la elección de una determinada tarea viene dada por la naturaleza de los problemas del cliente y por su capacidad de aprendizaje. Como complemento (o como una tarea independiente), la mayoría de los terapeutas RET sugieren a sus clientes que lean algo sobre RET para que aumente el insight sobre las evaluaciones perturbadoras de sus problemas y la importancia de sustituir estas Creencias irracionales por sus alternativas racionales. En este sentido, muchos terapeutas del Instituto RET de Nueva York dan a sus clientes un paquete de octavillas y les recomiendan leer

algunos capítulos del libro *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975). Sin embargo, este libro puede resultar demasiado complicado para algunos, que seguramente sacarán más provecho de leer *A Rational Counseling Primer* (Young, 1974 a), *A Guide to Personal Happiness* (Ellis & Becker, 1982), o uno de los textos de Paul Hauck [e.g., *How to Love and Be Loved* (Hauck 1983 a)].

Hacia el final de la fase inicial, el terapeuta debiera tener una idea clara de los principales problemas emocionales y conductuales de su cliente y empezar a establecer un orden de prioridad para ir estructurando la terapia individual RET. Lo ideal sería que en esta fase terapeuta y cliente se pongan de acuerdo y conozcan el orden en que serán tratados los problemas.

En el Capítulo 2 apuntamos algunos de los principales obstáculos que impiden el progreso terapéutico. A continuación vamos a añadir unos cuantos más. Grieger & Boyd (1980) han descubierto un error muy común en los terapeutas durante la fase inicial de la RET individual; que consiste en no saber dar una claridad conceptual adecuada a los problemas. Esto suele ocurrir cuando el terapeuta no dedica el tiempo suficiente a cada problema y se va de uno al otro con gran rapidez. Un segundo obstáculo puede presentarse cuando el terapeuta centra toda su atención en los determinantes históricos de los problemas o procura obtener un cuadro completo del pasado, presente y futuro de su cliente antes de empezar con la intervención terapéutica. Por otro lado, el terapeuta puede cometer el error de absorberse demasiado con la relación terapéutica en las fases iniciales de la terapia. Aunque reconocemos que es importante en la RET desarrollar una relación cooperativa entre el terapeuta y el cliente, también pensamos que como mejor se puede llevar a cabo esto es a través de un enfoque sistemático de los problemas del cliente, una evaluación correcta de los mismos, y empezar cuanto antes a superarlos. El centrarse exclusivamente en desarrollar la relación, olvidándose de estas actividades hace que la terapia sea menos eficaz y efectiva.

También hemos mencionado que la RET es una terapia educacional y como tal, es importante que el terapeuta se adapte al ritmo de aprendizaje de su cliente. El no hacerlo supone otro obstáculo que puede aparecer en la fase inicial de la RET, entonces el terapeuta puede volverse excesivamente impaciente y exigir la cooperación del cliente en una fase en que en realidad debiera colocarse a su altura. La impaciencia le puede llevar a adoptar un estilo muy dogmático. Por eso recomendamos a los terapeutas RET que tengan una actitud tolerante hacia el ritmo de aprendizaje de una persona, y les forzamos a que experimenten con distintas formas de comunicación.

Como ya hemos subrayado, es importante inducir al proceso terapéutico a los clientes, y el grueso de este trabajo tiene que hacerse en la fase inicial. Una persona puede acudir a la terapia pensando que se le va a ofrecer un tipo de proceso terapéutico muy distinto del que en verdad proporciona la RET. Por ejemplo, puede pensar, por conocimientos o experiencias anteriores, que la terapia está enfocada en acontecimientos pasados o necesita la expresión dramática de emociones reprimidas, o implica una relación existencial muy profunda entre terapeuta y cliente. El no identificar, confrontar y tratar estas expectativas incorrectas suele llevar al

cliente abandonar la RET antes de tiempo, o a que se resista inútilmente durante el proceso terapéutico. Cuando se descubren tales expectativas, resulta útil preguntarles cómo creen que puede ayudarles esos factores a resolver sus problemas. Esta pregunta inicial lleva a una discusión productiva sobre el rol del cliente en la terapia.

Durante esta discusión el terapeuta tiene la oportunidad de demostrar a su cliente que hay una serie de ejercicios más apropiados durante el proceso terapéutico. Cuando las expectativas y preferencias de un cliente son muy distintas de lo que se van a encontrar en la RET individual, el terapeuta puede: continuar persuadiéndole para que las abandone (con lo cual corre el riesgo de que el cliente abandone la terapia prematuramente*), intentar adecuarse lo más posible a las preferencias del cliente sin llegar a ofrecerle una clase de terapia que sea ineficaz, o si no, remitirle a un terapeuta que cumpla mejor sus expectativas y preferencias.

Otro obstáculo que puede surgir en esta fase es que los clientes se centren exclusivamente en los Acontecimientos Activadores (A), o en los sentimientos, o en sus problemas conductuales y síntomas en C. En este caso el terapeuta podría investigar si el hablar de A o C le va a ayudar a solucionar sus problemas en C. Esta aproximación se usa para iniciar de nuevo una discusión productiva sobre la tarea de cada uno en la terapia RET. Un último obstáculo que puede presentarse es el siguiente: hay clientes que piensan que el entender y asumir que las Creencias irracionales son causa de sus problemas emocionales y conductuales, es suficiente para producir el cambio en C. Como ya vimos en el Capítulo 2, es importante que el cliente se dé cuenta de que no basta con este insight, sino que también es necesario «trabajar» en sus Creencias irracionales, si lo que quiere es solucionar sus problemas en C a largo plazo.

La fase media de la RET individual

La fase media de la RET se caracteriza porque terapeuta y cliente trabajan juntos para fortalecer las Creencias racionales del cliente y debilitar las irracionales. Además el terapeuta se ocupa de identificar los obstáculos que van surgiendo en el avance del cliente y le ayuda a superarlos. Se presta especial atención a lo que se aprende en las tareas para casa y el uso que se puede hacer de ellas en el futuro. También se tiene en cuenta lo que el cliente no ha aprendido de estas tareas, y se pone al descubierto y se supera cualquier cosa que bloquee el proceso de aprendizaje.

Aunque es posible empezar cada sesión preguntando al cliente qué es lo que más le ha preocupado durante la semana, consideramos que ésta no suele ser una forma eficaz de practicar la RET. Como contrapunto, animamos a los terapeutas a que pongan un poco de orden al proceso terapéutico, y ésto se consigue ayudando a que el cliente trabaje en un sólo problema antes de que pase a otro diferente. Por ello, es preferible que exista una continuidad entre una sesión y la siguiente para tratar los problemas que se tienen entre manos en ese momento.

Mientras se trabaja en un problema, el terapeuta procura que el cliente interiorice el siguiente proceso: Primero, el cliente identifica emociones y conductas proble-

máticas, las enlaza con los acontecimientos Activadores, y después identifica sus principales Creencias irracionales. Posteriormente Refuta esas Creencias y pone en práctica la alternativa racional por medio de la ejecución de tareas importantes. Por eso, en la fase media de la RET el terapeuta no sólo tiene que ayudar al cliente a resolver sus problemas emocionales y conductuales, sino también a interiorizar los métodos científicos RET de identificación de problemas y solución de problemas.

A medida que los clientes progresan, suele ocurrir que el grado de directividad del terapeuta se va debilitando, porque sus clientes practican la auto-terapia. Además, les ayuda a ver que pueden resolver problemas similares que se den en diferentes contextos, para que lleguen a una generalización terapéutica a través de las situaciones. Es preferible que esta idea no se tome al pie de la letra porque un cliente puede pensar: «Yo debo ser perfecto haciendo exámenes» y enfrentarse con éxito a esta Creencia adoptando la alternativa racional, pero no saber enfrentarse con una Creencia similar en el campo de las relaciones amorosas.

De este modo, en la fase media de la RET el cliente va viendo las conexiones entre los problemas, en especial los que se caracterizan por tener Creencias irracionales comunes. Cuando un cliente ha avanzado significativamente con un problema, entonces el terapeuta elige otro nuevo y vuelve a ser más directivo en el proceso de ayudar a identificar, enfrentarse y cambiar las Creencias irracionales que están a la base de este nuevo problema. Pero continúa buscando la oportunidad de animar al cliente a que utilice las habilidades que le han servido para resolver el problema n.º 1, y que también servirán para el n.º 2.

En la fase inicial, era el terapeuta el que se encargaba de sugerir las tareas para casa, pero en la fase media anima al cliente a que se prepare sus propios ejercicios, y le ayuda a que conozca los ingredientes efectivos que se requieren en la selección de unas tareas para casa efectivas.

Otra labor importante del terapeuta RET en la fase media, es valorar adecuadamente las razones del cambio terapéutico y ayudar a que el cliente las entienda y aprenda de ellas. Como ya se ha dicho en el capítulo 2, los clientes pueden avanzar con sus problemas emocionales y conductuales por muchas razones: por ejemplo, porque han modificado A con éxito, o han efectuado un cambio de tipo inferencial, de tipo comportamental, o como sería lo ideal para la RET, un cambio filosófico (i.e., clientes que se han enfrentado correctamente a sus evaluaciones perturbado-ras irracionales y las han reemplazado por evaluaciones preferenciales racionales). Una vez de que el cliente ha hecho un progreso terapéutico por efectuar un cambio filosófico, el terapeuta puede pasar a otro tema. Sin embargo, cuando hay que atribuir el cambio a una o más de las razones que acabamos de mencionar, el terapeuta le explicará que estos problemas conductuales o emocionales no han sido atajados de raíz.

Grieger y Boyd (1980) consideran que la fase media de la RET se caracteriza porque el terapeuta ayuda al cliente a *trabajar* sus problemas emocionales o conductuales y a conseguir una *reeducación* racional-emotiva. Se les dan cuestionarios (como el del Apéndice 1 de este libro) para que mantengan sus progresos y se prevengan de la recaída. Ya hemos mencionado algunas resistencias que se presentan en estas

dos dimensiones; a continuación vamos a añadir algunas otras resistencias que suelen encontrarse en la fase media. Inicialmente nos centraremos en los obstáculos atribuidos al terapeuta: Aparte de no saber identificar y manejar los intentos infructuosos del cliente de realizar las tareas para casa (un fallo muy corriente, sobre todo entre los terapeutas RET primerizos), el terapeuta debiera no adoptar una aproximación demasiado filosófica. Tal actitud no ayuda al cliente a interiorizar los métodos de identificación de problemas y solución de problemas que ya apuntamos.

Los terapeutas también dificultan el progreso de un cliente no sabiendo ayudarles a terminar con un problema en particular. Si el terapeuta pregunta constantemente al principio de la sesión: «¿Qué es lo que mas le ha preocupado esta semana?», terminará ocupándose de miles de problemas diferentes cada semana sin conseguir ayudar al cliente a que trabaje en cualquiera de ellos y lo resuelva satisfactoriamente. Los terapeutas pueden equivocarse también aceptando sin dudar las afirmaciones del cliente de que ha progresado, y no determinando si ese progreso puede atribuirse a un cambio filosófico. Además, algunos terapeutas no son lo suficientemente repetitivos y persistentes en esta fase de la terapia y creen que con que un cliente diga que ha progresado, eso ya significa que se ha producido un cambio. Como contestación a las preguntas de sus supervisores, los terapeutas primerizos suelen decir: «Lo traté en la última sesión»; comenten el error de creer que una vez que se ha tratado un tópico, el cliente ya lo ha aprendido, cuando en realidad no es así.

Como ya dijimos, una de las principales labores del cliente en la fase media de la RET es fortalecer sus Creencias racionales y debilitar las irracionales. Esto requiere el trabajar mucho y cambiar continuamente las Creencias irracionales y realizar tareas cognitivas, emotivas y conductuales para efectuar tal cambio. El cambio en sí mismo puede resultar una experiencia incómoda para los clientes, como ha demostrado Maultsby (1984). El se refiere a un proceso denominado «disonancia cognitivo-emocional»; donde los clientes se sienten «extraños» mientras se ocupan de fortalecer sus Creencias racionales. Grieger y Boyd (1980) apuntan que este fenómeno puede manifestarse de muchas maneras, como por ejemplo, el síndrome de: «no seré yo» o «me convertiré en un robot». Las personas a quienes no se les ayuda a aceptar los sentimientos negativos como una parte natural del reaprendizaje, seguramente no persistirán en cambiar sus ideas irracionales.

De cualquier forma, la principal razón por la que un cliente no persiste en ese proceso de cambio, puede atribuirse a una filosofía de baja tolerancia a la frustración, lo que le lleva a creer que «es *demasiado* duro insistir en el cambio» y que «el cambio *debe* ser fácil». Es importante que los terapeutas se mantengan alerta de la existencia de tal filosofía en sus clientes y que les ayuden adecuadamente a identificarla, enfrentarse, y cambiarla. Los clientes que interiorizan la teoría RET como un cuerpo de conocimientos pero no como un método de trabajo, suelen presentar resistencia al cambio. Tales clientes tienen amplios conocimientos sobre la teoría RET y pueden citar pasajes de varios libros, algunas veces hasta literalmente, pero no llevan necesariamente a la práctica este conocimiento. Estas personas tienen una filosofía de baja tolerancia a la frustración y/o creen que el conocer la teoría es suficiente para efectuar un cambio emocional y conductual.

La fase final de la RET Individual

El principal objetivo de la fase final es preparar a los clientes para que se conviertan en el futuro en sus propios terapeutas. La RET individual no se termina cuando los clientes han solucionado todos sus problemas, sino cuando se sienten preparados para solucionar por sí mismos los problemas que aún les quedan y tienen confianza en su habilidad para solventar cualquier dificultad futura. El terapeuta puede optar por terminar la terapia disminuyendo poco a poco la frecuencia de las sesiones, o poniendo una fecha concreta para su final. En ambos casos la mayoría de los terapeutas RET planifican unas sesiones de seguimiento para controlar los progresos del cliente. Cuando se acerca el final, puede dedicarse el tiempo de las sesiones a que el cliente aprenda a anticiparse a problemas futuros y a que se imagine cómo los manejaría utilizando las habilidades de la RET que ya ha interiorizado.

Por otro lado, se maneja cualquier necesidad de dependencia que pueda aparecer al terminar la terapia. Algunos clientes que han progresado considerablemente todavía creen que *necesitan* la ayuda permanente de un terapeuta para mantener su progreso. Estos problemas se manifiestan cuando personas que han avanzado mucho se niegan a poner una fecha de terminación de la terapia, o a disminuir la frecuencia de las sesiones. También existe una minoría de clientes bastante perturbados que parecen encontrar muy duro desenvolverse por sí mismos. En estos casos el terapeuta puede planificar unas sesiones esporádicas «de empuje».

Algunas veces son los terapeutas quienes son reacios a terminar la terapia con clientes que han progresado considerablemente. Piensan que *necesitan* la continua evidencia del progreso del cliente para probar que son terapeutas competentes y por lo tanto personas valiosas. Huelga decir, que sería muy deseable para ellos identificar y enfrentarse con esas necesidades de competencia, empleando los métodos RET descritos en este libro.

INDIVIDUALIZAR LA RET

La RET individual tiene la ventaja de que el terapeuta atiende sólo a un cliente, y puede practicar la RET con esta persona sin preocuparse de que el estilo de interacción que haya escogido (y el uso de un programa de tratamiento individualizado) pueda tener un efecto adverso en otros clientes (e.g., en terapia de pareja, terapia familiar, o de grupo). Por lo tanto, como ya demostramos en el Capítulo 2, el terapeuta puede modificar su estilo de participación en la terapia individual de acuerdo con la personalidad de un cliente dado, con el fin de aprovechar al máximo su capacidad de aprendizaje y disminuir la posibilidad de que los problemas del cliente sean reforzados inconscientemente. Esto significa individualizar la RET en el dominio de la alianza terapéutica (i.e., la relación interpersonal entre terapeuta y cliente) (Bordin, 1979). Este tipo de lazos en la RET cambian a medida que pasa el tiempo, según los progresos que realice el cliente y según a qué tipo de relación responda mejor.

Por todo esto, es importante que el terapeuta evalúe qué es lo que constituiría una relación productiva con un cliente en particular. Para ello, podría preguntarle por medio de un cuestionario biográfico o en persona, qué conductas de un terapeuta le ayudarían y cuales no, cuales han sido sus últimas experiencias en este sentido, y si ha recibido una ayuda informal o formal. En esta exploración el terapeuta se centrará en qué aspectos de la conducta de la otra persona le han ayudado más al cliente y cuáles menos. Sin embargo, hay que analizar esta información de forma crítica, porque lo que un cliente considera útil a corto plazo puede no serlo a largo plazo, ya que se puede ayudar a un cliente a sentirse mejor de inmediato, sin ayudarlo a mejorar a la larga (Ellis, 1972a). Es de gran utilidad la información que nos da el cliente sobre las posibles vías de intervención, pero debemos someter a experimentación las respuestas que demos a la pregunta *qué* relación es más produc-tiva con *este* cliente en *este* momento. Así, el terapeuta podría probar varias formas de intervención con clientes diferentes* y observar cómo responden estos clientes a esas interacciones.

Otra forma de individualizar la terapia es asegurarse de que hay congruencia entre las metas del cliente y las metas de la terapia. La RET resulta ineficaz cuando el cliente desea conseguir una cosa y el terapeuta está trabajando para ayudarlo a conseguir otra. Pero también opinamos que no hay que aceptar las metas de un cliente como algo sagrado. De hecho, un buen terapeuta dedica parte del tiempo terapéutico a intentar disuadir al cliente de objetivos que él considera beneficiosos pero que el terapeuta está convencido de que son dañinos a largo plazo. Por ello hay que añadir unas buenas dosis de negociación a la terapia, y no insistir dogmáticamente en que un cliente abandone sus objetivos irrealistas y perjudiciales, ya que esa insistencia se convertiría en un problema más para el cliente.

Las metas de las personas pueden (y a menudo lo hacen) cambiar a lo largo del tiempo, y es mejor que los terapeutas se muestren sensibles hacia la naturaleza cambiante de las aspiraciones de los clientes, e intenten descubrir los cambios en sus objetivos. Es especialmente útil para los terapeutas RET: entender (y ayudar a los clientes a que entiendan) cual es la base de esos cambios en los objetivos terapéuticos; recordar que los objetivos iniciales están teñidos por las perturbaciones de los clientes, y suele ser bueno que los terapeutas les animen a que pospongan sus deseos de proponerse metas, hasta que hayan superado en parte sus perturbaciones emocionales y/o conductuales. Una vez realizado esto, les animan a alcanzar sus propias metas individualizadas (porque un cliente particular puede obtener satisfacción de muchas maneras) y a actualizar su potencial por sí mismos (es preferible que lo hagan después de haberse liberado lo más posible de sus perturbaciones emocionales y conductuales). Por eso, los terapeutas RET prefieren que sus clientes se ocupen primero de superar sus perturbaciones emocionales y/o conductuales antes de perseguir las metas individualizadas que *les proporcionarán* felicidad.

Además de los objetivos y las relaciones, el campo de las tareas o ejercicios es otro aspecto de la alianza terapéutica en donde la RET tiene que practicarse de forma individualizada. Bordin (1979) ha recalcado que todos los sistemas terapéuticos se inclinan por unas determinadas tareas para el terapeuta y cliente. En el Capí-

tulo 2 ya explicamos en qué consistían y cuáles pertenecían al dominio de las estrategias terapéuticas y cuáles a las técnicas principales de tratamiento. La RET se practica de forma individualizada cuando el terapeuta anima al cliente a realizar las tareas que mejor se adecúan a su manera de ser y le permiten alcanzar los objetivos terapéuticos. De esta forma, la práctica de la RET será tan eficiente como eficaz (Ellis, 1980 e).

Algunos clientes parecen progresar mejor con técnicas que son más cognitivas, mientras que otros sacan mayores beneficios de las emotivas (también hay un grupo para las conductuales). Es cierto que una técnica terapéutica incluye las tres modalidades, pero también es verdad que puede poner más hincapié en una de ellas. No existe ninguna regla para determinar qué técnicas son más apropiadas para ciertos clientes. Sin embargo, resulta útil explorar con ellos qué cambios constructivos efectuaron en el pasado, y qué estrategias emplearon, espontáneamente o sugeridas por otros. En otras palabras, es importante para los terapeutas RET prestar atención al estilo de aprendizaje de los clientes, y adecuar a ellos las prácticas de la RET. Una vez más añadiremos que la mejor forma de saber qué técnicas van a beneficiar a una persona es probándolas. Cualquiera que sean las tareas que realice un cliente, es importante que los terapeutas RET le ayuden a: (1) entender que el cumplir esas tareas le llevará a que consiga sus objetivos, (2) superar cualquier obstáculo que se le presente, y (3) especificar cuándo debe realizarlas y de qué forma. Para esto pueden ser de gran ayuda los métodos de ensayo cognitivos y conductuales que se emplean durante las sesiones.

Cuando aparece la resistencia en un cliente suele deberse a menudo a problemas en el campo de las tareas. Por eso, yo (WD) he llegado a las siguientes conclusiones:

La resistencia se presenta cuando: (1) los clientes no comprenden las tareas y en consecuencia no pueden realizarlas; (2) los clientes comprenden en qué consisten las tareas pero no entienden cómo les van a ayudar a que consigan sus objetivos; (3) los clientes comprenden las tareas pero no se creen capaces de realizarlas; (4) los clientes comprenden las tareas y se ven capaces de realizarlas, pero creen que no tienen que trabajar para cambiar...; (5) los clientes no entienden las tareas terapéuticas y/o no ven la conexión entre las tareas terapéuticas y sus propias tareas y objetivos; (6) los clientes pueden ser, de hecho, incapaces de ejecutar sus tareas (e.g., algunos clientes no son lo suficientemente inteligentes como para meterse en discusiones socráticas); (7) los terapeutas no preparan adecuadamente a sus clientes para entender o ejecutar las tareas; (8) los terapeutas apenas pueden realizar sus propias tareas (i.e., no son muy hábiles con las técnicas de la RET); (9) los terapeutas realizan compulsivamente un número limitado de tareas (e.g., suelen emplear técnicas cognitivas pero raramente las conductuales); (10) algunas tareas no son lo suficientemente potentes como para alcanzar los objetivos del cliente (e.g., refutar Creencias irracionales sin enfrentarse a la situación, es de poca ayuda para las personas con problemas de agorafobia (Emmelkamp, Kuipers & Eggeraat, 1978). (Dryden, 1985 a, p.xi).

Una sesión individual típica

Como ya hemos explicado, el practicar la RET individual de una forma u otra, depende de si el cliente está en la fase inicial, media o final de la terapia. Sin embargo,

queremos dar una idea al lector de cómo se lleva una sesión RET «típica», y para ello, hemos escogido como ejemplo la fase inicial de la terapia. Es importante que lo que vamos a explicar a continuación se tome como una guía flexible, más que como un marco de referencia rígido.

Primero, si los clientes tenían alguna tarea para casa, hay que dedicar algún tiempo a comentarla. En el caso de que se haya realizado bien, averiguaremos si el cliente lo ha conseguido cambiando sus evaluaciones perturbadoras irracionales o sus inferencias distorsionadas, o si lo que ha cambiado es su conducta o el acontecimiento Activador. Si el cambio no se ha producido por la modificación de sus evaluaciones perturbadoras, entonces es importante que el terapeuta le ayude a darse cuenta de ello y a entender que tiene que volver a realizar una tarea similar para efectuar el cambio filosófico. Cuando se presenta algún problema con los ejercicios, habrá que revisarlos, y el terapeuta deberá ayudar a que el cliente esté alerta de la existencia de cualquier Creencia irracional que le impida ejecutar las tareas. Si fuera éste el caso, lo siguiente sería Refutar esas Creencias, para luego realizar las tareas (si resulta apropiado).

Una vez que se ha concluido con el problema tratado la semana anterior, podemos pasar a discutir otro; pero si no es un asunto terminado, hay que dedicarle un poco más de tiempo. Vamos a suponer que sí está concluido, entonces el terapeuta le pide al cliente que diga algún otro problema primario que no haya sido tratado, y que lo describa brevemente para poder evaluarlo según el esquema ABC descrito en el Capítulo 1.

Utilizando la cadena inferencial, el terapeuta ayuda al cliente a identificar la inferencia más importante que provoca su problema emocional y/o conductual, y a asumir que la inferencia es correcta. Antes de pasar a la fase de Refutación, se comprueba si el cliente tiene un problema secundario del problema primario (e.g., una depresión por sentirse deprimido o ansiedad por sentir ansiedad). En el caso de que lo tenga, el terapeuta tiene que persuadirle de lo importante que es dedicar tiempo a este problema antes de pasar al problema primario. Pero si no hay problema secundario, el terapeuta puede repetir la explicación del esquema ABC y ayudarle al cliente a ver la conexión entre B y C. Además este esquema puede utilizarse también cuando se está tratando el problema secundario, porque el cliente debe tener claro que si quiere superar sus problemas emocionales y conductuales primero hay que Refutar las Creencias irracionales. Entonces el terapeuta Refuta la principal Creencia irracional, preguntándole: «¿Qué evidencia tiene de ...?». En este momento se da cuenta de que cualquier «evidencia» que presente, siempre mantendrá la Creencia racional y no la irracional. Por ejemplo: existe la evidencia de que es preferible para una persona hacer las cosas bien y ser aceptado pero no «tiene que» hacerlo necesariamente.

Este proceso se repite las veces que haga falta hasta que el cliente reconozca que sólo las Creencias racionales tienen una evidencia. Posteriormente, hay que intentar que vea la relación entre las Creencias racionales y los cambios conductuales y emocionales constructivos y deseables, mientras continua refutando sus Creencias irracionales en A y en otras situaciones relevantes.

Una vez cumplido esto, terapeuta y cliente negocian cuáles van a ser las tareas para casa, que le darán la oportunidad de Refutar la Creencia irracional y llegar a la nueva Creencia racional. Como ya hemos explicado, el terapeuta debe tener cuidado en asegurarse de que los clientes encuentran el sentido a cumplir las tareas, y les ayuda a resolver cualquier duda que tengan. Tratará de que sus clientes sean muy concretos a la hora de especificar cuándo y dónde van a realizar las tareas y se anticipará a cualquier posible obstáculo que se pueda presentar. Si lo considera conveniente pueden ensayar en la sesión las tareas para casa, empleando la imaginación o ejercicios simulados (e.g., role-playing).

Si el tiempo lo permite y se considera oportuno, el terapeuta puede ayudar al cliente a identificar y corregir cualquier inferencia distorsionada que aparezca mientras se realiza el análisis ABC por primera vez. Además, y si sigue habiendo tiempo, el cliente puede entrenarse en habilidades que no tiene y que se relacionan con el problema descrito. El esquema que hemos expuesto indica claramente que una sesión RET típica está estructurada secuencialmente. Hemos de recalcar que es muy importante que los clientes encuentren el sentido a participar activamente en esta estructura, y además, estén de acuerdo con ello.

Siempre que sea posible, el terapeuta intentará individualizar la sesión terapéutica empleando técnicas y estrategias terapéuticas que beneficiarán a un cliente concreto en ese momento. Cualquier cassette, tarea escrita para casa que se quiera emplear, debe cumplir los requisitos terapéuticos del cliente. Por ejemplo: para personas que no suelen leer libros o no les gusta leer, el terapeuta puede sugerirles que escuchen una cinta. Si el cliente suele leer pero no está acostumbrado a un material complicado, el terapeuta puede indicarle un libro como *A Rational Counseling Primer* de Young (1974 b), en vez de el de Ellis y Harper: *A New Guide to Rational Living* (1975).

EJEMPLO DE UN CASO

Cuando yo (WD) vi a la Sra. Haynes (pseudónimo), tenía 35 años, era una mujer casada y profesional, que acababa de descubrir que su marido había estado teniendo un affair, y había decidido abandonarla por esa mujer. No tenían hijos. Su terapeuta general me la había enviado por depresión y ansiedad. En la sesión inicial dejó claro que no quería implicar a su marido en la terapia, sino centrarse en sus propios problemas. Además pensaba que el unirse a un grupo no le iba a dar suficiente privacidad y tiempo para discutir sus problemas en profundidad. Por lo tanto, decidimos seguir una RET individual.

En la sesión inicial la Sra. Haynes manifestó haber recibido consejo psicológico individual de un especialista en parejas, que, por su descripción parecía practicar un tipo de psicoterapia no directiva y con orientación psicoanalítica. No obtuvo ningún beneficio de esta terapia, principalmente porque le confundía y rechazaba la pasividad del terapeuta y su falta de implicación activa. Yo le describí a grandes rasgos lo que en verdad podría esperar de la RET y su primera reacción fue favora-

ble. Para empezar acordamos tener cinco sesiones. Prefiero hacer un contrato inicial de tiempo limitado, para permitir a los clientes que posteriormente tomen una decisión más elaborada de si desean o no continuar conmigo.

La Sra. Haynes veía la depresión como un problema más acuciante que su ansiedad, y prefería comenzar con ella. Estaba especialmente deprimida por no haber sido capaz de salvar su matrimonio y se echaba la culpa de que su marido hubiera preferido a otra mujer. Le ayudé a que se diera cuenta de que lo que le deprimía no era que su marido prefiriera a otra, sino sus Creencias a cerca de la situación, que eran: «Debo hacer que funcione mi matrimonio, ¡y si no lo consigo soy un fracaso!». Antes de proceder a Refutar esta Creencia en la sesión inicial, intenté con mucha paciencia que viera las conexiones entre A, B y C.

Empecé a Refutar su Creencia irracional cuando estuve seguro de que ella veía claramente que la causa de su depresión era esa Creencia, y no el abandono de su marido; y que por otro lado, si quería superarla necesitaba transformar sus Creencias irracionales. Mientras refutábamos esta primera Creencia, le ayudé a que hiciera una lista de preguntas autorefutadoras que podría decirse a sí misma durante la semana siguiente, cada vez que se sintiera deprimida por su presunto fracaso matrimonial. Le di una copia del *A New Guide to Rational Living* y le sugerí que leyera en especial el Capítulo 2 (Siente como piensas) y el Capítulo 11 (Erradicando el terrible miedo al fracaso). También le ofrecí llevarse una cinta grabada de nuestra sesión, lo cual aceptó gustosamente.

Al comienzo de la siguiente sesión, le pregunté qué le había parecido la cinta y los libros, y comprobé que su reacción era positiva hacia ambos, pero que le gustaba en especial el sistema de biblioterapia. Su depresión se había aliviado bastante desde nuestra primera sesión, y supo utilizar sus propias preguntas autorefutadoras para llegar a respuestas adecuadas. Para reforzar su progreso le pregunté si encontraría útil usar uno de los cuestionarios de autoayuda escritos que existían para este propósito, y le enseñé tres. Decidió empezar con uno que yo había creado (Ver Figura 2.3.). Primero tratamos el episodio de depresión — aunque había avanzado desde la sesión inicial—, después decidimos que era mejor concluir con este tema antes de empezar con la ansiedad. Dedicamos el resto de la sesión 2 a rellenar el cuestionario, y al final le di unos cuantos cuestionarios más y le animé a que leyera el Capítulo 15 de *A New Guide to Rational Living* (Venciendo la ansiedad) y a que utilizara esos conocimientos para rellenar el cuestionario siempre que sintiera ansiedad.

Cuando empezamos con la 3.^a sesión ella me contó que le había ayudado leer el Capítulo de la ansiedad, pero que había tenido dificultades en descubrir las Creencias irracionales que estaban en la base de su ansiedad. Empleando el procedimiento de la cadena inferencial, pudo darse cuenta de que lo que le ponía nerviosa era pensar en que no iba a encontrar a otro hombre y terminaría como una vieja solterona. Como ya es característico en la RET le animé a que se imaginara lo peor: que era una vieja solterona y le pregunté por sus sentimientos. Su respuesta fue contundente: «¡Oh Dios mio, no puedo ni pensar en vivir así!». Refuté su Creencia de que necesitaba un hombre en su vida para ser feliz, y al fin se dió cuenta de

que podía ser muy feliz siendo soltera aunque prefiriera estar casada y tener una familia. Esto nos llevó a una discusión sobre su ansiedad inmediata, es decir, a su sentimiento de no poder salir sola porque resultaría vergonzoso.

A menudo los sentimientos de vergüenza son en realidad sentimientos de ansiedad, y éste parecía ser el caso de la Sra. Haynes. Por eso intenté que se diera cuenta de que sus pensamientos eran: «Si salgo sola por la calle la gente pensará que estoy sola y eso probaría que no tengo ningún valor.» Dedicamos el resto de la sesión a colocar este pensamiento dentro del esquema A, B, C, D, sirviéndonos del cuestionario de autoayuda. Entonces le sugerí probar la terapia racional-emotiva en imaginación como un puente entre el cambio de actitud en su mente y la puesta en práctica de su nueva Creencia: «Tengo todo el derecho de salir sola y si otras personas me desprecian por ello, yo no voy a despreciarme a mi misma». La Sra. Haynes tuvo mucha dificultad con la terapia racional-emotiva en la imaginación, en esta sesión y entre las sesiones 3 y 4.

Al comienzo de la 4.^a sesión dejé a un lado la terapia racional emotiva imaginaria, y le sugerí que se repitiera a sí misma con mucha fuerza la nueva Creencia racional. Primero lo decía en voz alta y después internamente, y con ello logró un cambio en su humor mucho más profundo que con la RET imaginaria. Tengo que añadir que sus sentimientos de depresión ya no fueron considerados como un problema desde la sesión 1.

Al final de la sesión 4, preparamos unos ejercicios para que se presentara sola en sociedad en dos ocasiones (en unas clases nocturnas y en un salón de baile), mientras se repetía insistentemente las frases de autoenfrentamiento que habíamos preparado. Apparently esto resultó bastante beneficioso para la Sra. Haynes, ya que me dijo que había cumplido los dos ejercicios sin sentir ninguna ansiedad. En nuestra quinta sesión y la última del contrato terapéutico, discutimos su progreso y cómo actuaría en el futuro. Me dijo que estaba muy satisfecha de lo que había avanzado y que quería continuar teniendo sesiones cada dos semanas en vez de una por semana.

Entre las sesiones 5 y 10 la Sra. Haynes hizo grandes progresos. Se citó varias veces con hombres y fue capaz de resistir los acosos sexuales de dos de ellos. Este hecho que suponía un gran avance, porque en el pasado había tenido grandes dificultades en decir «No» a los hombres, y durante los años anteriores a su matrimonio había sido bastante promiscua, más por desesperación que por elección. Entre las sesiones 5 y 10 le presté los libros *Why Do I Think I Am Nothing Without a Man?*, de Penelope Russianoff (1981) y *Living Alone and Liking It* de Lynn Shahan (1981). Continuó escuchando las cintas de sus sesiones, aunque le propuse que lo hiciera sólo una vez, y no tres como tenía por costumbre, porque prefería animarla a que confiara en sus propios recursos y no en mi dirección, (aunque era de segunda mano), a través de las cintas. Continuó saliendo sola y empleando las autorefutasiones para aumentar los buenos resultados.

Cuando intenté pasar de la fase media a la final la Sra. Haynes empezó a experimentar bastante ansiedad. Me dijo que se sentía muy dependiente de mi ayuda y tenía miedo de si podría o no enfrentarse a sus problemas ella sola. En primer lugar

Refuté su Creencia de que necesitaba mi ayuda, y segundo, le animé a que viera el fin de la terapia como un experimento. Entonces decidimos hacer un paréntesis de seis semanas entre la sesión 10 y la 11, y yo le sugerí que confiara más en sus autorefutaciones que en la biblioterapia. También le pedí que no escuchara ninguna de las cintas anteriores, porque se trataba de hacer un experimento para probar su inferencia de que no podría arreglárselas ella sola.

El experimento resultó un éxito, ella incluso se extrañó de haber pensado que no podría hacerlo sola, ya que se las había arreglado muy bien durante seis semanas. Le comenté que me alegraba mucho su progreso, a lo que me contestó: «Es bueno saberlo, pero aunque usted no se hubiera alegrado, yo sí. No necesito su aprobación.» Después de haberme colocado en mi lugar con esta observación, discutimos si necesitaba más sesiones y al final acordamos tener una sesión de seguimiento dentro de seis meses. Le dije que entre tanto me podría llamar si quería, con la condición de que usara sus propias habilidades durante un período de dos semanas, y si no era capaz de enfrentarse con algún problema emocional que surgiera en ese tiempo, entonces tenía la oportunidad de ponerse en contacto conmigo.

A los seis meses, en la sesión de seguimiento, la Sra. Haynes había alcanzado y rebasado ampliamente sus objetivos terapéuticos. Estaba metida en muchas actividades sociales y de voluntariado; mantenía relaciones esporádicas con tres hombres, y con uno de ellos, sexuales, pero porque lo deseaba, no por desesperación. La relación con su marido era razonablemente cordial y habían comenzado los trámites de divorcio amigablemente. En mi ansia de animarla a que se enfrentara por ella misma a los problemas, cometí el error de terminar sin ayudarla a que aprendiera a anticiparse a problemas futuros y a que viera que podía manejarlos con los nuevos métodos de enfrentamiento que le había enseñado. Aunque ésto fue un error en su momento, la Sra. Haynes lo hizo sola y sin ningún consejo durante el período de seis meses. Además, casi no tuve que ayudarla a establecer objetivos para aumentar su satisfacción porque ya lo hacía ella sola.

CAPITULO V

Terapia de pareja

Yo (AE) comencé mi carrera como consejero sexual, marital y familiar a principios de los años 40. Como resultado de mis experiencias en esta rama llegué a la siguiente conclusión: «...la mayoría de las veces los matrimonios perturbados (o parejas perturbadas) son el resultado de personas perturbadas; y si una persona quiere llevar una vida feliz con su pareja, primero tendrá que aprender a vivir en paz consigo mismo» (Ellis, 1962, p.3). Esta conclusión me llevó a embarcarme en un entrenamiento psicoanalítico intensivo, porque entonces creía que el psicoanálisis era el modo de tratamiento más adecuado para esas perturbaciones. Como ya he mencionado, a principios de los 50, empecé a desilusionarme de la validez teórica y la efectividad clínica del psicoanálisis, y me fui dando cuenta de que las perturbaciones humanas tienen unas profundas raíces ideológicas. Estudiando el trabajo de los primeros filósofos estoicos (e.g., Marco Aurelio y Epicteto), quienes afirmaban que las personas se perturban no por los acontecimientos, en sí, sino por la visión que tienen de esos acontecimientos, empecé a desarrollar una aproximación terapéutica para las perturbaciones humanas en la que se enfatizaban los determinantes filosóficos y perdían importancia los psicodinámicos. Posteriormente apliqué esta aproximación a distintas modalidades terapéuticas, incluida la terapia de pareja.

La terapia de pareja racional-emotiva (RECT)* no ha seguido una trayectoria continua desde aquellos días. Hasta el momento de escribir este libro, no ha aparecido todavía ningún libro especializado ni manual de tratamiento que hable de la

Parte de este Capítulo está adaptado de W. Dryden, «Marital Therapy: The Rational-Emotive Approach» en Dryden (1985b). Usado con autorización.

* N.T.: del inglés Rational-Emotive Couples Therapy.

aplicación de la RET a los problemas de pareja. Sin embargo, sí existen algunos terapeutas racional-emotivos que han tenido un interés activo por el campo de la RECT, y por lo tanto hay algunos hechos reseñables en su historia.

Un acontecimiento importante fue la publicación de mi primer libro sobre RET, *How to Live with a Neurotic: At Home and at Work* (Ellis, 1957). En este libro expliqué mi tesis de que los miembros de la pareja pueden aplacar las discordias, permaneciendo tranquilos ante los problemas neuróticos de sus compañeros, y experimentando varias soluciones que ayuden a superar esas dificultades neuróticas. En un amplio texto escrito junto con Robert Harper, y cuyo título era *A Guide to Successful Marriage* (Ellis & Harper, 1961 b), desarrollé esta idea e hice la distinción entre perturbaciones de pareja e insatisfacción en la pareja, que ha sido la piedra angular de la RECT desde entonces. En este mismo libro, Harper y yo explicamos el papel tan importante que juegan las expectativas irrealistas sobre las relaciones íntimas, en el desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción y perturbación en la pareja. El término «expectativas» es confuso en psicoterapia porque no se diferencia apenas de «esperanzas», «suposiciones», «predicciones», las cuales varían en el grado de certeza, y tampoco se diferencia muy bien de «demandas absolutistas». Aclaremos que a menudo hay una gran discrepancia entre lo que la pareja suponía o predecía que iba a ocurrir en su relación íntima y lo que ocurre en realidad. Por eso, las expectativas no realistas suelen ser el caldo de cultivo de problemas en la relación.

En 1962 se publicó mi libro *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Ellis, 1962). Este libro contenía un Capítulo titulado «Una aproximación racional a los problemas matrimoniales», que fue desarrollado y adaptado a partir de dos artículos previos (Ellis, 1958a, 1960a). En él apuntaba que una de las principales tareas del consejero matrimonial «no era intentar soluciones el problema del matrimonio, ni el de la interacción neurótica entre los miembros de la pareja, sino el de las ideas o creencias irracionales que causan la neurosis á deux» (Ellis, 1962, p. 210).

Como más tarde se explicaba en este capítulo, otra de las piedras angulares de la RECT es su posición ante las reacciones hostiles y de enfado en las relaciones íntimas. En 1976, yo (AE) publiqué un importante libro relacionado con el tema (Ellis, 1976g), en él explicaba la posición racional-emotiva ante la ira —que es una emoción disfuncional que interfiere gravemente en la armonía de la relación— y su tratamiento en terapia.

Ha habido varios terapeutas racional-emotivos que han contribuido al campo de la RECT, aparte de yo mismo. Entre otros, están los escritos de Church (1974) sobre la aplicación de la RET al divorcio, McClelland y Stieper (1973) con una aproximación racional-emotiva estructurada en un grupo de counseling marital, y Hauck con (1) la teoría de la reciprocidad en el amor y la teoría de los negocios en el matrimonio (Hauck, 1981, 1983a) y (2) la importancia de los estilos paternos (Hauck, 1977a, 1983b). Debemos hacer una mención especial al Capítulo de Walen, DiGiuseppe y Wessler (1980), titulado «una aproximación racional al Counseling en el divorcio y matrimonio» dentro de su libro *A Practitioner's Guide to Rational Emotive Therapy*. Este Capítulo es el único que da una guía clara de procedimien-

tos y técnicas para la práctica de la RECT. A pesar de esto, todavía no se ha publicado un libro que haga una exposición comprensiva de la teoría y práctica de la RECT.

LA NATURALEZA DE LA RELACION PERTURBADA

Los terapeutas racional-emotivos distinguen claramente entre insatisfacción en la pareja y perturbación en la pareja. La insatisfacción en la pareja aparece cuando uno o ambos miembros de la pareja no obtienen lo que *desean* de su pareja y/o de la relación. La perturbación en la pareja surge cuando uno o ambos miembros llegan a una perturbación emocional por esta insatisfacción. Entonces se vuelven ansiosos, irascibles, hostiles, dolidos, deprimidos, avergonzados, culpables y celosos; emociones que a menudo interfieren con una comunicación constructiva, resolución de problemas y procesos de negociación que ayudan a resolver los problemas de insatisfacción en la pareja. Además, cuando uno o ambos miembros de la pareja están perturbados emocionalmente, en general, se comportan de forma derrotista con ellos mismos y con la relación, lo cual perpetúa la perturbación en la pareja. La teoría RECT afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. Cuando existe un déficit en esas habilidades, el objetivo de la terapia de pareja es entrenarles para que las desarrollen y utilicen. Sin embargo, una vez que la pareja ha llegado a una etapa muy perturbada en su relación, a no ser que resuelvan sus problemas emocionales, se seguirán manteniendo los problemas de relación, sin importar lo hábil que sean uno o ambos miembros en comunicación, resolución de problemas, y negociación. Las parejas se olvidan con mucha frecuencia de los problemas individuales. Suelen llegar a la conclusión, por ejemplo, de que sus problemas se deben a un déficit en habilidades de comunicación, cuando en realidad lo que ocurre es que es muy difícil hablar con una persona que está dolida, enfadada, deprimida, ansiosa, etc.

Perturbación en la pareja

Como ya hemos explicado en el Capítulo 1, la perturbación emocional, (la C según el ABC de la teoría RET), proviene, no de los acontecimientos en A, sino principalmente de un cierto tipo de pensamiento o Creencia evaluativa en B. Esta clase de pensamiento, que es absolutista, devoto, y muy exagerado por naturaleza, se le llama «irracional» en la teoría RET, porque impide que las personas realicen sus propósitos y metas básicas. Por eso, las Creencias irracionales que conducen a emociones perturbadoras como la ansiedad, ira/hostilidad, dolor, depresión, vergüenza y bochorno, y culpabilidad y celos proceden; según la teoría RET, de un proceso de pensamiento conocido como «necesidad perturbadora» («musturba-

tion»). En el contexto de la pareja, este proceso se caracteriza porque uno de sus miembros da órdenes y demandas *absolutas* a sí mismo, a su pareja, y/o a la situación de relación.

Existen tres procesos de pensamientos irracionales y exagerados que se derivan de las necesidades perturbadoras (Ellis, 1984a). Cuando los seres humanos exigen de forma absolutista que algo, por ejemplo, no «debe» ocurrir y ese hecho ocurre, tienden a pensar: que el hecho es «terrible», «espantoso» u «horrible», y/o que «no pueden soportarlo»; y el que ese hecho se mantenga a través del tiempo, «no es bueno», «es despreciable» (o «menos valioso») o «malo», si lo que se perpetúa es una persona en sí misma o las condiciones de vida en general. Yo (AE) he podido observar recientemente que estos cuatro procesos de pensamiento, denominados coloquialmente en la literatura RET como: (1) «necesidad perturbadora», (2) «catastrofismo», (3) «no soportantitis» y (4) «condena», representan una filosofía religiosa devota en dónde la persona adopta el papel de Dios e *insiste* (no desea ni prefiere) en que el mundo (y las personas que en él viven) sean como él o ella quiere que sean (Ellis, 1983a).

Las alternativas racionales (o acrecentadoras) a estas Creencias absolutistas pertenecen a una filosofía del deseo no demandante ni absolutista. En el contexto de la relación, ya es sabido que las parejas que desean cosas, son más felices cuando consiguen eso que desean y menos felices o más insatisfechas cuando no lo consiguen. Sin embargo, y como ya hemos explicado, la insatisfacción no es sinónimo de perturbación, y sólo se llega a ésta última cuando uno o ambos miembros de la pareja convierten sus deseos no absolutistas en exigencias absolutistas. La insatisfacción en la pareja se presenta cuando no se cumplen los deseos de uno de los dos o de los dos (y no insisten en conseguir lo que quieren). La perturbación en la pareja aparece cuando uno o ambos miembros exigen que sus deseos se cumplan. Al margen de esto, diremos que la terapia de pareja es más complicada cuando ambas personas están perturbadas emocionalmente respecto a la relación, que cuando sólo es uno de ellos el que está perturbado.

Las alternativas racionales a los cuatro procesos de pensamiento irracional son estas:

1. *Desear* (vs. «necesidad perturbadora»). El cónyuge reconoce sus deseos, no insiste en que se cumplan, pero se muestra insatisfecho cuando no se cumplen. Esa insatisfacción suele servir para estimular los intentos constructivos de solucionar problemas, que además tendrán una mayor probabilidad de éxito cuando el otro cónyuge no tiene tampoco un pensamiento «perturbador». Los procesos de pensamiento racionales 2, 3 y 4 se derivan de una manera de desear no exigente ni demandante, lo mismo que los procesos de pensamiento irracionales 2, 3 y 4 proceden de necesidades perturbadoras.

2. *Evaluar como malo* (vs. «catastrofismo»). La teoría RET dice que lo que es «horrible» es más del 100% malo, ya que esta definición proviene de la Creencia: «esto no *debe* ser tan malo como es ahora.» Por eso, lo «horrible» pertenece a un continuo diferente de lo «malo». Si un miembro de la pareja no consigue lo que realmente quiere, pero no insiste en ello, esta persona definirá esta situación como

«mala» pero no como «horrible». La regla general es que cuanto más importante sea el deseo insatisfecho, «peor» será la definición de la insatisfacción, pero sólo en ocasiones muy especiales se valorará un hecho como 100% malo. El que uno de los miembros de la pareja defina algo como «malo» pero no como «horrible» hace que se mejore en parte esa «mala» situación.

3. *Tolerar* (vs. «no soportantitis»). El «No puedo soportarlo» significa literalmente morir en el acto, aunque la mayoría de las veces significa no ser feliz bajo ninguna condición. Sin embargo tolerar algo significa: (1) reconocer que algo que no queríamos que sucediera, ha ocurrido y creer que no existe ninguna ley para prohibir que eso ocurra, (2) evaluarlo como «malo» pero no como «horrible», y (3) determinar si es posible, el cambio. En el caso de que fuera posible se realizarán intentos constructivos para que se produzca, y si no es posible, la persona aceptará, aunque no le guste, la «triste» realidad. Cuando una pareja piensa racionalmente es capaz de ver que aunque pueden tolerar una mala relación, no tienen por qué hacerlo. Tolerar condiciones adversas es una actitud que lleva directamente a intentar el cambio constructivo, mientras que la «No soportantitis» conduce a unas estrategias manipuladoras destructivas.

4. *Aceptar* (vs. «Condenar»). Esta actitud puede aplicarse a uno mismo, a los otros, y al mundo. Cuando por ejemplo, una mujer se acepta incondicionalmente a sí misma, reconoce que es un ser humano con defectos y con «una tendencia incurable a cometer errores» (Maultsby, 1984). Si es capaz de aceptarse a sí misma, le será más fácil: reconocer sus errores valorándolos como negativos cuando estorben sus objetivos, y tomar la responsabilidad de corregirlos. Además, si no *insiste* en que su pareja actúe correctamente, podrá aceptarle también como una persona con fallos, no le gustará su comportamiento, e iniciará negociaciones constructivas para mejorar. Finalmente, si no *insiste* dogmáticamente en que la relación sea como ella quiere, podrá verla como una institución que tiene cosas buenas y malas y que puede mejorarse pero no hacerse perfecta.

Como ha demostrado Young (1975), el pensamiento racional puede conducir y de hecho conduce (especialmente en el terreno de las relaciones íntimas) a fuertes emociones negativas, como inquietud, disgusto, tristeza, desilusión, dolor y decepción. Sin embargo, estas emociones motivan a la pareja a dar pasos para mejorar, si lo que ambos quieren es permanecer unidos.

Insatisfacción en la pareja

La teoría RECT ha descubierto que hay dos factores importantes que contribuyen a la insatisfacción en la pareja: los mitos respecto a la relación y las incompatibilidades.

Puede aparecer insatisfacción cuando se tienen uno o varios mitos o fantasías (Ellis & Harper, 1961b; A.A. Lazarus, 1985; Lederer & Jackson, 1968). Tales mitos suelen ser irreales porque hacen que las personas idealicen la relación y espe-

ren mucho más de lo que luego van a encontrar. Algunos ejemplos de mitos* sobre la relación que están implicados en la insatisfacción conyugal son los siguientes: el amor es igual a una buena relación sexual; el amor romántico podrá sostener la relación; mi pareja podrá saber lo que quiero sin que yo se lo diga; la buena relación sexual siempre será espontánea; no voy a sufrir penalidades ni privaciones cuando me case; mi pareja me ayudará a superar mis sentimientos de inferioridad; mi pareja me compensará de frustraciones pasadas; mi pareja será indulgente cuando mi comportamiento no sea correcto; mi pareja siempre estará de mi parte, siempre me será fiel, siempre me amará (no importa lo mal que me porte). Si las parejas no modifican estos mitos en base a sus experiencias se sentirán insatisfechas, lo que discrepa bastante de lo que ellos «esperaban» que ocurriera con su relación. Además, es muy fácil darse cuenta de cómo esos mitos llevan a una perturbación en la pareja cuando se unen a una filosofía de necesidades perturbadoras.

La insatisfacción en la pareja puede presentarse también cuando ambos son incompatibles en una o más áreas de la relación. Generalmente, cuanto más importante es esa área, mayor es la insatisfacción, sobre todo si fallan las negociaciones para establecer un compromiso que resuelva el problema.

La incompatibilidad surge cuando se selecciona al compañero de forma superficial y simple, sin conocerlo/la realmente, o cuando se produce un cambio en uno de los dos o en ambos. Un ejemplo claro de incompatibilidad es la mujer que busca desarrollar un estilo de vida más independiente. Si eso excede las expectativas de su pareja, entonces ninguno de los dos conseguirá lo que desea en un área significativa de su relación. Si ella no se comporta de acuerdo a su deseo recién descubierto deseo, terminará sintiéndose insatisfecha, prestará menos atención a su marido, y éste se mostrará insatisfecho a su vez. Por otro lado, si ella no dedica tanto tiempo a la casa, él se sentirá insatisfecho porque sus expectativas de tener una casa en orden no se están cumpliendo. Y si él se queja a su mujer, ella empezará a estar insatisfecha porque no responde a su necesidad de apoyo. La insatisfacción basada en una incompatibilidad a menudo es un estímulo para renegociar los roles y responsabilidades, pero igualmente puede llevar a una ruptura de la relación, en especial si la incompatibilidad se presenta en un área central para uno o ambos cónyuges. Esto último puede pasar incluso cuando no ha habido perturbación. Llegados a este punto uno ambos miembros ya no verán la relación como algo importante, y que les vaya a satisfacer en el futuro. Si la incompatibilidad aparece en un área menos importante, producirá menos insatisfacción y prácticamente no afectará a la relación, sobre todo si el cónyuge encuentra una expresión a su deseo que a su vez, sea aceptada por el otro.

El desarrollo y mantenimiento de la perturbación en pareja

La teoría RECT sostiene que la perturbación en pareja puede desarrollarse y perpetuarse de diferentes maneras. El conflicto puede surgir tan pronto como se

* Las parejas suelen expresar tales mitos de forma idiosincrática.

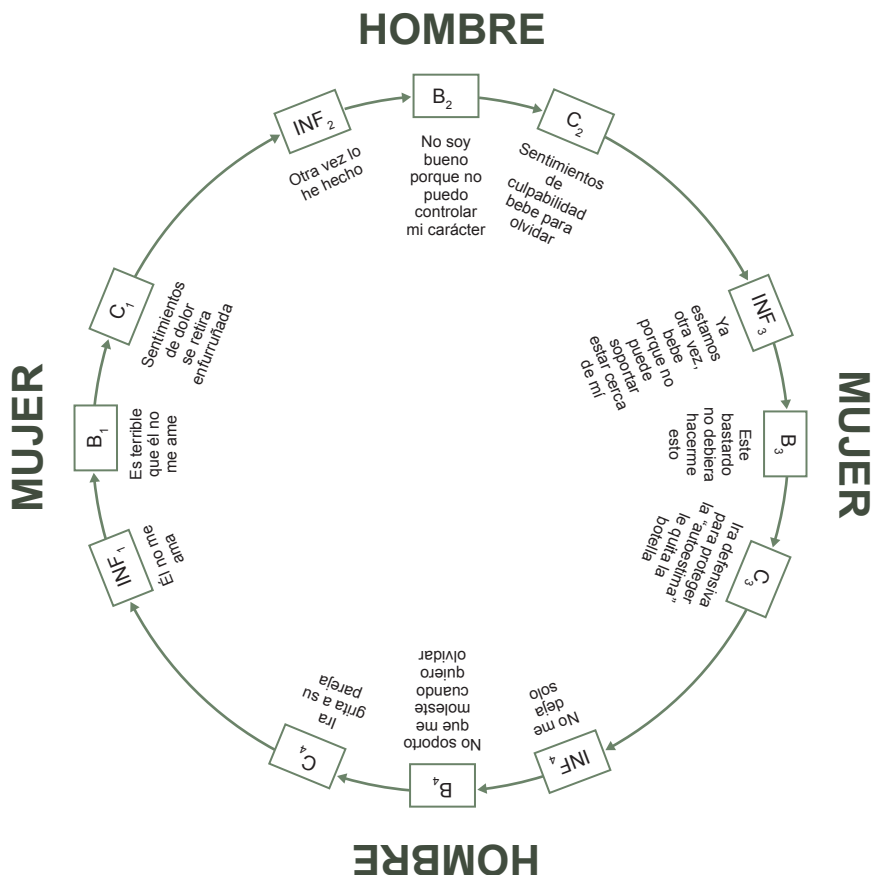
establece la relación, si uno o ambos miembros están bastante perturbados como individuos. De la misma forma también puede aparecer el conflicto en una relación, cuando se produce un cambio en el sistema de pareja. Este cambio supone una oportunidad para uno de los miembros o para ambos de llevar su filosofía de necesidades perturbadoras a la nueva situación. Por eso, una insatisfacción puede convertirse rápidamente en una perturbación si, por ejemplo, un hombre *exige* a su mujer que no le pida ver el contenido del sobre con sus honorarios, o si la mujer insiste en que su marido *tiene que* llamarla cada vez que se queda hasta tarde en la oficina. En estos casos los cónyuges hacen un problema emocional de su problema de insatisfacción. Además añaden problemas emocionales secundarios a sus recién creados problemas primarios (Ellis, 1984 a).

Así pues, un hombre puede enfadarse con su mujer porque él le *exige* que no actué de una determinada forma; entonces se da cuenta de su reacción de enfado, se condena a sí mismo por reaccionar de una forma tan *terrible*, y empieza a sentirse culpable. Es bastante improbable que se dé una comunicación constructiva o una resolución de problemas mientras él está sintiendo su enfado, y es doblemente improbable si añade la culpabilidad a su menú emocional.

La ira irracional, es probablemente la razón más importante por la cual se mantiene una perturbación (Ellis, 1976 g) y proviene de la exigencia absolutista de que tú, mi pareja, no debes actuar de esta forma porque está «mal» o porque amenaza a mi «autoestima». De hecho, cuando ambos miembros se condenan mutuamente, la perturbación en la pareja puede perpetuarse indefinidamente con muy pocas oportunidades de encontrar una solución constructiva. Otra de las razones por las que se mantiene la perturbación es la ansiedad a la hora de confrontar sucesos cotidianos. Uno o ambos cónyuges pueden pensar que si comparten mutuamente sus sentimientos de insatisfacción, podría ocurrir algo «horrible». Entonces se apartan el uno del otro y se sienten solos, culpables y deprimidos por la gran distancia que les separa.

Personas con perturbaciones emocionales tienden a actuar de forma disfuncional (C conductual), lo cual sirve como estímulo para la inferencia de su compañero/a (INF). Entonces aparecen círculos viciosos cuando la conducta disfuncional (C) de uno de ellos sirve como trampolín (INF 2) para la Creencia irracional (B2) del otro, que a su vez le conduce a sentimientos y conductas perturbadas (C2). Esto sirve como un nuevo trampolín (INF 3) para el primero, y así sucesivamente. En la Figura 5.1 se muestra un ejemplo de ese círculo vicioso. Como se demuestra en esta interacción, las parejas suelen hacer inferencias de la conducta del compañero/a (lo que hemos denominado INF). Estas inferencias pueden ser correctas pero la mayoría de las veces son erróneas, sobre todo en la fase de perturbación, y son del mismo color que los pensamientos evaluativos irracionales. No obstante, los terapeutas racional-emotivos basándose en el trabajo de Beck (1976) sobre las «distorsiones cognitivas», afirman que las parejas a menudo comenten errores al procesar la información interpersonal, y estos errores sirven para mantener la perturbación en la pareja (ver Capítulo 1). Esto suele ser el centro del trabajo terapéutico, una vez que se ha hecho frente al pensamiento evaluativo perturbador.

FIGURA 5.1 El ABC de una interacción de pareja disfuncional



PRACTICA

Algunas consideraciones

Cuando los terapeutas racional-emotivos trabajan con parejas, se guían por el principio de la flexibilidad en el proceso terapéutico. Por eso, no hay reglas absolutas sobre si ver a la pareja conjuntamente, concurrentemente, o consecutivamente en sesiones individuales. Todas las decisiones terapéuticas respecto a la manera de trabajar dependen de las exigencias terapéuticas. Ellis (en Dryden, 1984 d) y Bard (1980), por ejemplo, consideran que son los propios clientes los que debieran deci-

dir si ir conjuntamente o por separado a las sesiones de terapia. Nosotros consideramos que son preferibles las sesiones individuales en tres casos:

1. Cuando ambos discuten continuamente en las sesiones conjuntas, lo cual impide que se beneficien de las intervenciones terapéuticas.
2. Cuando a uno de ellos o a los dos, les produce una inhibición la presencia de su pareja en la habitación de terapia. Pueden ponerse tan nerviosos por los posibles efectos negativos de hablar de sí mismos, que no revelan cosas importantes en la terapia. En tales casos suele ser útil tener un período de sesiones individuales concurrentes.
3. Cuando los objetivos individuales de cada miembro de la pareja son lo bastante incongruentes para impedir que se establezca una alianza terapéutica productiva en la terapia conjunta. Por ejemplo, cuando una persona no desea continuar con la relación mientras que la otra quiere mantenerla.

Cuando ambos miembros desean asistir conjuntamente, comparten objetivos básicamente congruentes, no se sienten inhibidos por la presencia del otro en la terapia, y pueden aguantarse los fuertes sentimientos de ira que poseen, entonces la terapia conjunta de pareja suele ser el mejor contexto para trabajar.

Algunos terapeutas RET prefieren trabajar concurrentemente con la pareja en sesiones individuales durante la fase de «superación de la perturbación en pareja». Ellos mantienen la hipótesis de que para un miembro de la pareja es más fácil revelar sus sentimientos «profundos» auténticos (e.g. de dolor, celos, ira, y miedo) si ve al terapeuta en solitario. Así las parejas pueden prestar una total atención al proceso terapéutico, mientras el terapeuta les ayuda a ver las conexiones entre sus patrones disfuncionales emotivo/comportamentales y sus Creencias irracionales, y les ayuda también a Refutar y cambiar estas ideas. Como la RECT es por naturaleza un proceso educacional, sus seguidores procuran elegir las circunstancias más apropiadas para facilitar el aprendizaje. Sin embargo, las parejas *pueden* aprender el ABC de la RECT en una terapia conjunta durante la fase de «perturbación». La experiencia nos ha demostrado que mientras el terapeuta se ocupa de uno de los miembros, ayudándole a identificar, enfrentarse y cambiar las Creencias irracionales, el otro miembro que asiste como «oyente» suele aprender el ABC de la perturbación emocional/conductual mejor que su compañero*.

Aunque existen diversidad de opiniones sobre si es mejor la terapia conjunta o concurrente durante la fase de «superación de la perturbación», los terapeutas suelen estar de acuerdo en que la presencia de ambos miembros de la pareja es altamente deseable durante la fase de «aumentar la satisfacción». Al llegar a este punto se supone que ambos han realizado algunos progresos a la hora de superar las perturbaciones que les causan sus diferencias, y están preparados para explorar posibles

* En la RET individual suele darse un fenómeno similar. Cuando se les da a los clientes una cinta grabada de las sesiones de terapia, aprenden mejor el ABC de la RET después de haberla escuchado, que cuando están en la sala de terapia. Esto puede ser debido a que cuando escuchan la grabación están menos implicados emocionalmente en el material y por lo tanto pueden prestar más atención a lo que dice el terapeuta.

formas de mejorar la relación (si han decidido permanecer unidos). Los terapeutas racional-emotivos emplean una variedad de métodos para facilitar esa explicación, algunos de ellos son: el entrenamiento en comunicación, resolución de problemas y negociación. Por eso es preferible que estén presentes los dos miembros de la pareja para que el terapeuta les instruya a *ambos* a comunicar con más eficacia, a resolver problemas, y a negociar más constructivamente; y todo ello sirva para mejorar la calidad de su relación.

La RECT conjunta la suele llevar un sólo terapeuta, aunque hay ocasiones en que es mejor que asista un coterapeuta, especialmente si, por ejemplo, a una mujer le afecta la presencia de un terapeuta masculino. En este caso sería muy útil que también asistiera una coterapeuta femenina para reforzar la alianza terapéutica. Estas sesiones entre cuatro personas son las más indicadas para problemas sexuales.

En conclusión, la RECT no se guía por unas reglas estrictas. Su principal característica es la flexibilidad, y por eso suelen presentarse múltiples cambios durante el proceso terapéutico. Tales cambios se realizan de acuerdo a los propósitos terapéuticos y con el consentimiento de los clientes. Los terapeutas de la RECT están totalmente en contra de que la terapia *deba* practicarse de una manera predeterminada, porque ellos siguen la filosofía racional-emotiva.

Desarrollar y mantener una alianza terapéutica

Es importante indicar al comienzo de la terapia que el contrato terapéutico se establece con los individuos en la relación y no con el sistema de pareja (Harper, 1981; Walen et al., 1980). Como muy bien dice Harper, el sistema de pareja es una abstracción, y como tal, existen muchas dificultades para establecer una alianza terapéutica con él. Los terapeutas prefieren, siempre que sea posible, aliarse con cada uno de los miembros. Es preferible que ésto se deje claro al principio de la terapia de pareja para que ellos puedan ver que el terapeuta no está interesado en tratar de preservar, o incluso destruir, su relación. Como ya hemos recalcado, el objetivo fundamental de los terapeutas RECT es ayudar a ambos cónyuges a superar las perturbaciones emocionales que les provoca la situación en la que se encuentran, y también ayudarles a que trabajen para obtener una relación satisfactoria para ambos, si es lo que desean. Sin embargo, las parejas suelen venir a la terapia solicitando cosas de forma abierta y encubierta. Por eso, es útil tener entrevistas independientes con cada uno de los miembros, al principio del proceso, para determinar si los objetivos de cada uno concuerdan lo suficiente como para que sea factible una terapia de pareja conjunta (el contexto ideal para parejas que tienen objetivos similares). Como la alianza terapéutica se establece con los individuos y no con la «relación», lo más importante será ayudar a que los individuos realicen sus objetivos.

Los objetivos terapéuticos pueden estar basados en un pensamiento racional o irracional, y por ese motivo, creemos que la decisión de permanecer unidos (y en este caso, cualquier mejora que se quiera realizar) o de separarse, debiera tomarse

cuando la pareja no está perturbada emocionalmente por la situación actual de la relación. Por eso, nosotros tenemos unos objetivos adecuados a cada fase terapéutica. Si la pareja está perturbada, intentamos que identifiquen y hagan suyos unos objetivos que supongan minimizar tal perturbación; y si están insatisfechos, pero no perturbados, intentamos mejorar la relación después de que ambos hayan tomado la decisión de continuar juntos. Con bastante frecuencia hemos encontrado terapeutas anti-RECT que trabajan para mejorar la relación de pareja cuando uno o ambos miembros se encuentren perturbados emocionalmente, con el resultado de que los objetivos terapéuticos se sabotean irremediabilmente.

Otro error muy corriente en los terapeutas anti-RECT es que se preparan sólo para ver a la pareja en terapia conjunta. Si se da el caso de que uno de los miembros desea mantener la relación mientras que el otro quiere abandonarla pero no lo declara abiertamente, es seguro que ocurra lo siguiente: que la terapia termine poco después de empezarla, o que apenas se avance, lo cual va en detrimento de ambos cónyuges. Pero los terapeutas RECT prefieren identificar esta situación rápidamente en entrevistas de evaluación individuales.

Es importante que el terapeuta trabaje con cada miembro de la pareja individualmente en terapia conjunta o en entrevistas individuales, durante la fase RECT de «superación de la perturbación emocional». En la terapia conjunta el terapeuta otorga a cada miembro el mismo tiempo con el fin de mantener una alianza terapéutica entre los tres; sistema social que puede desestabilizarse fácilmente si el terapeuta, por ejemplo, excluye a uno de los miembros durante largos períodos de tiempo. Al principio de esta fase se explica que el objetivo es ayudar a cada uno de ellos a superar su propia perturbación (objetivo intrapersonal); para que posteriormente puedan ocuparse mejor de sus desacuerdos (objetivo interpersonal). La RECT sólo resulta productiva cuando ambos cónyuges o compañeros entienden claramente y están de acuerdo con este modus operandi. Por nuestra experiencia, los terapeutas RECT altamente cualificados que saben explicar de una manera racional y convincente este punto, suelen, aunque no siempre, conseguir una buena alianza terapéutica, si esa alianza se basa en los principios RECT que hemos explicado. El no crear una alianza productiva con ambos miembros al principio de la terapia, suele conducir a problemas durante el proceso terapéutico y a que fracase la terapia. Este fracaso puede deberse a una falta de habilidades en el terapeuta, o a varios factores que dependen del cliente: severa perturbación emocional; adherencia rígida a la Creencia de que la otra persona es totalmente responsable de los problemas en la relación; o varias razones encubiertas. En tales casos, se aconseja al terapeuta que cambie el contexto terapéutico, o que aplique sistemas de intervención diferentes para cambiar los factores A del esquema ABC. Si el terapeuta establece una buena alianza y se «supera la perturbación emocional», entonces le será más fácil establecer el compromiso necesario para efectuar el cambio productivo durante la fase de «aumentar la satisfacción en pareja», porque ambos cónyuges están en posición de tomar decisiones correctas a cerca de sus objetivos, y se encuentran libres de perturbaciones emocionales para intentar conseguir sus metas.

PRINCIPALES TECNICAS DE TRATAMIENTO

La RECT es una forma de terapia multimodal que emplea una variedad de técnicas cognitivas (verbales e imaginarias), emotivas, y conductuales para ayudar a las parejas a superar sus perturbaciones emocionales y su insatisfacción.

Fase de «superación de la perturbación en pareja»

El objetivo del terapeuta RECT en esta fase de la terapia, es ayudar a cada miembro a sentirse menos perturbado por sus problemas, con el fin de que pueda trabajar constructivamente, si lo desea, para mejorar su nivel de satisfacción en la relación. Así mismo, el terapeuta les ayuda a que piensen racionalmente sobre ellos mismos, su pareja, y su relación, lo que significa sentirse apropiadamente frustrado, fastidiado, afligido y triste cuando no se cumplen sus deseos —emociones que les motivarán a trabajar para mejorar su relación o separarse sin traumas innecesarios—.

En esta fase de la RECT las parejas pueden ver cómo se trastornan innecesariamente con sus problemas y cómo suelen adoptar una actitud «conformista» hacia ellos. Por eso, se les anima a que asuman que sus inferencias sobre su pareja, por ejemplo, son correctas en el momento presente, y de esta forma, compensan los argumentos improductivos sobre lo que en realidad ocurre en A dentro del esquema ABC. El terapeuta les ayuda a identificar sus Creencias irracionales y a sustituirlas por otras racionales. Además, si se quieren cumplir los objetivos de esta fase, es mejor que cada persona se centre en sus propios problemas, y para ello se emplea una amplia gama de métodos cognitivos. Se enseña a las personas cómo usar métodos científicos lógico-empíricos para Refutar las Creencias irracionales, haciéndose a sí mismos preguntas como: «¿Qué ley universal establece que mi pareja *debe* hacer las tareas del hogar perfectamente bien?»; «¿Dónde está escrito que ella es *mala* porque haya actuado mal?»; «¿Es verdad que *no puedo soportar* su comportamiento?»; etc. Posteriormente se dan cuenta de que no hay ninguna evidencia para las respuestas absolutistas, sólo para la forma «preferencial». Sin embargo, siempre existe un grupo de clientes incapaces de desarrollar estas preguntas de tipo socrático; para ellos se ha creado algunas frases racionales de enfrentamiento como: «No me gusta el comportamiento de mi mujer pero tiene todo el derecho a actuar mal si quiere»; «Es un ser humano que puede fallar y ha cometido un error»; «Puedo soportar su comportamiento aunque no me guste.» Estas frases pueden escribirse en unas tarjetas por orden alfabético, para que se repitan entre sesión y sesión.

A algunas parejas también se les enseña cómo tienen que Refutar el uno las Creencias irracionales del otro y viceversa, para que así ambos hagan de terapeutas de su pareja entre las sesiones formales de terapia. Otras técnicas cognitivas empleadas en esta fase RECT son: (1) métodos semánticos generales (Korzybski, 1933); (2) cuestionarios de autoayuda racionales (ver capítulo 2); (3) cintas grabadas (de las sesiones de terapia o de discursos sobre temas racionales); (4) biblioterapia, espe-

cialmente libros que expliquen como superar perturbaciones emocionales y conductuales desde una perspectiva racional-emotiva; y (5) una gama de técnicas imaginativas (Lazarus, 1984).

En cuanto a técnicas emotivas, se suelen emplear algunos métodos intensos y evocativos de la RET para cambiar las filosofías irracionales de la pareja (Dryden, 1984 b). Algunos de estos métodos son: (1) la imaginación racional-emotiva (Maultsby & Ellis, 1974) por la cual la pareja imagina deliberadamente «hechos que les trastornan» en A, y practican sintiendo emociones apropiadas de tristeza, disgusto y frustración sobre esos acontecimientos en C. Ese tipo de emociones se consigue espontáneamente al pensar de forma más racional en B; (2) forzarse a repetir vehementemente las frases racionales (Ellis, 1979 b); (3) role-playing —para descubrir sentimientos ocultos que provienen de las Creencias irracionales más importantes; (4) ejercicios de ataque a la vergüenza—en donde las parejas realizan deliberadamente varias experiencias «vergonzosas» para aprender a aceptarse siempre que se comporten «vergonzosamente»; y (5) humor y autorevelaciones por parte del terapeuta con el fin de que no se tomen *demasiado* en serio a sí mismos y a su pareja.

En el aspecto conductual, se anima a las parejas a que se enfrenten y no eviten los posibles problemas, para que puedan tener auténticas oportunidades de «aguantar» en estas situaciones hasta que dejen de trastornarse por ello (Grieger & Boyd, 1980).

Fase de «aumento de la satisfacción en pareja»

Una vez que ambos se han ayudado a sí mismos o a su compañero/a a superar su perturbaciones emocionales por causa de una relación insatisfactoria, están en disposición de buscar maneras de aumentar el grado de satisfacción con la relación, de separarse amigablemente. Suponiendo que deseen permanecer unidos, hay algunos métodos conocidos que les pueden ayudar a ser más felices, se incluyen entre otros: entrenamiento en comunicación (Crawford, 1982; Guerney, 1977), entrenamiento en negociación (Stuart, 1980), y técnicas conductuales diseñadas para conseguir una relación adecuada y habilidades sexuales para obtener más de cada uno (Mackay, 1985). La biblioterapia se utiliza en conjunción con estos métodos.

Las tareas para casa dentro de la terapia RECT sirven para animar a que la pareja ponga en práctica lo que ha aprendido en las sesiones. Estas tareas son diseñadas por el terapeuta, con la aprobación de ambos cónyuges; por eso el no ejecutarlas correctamente suele ser indicador de alguna perturbación emocional, que la mayoría de las veces se deriva de una filosofía de baja tolerancia a la frustración (LFT). Los terapeutas RECT se mantienen alerta ante esa posibilidad, y procuran ayudar a la pareja, si es lo apropiado, a superar su LFT para que puedan continuar en la difícil tarea de cambiar la naturaleza de su relación.

Una última labor para los terapeutas RECT consiste en eliminar cualquier tópico o mito respecto a la relación (ver la sección previa «Insatisfacción en la pareja»),

y ayudarles a formarse unas perspectivas más realistas de lo que pueden esperar legítimamente de una relación íntima.

Problemas que pueden presentarse durante la RECT y sus soluciones

La práctica de la terapia de pareja está llena de problemas potenciales al margen de la aproximación que adopte el terapeuta. Cuanto más flexible se sea, mucho mejor, y en general es muy importante que los terapeutas RECT Refuten sus propias Creencias irracionales respecto a: cómo se *debe* proceder en la terapia, cómo se *deben* comportar los clientes, y lo armoniosas que *deben* ser las relaciones. Es mejor no interferir en la decisión de mantener o destruir una relación, si es verdad que se quiere ayudar a la pareja a negociar lo que es mejor *para ellos*. A parte de las dificultades que se derivan del terapeuta, se pueden encontrar los siguientes problemas en la RECT:

Secretos. Como los terapeutas RECT creen que su labor principal es ayudar a los individuos más que a la relación entre ellos, suelen ver a cada miembro por separado en sesiones individuales, en especial al comienzo de la terapia. Por eso, los clientes les piden algunas veces que les guarden el «secreto». Hay que estar preparados para ello y tranquilizarles manifestando la voluntad de hacerlo, si lo que se pretende es que desvelen lo que realmente tienen en su cabeza. Esta táctica ayuda a descubrir rápidamente los «datos ocultos». Por lo tanto, los terapeutas tienen que tener muy claro qué información es confidencial respecto a un miembro de la pareja en particular, y no revelarla delante del otro. Hay que añadir, de nuevo, que esto se hace para conseguir contratos productivos con ambos cónyuges. Algunos terapeutas RECT recalcan a sus clientes que todo lo que se diga en las sesiones individuales es confidencial, de tal forma que si alguien les pregunta directamente por lo que ocurre en una sesión individual con el otro miembro de la pareja, ellos se refieren a este principio. Por otro lado, se advierte a las parejas que cuando hablen entre ellos de las sesiones individuales lo hagan en términos generales y no al detalle.

El echar la culpa al otro persistentemente. Algunas veces sucede que uno o ambos cónyuges no quieren reconocer que son ellos mismos los que se trastornan con la conducta de su compañero/a, y se agarran con fuerza a la creencia de que es su compañero/a la causa de su perturbación. En algunos de estos casos se vislumbra que están confusos, porque si admiten que son ellos mismos los que se trastornan, su compañero/a no se sentirá motivado a cambiar. En otros casos tal «defensa» es debida a un miedo a la auto-crítica: «Si admito que soy yo mismo el que me perturbo, como no *debo* hacerlo, me castigaré por ello.» Para estos dos ejemplos, los buenos practicantes de la RECT comprobarán si sus hipótesis son correctas en vez de asumirlas sin más. Por otro lado, estas «defensas» puede ser una señal de que el cónyuge está profundamente perturbado. Una técnica que ayuda a los clientes que continuamente echan la culpa de todo a su pareja, es hacerles ver que si quieren que su

compañero/a cambie, la manera más eficaz de conseguirlo es cambiar su propia conducta en primer lugar.

Cuando falla la Refutación. En algunos casos, los terapeutas RECT fracasan a la hora de animar a las parejas a identificar, enfrentarse, y cambiar las Creencias irracionales que están a la base de su perturbación. Cuando esto ocurre, el terapeuta puede emplear algunos de los métodos diseñados especialmente para la fase de «aumento de la satisfacción en pareja». En el caso de que un miembro supere su perturbación emocional y el otro no, el terapeuta dedicará todo su esfuerzo a que el primero se comporte de una forma especialmente agradable con la persona perturbada para animarle a que cambie. La primera vez que yo (AE) expliqué esta táctica, fue en mi libro *How to Live with a Neurotic* (Ellis, 1957). Cuando falla la refutación, y son los dos miembros de la pareja los que continúan perturbados, los terapeutas RECT pueden echar mano de algunas intervenciones que sirven para hacer cambiar A inspiradas en la teoría de los sistemas. De este modo, el reencuadre y algunos procedimientos paradójicos pueden valer para ayudar a la pareja a librarse de ese círculo vicioso de interacciones negativas. Si esto resulta, servirá de estímulo para que cada uno de los miembros se centre *entonces* en sus propias Creencias perturbadoras. Sin embargo, aunque estas intervenciones suelen resultar a corto plazo, si ambos continúan perturbados podrían tener más problemas posteriormente, ya que las perturbaciones emocionales no resueltas son el motor del desarrollo y mantenimiento de las interacciones perturbadas.

Intercambios extremadamente hostiles. Son difíciles de manejar cuando aparecen en las sesiones de terapia de pareja, y cuando se convierten en un hábito, es aconsejable que se vea a la pareja individualmente. Sin embargo, cuando se me presenta esta situación, yo (WD) he encontrado que es útil hacer algo un tanto inusual para conseguir la atención. Por eso, cuando me encuentro en medio de una discusión, me levanto y empiezo a hablar a un cuadro que haya en la pared, o intento atrapar un ratón imaginario. Estas técnicas para captar la atención son, desde mi experiencia, más eficaces que empezar a gritar, porque lo único que se consigue es echar más leña al fuego.

El proceso de cambio

De la misma forma que un buen navegante prepara su itinerario, pero también planifica diferentes rutas alternativas que podrían hacer falta, los terapeutas RECT eficaces escogen una trayectoria principal y distintas alternativas. Esto es importante porque las parejas se diferencian mucho entre ellas, y el terapeuta que se agarre compulsivamente a un único plan terapéutico corre el riesgo de fracasar con determinados clientes.

Cuando la terapia discurre tranquilamente, los terapeutas RECT pueden continuar con el plan elegido, que suele consistir en ayudar a los clientes a que vean que tienen dos clases diferentes de problemas; los que se refieren a la perturbación en pareja y los de la insatisfacción en pareja. La función de los terapeutas es: (1)

demostrar a la pareja que es mejor trabajar primero en la perturbación; (2) explicarles que su perturbación se debe sobre todo a las Creencias irracionales sobre su relación insatisfactoria; (3) inducirles a que Refuten y cambien esas Creencias irracionales, y las sustituyan por las alternativas racionales; (4) inducirles a que observen si pueden reconciliar sus diferencias y si es así, (5) ayudarles a negociar una relación más satisfactoria; y (6) animarles a que pongan en práctica sus deseos. Cuando los dos miembros de la pareja están simplemente insatisfechos y no perturbados, sólo se aplican las fases 4, 5 y 6.

Aunque el proceso de cambio discurra así de bien, pueden presentarse problemas, y éstos suelen deberse a que uno de los miembros o ambos cree que el cambio *debe* ser más fácil de lo que es (LFT), o comprueba la solidez del cambio (Stuart, 1980). En este caso, el terapeuta: (1) ayuda a la pareja a tolerar la incomodidad que conlleva todo proceso de cambio y a ver que el cambio no es fácil de conseguir, y (2) explica a la pareja (mejor por adelantado) que el «poner a prueba» suele ser una ocurrencia muy corriente, y consistente en que uno o ambos cónyuges comprueba la solidez del cambio volviendo a patrones disfuncionales. Cuando las parejas están preparadas para esta eventualidad es menos probable que se trastornen por ello. El terapeuta también explica que el cambio raras veces es un proceso lineal, ya que los seres humanos retornamos con facilidad a patrones de conducta, pensamiento y emoción disfuncionales pero bien arraigados.

Cuando ambos cónyuges están perturbados al principio de la terapia pero sólo uno es el que cambia, el terapeuta a menudo anima a esa persona a que haga un esfuerzo extra, por su bien y por el bien de la relación. Ello supone ser especialmente comprensivo y tolerante con su compañero/a que todavía está perturbado. Esta táctica suele servir como soporte y trampolín para que la otra persona empiece a cambiar, ya que algunas veces la persona perturbada necesita ver «la buena fe» de su pareja para empezar a trabajar en su propia perturbación. Si esto no da buenos resultados con el cónyuge perturbado, entonces el otro cónyuge tiene una información que le servirá a la hora de determinar si es viable continuar con la relación.

Como ya hemos explicado, puede ocurrir que los dos miembros de la pareja continúen perturbados, incluso después de las intervenciones del terapeuta en la fase de «superación de la perturbación en pareja». Para estos casos, hay que preparar una serie de intervenciones conductuales inspiradas en la teoría de los sistemas, que sirven para modificar A dentro del esquema ABC, aunque haya que reconocer que no es la mejor forma de producir un cambio filosófico en B (Ellis, 1979c). Si estas intervenciones tienen éxito, entonces la pareja ha aprendido que pueden librarse de un patrón de comportamiento negativo, lo cual les animará a intentar hacerlo con ellos mismos. Sin embargo, existe el peligro de que si ellos se vuelven a encontrar con la situación problemática original, se perturbarán de nuevo y por lo tanto hará falta un mayor esfuerzo para cambiar A.

Hemos de reiterar que los terapeutas RECT deben ser flexibles en el contexto terapéutico, y por lo tanto pueden cambiar las modalidades terapéuticas en distintos puntos del proceso (e.g., desde terapia de pareja conjunta hasta sesiones individuales con cada persona). Tales cambios suelen venir motivados por razones terapéuti-

cas positivas pero también pueden hacerse si la terapia se «ha atascado» en un modalidad concreta.

Las cualidades personales de los terapeutas RECT eficaces

Es preferible que, en la práctica de la terapia de pareja, los terapeutas RECT eficaces: (1) se sientan cómodos al emplear la estructura RECT, pero que sean lo suficientemente flexibles como para trabajar de una forma menos estructurada cuando surja la ocasión; (2) intenten adoptar un estilo terapéutico activo-directivo y creíble, para enseñar a sus clientes los principios de la RET, pero adaptándolo siempre a las capacidades de aprendizaje de las personas que asisten a la terapia; (3) «...tengan autoridad sin ser autoritarios ...que provoquen discusiones sobre los valores básicos sin tratar de imponer sus valores personales a los clientes; ...empujar, indicar, persuadir y animarles a pensar y actuar en contra de sus propias tendencias autosaboteadoras» (Ellis, 1982d, p. 316); y (4) preparados para revelar sus propios sentimientos y Creencias y para demostrar a sus clientes que no les asusta arriesgarse cuando se trata de ayudarles a superar sus dificultades de relación. Aún más, tendrán una inclinación filosófica, serán científicos, empíricos, multimodales y antiabsolutistas cuando se aproximen a los problemas de sus parejas, a las que inducirán a la RECT porque les permite expresar plenamente estas tendencias. Se sentirán a gusto trabajando con más de una persona en terapia, y superarán las dificultades con ambos miembros de la pareja, en especial en el área de relaciones sexuales.

Aunque no es esencial que los terapeutas RECT eficaces hayan pasado la experiencia de vivir en pareja, en nuestra opinión esto es deseable por varias razones. Primero, podrán hablar con sus clientes de las dificultades desde una postura más creíble y con más autoridad, sobre todo si ellos mismos han tenido que enfrentarse con problemas similares y los han superado con éxito. Segundo, tendrán un entendimiento más profundo del estrés que provocan las relaciones íntimas, y verán qué parte hay de destrucción y qué parte de desarrollo en esa relación. Finalmente, podrán compartir ejemplos concretos de su propia experiencia para demostrar las ventajas de una aproximación racional a la vida en pareja. Sin embargo, hay que añadir que algunos terapeutas RECT son perfectamente capaces de realizar su labor sin ninguna experiencia de primera mano.

EJEMPLO DE UN CASO

El Sr. y la Sra. Rogers (pseudónimo), eran un matrimonio sin hijos, a los que yo (WD) atendí cuando trabajaba como consejero a media jornada en Birmingham (Inglaterra). La Sra. Rogers, era una ama de casa de 35 años a quien me habían enviado inicialmente por padecer una «depresión». En una primera entrevista pude darme cuenta de que estaba deprimida por lo que ella describía como la actitud fría

de su marido hacia ella. Decidí, con su permiso, invitar al Sr. Rogers a venir para saber su opinión acerca de la depresión de su mujer y de la situación matrimonial. En los casos en que una persona me dice que su perturbación está enraizada en un contexto interpersonal, prefiero entrevistar a la otra persona implicada porque este contacto facilita su posterior inclusión en la terapia, si es lo indicado. El Sr. Rogers, un hombre de negocios de 38 años, se quejaba irritado del «poco temple» de su mujer. También expresaba su preocupación por no poder «realizar el acto sexual con ella». Ambos continuaron con estas entrevistas individuales porque les interesaba recibir ayuda para superar sus problemas. Querían permanecer casados, pero los dos preferían tener las entrevistas por separado al principio. No vi ninguna razón para rechazar su propuesta.

Fase de «superación de la perturbación en pareja»

Empecé por ayudar a la Sra. Rogers a que viera que estaba *insistiendo* de forma absolutista en que ella debía tener el amor de su marido, y como él parecía no quererla, ella se sentía a falta de cariño. Le demostré que era esta actitud, más que la supuesta falta de amor de su marido, lo que provocaba sus sentimientos de depresión. Entonces pasé a ayudarla a aceptarse aunque su marido no la amara. Le ayudé a Refutar la *necesidad* irracional de amor, mientras la animaba a que mantuviera su *deseo* racional de ese amor, y le demostré que ella podía estar triste pero no deprimida si sus suposiciones eran correctas, tanto ahora como en un futuro.

Cuando trabajaba con el Sr. Rogers me centraba en su exigencia de que su mujer no *debiera* estar deprimida, y le ayudé a que se diera cuenta de que eso se relacionaba con su insistencia en que ella *debía* ser tolerante, lo cual vez se relacionaba a su vez con su miedo a fracasar en el trabajo. Su mujer solía ayudarle bastante mecanografiando y ocupándose de la biblioteca, lo que le permitía a él mantener un alto nivel de eficacia en su trabajo. El hecho de que ella no volviera a ayudarle, le confrontaba directamente con su propia ansiedad, que como suele ocurrir, estaba enmascarada por la ira (Wessler, 1981). Animé al Sr. Rogers a que se enfrentara a su miedo y Refutara sus Creencias irracionales: «Yo *debo* hacer bien mi trabajo y continuar haciéndolo bien o seré un inútil;» y «*Debo* continuar promocionándome no podré mejorar mi nivel de vida, lo cual sería terrible.» Entonces pudo entender que aunque él quería que su mujer le soportara, no había ninguna ley en el universo que lo decretara. En consecuencia, se volvió más tolerante y simpático con su mujer cuando ella se deprimía.

Al llegar a este punto, ya se podía intentar unir al Sr. y a la Sra. Rogers en sesiones conjuntas, porque ella estaba menos deprimida y él menos ansioso e irritado. Sin embargo, decidí verles por separado durante otras dos sesiones más para que manejaran mejor los peores ejemplos de A que pudieran imaginar dentro del esquema ABC. Esta estrategia elicó en la Sra. Rogers un miedo intenso al divorcio. Entonces identificó y se enfrentó con su Creencia de que el divorcio sería «horrible», y vio que podía llevar una vida independiente y feliz, y que no estaba obligada

a continuar casada*. El Sr. Rogers también se enfrentó a su miedo a perder el trabajo, y se dio cuenta de que su valor como ser humano no dependía del estatus de su trabajo, y que podría estar absorbido con otras tareas si alguna vez le despedían de la empresa.

Cuando me sentí satisfecho con los progresos realizados, decidí verles en terapia marital conjunta, después de haber tenido seis sesiones individuales con cada uno.

Fase de «aumento de la satisfacción en pareja»

Esta fase del tratamiento empezó con una revisión conjunta sobre lo que el Sr. y la Sra. Rogers habían aprendido en las sesiones individuales de terapia. Reiteraron su deseo de continuar juntos y de trabajar para aumentar la satisfacción conyugal. Al principio de esta fase la Sra. Rogers experimentó un grado más alto de insatisfacción que su marido. Aunque había dado un gran paso al aceptarse a sí misma, mantenía la opinión de que él todavía suponía y esperaba que ella dedicara la mayor parte de su vida a ayudarle a ser gerente o director, algo a lo que siempre había aspirado. Ella manifestó que no estaba dispuesta a dedicar tanto tiempo a ayudarle en este aspecto y que quería centrarse en sus propios intereses. Aunque el Sr. Rogers al principio parecía entender este deseo de autorrealización, su comportamiento durante las semanas posteriores contradecía sus palabras.

Habían negociado una distribución del tiempo más equitativa para las diferentes tareas, pero el Sr. Rogers no cumplió su parte del trato. En consecuencia, la Sra. Rogers decidió ponerse dura con él. Fue capaz de hacerlo porque se encontraba menos ansiosa ante la idea de quedarse sola. Cuando el Sr. Rogers se dio cuenta de que su mujer se tomaba muy en serio el perseguir sus propias metas, cayó en la cuenta de lo que implicaba continuar actuando de forma tan intolerante hacia ella**. Entonces fue capaz de expresar el temor que le producía vivir con una mujer independiente. Le angustiaba pensar que podría encontrar otro hombre, puesto que en realidad la Sra. Rogers no sólo pretendía perseguir sus propias metas sino también relacionarse socialmente con su marido. Ella lo expresaba así: «No voy a ser nunca más un felpudo».

Al llegar a este punto tuve que trabajar individualmente con el Sr. Rogers dentro de la terapia conjunta de pareja. Le ayudé a que viera que él podría aceptarse a sí mismo y ser relativamente feliz, aunque su mujer le abandonara por otra persona. La Sra. Rogers le insistió en bastantes ocasiones que no estaba interesada en otro hombre, pero eso no era lo fundamental, sino el hecho de que el Sr. Rogers

* Este procedimiento conocido como «deshorribilización» del divorcio, es muy útil para reducir la ansiedad en parejas que se sienten empujadas a permanecer casadas más por obligación que por deseo.

** A menudo he comprobado (WD) que sólo cuando las esposas están preparadas para tomar medidas drásticas con el fin de poder perseguir sus propias metas, sus maridos caen en la cuenta de lo que conlleva el no escucharlas. Este «Shock» suele ser el factor motivante para iniciar el cambio constructivo.

estaba ansioso ante la *posibilidad* de que esto ocurriera. Al Refutar sus Creencias irracionales correctamente, se tranquilizó y escuchó los deseos de su esposa con una mayor empatía. Una vez realizado esto, les enseñé cómo escuchar y responder correctamente a las autorevelaciones del otro, y cómo comprobar las inferencias que se extraen de esas autorevelaciones, en vez de asumir sin más que son ciertas (Guerney, 1977). Posteriormente analizaron y renegociaron las promesas que se habían hecho en el momento del matrimonio sobre sus roles como marido y mujer (Sager, 1976). Esto nos llevó a una amplia discusión sobre sus aspiraciones como individuos y como pareja, y a determinar cómo podrían alcanzar «Mis-metas» y «Nuestras-metas». Al final de la 10.^a sesión conjunta decidieron que ya sabían lo suficiente como para «aumentar la satisfacción en pareja» por ellos mismos.

Observaciones

Este ejemplo demuestra claramente los rasgos principales de la RECT, Todo lo relacionado con la perturbación en pareja fue tratado al principio en sesiones individuales para cada uno de ellos. Las sesiones conjuntas se utilizaron para tratar los problemas de insatisfacción, mediante procedimientos de entrenamiento en negociación, resolución de problemas, y comunicación. El caso también demuestra que a veces durante la fase de «aumento de la satisfacción en pareja» pueden surgir algunas perturbaciones que hay que saber manejar. Suele ser bastante corriente descubrir perturbaciones emocionales como resultado de un fracaso al ejecutar las tareas para casa. En el ejemplo descrito, la ansiedad del Sr. Rogers por los posibles «affairs» de su mujer, fue elicitada como consecuencia de su fracaso al intentar realizar las tareas que se habían negociado en dos ocasiones distintas. El vio que sus «excusas» eran una defensa y que le servían para protegerse de su propia autocondena. El Sr. Rogers confirmó mi hipótesis de que gracias a que me centré en Refutar sus Creencias irracionales durante la primera fase del tratamiento, se animó a descubrir este temor. Sus palabras fueron: «Aprendí las habilidades necesarias para manejar este temor. Dudo que lo hubiera revelado si me hubiera sentido incapaz de manejarlo.»

Seguimiento

A los 6 meses de terminado el tratamiento tuvimos una sesión de seguimiento. Los Sres. Rogers mantenían lo que habían conseguido en la terapia, y según ellos, estaban experimentando el período más productivo desde su matrimonio. Eran más capaces de expresar sus deseos, de ser tolerantes con los objetivos del otro, y pasaban más tiempo juntos. La Sra. Rogers realizaba un trabajo de voluntariado, y recibía clases de alfarería y yoga. Dedicaba una hora al día para pasar a máquina la correspondencia comercial de su marido, en comparación con las 4 horas de antes. No había tenido ningún otro episodio depresivo desde que terminó el tratamiento.

El Sr. Rogers todavía no había conseguido su codiciado puesto de Director. De vez en cuando tenía algún ataque de pánico por esto, pero en esos momentos identificaba y Refutaba las Creencias irracionales de base. Se había dado cuenta de que su trabajo no lo era todo en su vida, y empezó a dirigir un equipo local juvenil de football americano. Se sentía auténticamente satisfecho con la mejoría de su mujer y rara vez se enfadaba con ella, incluso ella manifestaba que tenía un interés sincero por sus actividades. Asistían juntos a unas lecciones de baile y se divertían los sábados a la noche en un salón de baile local. Manifestaban ser más capaces de enfrentarse el uno al otro de forma constructiva cuando surgían los problemas y de resolver dificultades sin trastornarse.

Tanto el Sr. Rogers como la Sra. Rogers apuntaban que lo más significativo de sus experiencias terapéuticas había sido los logros obtenidos en la primera fase del tratamiento. La Sra. Rogers lo resumía de esta forma: «Aunque fue muy doloroso, usted me ayudó mucho demostrándome que el divorcio no era el fin del mundo. Yo pensaba que lo era, ya sabe. Si, realmente fue una gran ayuda. Antes, estábamos juntos más que nada por miedo y por obligación, pero ahora estamos juntos porque queremos.» ¡Una manera muy bonita de expresar los objetivos y el espíritu de la RECT!

CAPITULO VI

Terapia de familia

La terapia de familia racional-emotiva sigue los principios y la práctica de la terapia racional-emotiva (RET). La RET sostiene que cuando los miembros de una familia se perturban o trastornan emocionalmente (e.g., con ansiedad, depresión, hostilidad, autocompasión o disfunciones conductuales) en el punto C (consecuencia emotiva y conductual), precedido todo ello de una experiencia Activadora significativa o un Acontecimiento desencadenante (punto A), A puede contribuir significativamente a C aunque no sea su «causa». Por el contrario, las Consecuencias perturbadoras (en individuos y en familias) son principalmente (pero no exclusivamente) creadas por B el *sistema de creencias* de una familia. Cuando aparecen Consecuencias (C) indeseables o disruptivas, éstas pueden atribuirse a las Creencias irracionales de las personas (B), exigencias, órdenes o expectativas absolutistas, perturbadoras e irrealistas sobre: (1) sí mismos, (2) otros, y/o (3) el mundo. Cuando las personas refutan adecuadamente (en el punto D), sus Creencias irracionales (B) y se enfrentan a ellas de forma lógica, empírica y racional, las consecuencias perturbadoras se minimizan o desaparecen, y casi nunca se reproducen.

Cuando yo (AE) todavía utilizaba el psicoanálisis, empecé a hacer *counseling* con matrimonios y terapia de familia. Al final, reemplacé el análisis por métodos racional-emotivos, porque encontraba que estas técnicas eran mucho más eficaces y rápidas. La terapia de familia RET, como ya demostraremos, se ocupa de las

Parte de este capítulo es una adaptación de Albert Ellis «Rational-Emotive Family Therapy», en A.M. Horne & M.H. Ohlsen (Eds.), *Family Counseling and Therapy* (pp. 302-328), Itasca, IL: Peacock, 1982; y de Albert Ellis, «Family Therapy: A Phenomenological and Active Directive Approach», *Journal of Marriage and Family Counseling*, April 1978, pp. 43-50. Usado con autorización.

premisas filosóficas más importantes que están a la base de los sentimientos de desilusión que tienen las personas respecto a sí mismas y a su familia. Pero además, emplea métodos cognitivos, emotivos y conductuales para enseñarles habilidades de comunicación, sexuales, de relación, etc., que les ayuden a mejorar sus relaciones familiares.

Aunque algunos estudios han demostrado que la RET y la CBT son eficaces (DiGiuseppe, Miller, & Trexler, 1979; Ellis & Whiteley, 1979; Engels & Diekstra, 1986; Haaga & Davison, en imprenta; Me Govern & Silverman, 1984; Meichenbaum, 1977; Miller & Berman, 1983), no han hecho más que empezar los estudios controlados para validar las aproximaciones racional-emotivas y cognitivo-conductuales a la terapia de familia. Sin embargo, ha habido algunos hallazgos recientes que demuestran que la RET puede emplearse para ayudar a las parejas y familias con problemas emocionales: Einsenberg y Zingle, (1975), Elliott (1979), Jacobsen (1979), Margolin y Weiss (1978), McClellan y Stieper (1971), Saxon (1980) y Tsoi-Hoshmand (1976).

Los primeros libros que aplicaron los principios de la RET al matrimonio y a los problemas de familia fueron *How to Live with a «Neurotic»* (Ellis, 1957) y *Creative Marriage* (en una edición posterior se llamó: *A Guide to Successfull Marriage*, (Ellis & Harper, 1961b). Por lo tanto, se han publicado una gran cantidad de artículos que demuestran cómo puede aplicarse la RET al matrimonio, a la terapia de familia y a los problemas parentales; y por otro lado, también han aparecido algunos libros sobre RET y matrimonio y familia, incluidos los siguientes de Ard y Ard (1976), Blazier (1975), Grieger (1986), Hauck (1967, 1977 a,b, 1981, 1984) y Ellis, Wolfe, y Moseley (1966).

APROXIMACION RET A LA TERAPIA DE FAMILIA

La teoría ABC de la RET mantiene que la «causa»básica o principal de las Consecuencias (C) emocionales perturbadoras en la vida familiar (o en cualquier otra actividad humana) no se encuentra en las experiencias Activadoras que le suceden a la familia en A, sino en las Creencias irracionales (iB) de los cónyuges y los niños con respecto a estas As. En teoría, las personas pueden tener multitud de iB, pero las más corrientes son 12 (Ellis, 1962), e incluso estas 12 pueden reducirse a tres principales *debo*, cada uno de los cuales está dividido en subcategorías (Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Harper, 1975; Ellis & Whiteley, 1979). Son los siguientes: (1) «*Debo* (o *debiera* o *tengo que*) actuar bien y/o obtener la aprobación de las personas que conozco. ¡Es horrible (o espantoso o terrible) que no lo consiga! ¡No puedo soportarlo! ¡Soy una desgracia de *persona* cuando fallo en esto!» (2) «Tú *debes* tratarme con respeto y consideración. ¡Es horrible que no lo hagas! Cuando me fallas, ¡eres una *mala persona* y no puedo aguantarte ni a ti ni a tu miserable comportamiento!» (3) «Mis condiciones de vida *deben* ser como yo quiero, ¡y es terrible cuando no son así! ¡No soporto vivir en un mundo tan horrible! ¡Es un *lugar totalmente abominable!*».

Cuando en los miembros de una familia aparecen uno o más de estos tres *debo* importantes, o alguno de sus derivados, es muy probable que también haya alguna forma de perturbación emocional y *lo* conducta disfuncional. Pero si identifican claramente estas órdenes absolutistas e irrealistas hacia sí mismos, los otros y el universo, y si trabajan duro para vencerlas y sustituirlas por preferencias, será muy extraño que se perturben por algo, aunque todavía tengan fuertes sentimientos apropiados de displacer, frustración, desilusión y dolor.

Aunque en la RET se pone un gran énfasis en la cognición, no creemos que por el insight psicoanalítico o psicodinámico se llegue a un cambio significativo en la personalidad; todo lo contrario, este tipo de insight suele ser una pérdida de tiempo. La RET propone tres clases diferentes de insight que se podrían conseguir: *insight n.º 1*: las «causas» de los problemas prácticos de una familia están en las situaciones ambientales pero las «causas» de sus problemas emocionales (o sus problemas por los problemas prácticos) descansan sobre todo en las Creencias irracionales (IB) acerca de las Experiencias Activadores por las que pasa la familia. *Insight n.º 2*: no es importante conocer lo que perturbó originalmente a los miembros de una familia (o cómo se perturbaron), en la actualidad se sienten trastornados porque aún se están adoctrinando a sí mismos con las mismas iB del pasado. Aunque hayan aprendido esas iB de sus padres de otros agentes socializantes de la infancia, todavía continúan reteniéndolas y repitiéndolas. Por eso, su *auto*-condicionamiento es más importante que los primeros condicionamientos externos. *Insight n.º 3*: si los miembros de una familia llegan a los Insight n.º 1 y 2, y se dan cuenta de que son ellos mismos los que han creado y mantenido sus propios pensamientos perturbadores, no por ello van a cambiar automáticamente sus Creencias irracionales. Solo si *trabajan y practican* con constancia en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar *contra* estas iB, serán capaces de cambiarlas y de sentirse mucho menos perturbados.

La RET adopta una postura humanista y existencialista cuando afirma que son los miembros de la familia los que crean su propio mundo, por su visión fenomenológica de lo que les ocurre. Las personas harían mejor en definir su propia libertad y cultivar su individualidad, pero al mismo tiempo, sobre todo si quieren llevar una vida feliz en familia, adoptar una actitud positiva basada en el cuidado, en el compartir y en el interés social. Siguiendo con este punto de vista humanístico, la RET pone un énfasis especial en lo que Rogers denomina aceptación positiva incondicional y lo que los terapeutas racional-emotivos denominan total aceptación de uno mismo y de los demás (Bone, 1968; Ellis, 1962, 1972b, 1973). Por lo tanto, para la RET sería mejor no valorarnos a nosotros mismos, a nuestra esencia o a nuestra existencia, sino nuestros hechos, actos y comportamientos. Esta clase de valoración no se hace para ponernos a prueba —es decir, para fortalecer nuestro ego y autoestima— sino para ser auténticos y disfrutar.

TERAPIA FAMILIAR RET Y OTROS SISTEMAS DE TERAPIA DE FAMILIA

Hoy en día son innumerables los sistemas de terapia de familia que existen, pero hay dos que sobresalen (o por lo menos son los más populares): el sistema psicoa-

nalítico y las escuelas conductuales (Paolino & Me Grady, 1978). A continuación haremos un breve resumen de cómo se relaciona la terapia de familia RET con estos sistemas, y cuáles son las diferencias.

La RET y la terapia de familia psicoanalítica

La RET se diferencia radicalmente de lo que podría llamarse terapia psicoanalítica «pura» o «genuina», tal y como fue presentada originalmente por Freud (1965) y sus más directos seguidores. Hoy en día, afortunada o desafortunadamente, los psicoanalistas o los terapeutas orientados psicoanalíticamente no se aferran a la teoría y técnicas de Freud; y la llamada terapia neo-freudiana, como la de Karen Homey, Erich Fromm, Franz Alexander y Thomas French, y Harris Stack Sullivan, es en realidad mucho más neo-adleriana que neo-freudiana. Por eso, lo que Paul Wachtel (1977) denomina «psicoanálisis», supone que los clientes comprendan y cambien sus relaciones interpersonales (más que escarbar interminablemente en su pasado) y además abarca lo que podría llamarse RET suave o de bajo-nivel, es decir, enseñar a los clientes cómo reconocer y refutar sus Creencias irracionales e irrealistas sobre sí mismos, otros, y el mundo.

En el psicoanálisis freudiano clásico se incluyen algunos supuestos básicos que los terapeutas psicoanalíticos de familia como Nathan Ackerman (1958) adoptan parcialmente. Son los siguientes: (1) Los problemas familiares más corrientes proceden de las experiencias pasadas que ha tenido cada persona en su propia familia de origen, que después se ha transferido a su actual cónyuge y familia. (2) Las dificultades profundas de una familia proceden de las perturbaciones emocionales severas de los miembros de esa familia. (3) Sólo cuando las personas comprenden los orígenes de sus propias perturbaciones y siguen una prolongada terapia psicoanalítica pueden superar sus trastornos familiares. (4) La herramienta terapéutica más importante es la relación transferencial entre el terapeuta y su cliente(s), y consiste en que el terapeuta provoca una neurosis transferencial en su cliente(s) durante el tratamiento, y después manejando la relación personal con el cliente(s) se resuelve esta neurosis de cada miembro de la familia, así como la neurosis original. (5) En el fondo, prácticamente todos los individuos perturbados, incluidos los miembros de una familia, tienen complejos edípicos sin resolver, temores de castración y odios reprimidos hacia sus padres; y si pretenden curarse de esa perturbación deben entender y manejar esos complejos y hostilidades. (6) Todas las perturbaciones serias de una familia son el resultado de pensamientos o sentimientos profundamente reprimidos o inconscientes, y cuando las personas se vuelven totalmente conscientes de ellos ya no actúan ni se sienten perturbados nunca más. (7) Las perturbaciones emocionales severas, como la esquizofrenia, están causadas por el trato que se da a los niños durante la primera infancia, así como por unas condiciones familiares pobres. (8) El Insight emocional e intelectual produce el cambio conductual, y las soluciones conductuales por sí mismas son prácticamente inútiles y no provocan cambios intelectuales y emocionales. (9) La resistencia al cambio terapéutico se produce por las primeras

perturbaciones inculcadas por la familia, y por las resistencias inconscientes que impiden la aparición de sentimientos infantiles, que son transferidas al terapeuta.

Todas estas teorías psicoanalíticas sobre la formación de la personalidad en psicoterapia, excepto la segunda de la lista, se oponen completamente a la teoría y práctica de la RET. La opinión de la RET es que estas teorías son falsas en su mayor parte, están basadas en una «evidencia» ficticia, no están respaldadas por la investigación, y casi siempre hacen más daño que beneficio (Ellis, 1968). La RET comparte con el psicoanálisis la idea de que los miembros de una familia se perturban a sí mismos, y que una buena solución terapéutica incluye superar las propias perturbaciones intrapersonales (e interpersonales). Pero aparte de esto, el psicoanálisis clásico y la RET tienen muy pocas cosas en común. De hecho, podríamos decir que cuanto más se acerquen los terapeutas psicoanalíticos a la línea «pura» o «real», menos eficaces serán. Pero cuando se desvían de la teoría psicoanalítica y practican una terapia con una suave orientación analítica, entonces serán mucho más útiles a sus clientes individuales o a sus familias.

LA RET Y LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

La RET tiene una buena dosis de «teoría sistémica» y apoya las siguientes proposiciones de distintos «terapeutas sistémicos», como Gregory Bateson, Don Jackson, Paul Watzlawick, Jay Haley, Salvatore Minuchin y Murray Bowen: (1) En estudios de familia y terapia de familia, hay que prestar atención no sólo a la interpretación de las conductas, sentimientos y pensamientos individuales, sino también a la totalidad, organización y relaciones entre los miembros de una familia. (2) También es importante atender a los principios generales (y reduccionistas) que podrían usarse para explicar los procesos biológicos que incrementan la complejidad de la organización (para el organismo). (3) Es preferible concentrarse en varias relaciones más que en una relación lineal y considerar los acontecimientos en el contexto en que tienen lugar, más que aislarlos de su medio ambiente. (4) Los estudios sobre comunicación entre miembros de una familia demuestran con cuánta frecuencia se perturban las familias y lo que pueden hacer para disminuir esas perturbaciones.

Aunque la RET comparte esta visión de la teoría sistémica, también tiene algunas afirmaciones que añadir a lo expuesto anteriormente: (1) Centrarse en la totalidad, la organización y las relaciones entre los miembros de una familia es importante, pero quizá se exagera demasiado. Las familias se perturban no sólo por culpa de su organización y desorganización sino también a causa de los serios problemas personales de sus miembros. A menos que estos problemas no se tengan en cuenta y se manejen correctamente, cualquier cambio que se produzca dentro del sistema familiar será superficial y de poco valor, y la terapia de familia resultará una pérdida de tiempo. (2) La terapia familiar sistémica requiere un terapeuta activo-directivo cuyas intervenciones sean claras y contundentes y que emplee grandes dosis de solución de problemas. La RET es muy similar en este aspecto. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas de familia sistémicos tienden a ignorar los aspectos autopertur-

badores y fenomenológicos de los problemas que tienen los miembros de una familia, y sólo se ocupan de los aspectos relacionados con el sistema (Ellis, 1978a). Hablando en términos de la RET, se centran en resolver problemas familiares de tipo-A (Tipo Acontecimientos Activadores) y dejan a un lado los problemas de tipo B (Tipo Sistema de Creencias) que son más importantes. Sin embargo la RET, en primer lugar, trata de enseñar a las familias como se perturban filosóficamente por lo que les está ocurriendo en el Punto A, y cómo crean sus propias perturbaciones en B; para después demostrarles cómo cambiar su situación personal y familiar en A. Por eso esta aproximación supone luchar a dos bandas. (3) Debido a que los terapeutas sistémicos se centran en situaciones familiares y problemas y comunicaciones interpersonales, y a pesar de toda su sabiduría y utilización de múltiples métodos cognitivos, suelen olvidar las principales razones que están detrás de la mayoría de los problemas emocionales y conductuales: los absolutistas «debo» y «debiera», junto con otras creencias irracionales. En este sentido, la terapia familiar sistémica es parcialmente eficaz pero aún es superficial.

LA RET Y LA TERAPIA FAMILIAR CONDUCTUAL

La RET comparte prácticamente todos los principios importantes de la terapia de familia con orientación conductual, ya que es en sí misma una forma de terapia cognitivo-conductual, y por lo tanto emplea (como ya hemos dicho anteriormente) muchas teorías y métodos conductuales. Sin embargo, utiliza las técnicas conductuales para ayudar a que las familias cambien sus suposiciones filosóficas básicas y para conseguir un cambio «radical» en su manera de pensar, sentir y actuar (Ellis, 1972, 1980b), frente a los terapeutas conductistas «puros», como Joseph Wolpe, que propugnan el cambio sintomático (Wolpe, 1983). Por otro lado, reconoce que algunos métodos conductuales de cambio individual y familiar —como el refuerzo social y la desensibilización sistemática a los miedos— tienen limitaciones y profundas implicaciones filosóficas que llevan a unos resultados antiterapéuticos. Por eso, si los terapeutas refuerzan socialmente los cambios operados en una familia, estos clientes se volverán superdependientes del terapeuta y se incrementarán sus necesidades de aprobación, que a menudo son una de las principales causas de perturbación (Ellis, 1983d).

LA RET Y LA TERAPIA FAMILIAR EXISTENCIAL

Robert Levant (1978) es un crítico fenomenológico-humanista de la terapia familiar convencional, en donde se incluyen las aproximaciones psicodinámicas y sistémicas. Entre todo lo escrito por este autor, aparecen unos puntos importantes que han sido bastante olvidados en la literatura, y que pueden servir como ejemplo para el futuro. Como nosotros también nos hemos mantenido escépticos ante las dos aproximaciones que él critica, apoyamos muchas de sus ideas y nos unimos totalmente

a lo que él llama «tercera fuerza», un método de terapia de familia radicalmente diferente que compensa las graves deficiencias de los dos famosos sistemas, y en donde se emplean algunas de las sugerencias valiosas de Levant. Desafortunadamente, Levant afirma que una visión fenomenológica-humanista del counseling familiar y conyugal es incompatible con una actitud del terapeuta activa-directiva, a lo que nosotros nos oponemos. A continuación vamos a demostrar cómo son compatibles estas dos actitudes.

Empezaremos por algunas de las proposiciones defendidas por Levant y que son compartidas por terapeutas centrados en el cliente, experienciales, humanísticos y existenciales: (1) Las relaciones perturbadas en un matrimonio o familia, son consecuencia, no tanto de lo que sucede entre los miembros de la familia, sino más bien de la percepción que esas personas tienen de los acontecimientos. (2) Por lo tanto, no importa cómo se empeñen los miembros de una familia, con o sin ayuda terapéutica, en provocar acontecimientos y relaciones más favorables en el contexto familiar, porque todo ello no servirá de nada si uno o más miembros se perciben a sí mismos y/o a los demás participantes de forma muy negativa y distorsionada. (3) Casi todos los individuos que viven en una familia tienen unas fuertes tendencias innatas auto-correctoras y auto-realizadoras. No importa lo distorsionadas, condenatorias y saboteadoras que sean sus percepciones y conductas (consecuentes), porque ellos tienen una habilidad considerable, por sus propios recursos o con la ayuda del terapeuta, para cambiar su manera de ser y provocar acontecimientos y relaciones más favorables en el sistema familiar. (4) Un terapeuta puede ser de gran ayuda para una familia con problemas, si entiende empáticamente las percepciones distorsionadas que tienen sobre sí mismos y los otros; si les acepta plena-mente, incluso cuando actúan de forma estúpida y sabotadora; si les anima a aceptarse incondicionalmente, sin importar lo mal que se comporten; y sirviendo como modelo de individuo abierto, genuino y congruente, que es capaz de aceptarse a sí mismo/a a pesar de sus deficiencias personales y a pesar de las incertidumbres que la vida nos depara (Bone, 1968; Rogers, 1961).

Este tipo de aproximación fenomenológica que explica la perturbación humana (dentro y fuera del sistema familiar) y la manera de ayudar a los clientes que tienen esas perturbaciones, es, como dice Levant, intrínseca a la terapia centrada en el cliente, y no tiene mucha relación con las terapias psicodinámicas y sistémicas. Pero Levant no se da cuenta de que también es parte de varias formas de terapia activo-directivas —como por ejemplo, la terapia Gestalt de Pearl, la terapia existencial de Frankl, y la terapia racional-emotiva— que se diferencian radicalmente de los procedimientos centrados en el cliente. Nosotros aseguramos que las aproximaciones que combinan una visión fenomenológica de la perturbación humana junto con una metodología activo-directiva, no sólo incluyen todas las ventajas que Levant cita para la terapia familiar centrada en el cliente, sino que son mucho más eficaces que esta terapia u otras formas de tratamiento pasivas - no directivas.

Las principales razones por las que creemos en la eficacia de una aproximación fenomenológica y activo-directiva a la terapia de familia surgen de varias proposiciones sobre la perturbación humana y el cambio en la personalidad que Levant

(y otros defensores de la terapia centrada en el cliente) omiten de forma significativa. Estas son algunas de ellas: (1) Lo mismo que los seres humanos nacen y se crían con unas fuertes tendencias a la autorrealización y autocorrección, también tienen unas fuertes tendencias hacia la percepción equivocada, sobregeneralización, autocastigo, la deificación de sí mismos y la condena a otros, a la omnipotencia, pensamiento mágico, baja tolerancia a la frustración, y otras formas de irracionalidad (Beck, 1976; Ellis, 1962, 1977d, 1979d, 1980b). (2) Una vez que las personas empiezan a pensar y actuar de forma derrotista, rápidamente se convierte esto en un hábito y surgen las resistencias al cambio, no por unas motivaciones inconscientes, como dicen los terapeutas psicodinámicos, sino porque es intrínsecamente muy duro para cualquier persona cambiar su conducta, sentimientos o pensamientos disfuncionales (Ainslie, 1974; Ellis, 1962, 1977d, 1979). (3) Aunque las formas más serias de perturbación individual y grupal surjan probablemente de percepciones y constructos erróneos (Kelly, 1955), muchas de las disfunciones y dificultades sexuales, maritales, y de pareja provienen en parte de una mala información y falta de entrenamiento para la vida matrimonial y familiar (Ellis & Harper, 1961b; Raimy, 1975). (4) Las personas que tienen dificultades emocionales, dentro o fuera del contexto familiar, casi siempre requieren algún tipo de tareas para casa concretas y dirigidas por un experto, que pueden realizar por ellos mismos o entre las sesiones de terapia (Ellis & Grieger, 1977; Masters & Johnson, 1970). (5) Algunos individuos y familias poseen handicaps especiales, como un bajo estatus educativo y/o socioeconómico. Es evidente que estas personas tendrían enormes dificultades en cambiar o en mejorar su estructura familiar únicamente con la ayuda de unos métodos de counseling relativamente pasivos y centrados en el cliente (Aponte, 1976). Esto demuestra que aunque hay muchos clientes de clase media y con educación que pueden beneficiarse apreciablemente de una terapia de familia no directiva y fenomenológica, otros muchos clientes requieren una aproximación más activo-directiva.

Además de todas estas razones tan exhaustivas, podríamos añadir que incluso la aproximación activo-directiva tomada por muchos terapeutas familiares sistémicos y psicodinámicos deja mucho que desear a la hora de ayudar a que las personas resuelvan sus problemas individuales y familiares. Pero existen otro tipo de aproximaciones activo-directivas que consiguen mejores resultados; ¿cuál recomendamos? Naturalmente, la terapia racional-emotiva (RET), un método de tratamiento comprensivo que emplea conscientemente una gran variedad de métodos cognitivos, afectivos y conductuales, dentro de un marco fenomenológico y humanístico (Ellis, 1973, 1976 f; Ellis & Harper, 1975).

TERAPIA FAMILIAR RET

Las formas de terapia de familia más populares hoy en día, psicodinámica y sistémica, dejan mucho que desear porque se olvidan de que los miembros de una familia son individuos y personas con todos los derechos. No se preocupan de hacer

ver a los clientes que son creadores y perpetuadores de sus propios problemas intrapersonales e interpersonales, y no sólo meras víctimas de la educación recibida en la primera infancia, o de dificultades en el medio ambiente actual. El adoptar una visión fenomenológica-humanística como la expuesta por Levant (1978), ante las familias que vienen a terapia, serviría como correctivo para los métodos tan limitados de la mayoría de los terapeutas y escritores que van a la cabeza hoy en día. Sin embargo, esta visión en sí misma no tiene en cuenta algunas de las características de las perturbaciones de los individuos y grupos y, por lo tanto, termina por ser bastante ingenua e ineficaz.

Ya hemos sugerido una «tercera fuerza» en la terapia de familia, que combine una aproximación fenomenológica-humanística con un intento activo-directivo de ayudar a los miembros de una familia a superar sus percepciones incorrectas sobre sí mismos y sobre otros, y de realizar cambios profundos en sus conductas y actitudes intrapersonales e interpersonales. Como un ejemplo de esta aproximación están algunos de los principios y prácticas de la terapia racional-emotiva (RET), que ayuda a cambiar a los individuos para que a su vez éstos se ayuden unos a otros dentro de la unidad familiar. En la terapia familiar RET se enseña a los clientes cómo reconocer, entender, y minimizar sus propios problemas emocionales, así como a volverse más racionales, tener unas respuestas emocionales mejores y más apropiadas, y a actuar de forma menos derrotista respecto a sí mismos y a los demás.

CUANDO RESULTA MAS EFECTIVA LA TERAPIA FAMILIAR RET

Todas las formas de terapia parecen ser más efectivas con clientes jóvenes, inteligentes, capaces de expresarse, y sin perturbaciones demasiado serias (Garfield & Bergin, 1978); y en la RET también se trabaja mejor con familias de estas características. Sin embargo, es una de las pocas formas de tratamiento que también es efectiva con los C. D. (Clientes Difíciles), individuos que entran dentro de la categoría de deficiente mental u orgánico, borderline o psicótico. Naturalmente, no se trabaja igual de bien con estos C. D. que con clientes menos perturbados, pero se les ayuda a aceptarse a sí mismos con sus perturbaciones y a dejar de infravalorarse por ser emocionalmente inadecuados. Como la RET es realista y acepta el concepto de ganancias limitadas para algunos individuos, puede ayudar a las personas psicóticas o borderline a entrenarse para mejorar, aunque no puede pretender «curarles» (Ellis, 1973).

Lo que es más importante, la terapia familiar racional-emotiva es particularmente efectiva cuando ayuda a los miembros menos perturbados de una familia a aceptar plenamente y conformarse con esas personas fuertemente perturbadas. Si los niños son disléxicos, hiperactivos, antisociales o psicóticos (lo cual suele ocurrir con mucha frecuencia), la RET enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido significativamente a las perturbaciones de sus hijos, no son la causa directa de ellas. También les explica que hay una aportación biológica muy fuerte a la hiper o hipo respuesta de los niños, y que no tienen por qué echarse la culpa

de ello, la RET educa a los padres para que acepten plenamente a los hijos con handicaps físicos o emocionales y para que, a su vez, les ayuden a estar menos perturbados (si no tienen curación total). Al mismo tiempo, la RET enseña a los niños mayores y adolescentes cómo aceptar a sus padres alcohólicos, psicópatas, borderline y psicóticos, y cómo no criticarles ni dejarles a un lado por ser de esa manera. Un ejemplo de ello es el caso de dos niños de 12 y 14 años que estaban exasperados por la irresponsabilidad de su padre alcohólico y la negligencia de su madre, que tenía un amante un poco más mayor que ellos. Después de unas pocas sesiones de terapia familiar RET, se dieron cuenta de que ambos padres estaban actuando de manera muy irresponsable —porque habían optado por beber, olvidarse de ellos, y de sus responsabilidades como padres— pero, como seres humanos que son, tenían todo el derecho a hacer las cosas mal: eran individuos perturbados que decidieron actuar de esa forma, pero que podían ser aceptados y perdonados a pesar de sus conductas en contra de la familia. Una vez que estos dos adolescentes aprendieron a aceptar a sus padres, pudieron mantener unas relaciones relativamente buenas y cariñosas con ellos y se centraron en lo que ellos, los niños, iban a hacer para pasarlo mejor en este ambiente familiar tan pobre. Mejoraron notablemente su rendimiento académico y las relaciones con sus amigos; y además fueron capaces, en cierto grado, de ayudar a sus padres a enfrentarse con los problemas y actuar con más responsabilidad. Esto es lo que suele ocurrir con mucha frecuencia en la terapia familiar racional-emotiva: al aceptar el «mal» o «pobre» comportamiento de otros miembros de la familia, se les puede ayudar a mejorar su conducta y a ser más responsables.

OBJETIVOS DEL PROCESO TERAPEUTICO

Los principales objetivos de la terapia familiar racional-emotiva son los siguientes:

1. Ayudar a todos los miembros de la familia, o al menos a la mayoría, a que vean que han estado perturbados durante mucho tiempo por tomar demasiado en serio las acciones de otros miembros de su familia; y que tienen la oportunidad de no trastornarse tanto por ello, sin importar cuál sea el comportamiento de los demás.
2. Ayudar a las familias a continuar manteniendo, incluso a aumentar sus deseos y preferencias (incluidos sus deseos de amor, amistad, y responsabilidad familiar), pero mantenerse alerta y renunciar a sus exigencias, demandas etc., con el fin de que el resto de la familia actúe como desee.
3. Animar a los padres e hijos a que se sientan tristes, dolidos, frustrados, disgustados y determinados a cambiar las cosas cuando no consiguen lo que quieren, o consiguen lo que no quieren dentro y fuera de la familia. Asimismo, hay que demostrarles cómo diferenciar estos sentimientos negativos apropiados de los sentimientos de ansiedad severa, depresión, hostilidad, autocompasión, baja tolerancia a la frustración; y cómo minimizar los últimos, reconociendo, sintiendo y a veces incluso aumentando los primeros.

4. No perder de vista e insistir en sus creencias irracionales —los absolutistas «debiera», «tengo que» y «debo»— que invariablemente se encuentran a la base de los sentimientos inapropiados y las conductas disfuncionales; por otro lado, es necesario continuar refutando y enfrentándose a estas ideas, para reemplazarlas por una filosofía de la vida racional, lógico-empírica y de base científica.
5. Aprender una variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que están a su disposición para combatir las irracionalidades y animarles a que piensen, sientan y actúen de manera más apropiada y enriquecedora.
6. Mientras cambian sus actitudes y filosofías perturbadoras, investigan formas más eficaces de resolver problemas prácticos —disgustos y frustraciones reales— que les impiden a ellos y al resto de la familia ser tan felices como quisieran. En términos de la RET, mientras cada uno en particular trabaja en sus B (Creencias irracionales), simultáneamente todos trabajan para cambiar las A (acontecimientos Activadores o experiencias Activadoras) que acompañan y contribuyen a las B y a las C (Consecuencias disfuncionales y perturbadoras).
7. Aprender, no sólo a manejar eficazmente las crisis actuales que haya en la familia y no trastornarse por ellas, sino que también (y lo que es más importante) llegan a darse cuenta de que no importa lo que les suceda a ellos y a sus parientes más cercanos en el futuro, porque tomarán una postura racional-emotiva de aceptar las cosas, no se trastornarán por ello, y procurarán encontrar soluciones tanto emocionales como prácticas a los problemas familiares (y de otra clase).

RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES

La RET enseña a los clientes que, en el curso de la terapia así como en el resto de su vida, la responsabilidad más importante es hacia ellos mismos y no hacia el terapeuta, la situación terapéutica o hacia los demás miembros de la familia. Se les demuestra que la terapia puede ser el procedimiento más útil pero no hay ninguna razón por la que ellos *deban* aguantarla o *tengan que* seguir sus reglas o enseñanzas. Como para todo lo demás, es muy *deseable* que lo hagan, pero no *necesario*.

Al mismo tiempo, se enseña a todos los miembros de la familia (o a aquellos que tienen la edad suficiente para comprender) que si quieren realmente ser responsables de ellos mismos en primer lugar, y de otros miembros de la familia un segundo lugar, harían mejor en aceptar totalmente la decisión de hacerlo. Ello supone que *trabajen y practiquen* para cambiar ellos y los demás. Se les explica continuamente que no hay una varita mágica que convierta en realidad sus deseos, sino que cualquier cosa que quieran conseguir exige una fuerte determinación para cambiar y trabajar duro.

En la terapia de familia RET cada miembro se hace responsable de su propio cambio y de intentar modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares.

Como en los métodos de counseling familiar de Dreikurs (1974), se recomienda dar a los niños la oportunidad de establecer normas familiares, junto con sus padres y otros adultos, para que no traten de escabullirse echando la culpa a otros de lo que hacen. También se enseña a los adultos de la familia cómo tomar la responsabilidad de sus propias actividades, incluso cuando otros individuos de la familia están actuando mal y contribuyendo a las dificultades. Se enfatiza continuamente que un sólo miembro de la familia no puede cambiar a los demás (aunque puede animarles a hacerlo), y el que una persona cambie depende de sus propias actitudes y esfuerzos y no de la manera en que le traten los demás.

Los clientes tienen la responsabilidad de acudir a las sesiones de terapia y de hacer las tareas para casa. Si no les gusta lo que sucede durante la terapia, se les anima a que expresen en voz alta sus sentimientos y objeciones hacia lo que se está realizando. También se les pide que verbalicen los sentimientos hacia otros miembros de la familia y lo que les gustaría que cambiara, o no cambiara, dentro del sistema familiar.

Los clientes son totalmente responsables de su propio cambio, ya que, en realidad, ningún terapeuta puede cambiarles. Sólo ellos pueden modificar su propia conducta (o rehusar hacerlo), y nunca se les echará la culpa por elegir no cambiar. Ellos tienen el control de su destino emocional y el poder alterar sus pensamientos, emociones y conductas. Pero si se obcecán en llevar a cabo actos que les destruyen, es su decisión y tienen todo el derecho a hacerlo, aunque sigan teniendo la opción de cambiar.

ROL Y FUNCION DEL TERAPEUTA

La RET es una de las formas de terapia más activo-directiva, y lo mismo se puede aplicar a la terapia familiar RET. El terapeuta es un individuo altamente preparado que comprende cómo las personas se transtornan innecesariamente, y que sabe lo que pueden hacer para no continuar perturbándose y para realizarse dentro y fuera del sistema familiar. Por ello, se espera de los terapeutas que tengan autoridad sin ser autoritarios; que sean capaces de discutir sobre los valores básicos sin imponer sus valores personales a los clientes; y que empujen, persuadan, y animen a los clientes a pensar y actuar contra sus propias tendencias auto-saboteadoras (Ellis, 1978b).

Estas son algunas de las habilidades específicas que exhiben los terapeutas RET en la terapia familiar:

1. Empatizar con los pensamientos y sentimientos de sus clientes, así como con la filosofía que está a la base de su perturbación.
2. Comprobar las reacciones de los clientes hacia otros miembros de la familia y hacia el terapeuta, y enseñarles cómo implicarse pero no sobre-implicarse o volverse dependientes de los demás (incluido el terapeuta).
3. Enseñar a los clientes cuando se relacionan bien y cuando mal, y también técnicas de comunicación dentro y fuera de las sesiones terapéuticas.

4. Les enseñan los principios generales de la autoayuda y autodestrucción y cómo aplicarlos a sí mismos y a sus familiares.
5. Les confrontan con su conducta evitativa y defensiva; les demuestran las creencias irracionales que están por detrás de esa clase de conducta; y les persuaden para que cambien estas creencias y disminuyan sus defensas.
6. A veces son intrusivos, hacen muchas preguntas, fuerzan un poco y asignan tareas, como lo haría un buen profesor de niños o adultos.
7. Revelan sus propios sentimientos e ideas, y demuestran a los clientes que no tienen miedo de expresarse durante las sesiones de terapia y de arriesgarse en el proceso terapéutico.
8. Indudablemente enseñan una variedad de habilidades sexuales, maritales, así como otras que sean apropiadas para los distintos clientes; pero al mismo tiempo, y como ya hemos apuntado, no hay que anteponer el entrenamiento en habilidades prácticas a las habilidades específicas de refutación de la RET.
9. Se centran en enseñar y aprender ellos mismos las habilidades RET genuinas, como: (a) escuchar, indagar y evocar activamente las autorrevelaciones que los clientes se dicen a sí mismos sobre sus creencias racionales o irracionales; (b) mostrar las conexiones entre pensamiento y emoción, entre B (su sistema de Creencias) y C (Consecuencias emocionales y conductuales de este pensamiento); y (c) Refutar (D) o enfrentarse a las Creencias irracionales (iB), y supervisar las tareas para casa con el fin de ayudar a corregir las percepciones incorrectas (Ellis, 1978b; Wessler & Ellis, 1980).

PRINCIPALES TECNICAS QUE SE EMPLEAN EN LA TERAPIA FAMILIAR RET

Las principales técnicas que se usan en terapia familiar RET son las siguientes:

Técnicas cognitivas

En la terapia familiar RET se enseña a los clientes qué es lo que hacen para crear sus propias perturbaciones: cómo tienen creencias irracionales (así como racionales) y cómo se exigen hacer las cosas bien y ser aceptados. También exigen a los demás (especialmente a los miembros de su familia) que les traten con claridad y amor, y que las condiciones de vida sean fáciles y agradables. Se les enseña cómo emplear los métodos lógico-empíricos para refutar y rechazar estas creencias irracionales. En un nivel de refutación más bajo, se les explica cómo elaborar unas autorrevelaciones racionales o de enfrentamiento para sustituir sus creencias irracionales; éstas son algunas: «¡Soy un ser humano con *defectos* que no *tiene que* actuar competentemente!» «¡Los demás harán lo que *ellos* quieran y no necesariamente lo que esté bien o lo que *yo* quiera!» «¡No tengo necesidad de poseer lo que

deseo y puedo ser bastante feliz, incluso estando frustrado y defraudado!». Se les enseña algunos de los principios de la semántica general, promulgada por Alfred Korzybski (1933), así como a interrumpir sus pensamientos de todo-o-nada cuando hacen autorevelaciones como: «*Siempre fallo*», «*No puedo cambiar*», y «*Nunca consigo lo que quiero*». Se les propone algunas tareas cognitivas para hacer, como el buscar sus *debiera* y *debo* absolutistas y rellenar el Cuestionario de Auto-Ayuda (Sichel & Ellis, 1984) publicado por el Instituto de Terapia Racional-Emotiva. Se les enseña métodos cognitivos especiales, como el método de Refutar Creencias Irracionales (DIBS) (Ellis, 1974b), que pueden utilizarlo solos. Se les ayuda a encontrar unas alternativas mejores a las que utilizan en la actualidad. Se les educa en una filosofía más racional: «¡Nada es horrible, solo inconveniente!» «¡Nada se consigue sin esfuerzo!», y en una filosofía de tolerancia, flexibilidad, humanismo, y aceptación incondicional hacia sí mismos y los demás (Bone, 1968; Ellis, 1972b). Se les explica claramente algunas de las consecuencias nefastas que padecen en la actualidad por sus conductas destructivas, y cómo sufrirán inevitablemente por su baja tolerancia a la frustración, hedonismo a corto-plazo, e insistencia en salirse con la suya. Los clientes aprenden técnicas imaginativas que les ayudarán en su vida matrimonial y sexual, así como métodos de distracción cognitiva: técnica de relajación de Edmund Jacobsen (1938) o el enfoque sensible, para alejarse de la ansiedad y depresión.

Técnicas emotivas

La terapia familiar RET emplea muchas técnicas de terapia emotivas, evocativas y dramáticas que han sido diseñadas para que la gente exprese lo que está pensando o siente, y para animarles a que hagan cambios filosóficos profundos. Los terapeutas RET usan la imaginación racional-emotiva (Maultsby, 1975; Maultsby & Ellis, 1974) para que los clientes tomen contacto con sus peores sentimientos, como el horror, la desesperación y la ira, y los cambien por sentimientos apropiados, como la desilusión, el disgusto y la pena. También emplean role-playing para tratar de que los clientes expresen y trabajen en sus sentimientos y conductas auto-saboteadoras. Los ejercicios de ataque a la vergüenza (Ellis, 1971, 1972b, 1973; Ellis & Abrahams, 1978) sacan a la luz deliberadamente sus fuertes sentimientos de vergüenza y derrotismo para poder superarlos. Recurren a confrontaciones dramáticas y evocativas, especialmente con clientes que rehúsan reconocer algunos de sus sentimientos (Ellis, 1963c). Suelen utilizar un lenguaje forzado para ayudar a que las personas se enfrenten a problemas y emociones a los que nunca han dado la cara. Animan a los clientes a repetir con fuerza de manera muy emotiva, frases razonables como: «¡NO necesito lo que quiero!» «¡NO TENGO que tener éxito, no importa lo DESEABLE que me parezca!» «¡La gente DEBIERA tratarme mal algunas veces, porque esa es su forma natural de comportarse!». A menudo se emplea el humor y la intención paradójica para atacar con fuerza las creencias irracionales de los clientes y demostrarles lo tontos que son (Ellis, 1977c, 1987). Como ya diji-

mos, dan una aceptación incondicional a los clientes, y con ello les demuestran que pueden aceptarse a sí mismos, incluso cuando sus conductas sean abominables.

Técnicas conductuales

La RET ha sido siempre excepcionalmente conductual y cognitiva, más incluso que las terapias de algunos de los principales terapeutas conductuales, como Joseph Wolpe. A continuación enumeraremos las técnicas que más se utilizan. Una de ellas consiste en realizar tareas para casa, la mayoría son *in vivo* mejor que en la imaginación. Con frecuencia estas tareas consisten en permanecer en una situación matrimonial o familiar desagradable hasta que no les trastorne y, una vez que se consigue, ya se puede abandonar. La RET también emplea mucho el condicionamiento operante y los contratos, para ayudar a las familias a hacer contratos entre ellos con el fin de hacer una cosa (como comunicarse más a menudo) si el otro hace también algo a cambio (tener las cosas más ordenadas). También se enseña a los padres cómo usar las técnicas operantes para ayudar a que sus hijos cambien las conductas destructivas e indisciplinadas. A menudo, se enseña de forma cognitiva y conductual el entrenamiento en habilidades, y el entrenamiento en aserción. También se emplean otros métodos de descondicionamiento y recondicionamiento en la terapia familiar RET, incluidos la desensibilización encubierta, entrenamiento emocional, resensibilización sexual, e inundación. En referencia a esta última técnica, la implosión o inundación *in vivo* se recomienda a algunas familias, como la forma mejor de superar fobias muy arraigadas, compulsiones, y obsesiones que interfieren seriamente con sus vidas matrimoniales y familiares.

PAUTAS PARA VER A LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA

No existen unas pautas especiales para que resulte efectiva la terapia de familia. Se hace hincapié en ver a todos los miembros de la familia en algún momento del proceso terapéutico, pero tampoco hay unas reglas compulsivas para ello, ya que habría que tener en cuenta las diferentes condiciones y circunstancias en que se encuentran.

Estas son las diferentes maneras que se usan en la RET para ver a los miembros de una familia : (1) ver a todos los miembros de la familia juntos en todas las sesiones; (2) ver a la familia junta, pero algunas veces ver a uno o más de uno por separado (e.g., ver a un miembro que está más perturbado con más frecuencia que a los demás); (3) ver sobre todo al marido y a la mujer y sólo en algunas ocasiones al resto de la familia; (4) excluir a los miembros más jóvenes, verles unas pocas veces con los demás, pero sobre todo si son menores de 4 ó 5 años, no verles con tanta regularidad como a los demás; (5) ver a los padres juntos, pero a los niños por separado, uno por uno o todos juntos; (6) ver sólo a uno de los padres e intentar ver al otro y a los hijos, pero trabajar con este padre que asistirá a la terapia si los otros no quieren acudir también.

Es preferible ver a toda la familia, y mejor juntos. Pero, y ésto no es una regla, la terapia familiar RET puede seguir siendo efectiva cuando sólo puedan concertarse otro tipo de entrevistas.

EJEMPLO DE UN CASO

El texto que reproducimos a continuación es una parte de la primera sesión de tratamiento con una chica de 15 años, su madre, y su padre. La madre es un ama de casa de 45 años que durante los primeros años de su matrimonio había estado trabajando. El padre tiene también 45 años y posee su propio negocio de prendas de vestir. Tienen otros dos hijos de 21 y 17, que van bien en la escuela y no tienen dificultades serias. Pero están muy preocupados con su hija que siempre ha demostrado ser brillante, con un C.I. de 140 en los test de inteligencia, y tener la habilidad de pensar con mucha claridad en algunas cuestiones. Esta chica no hace los deberes de la escuela, no quiere cooperar en las tareas familiares, no trabaja en nada cuando prometió conseguir un trabajo para el verano o para después de la escuela, se pelea con sus hermanos, roba a su familia y vecinos, y tiene una serie de conductas disruptivas. Ella reconoce parte de su comportamiento pero pone innumerables excusas o niega el resto de las cosas de que le acusa su familia.

Al comienzo de la primera sesión de terapia familiar ella admite que es una «cleptómana» y que roba sin control; pero sólo admite en parte que con el dinero que roba bebe alcohol y se droga. Sus padres y ella están de acuerdo en que tuvo dos años buenos, cuando estaba en los grados 7º y 8º en una escuela católica muy estricta, pero desde entonces ha perdido los objetivos que tenía en la vida: ser abogada y político, y ahora se ve sin ningún propósito ni esperanza y no tiene ningún incentivo para trabajar en la escuela o en otro sitio. Durante la sesión, pronto se dio cuenta de que había tenido un objetivo durante aquellos dos años tan buenos: «Sabía que quería ser abogada».

TERAPEUTA: ¿Sí?

DEBBIE: Y trabajaba para conseguirlo.

TERAPEUTA: Pero ahora has abandonado la idea, ¿no?

DEBBIE: Ya.

TERAPEUTA: ¿Por qué la has abandonado?

DEBBIE: Porque lo que quería en realidad era llegar a ser político.

TERAPEUTA: ¿Y ya no quieres ser político?

DEBBIE: No. No son honrados y son muy ambiciosos.

TERAPEUTA: ¿O sea, que también lo has rechazado?

DEBBIE: Si, no tengo ninguna meta.

TERAPEUTA: Tienes razón. Si tuvieras una meta en la vida eso te

ayudaría probablemente a ser más feliz y alejarte de los problemas en que estas metida. Pero si ya no quieres ser político, ¿qué te impide elegir otra profesión y trabajar para conseguirlo?

DEBBIE: Bueno, yo suelo escoger un sólo objetivo y no pienso en otra cosa.

TERAPEUTA: Bueno, todavía podrías ser abogada, si no quieres ser político. Y hay un montón de cosas más que podrías elegir para las que estas capacitada. ¿Piensas que eres capaz de hacer lo que realmente quieres hacer?

DEBBIE: En gran parte, sí.

TERAPEUTA: Creo que tienes que pensar más en ello. Cuando las personas brillantes como tu abandonan sus objetivos, suele ser porque se ven incapaces de conseguirlos. Así que quizá tu estés en esa categoría también.

DEBBIE: Puede ser.

Las principales hipótesis del terapeuta, que se basan en casos muy parecidos al de Debbie, son: que ella tiene una baja tolerancia a la frustración y rehúsa hacer cosas, como el autodisciplinarse, que son difíciles e incómodas; y que tiene unos sentimientos muy severos de inadecuación, que le impiden intentar conseguir algo y le animan a no trabajar en la escuela u otras cosas en las que ella, de forma perfeccionista, piensa que no lo hace suficientemente bien. El terapeuta intenta conseguir más información para confirmar las hipótesis pero sólo lo consigue en parte. La manera en que contesta a sus preguntas y responde a las revelaciones de sus padres, que están presentes durante toda la sesión, le lleva a creer que hay una evidencia considerable de que las hipótesis son correctas.

TERAPEUTA: ¿Quieres seguir teniendo los problemas que tienes con tus padres, la escuela, y tus hermanos?

DEBBIE: No.

TERAPEUTA: ¿Por qué robas?

DEBBIE: Porque no puedo controlarme.

TERAPEUTA: ¡Eso es una hipótesis descabellada! ¡Diablos! Tú tienes *dificultad* en controlarte. Pero eso no significa que *no puedas*. Suponte que cada vez que robas te cogiera la policía. ¿Durante cuanto tiempo seguirías robando?

DEBBIE: Murmura algo así como «durante mucho».

TERAPEUTA: ¿Durante mucho? Bueno, eso es una creencia muy fuerte que tienes, pero no es cierta. Probablemente no lo harías. Tendrías un *impulso* muy fuerte a robar pero no caerías en la tentación. Durante dos años no hiciste cosas destructivas y te iba muy bien en la escuela y en casa, y no robabas. ¿Demuestra esto que eres capaz de controlar tus impulsos?

DEBBIE: Sí, un poco.

TERAPEUTA: Si, durante dos años enteros tu estabas aparentemente bien. Eras capaz de controlarte en cierta forma.

DEBBIE: Porque tenía un propósito, y trabajaba para conseguirlo.

TERAPEUTA: Sí, y eso estaba bien. Si tuvieras un propósito, emplearías tus energías en esa dirección, y no en otras cosas que te están destruyendo.

Aunque es un poco pronto para hacerlo, el terapeuta intenta demostrar a Debbie y sus padres que, en términos RET, son las Creencias (B) las que causan o crean principalmente las Consecuencias emocionales (C) y no los Acontecimientos Activadores (A). Intenta que Debbie vea que justo antes de robar se está diciendo algo a sí misma; y estas Creencias (B) son la causa principal o el factor que contribuye a sus Consecuencias disfuncionales (C).

DEBBIE: Lo quiero.

TERAPEUTA: ¿Quieres decir, «quiero el dinero que cojo»?

MADRE: Yo pienso que lo que quiere es comprar licor o drogarse con el dinero.

TERAPEUTA: Puede ser, pero vamos a ver cuál es el punto de vista de Debbie. Dices que quieres el dinero, ¿verdad?

DEBBIE: Sí.

TERAPEUTA: Pero si sólo te agarraras a esa creencia -«Quiero el dinero»- probablemente no robarías. ¿Sabes por qué?

DEBBIE: Porque vería que podrían cogerme y no quiero que me pillen robando.

TERAPEUTA: ¡Bien! Siempre que queremos o deseamos algo tenemos en cuenta sus consecuencias, y a menudo lo rechazamos. Así que probablemente te digas algo más fuerte que «Quiero el dinero» cuando robas. ¿Sabes cuál es ese pensamiento tan fuerte?

DEBBIE: No. Uh, podría ser «lo necesito».

TERAPEUTA: ¡Correcto! «¡NECESITO el dinero que quiero! ¡DEBO tenerlo porque lo quiero!» Y como lo NECESITAS y DEBES tenerlo, eso te lleva a robar, a pesar de que sabes que te pueden coger y puedes sufrir las consecuencias. ¿Pero es auténtica esa NECESIDAD? ¿DEBES tener el dinero? o ¿DEBES tener lo que consigues con el dinero -alcohol, apuestas, o algo más?

DEBBIE: No.

TERAPEUTA: ¡Muy bien! ¡No! Pero si continuas insistiendo en que DEBES tener el dinero (o algo más), te sentirás no sólo incómoda, sino fatal, horrible, cuando no tienes lo que piensas que DEBES tener. Entonces cuando te sientas muy incómoda, empezarás a tener otro DEBO: «No DEBO sentirme incómoda. ¡NO PUEDO SOPORTAR no tener lo que DEBO tener! ¿También te dices esto?

DEBBIE: Si, NO PUEDO soportarlo. ¡NO PUEDO!

TERAPEUTA: ¡Párate un momento! ¿De verdad NO PUEDES soportarlo? ¿PUEDES soportar la incomodidad de sentirte frustrada y no conseguir exactamente lo que quieres en el momento que quieres?

DEBBIE: No me gusta.

TERAPEUTA: Bien. Pero tú no te dices simplemente «no me gusta». Eso estaría bien, si lo hicieras. Lo que tu dices es: «COMO no me gusta, ¡NO PUEDO SOPORTARLO! ¡ES HORRIBLE si no lo consigo!»

DEBBIE: ¡Pero es que lo quiero de verdad!

TERAPEUTA: Sí, por supuesto. Pero el que lo quieras no es lo que te lleva a robar, sino tu actitud básica: «¡DEBO TENER lo que quiero!». Nosotros llamamos a esa actitud baja tolerancia a la frustración. Te dices a ti misma: «¡Quiero, y DEBO TENER lo que quiero, ya! NO PUEDO AGUANTAR la frustración y la privación.» ¿No es esto lo que se te pasa por la cabeza?

DEBBIE: Sí, NO PUEDO soportarlo.

TERAPEUTA: Bueno, si sigues manteniendo esa filosofía básica —«¡NECESITO lo que quiero y NO PUEDO SOPORTAR no tenerlo!»— eso te llevará a robar, pelearte con tu familia, romper cosas, portarte mal en la escuela y a hacer cosas que te meterán en problemas. Pero puedes sustituir esa filosofía por otra: «Quiero lo que quiero y he tomado la determinación de intentar conseguirlo. Pero si no lo consigo ya, ¡No importa! Así que, ¡no NECESITO todo lo que quiero inmediatamente!» Pero tu te estás repitiendo, por lo que veo: «¡LO NECESITO!»

DEBBIE: Bueno, quizá lo haga porque esté escapando.

TERAPEUTA: ¿Escapando de qué? ¿De qué estás escapando? ¿Quieres decir de los sentimientos de incapacidad? El sentir que no tienes la habilidad de conseguir algunas de las cosas que quieres o piensas que necesitas?

DEBBIE: Podría ser.

TERAPEUTA: Vamos a hablar un rato de esos sentimientos de incapacidad. ¿Cuáles son? ¿Te importa hablar de ello delante de tus padres?

DEBBIE: No me importa.

TERAPEUTA: Bueno. ¿Hacia qué te sientes inferior?

DEBBIE: Estoy confusa. No encuentro ningún fin a nada. No se cómo reaccionar a ciertos problemas.

TERAPEUTA: ¿A cuáles?

DEBBIE: A algunos problemas domésticos. Y no lo paso bien con la gente. Me gustan pero no les entiendo.

TERAPEUTA: ¿Y tu piensas que DEBIERAS, que DEBES entenderlos?

DEBBIE: Si. Y por eso a menudo trato de armar jaleo. TERAPEUTA: ¿Y te culpabilizas por armar jaleo?

DEBBIE: Si, algunas veces.

TERAPEUTA: Bien, vamos a suponer que armar jaleo no resuelve los problemas ni te hace entender mejor a la gente, y que por lo tanto

es un error. Y vamos a suponer que todavía no eres muy buena en comprender y llevarte bien con la gente. ¿Por qué te degradas por estos errores o deficiencias?

DEBBIE: Porque sé que no está bien.

TERAPEUTA: Si, bueno, vamos a asumirlo. Suponte que lo que haces está mal. ¿Por qué eso hace que te sientas como un gusano?

DEBBIE: (Silencio).

TERAPEUTA: Suponte que tu padre o tu madre hacen algo mal. ¿Son por ello una porquería?

DEBBIE: No.

TERAPEUTA: ¿Entonces por qué tu sí?

DEBBIE: Porque yo soy una persona mala.

TERAPEUTA: ¡Pero tu NO eres una persona mala! ¡Eso es lo que tu piensas! Es lo que nosotros llamamos una sobregeneralización. Si conseguimos que abandones ese pensamiento irracional y que te aceptes completamente A TI MISMA, cuando hagas COSAS malas podrás corregir tus errores. Pero si te degradas A TI MISMA y te autodefines como una porquería porque actúas mal, ¡no hay solución para ese problema!, ¿Cómo se va a desporquerizar una porquería? (Debbie y sus padres ríen de corazón al oír esto). Y los sentimientos de incapacidad no vienen de hacer las cosas mal, vienen de AUTOCONDENARSE por hacerlo, mandándose uno mismo al infierno. Esto pone las cosas más difíciles.

DEBBIE: Si, es verdad.

TERAPEUTA: ¿Ves realmente lo que estamos diciendo aquí? Primero actúas mal o piensas que vas a hacer algo mal. Después te autodegradas, TE HACES sentir incapaz como persona. Luego bebes o te drogas, para relajarte temporalmente y sentirte un poco mejor. Pero más tarde los problemas han aumentado a causa del alcohol, la droga o el dinero que has robado, y te culpabilizas mucho más y das vueltas y más vueltas en un círculo vicioso.

DEBBIE: Supongo que sí. Continúo pensando que no soy buena. Y las cosas empeoran.

TERAPEUTA: ¡Bien!

DEBBIE: ¿Pero cómo puedo parar eso?

TERAPEUTA: La mejor solución es entender claramente lo que antes te he dicho: que algunos de tus actos son pobres o malos pero que TU no eres un gusano por eso. Si pudiéramos conseguir que te aceptes A TI MISMA, tu FORMA DE SER, tu TOTALIDAD, incluso cuando lo estés pasando mal o te comportes estúpidamente, entonces podríamos dar marcha atrás y trabajar para mejorar tus conductas. Podrías cambiar la mayoría de ellas

porque eres bastante capaz de hacerlo, si no malgastas tu tiempo y energía en hacer las cosas mal por tu manía de echarte la culpa. Eso no te lleva a cambiar.

DEBBIE: No. Me siento peor. Y entonces pienso que tengo que seguir repitiendo esta, uh, conducta inadecuada.

TERAPEUTA: ¡Bien! Cuanto más te AUTOcondenes por tu mala CONDUCTA, menos confianza tendrás en tu habilidad para corregir esa conducta.

DEBBIE: (Sonriendo) ¡Una porquería no puede ser desporquerizada!

TERAPEUTA: ¡Exacto! Si tu sientes en tu corazón que eres un excremento, ¿Cómo puedes cambiar eso? ¡No hay manera!

DEBBIE: Pero ¿Cómo puedo dejar de echarme la culpa?

TERAPEUTA: Librándote de tus DEBOS más importantes. Porque en el fondo te repites a ti misma: «DEBO, TENGO QUE hacerlo bien.» Y no: «ME GUSTARIA o PREFERIRIA hacerlo bien.» También te dices y muy fuerte: «No DEBO sufrir inconvenientes. Sería HORRIBLE.» Y no: «ME GUSTARIA evitar los inconvenientes. ¡Pero si no se puede, no importa! ¡Todavía puedo mantenerme en pie y ser una persona feliz!»

DEBBIE: Ya entiendo lo que me quiere decir. ¿Pero, cómo voy a poder continuar pensando y creyendo en eso?

TERAPEUTA: ¡No te queda más remedio que trabajar duro! Tienes que *reflexionar* continuamente en lo que te dices a ti misma y haces, y cambiar tus pensamientos perfeccionistas y exigentes por preferencias y deseos.

El terapeuta, sin saber mucho de Debbie y sus padres, obtiene la información que necesita —que se exigía hacer las cosas bien y que el universo la tratase con amabilidad—. Rápida y directamente ataca estas creencias irracionales e irrealísticas, e intenta demostrarle que ella también puede hacerlo. Mientras habla con ella, interrumpe de vez en cuando para demostrar a los padres que ellos también tienen DEBOS hacia Debbie, que le están exigiendo que actúe bien, y la condenan y se trastornan ellos mismos cuando no lo hace. Así que les permite escuchar cómo refuta las creencias irracionales de Debbie, pero les indica que ellos hacen a menudo lo mismo que ella y que son irracionales también, y no tienen que serlo más. Hacia el final de la sesión el terapeuta le dice a Debbie y después a sus padres:

TERAPEUTA: Si puedo ayudarte a que mantengas tus deseos y abandones tus DEBOS, te sentirás mejor y actuarás mejor. Haciéndolo así, es más que probable que consigas más de lo que desees y menos de lo que no quieres. Pero no vas a conseguir *todo* lo que desees. (A los padres de Debbie). Ella tiene unos deseos normales, pero se dice a sí misma: «¡DEBO, DEBO conseguirlos!» Y: «¡DEBO conseguir lo que quiero inmediatamente!» Ahora, si todos ustedes, incluida ella, buscan el DEBIERA, el DEBO, ya que tienen la capacidad suficiente para

hacerlo, y si yo puedo persuadirles de que abandonen estos absolutos, llegarán a ser capaces de no trastornarse, resolverán el problema original de convivencia y vivirán felices en este mundo. (A Debbie, otra vez) Si puedo ayudarte, te llevarás bien con tus padres y demás personas que te rodean y vivirás más tranquila y mejor. Pero tu parte consiste en abandonar u olvidarte de todo lo que desees porque DEBES. «¡Debo hacer ésto! ¡DEBO hacer aquello!». Pero quizás no lo haga, ¡y eso sería TERRIBLE!» Entonces te sientes deprimida y ansiosa y empiezas a hacer tonterías. Después te echas la culpa por haber robado o bebido y te sientes aún más ansiosa y deprimida. ¡Un círculo muy vicioso! ¿Has leído algo de lo que yo he escrito sobre este tema?

El terapeuta cierra la sesión pidiéndoles a los tres (Debbie y sus padres), que lean un grupo de panfletos sobre la RET que da el Instituto de Terapia Racional-Emotiva a todos sus clientes, y los libros *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975) y *A Guide to Personal Happiness* (Ellis & Becker, 1982). Quedamos en vernos la semana siguiente; y mientras tanto tomarían nota de todas las veces que se sienten disgustados durante la semana, especialmente respecto a los demás y a lo que acontece en la familia; buscarían los «debiera» y «debo» que llevan a estos sentimientos, y si no los encuentran, describirían esos sentimientos durante la próxima sesión, para que el terapeuta junto con ellos pueda buscar los DEBO que los crean.

Después de esta primera sesión, vi a Debbie y a sus padres una vez a la semana durante 16 semanas. Debbie asistió a sesiones individuales, pero normalmente ella y sus padres estaban juntos durante media hora y luego se quedaba sola otra media hora. En unas pocas ocasiones también vi a los padres en solitario para tratar de manejar su ira y otros sentimientos que les producía la conducta tan «corrupta» de su hija, así como los problemas que existían entre ellos y con los de fuera (en especial los problemas del padre con sus socios en los negocios, y los de la madre con sus amigas).

Hubiera sido preferible, como parte de la terapia familiar racional-emotiva, haber visto a los dos hermanos de Debbie en alguna de las sesiones. Pero los padres insistieron en que los chicos no tenían problemas, y les podría hacer daño participar en la terapia. Los hermanos también se resistían a venir, porque pensaban que era su hermana la que tenía un problema emocional serio, y no ellos. Bajo unas condiciones más normales, hubiéramos visto a los hermanos junto con el resto de la familia en la terapia.

Las técnicas de terapia familiar RET más importantes que se usaron con Debbie y sus padres durante estas sesiones fueron las siguientes;

Métodos Cognitivos

Siempre que Debbie o sus padres mostraban algún sentimiento de ansiedad, depresión, ira y autocompasión (lo que hacían con mucha frecuencia), o cuando Debbie

mostraba conductas antisociales y antifamiliares y no acudía a las entrevistas de trabajo o a los trabajos temporales que conseguía, se les explicaba el ABC de la RET: que sus C (Consecuencias emocionales) no provenían de las A (Experiencias Activadoras), sino de las B (Creencias Irracionales) acerca de esas A. Se les mostró los «debiera» y «debo» absolutistas que tenían y cómo Refutarlos (utilizando el método lógico-empírico de preguntar y enfrentarse a ellos). Se les dio el Cuestionario RET de Auto-Ayuda publicado por el Instituto de Terapia Racional-Emotiva (Sichel & Ellis, 1984), se repasaba con ellos, y lo corregía el terapeuta. Como ya dijimos, también se les dio material biblioterapéutico sobre RET para leer y discutir con el terapeuta, en especial *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975); *How to Live with a «Neurotic»* (Ellis, 1957); y *Overcoming Procrastination* (Ellis & Knaus, 1977). También se les animó a que escucharan algunas grabaciones distribuidas por el Instituto: *How to Stubbornly Refuse to Be Ashamed of Anything* (Ellis, 1971b), *Solving Emotional Problems* (1972d), y *Conquering Low Frustration Tolerance* (Ellis, 1976b). Así mismo, participaron en algunos de los talleres de 4-horas que se llevan a cabo regularmente en el Instituto, sobre relaciones padres-hijos, y cómo superar la depresión.

Se dieron algunas orientaciones y sugerencias prácticas a los miembros de esta familia, en especial a Debbie, sobre cómo resolver ciertos problemas prácticos que puedan surgir (por ejemplo, que Debbie consiga y mantenga un trabajo, a pesar de su mala reputación en la comunidad, y su poca capacidad de mantener un empleo hasta el momento). Así mismo, fueron instruidos para anotar y centrarse en las desventajas reales de sus conductas de evitación. Aprendieron algunos de los principios de la semántica general como la sobregeneralización y el todo-o-nada (Korzybski, 1933). Se les hizo ver los motivos e intenciones equivocadas que atribuían a otros (por ejemplo, Debbie pensaba continuamente que sus padres estaban en contra de ella, cuando lo único que intentaban es que se volviera más disciplinada), y cómo cambiar estas atribuciones erróneas. Aprendieron a manejar métodos de distracción cognitiva, como el de la relajación progresiva de Edmund Jacobsen, que les servía para calmarse temporalmente y vencer el insomnio. El terapeuta algunas veces empleaba el humor y la intención paradójica; por ejemplo, intentar que Debbie falle deliberadamente en algunas tareas, para que se demuestre a sí misma que el mundo no acaba por eso, y por otra parte, intentar ayudarle a que vea el lado gracioso y positivo de tomarse las cosas demasiado en serio y echarse la culpa de portarse mal. Por último, se les enseña continuamente a aceptarse a sí mismos completamente y a dejar de condenarse por cualquier cosa, incluso cuando no hay duda de que han cometido fallos estúpidos.

Métodos Emotivos

Aunque no tuve reparos en demostrar a Debbie que había sido irresponsable con ella misma y los demás, y no le permití que se distrajera con las racionalizaciones tan inteligentes que hacía al respecto, ella siempre vio que yo la aceptaba total-

mente como un ser humano con sus fallos, y que tenía confianza en que ella podía cambiar —si quería—. Le mandé, como tareas para casa, practicar la imaginación racional-emotiva: imaginarse que hace las cosas muy mal, en el trabajo o en situaciones sociales, y que los demás le desprecian por ello, entonces se siente simplemente triste y disgustada más que deprimida y derrotada. Hice role-playing con ella y sus padres, y le dejé que confesara a sus padres algunas cosas que nunca les había dicho, también le dejé que se sintiera avergonzada, para poder manejar después esa vergüenza y las respuestas que daba. Le di algunas tareas para que realizara fuera de las sesiones, consistentes en hacer cosas «tontas» o «vergonzosas» deliberadamente —como vestir ropa muy «escandalosa»— y su misión consistía en trabajar para no sentirse avergonzada o humillada en esos momentos. Le pedí que escribiera algunas autorevelaciones racionales —como: «No *necesito* gratificación inmediata, no importa *cuanto* la desee»— y que las repitiera con mucho empeño 10 ó 20 veces al día. Empleé un lenguaje deliberadamente «obsceno» con sus padres que eran muy pulcros y rígidos al respecto, para ayudarles a que le quitaran importancia y vieran que ellos también podían utilizarlo (Ellis, 1985a). Apliqué el método de ejecución dramática de Georges Kelly (1955) a Debbie y sus padres. Este método consistía en hacer un guión sobre la clase de persona que les gustaría ser, y después representar este guión durante una semana, hasta que se acostumbren a comportarse de esa manera tan poco familiar.

Métodos Conductuales

Con Debbie en particular usé varios métodos conductuales y les enseñé a los padres cómo emplearlos con ella. Cada vez que pasaba por lo menos 2 horas a la semana buscando un trabajo, se permitía salir con sus amigos o hacer otras cosas que le divirtieran. Siempre que mentía o robaba, se la encerraba en su habitación durante varias horas. Si sus padres la criticaban de manera negativa y acusadora, también se veían privados de contactar con sus amigos, bien en persona o por teléfono, durante todo el día. Estos reforzamientos y castigos funcionaron bastante bien mientras se exigió su cumplimiento. Pero los padres tenían que exigirle a Debbie y ella, en cierta forma, también tenían que exigirles a sus padres.

Le asigné a Debbie algunas tareas para casa, incluido el buscar un trabajo, realizar quehaceres familiares, y comportarse de forma cooperadora en vez de disruptiva con sus padres y parientes. Algunas de estas tareas las realizó rápidamente, y le produjo una gran satisfacción ver que era capaz de hacerlas y no estaban totalmente fuera de su control, como ella creía. Otras tareas, como las relacionadas con la casa, las hacía esporádicamente, pero también sacaba un beneficio de ellas.

Resultados

Al terminar las 16 semanas de terapia familiar racional-emotiva, Debbie hacía los deberes de la escuela con regularidad, había dejado de robar, y se encontraba

más a gusto con los miembros de su familia. Más importante que esto era que ella se aceptaba mucho más que antes, incluso cuando hacía tonterías o fracasaba en algo que se había propuesto. Su madre y su padre eran mucho menos antipáticos con ella, aunque volviera a su antigua conducta disruptiva; y aunque no se había puesto el énfasis de la terapia en las relaciones entre la familia, ellos por propia voluntad usaban algunas de las ideas racionales que habían ido saliendo, y empezaron a enfadarse menos unos con otros y a actuar de forma más cooperadora. La vida sexual de los padres también mejoró considerablemente, aunque no habíamos discutido a penas sobre ello durante las sesiones. Entendían a Debbie mucho mejor y la aceptaban con sus fallos. El padre volvió a terapia un año y medio después porque evitaba parte de su trabajo en la oficina y se sentía mal por ello; en aquel momento pude saber que Debbie continuaba actuando perfectamente bien y que existía un alto grado de armonía familiar.

CONCLUSION

Como ya dijimos anteriormente, la RET obtiene unos buenos resultados en las investigaciones sobre su hipótesis de personalidad. Por otro lado, también se demuestra su efectividad clínica. (DiGiuseppe, Miller & Trexler, 1979; Engels & Diekstra, 1986; Ellis & Whiteley, 1979; Haagan & Davison, en imprenta; McGovern & Silverman, 1984). Se han publicado algunos estudios favorables a la RET en el terreno de la terapia marital y familiar (como también dijimos anteriormente), pero la investigación en éste área no ha hecho mas que empezar. Clínicamente parece funcionar muy bien, tanto si se ven a los clientes juntos o separados; y abarca casos de divorcio, matrimoniales, y prematrimoniales (Ellis, 1962, 1978a). Sin embargo, son muy dudosos los estudios de casos y los informes anecdóticos sobre la eficacia de otras formas de terapia, especialmente la terapia familiar. En un análisis final, la terapia racional-emotiva demostrará su eficacia cuando se lleven a cabo un número considerable de experimentos controlados que muestren los resultados mejores de esta escuela comparada con otras escuelas de terapia familiar, con la no terapia, y con la terapia-placebo.

CAPITULO VII

Terapia de grupo

Algunos métodos de psicoterapia, como el psicoanálisis, emplean la terapia de grupo por razones de conveniencia -porque es más práctico y menos caro para los clientes, y no porque se adecúa especialmente a la teoría que está a la base de estos métodos. La terapia racional-emotiva (RET), sin embargo, se apoya en un modelo educacional más que en uno médico o psicodinámico (Ellis, 1962, 1971a, 1973, 1984b; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Whiteley, 1979). En consecuencia, como la mayoría de los que se dedican a la enseñanza, está a favor de las sesiones de grupo tanto como de las individuales.

Aunque lo más corriente son los procesos de grupo pequeños -de 8 a 13 clientes en sesiones semanales-la RET también trabaja con grupos mucho mayores, como son una clase de 20 ó 30 estudiantes, o un taller público o un Entrenamiento Intensivo Racional-Emotivo, al que pueden acudir más de 200 personas. Sus aspectos de grupo también se pueden adaptar a presentaciones audiovisuales, radio en directo y televisión, biblioterapia, instrucción programada y otras formas de presentación en los medios de comunicación (Ellis, 1976b, c, 1982 c, 1984 c; Shostrom, Ellis & Greenwald, 1976). La RET está orientada al grupo mucho más que otros métodos de psicoterapia, y sus practicantes eligen con frecuencia el grupo y no lo dejan para circunstancias especiales.

Parte de este Capítulo es una adaptación de Albert Ellis, «Rational-Emotive Group Therapy», en G.M. Gazda (Ed.) *Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counseling* (p.p. 381-412). Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1982. Usado con autorización del editor. Charles C. Thomas.

DEFINICION DE TERAPIA DE GRUPO

Como ya indicamos en la sección anterior, la RET incluye tres formas importantes de psicoterapia: (1) grupos a pequeña escala, como los cinco grupos regulares de 10 a 13 personas que yo (AE) dirijo cada semana en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de New York; (2) grupos a gran escala de 50, 100, o incluso más gente, como el taller *Problemas de la vida diaria*, que dirigimos mis asociados y yo todos los viernes a las 8:30 p.m. en el Instituto; (3) Entrenamientos Intensivos Racional-Emotivos, que empezaron en 1983 en el Instituto y otras ciudades, y cuyos primeros resultados, con varios cientos de participantes, indican que se pueden obtener resultados favorables en una sola sesión intensiva de ocho horas de duración. Como hoy en día prevalece más la terapia de grupo a pequeña escala que a gran escala, dedicaremos la mayor parte de este capítulo a discutir este tipo de trabajo en grupo, empleando los principios y las prácticas RET.

ASPECTOS ESPECIALES DE LA TERAPIA DE GRUPO RET

Los objetivos más importantes para los asistentes a los grupos RET a pequeña escala son: (1) comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones intrapersonales e interpersonales; (2) entender las dificultades de otros miembros del grupo y servirles de ayuda; (3) minimizar sus perturbaciones básicas (y las de otros), para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen mucho menos que cuando se unieron al grupo por primera vez; y (4) llegar a un cambio, no sólo conductual sino también filosófico, incluso aceptar la desagradable realidad (aunque no guste); renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores; desistir en considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos; tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales; y abandonar cualquier forma de auto-evaluación y, en su lugar, aprender a aceptarse completamente a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores. En la terapia de grupo el terapeuta no sólo demuestra activa y directivamente a los miembros que expresan sus problemas emocionales que son ellos mismos quienes crean esos problemas por agarrarse rígida y devotamente a las Creencias irracionales (iB), no sólo se ponen en cuestión y se enfrentan y ayudan a superar estas creencias, sino que también animan y empujan a todo el grupo a buscar y refutar los «debiera», «debo» y «estoy obligado a» de los demás asistentes para ayudarles a abandonar su perfeccionismo y dictatorialismo. Se enseña a todos los miembros del grupo a emplear el método científico consigo mismos y con los demás, para expresarse con lógica, para ir al fondo de las cosas, y para contradecir empíricamente las cogniciones creadoras de perturbación de los otros miembros del grupo.

Tanto el terapeuta como el grupo, proponen tareas activas a los participantes. Algunas de ellas (como hablar en alto en el grupo) se llevan a cabo y supervisan durante las sesiones regulares. Otras tareas (como el mantener contactos sociales) se realizan fuera del grupo, pero se explican y discuten durante las sesiones. Se

ha demostrado que esas tareas resultan más efectivas cuando las propone y corrige un grupo, que cuando lo hace sólo el terapeuta.

La RET incluye en los grupos algunas técnicas de role-playing y modificación de conducta —como el entrenamiento en aserción, asumir riesgos in vivo, y ensayo de conducta— que pueden realizarse en sesiones individuales de terapia, pero que son más efectivas en grupo. Por ejemplo, si una mujer teme decir a otras personas lo que piensa de su comportamiento, es más fácil que lo consiga cuando le animan los demás miembros del grupo.

El grupo sería como una especie de laboratorio en donde se puede observar directamente la conducta motora, gestual, y emotiva; algo mucho más eficaz que conseguir información de segunda mano. Los individuos ansiosos o irritables que se sentirían como en casa con un terapeuta individual y podrían esconder mejor sus sentimientos, son desenmascarados en grupo con más facilidad, porque se les pide que interactúen con sus compañeros.

Los clientes suelen rellenar en casa unos cuestionarios que después entregan al terapeuta para que los corrija (Sichel & Ellis, 1984). Durante las sesiones de grupo se leen y corrigen algunos de los cuestionarios para que todos los asistentes, y no simplemente el individuo que los ha rellenado, puedan ver cuáles son las Creencias irracionales (iB) específicas de esa persona, y si las ha refutado correcta o incorrectamente. El escuchar los problemas que tienen otros miembros del grupo y cómo los manejan, ayuda a los clientes a emplear en su propio beneficio estos informes de otra persona.

Los miembros de un grupo RET se dan *feedback* unos a otros sobre su mal funcionamiento, y sobre lo que se dicen a sí mismos para actuar tan mal. También aprenden a observar a los demás y darles *feedback*; pero lo que es más importante, cogen práctica en contar a los compañeros sus creencias irracionales (iB), y por lo tanto, consciente o inconscientemente, empiezan a decirse a sí mismos sus propias irracionalidades.

Uno de los principales propósitos de las sesiones de grupo RET es ofrecer a sus miembros un abanico más amplio de posibles soluciones a sus problemas prácticos y neuróticos (es decir, los problemas por tener problemas prácticos), del que normalmente recibirían en sesiones individuales de terapia. En una sesión en la que participan 10 personas, una de ellas se centra finalmente en presentar un problema importante (después de que los demás hayan fallado), y otra persona puede ofrecer una solución adecuada (después de que se hayan ofrecido algunas soluciones de bajo nivel). Puede darse el caso de que una persona sola se rinda ante un hecho (o persona) difícil, pero siempre habrá miembros de su grupo que persistan y al final resulten bastante útiles.

El revelar problemas íntimos a un grupo de personas es en sí mismo bastante terapéutico para los clientes. En los grupos regulares de terapia RET las personas revelan muchos hechos y sentimientos ocultos a una docena de compañeros; en grupos RET a gran escala (como el taller RET sobre el estrés o la irritabilidad) se descubren ante cien personas o más. Este tipo de apertura puede servir como una experiencia útil de ataque a la vergüenza o de riesgo, especialmente si los clientes

son tímidos e inhibidos. En su aspecto conductual, la RET es especialista en esta clase de ejercicios de ataque a la vergüenza o de auto-revelación, y entrena a los miembros de su grupo para que puedan hacer cosas «vergonzosas» sin sentirse en realidad avergonzados o humillados (Ellis, 1971b).

SELECCION DE LOS MIEMBROS DE UN GRUPO

Los grupos de terapia RET incluyen individuos muy diferentes, entre los que se encuentran los perturbados moderadamente, los neuróticos severos, los sociopáticos, borderline, y psicóticos. En el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, en donde se llevan a cabo varios grupos diferentes cada semana, está determinado que los clientes que van a pertenecer a un grupo asistan primero a una sesión individual por lo menos, para establecer los objetivos, determinar qué es lo que más les puede ir, y si se beneficiarán del proceso de grupo. La gran mayoría de personas que entrevistamos con este fin se unen a un grupo, al menos como prueba. Los pocos que rechazamos son personas (1) demasiado indisciplinadas, habladoras, o maniacas para escuchar lo que está ocurriendo en grupo y responder a los demás; (2) demasiado autistas o esquizoides para participar; y (3) demasiado hostiles o disruptivas para ser controladas fácilmente por el líder del grupo, y para enseñarles a cooperar con los demás.

Si se le permite a una persona, por error, unirse a un grupo, y más tarde se descubre que es demasiado disruptiva, requiere mucha más atención personal, y/o interrumpe seriamente la organización del proceso de grupo que normalmente es parte de la RET, se le enseña cómo ser un miembro del grupo más eficaz (por su propio bien y el de los demás participantes). Si esto no funciona, se le dice que tendrá que abandonar el grupo, por el momento, y asistir a terapia individual hasta que su terapeuta decida que ya está preparado para volver al grupo. Durante los 28 años que yo (AE) llevo trabajando en terapia de grupo RET, menos de 15 personas han tenido que dejar el grupo y volver a terapia individual.

ESTABLECIMIENTO Y COMPOSICION DE UN GRUPO

El número ideal de participantes de un grupo RET es entre 10 y 13 personas, que abarquen muy diversas categorías diagnósticas. Se intenta, además que haya un número equilibrado de hombres y mujeres en cada grupo. Los miembros pertenecen a todas las edades en los grupos adultos, desde 18 a 60 años; aunque la mayoría de ellos se encuentran entre los 25 y 45. Los grupos de adolescentes tienen una edad entre 13 y 17 años, y también con una distribución equilibrada entre hombres y mujeres. La mayoría de los asistentes tienen un diagnóstico de neuróticos severos, una gran minoría son borderline, y otros pocos son psicóticos. Yo (AE) atiendo a una gran cantidad de clientes en sesiones individuales RET en la clínica del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York; y a la mayoría de ellos,

después de haber tenido entre 5 y 15 sesiones de tratamiento individual, se les anima a unirse a un grupo, al que asistirán durante 6 meses o un año, hasta que termine la terapia. Esto les da la oportunidad de trabajar en sus propios problemas emocionales y vivir un proceso de grupo.

Una vez que una persona se une al grupo, puede continuar teniendo sesiones de terapia individual regular o irregularmente. La mayoría eligen tener sesiones irregulares, porque ya aprenden los principios y la práctica de la RET en el curso del trabajo de grupo. Se anima en particular a los clientes tímidos o que tienen problemas interpersonales a unirse al grupo, ya que es más terapéutico trabajar sus problemas con los compañeros que sólo con un terapeuta individual (que es una persona especial para ellos y por lo tanto no es representativo de las personas con las que se relacionan en la vida real).

Originalmente, los grupos RET estaban limitados a ocho individuos. Fue un descubrimiento accidental el que los grupos pudieran incluir un máximo de 13 miembros. Cuando algunos miembros que habían dejado temporalmente el grupo y que deseaban volver se les permitió hacerlo, el número de personas aumentó a 10 o más. Con este número de participantes, en realidad suelen ser 10 u 11 en cada sesión (debido a las ausencias), el grupo se hace más interesante y menos repetitivo.

Las sesiones de grupo se desarrollan de forma organizada, con un líder que se preocupa de que sólo hable una persona cada vez; en donde se anima a la espontaneidad pero se intenta mantener el orden; en donde se empuja a que hablen los miembros silenciosos sobre sus propios problemas y los de los demás; y donde se asignan tareas específicas para casa a los miembros que exponen un problema, y se revisan posteriormente. El terapeuta establece turnos para hablar, con el fin de que nadie monopolice demasiado el tiempo del grupo y que nadie se retraiga y evite participar. La experiencia ha demostrado que aunque los grupos RET pueden funcionar regularmente con un número pequeño de gente, la cantidad óptima para un funcionamiento eficaz es de unas 10 personas en cada sesión.

Mis (AE) grupos se reúnen una vez a la semana en mi oficina de Nueva York, que está amueblada con tres grandes sofás y sillas extra-cómodas. La habitación también es grande (13 por 19 pies), cómoda y atractiva, tiene paneles de madera, baldas con libros en la mayoría de las paredes y un colgador especial para la ropa de los asistentes. El techo es bastante alto y hay dos grandes ventanas. Todos los esfuerzos van encaminados a conseguir que el grupo se sienta cómodo. Esta habitación también está preparada para realizar los maratones de grupo, que duran de 10 a 14 horas al día.

Posteriormente, mis grupos pasan a otra sala grande y confortable para la segunda parte de la sesión, que está dirigida por un terapeuta en prácticas. Sin embargo, la terapia de grupo RET no depende del lugar donde se lleve a cabo, ya que el entorno perfectamente puede ser mucho menos confortable.

FRECUENCIA, EXTENSION Y DURACION DE LAS SESIONES DE GRUPO

Los grupos RET suelen durar 2h. y cuarto, una vez a la semana. Mis (AE) grupos también tienen la función de entrenar a los futuros líderes: por lo tanto, incluyen

un líder y un ayudante de líder en prácticas. Al principio, el grupo está con estas dos personas durante 1h. y media, y después pasa a otra habitación sólo con el ayudante del líder para los tres cuartos de hora restantes. Sin embargo, los grupos RET no requieren necesariamente dos líderes y pueden funcionar perfectamente con una sola persona preparada sin ayuda de nadie. Además de las sesiones regulares de cada semana, los grupos tienen un maratón de 10 horas una vez al año.

Una vez que alguien se une al grupo, asiste por un mínimo de 5 semanas y después puede dejarlo cuando quiera (pero debe avisar con 2 semanas de antelación). Los que abandonan son rápidamente reemplazados por otros miembros nuevos. Esta gente nueva aprende de los que ya llevan varios meses, «algunos de los trucos» de la RET.

Es preferible que los miembros permanezcan en el grupo un mínimo de 6 meses, ya que lleva algún tiempo aprender los principios de la RET y recibir supervisión del grupo para sus tareas. Sin embargo, algunos individuos menos perturbados, pueden asistir al grupo solamente durante 2 ó 3 meses, conseguir ayuda para sus problemas emocionales, y empezar a usar los principios RET, que pueden practicar por sí mismos sin supervisión terapéutica o con alguna sesión individual RET «de empuje».

METODOS EMPLEADOS

La técnica más importante en la terapia de grupo RET, consiste en que cada miembro presente un problema corriente, como un sentimiento de ansiedad, depresión, inferioridad, hostilidad, o autocompasión, o una conducta disfuncional como es una adicción, procrastinación, o ataques de violencia. El terapeuta y algunos otros miembros del grupo hablan a esta persona que presenta el problema, e intentan descubrir en primer lugar su experiencia activadora (A) y su consecuencia conductual y emocional autoderrotista (C). Una vez que se determina esto, el terapeuta y el grupo intentan ayudar a que la persona se centre en su B, las creencias importantes, y en particular las creencias irracionales absolutistas que están creando o «causando» principalmente las consecuencias disfuncionales (C). Después, estas creencias irracionales son refutadas (D) directamente y con fuerza por el terapeuta y el grupo, quienes intentan ayudar a la persona a que aprenda la refutación efectiva, y la extrapole a su vida diaria. Los miembros del grupo también sugieren algunas tareas cognitivas y conductuales para refutar las creencias irracionales; y las revisan en la siguientes sesiones con el objetivo de comprobar si las ha realizado, y si deben continuar tal y como están o hay que hacer algún cambio en el futuro.

Existen otras muchas técnicas RET cognitivas, emotivas y conductuales que se pueden usar regular u ocasionalmente con grupos de personas que exponen sus problemas (Ellis, 1984b; Ellis & Abrahams, 1978; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Harper, 1975; Ellis & Whiteley, 1979). Hay algunos métodos empleados regularmente por la RET que no son igual de efectivos con el grupo; otros son aún más efectivos. En este sentido, las tareas asignadas a una persona por el grupo se reali-

zan con más frecuencia y más empeño que cuando se proponen en el contexto de la terapia individual; el role-playing en grupo suele ser más evocativo, produce más ansiedad y se critica mejor que cuando se realiza en el curso de una sesión de terapia individual.

En la terapia de grupo RET se emplean los siguientes métodos especiales:

1. Ejercicios estructurados, como enfrentamiento al riesgo, auto-revelaciones, y ejercicios de ataque a la vergüenza, para sacar a la luz y manejar los sentimientos que algunos de los miembros no pueden experimentar normalmente, o aunque los experimenten no hablan de ellos.

2. Se anima a todos los miembros del grupo a que lean libros básicos de RET, como *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975), *Overcoming Procrastination* (Ellis & Knaus, 1977), *Overcoming Depression* (Hauck, 1973), y *A Guide to Personal Happiness* (Ellis & Becker, 1982). A todos los miembros que empiezan la terapia se les entregan unos panfletos de RET y otros materiales de auto-ayuda, que incluyen las teorías y prácticas más importantes de la RET, para que los lean. Cuando los miembros de un grupo ven que otros miembros no entienden alguna de las filosofías de la RET, las suelen plantear en forma de tareas para casa.

3. Hay a disposición de los miembros, una gran cantidad de charlas, talleres, seminarios, y grupos especializados de entrenamiento en habilidades en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York. Por lo tanto, una persona tímida no tiene por que ser miembro únicamente de un grupo regular de terapia RET, sino que también puede unirse a un grupo de habilidades sociales, durante un período limitado de seis u ocho sesiones, donde recibirá instrucciones específicas para relacionarse y socializarse con los demás. Los miembros de un grupo también puede usar las distintas actividades que se llevan a cabo en el Instituto —sobre todo, los famosos talleres de los viernes por la noche sobre Problemas de la Vida Diaria— para encontrar y conocer a otras personas que también emplean la filosofía RET.

EL ROL DEL TERAPEUTA

En los grupos de terapia RET el terapeuta adopta un papel muy activo-directivo a la hora de conducir y dirigir el grupo, manteniendo el orden, asegurándose de que las personas más calladas intervienen y que los demás no hablan demasiado, y procurando que la gente exponga sus problemas más importantes. Cuando se trata de refutar las creencias irracionales de alguien y ayudarle con soluciones prácticas a sus problemas, el terapeuta es uno de los miembros más activos del grupo, por no decir el más activo. Los terapeutas de grupo RET hacen preguntas, prueban, enseñan, animan, dan tareas para casa, presentan ejercicios estructurados, y ejecutan todas las demás funciones directivas que suelen realizarse en terapia individual. La teoría RET afirma que las personas, no sólo se perturban severamente a sí mismas, sino que también suelen agarrarse con fuerza a las Creencias absolutistas por las que se perturban; en consecuencia, es mejor que los practicantes de la RET y otros miembros del grupo descubran y combatan fuerte y persistentemente estas irracio-

nalidades básicas. Para terminar, los líderes de grupo RET intentan que el proceso activo-directivo de terapia racional-emotiva se realice con firmeza, y que el proceso de grupo no se deteriore y degenere en desánimo, apatía, desorganización, presentación desenfrenada de sentimientos, anarquía, u otras formas de comportamiento, que en otras terapias se tolera o incluso se provoca el que ocurra. Por lo tanto, el líder de grupo RET *dirige*; si no lo hace, el proceso terapéutico puede seguir su curso; pero como mucho, se le podría llamar RET «inelegante» o de bajo-nivel (Ellis, 1978b).

REGLAS FUNDAMENTALES PARA EL GRUPO

A los grupos RET que se llevan a cabo en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York se les dan unas reglas fundamentales por escrito, que explican cómo discurren las sesiones, cuáles son las reglas de asistencia, hasta qué punto se les anima a que se relacionen con otros miembros del grupo, etc. Algunas de las reglas más importantes son las siguientes:

1. Todas las transacciones que se realicen durante el grupo y los contactos que tengan los miembros entre ellos fuera del grupo, son estrictamente confidenciales y no se pueden revelar a otros.

2. Se permite a los miembros que se relacionen entre ellos libremente fuera del grupo, siempre que informen a los demás de lo que van aprendiendo de cada uno y siempre que no transformen toda su vida en un proceso de grupo. Pueden incluso quedar y salir en serio, pero si lo hacen, ello no les excusa de continuar abriéndose completamente en grupo.

3. Se anima a los miembros a que se ayuden entre ellos durante las sesiones y fuera del grupo; a que sean muy críticos con las conductas de los demás pero no les condenen como *personas*; y a que sean especialmente cooperativos con la gente nueva que se une al grupo.

4. Se incita a los miembros a que, en las sesiones regulares y durante los maratones, se fuercen a sí mismos a revelar sus sentimientos más incómodos y sus problemas más serios. Se les anima también a intentar conseguir que los demás se abran y a evitar que los miembros más inhibidos y poco habladores continúen con su conducta.

INVESTIGACIONES

Aunque la RET es relativamente nueva en el campo de la psicoterapia, ya se han realizado un elevado número de estudios para demostrar que es una forma de tratamiento más eficaz que: abandonar a individuos perturbados emocionalmente en una lista de espera, la terapia-placebo, u otros procedimientos no-RET de terapia. Existen en la actualidad más de 200 experimentos controlados que emplean la RET u otras formas de terapia cognitivo-conductuales; casi todos los experimen-

tos muestran resultados positivos a favor de la RET (DiGiuseppe, Miller & Trexler, 1979; Ellis & Whiteley, 1979; Engels & Diekstea, 1986; Haaga & Davison, en imprenta; McGovern & Silverman, 1984; Miller & Berman, 1983). Se ha realizado un buen número de estudios que demuestran que la RET y otras terapias cognitivas conductuales son más efectivas en grupo que en psicoterapia individual (Blanco, 1973; Di Loreto, 1971; Hankins, 1977; Harari, 1972; Holroyd, 1975; Lefkovita & Davis, 1977; Mass, 1978; Magers, 1977; Maultsby, Stiefel & Brodsky, 1972; Mayotte & Conrad, 1974; McClelland & Stieper, 1973; Meichenbaum, Gilmore & Fedoravicius, 1971; Shovholt, Resnick & Dewey, 1979).

Además de estos estudios, se han publicado otros experimentos controlados. La RET y otras terapias de grupo cognitivo-conductuales similares son efectivas cuando se aplican en una situación escolar con niños y adultos, a quienes se les enseñan los métodos racional-emotivos, para que a través de esta técnica de grupo psicoeducacional sean capaces de cambiar sus sentimientos y conductas auto-derrotistas (Albert, 1972; Bokor, 1971; Cooke, 1974; deVoge, 1974; DiGiuseppe, 1975; Gustav, 1968; Jacobs, 1971; Katz, 1974; Keller, Crooke & Brookings, 1975; Kujoth, 1976; Lafferty, 1962; Maultsby, Knipping & Carpenter, 1974; Sharma, 1970; Sydel, 1972; Taylor, 1975; Warren, Deffenbacher & Brading, 1976; Zingle, 1965). Finalmente, hay publicados, y se siguen publicando muchos informes clínicos muy buenos que demuestran el alto grado de efectividad de diversos tipos de terapia de grupo RET (Ellis, 1973, 1974a; Harris, 1977; Lange, 1979; Lehman, 1973; Rose, 1980; Sherman, 1967; Upper & Ross, 1979, 1980).

LIMITACIONES DE LA TERAPIA DE GRUPO RET

La terapia racional-emotiva, como la psicoterapia en general, tiene varias limitaciones, que ya apuntábamos en el libro más importante sobre el tema: *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Ellis, 1962). Esto es debido a que, en el fondo, las personas parece que están perturbadas tanto biológicamente como sociológicamente, y todavía no se ha descubierto una forma de curarles que sea casi perfecta. Así pues, la RET tiene sus propias limitaciones y, como todos los sistemas terapéuticos, trabaja sólo durante algún tiempo con algunos individuos. Podríamos hipotetizar, como ya lo hicimos en el primer estudio que se presentó a la Convención de la American Psychological Association celebrada en Chicago en Septiembre de 1956 (Ellis, 1958b), que comparada con otros sistemas de terapia, la RET obtenía mejores resultados, más rápidamente, con personas más perturbadas, durante más tiempo. Sin embargo, todavía deja mucho que desear como sistema psicoterapéutico, y se necesita realizar muchas más investigaciones para mejorarla y superar algunas de sus deficiencias.

El counseling y la terapia de grupo RET, en especial, tienen desventajas y limitaciones intrínsecas cuando las comparamos con procesos RET más individualizados. Por ejemplo, los miembros de un grupo pueden desorientar fácilmente a otros miembros por un sobreentusiasmo o por ignorancia, y a veces pueden incluso presen-

tarles puntos de vista o directrices dañinas. Pueden darles soluciones pobres o de bajo nivel, por ejemplo, demostrar continuamente a las personas perturbadas qué métodos «prácticos» pueden emplear para tener más éxito, en vez de enseñarles cómo realizar cambios filosóficos profundos en su personalidad creadora-de-perturbación.

La terapia de grupo a veces es claramente ineficaz, incluso cuando se emplea un procedimiento eficiente y organizado como es la RET. Los miembros mejor intencionados pueden perder el tiempo en irrelevancias; llevar por caminos tortuosos al que presenta el problema; alejarse de los puntos más importantes tocados por el terapeuta; retroceder porque inesperadamente necesitan la aprobación del terapeuta o de los demás miembros del grupo; centrarse en las dificultades menos importantes de sí mismos o de otros, y por otro lado, sacar a la luz cuestiones no terapéuticas. Los miembros de un grupo también pueden bombardear al que presenta el problema con un montón de sugerencias que le lleguen a abrumar y paralizar parcialmente. Pueden asignar muy pocas tareas para casa, o exponer tantos problemas nuevos, que los viejos no puedan revisarse lo suficiente. Pueden permitir, si el terapeuta no interviene activamente, que un miembro no participe a penas, y por lo tanto no cambie su conducta perturbada. También pueden volverse frustrados y hostiles, y condenar irracionalmente a los participantes por sus síntomas o por su continua resistencia a abandonar esos síntomas.

En consecuencia, la terapia de grupo RET ni es una panacea para todas las enfermedades, ni se adecúa a cualquier individuo que necesite ayuda. Algunos clientes no están preparados para ella y es preferible que acudan a terapia individual antes de entrar en un grupo. Otros individuos —como los hipomaniacos o los habladores compulsivos— pueden beneficiarse con un grupo pero son demasiado disruptivos para los demás miembros (y requieren demasiada atención); por lo tanto, es mejor que trabajen sus problemas dentro de otras modalidades terapéuticas. Nosotros creemos firmemente en que la gran mayoría de los clientes pueden beneficiarse mucho de la terapia de grupo, y probablemente más que de la terapia individual, pero *la mayoría* no quiere decir *todos*.

CONSIDERACIONES ETICAS

La RET se enfrenta a un problema ético cuando los terapeutas RET o los miembros de un grupo confunden el *ser culpable* por actos no éticos e inmorales con el *sentirse culpable* o auto-derrotado por tales actos. La RET intenta enseñar a sus clientes que muchos actos humanos —como los que producen un daño innecesario a los demás— son por descontado malos, no éticos, o inmorales, pero la persona que realiza estos actos no puede ser etiquetada o condenada como una *persona podrida o detestable*. Nosotros adoptamos la postura cristiana de aceptar al pecador pero no el pecado: enseñamos a los clientes a aceptarse a sí mismos incondicionalmente con su conducta autoderrotista y antisocial, pero también les enseñamos a no aceptar esa conducta e intentar hacer todo lo posible por cambiarla. Si la gente piensa erróneamente que la RET condena los actos inmorales, más que aceptar por completo

la humanidad y falibilidad de aquellos que realizan tales actos, puede conducir a otros a desviarse y malinterpretar uno de los principios más importantes de la RET.

La ética es una parte excepcionalmente importante de la terapia de grupo, ya que cuando una persona se une a un grupo se supone que es capaz de abrirse por completo a los demás, revelar cosas que se ocultan al resto, y recibir la atención y cooperación del grupo cuando lo haga. La terapia de grupo depende mucho de que exista un alto grado de confidencialidad y confianza entre los miembros. Si se carece de ello, la teoría será muy poco efectiva, e incluso se puede hacer bastante daño a alguno de los participantes.

La terapia de grupo también implica que la persona que se une al grupo tiene una responsabilidad definida con los demás miembros, no solamente el evitar hacerles daño, sino también el hacer todo lo posible para ayudarles. Si una persona entra en un grupo solo para aprender de sí mismo y ayudarse a sí mismo, y si no tiene ningún interés en los demás miembros, ni se esfuerza por animarles a que expongan sus problemas para ayudarles a que los resuelvan, está tomando una actitud muy parcial y esencialmente irresponsable hacia el grupo. El líder y el resto del grupo le llamará la atención (de una forma no hostil ni condenatoria) y le pedirá que «rectifique o se marche» («Shape up or ship out»): que haga un esfuerzo real para ayudar a los demás como se ayuda a sí mismo, o que se vaya a terapia individual, donde podrá centrarse en sí mismo como es su deseo, pero manteniendo una postura ética.

PROTOCOLO DE GRUPO

A continuación presentaremos un extracto de una sesión típica de terapia de grupo RET. El que presenta el problema es David, un asistente social escolar de 28 años, que no sólo se siente ansioso con sus clientes, sino que también tiene grandes problemas cuando discute su caso en las sesiones de supervisión, porque le da miedo ser criticado y despreciado por su supervisor principal y por otros miembros del grupo. Durante los primeros 10 minutos de la sesión habla de sus problemas, y varios miembros, incluido el terapeuta, le hacen preguntas para tratar de descubrir qué es lo que le produce más ansiedad y bajo qué condiciones empeora su ansiedad. La sesión continúa*:

1. DAVID: Cuando oigo las críticas de mi supervisor y de mi grupo de supervisión, me voy a un extremo ilógico —que es: No escucharé más. Voy a escapar. Voy a separarme emocionalmente de la situación.
2. TERAPEUTA: Porque «¿No sé todo lo que *debiera* saber sobre lo que me preguntan? ¿No podré responderles *perfectamente* bien?»

* Las respuestas están numeradas porque se discuten individualmente en la siguiente sección.

3. DAVID: Sí
4. MARY: (un ama de casa de 33 años) ¿Pero no será porque se pone en cuestión tu valor como persona?
5. DAVID: Puede ser
6. JOHN: (Un psiquiatra de 45 años) Vamos a pensar en unos ejemplos más concretos de cuando te sientes pequeño y herido. En tu descripción, mencionas sentimientos de incompetencia. Vamos a suponer que actúas incompetentemente, muy incompetentemente, ¿Cómo te vienen los sentimientos de incompetencia?
7. DAVID: Me imagino que lo que intentáis que diga es que soy competente, debo ser competente el 100% del tiempo.
8. MARY: Creo que sé lo que quieres decir: «Tengo el sentimiento de que tu piensas que todos nosotros intentamos programarte.»
9. DAVID: Creo que... Conozco cuál es la respuesta racional por el libro, y puedo daros la respuesta racional. Pero obviamente no es como yo me comporto en el momento en que me evado
10. TERAPEUTA: Bien, déjame hacerte una pregunta ¿Cuando das la respuesta racional, tu crees que es *cierta*? ¿O piensas que la das porque la has leído en uno de mis libros?
11. DAVID: Es la respuesta que conozco. Se lo que está ocurriendo, pero no consigo trabajar en ella, ni sentir que la crítica que me hacéis en el grupo de supervisión no es en realidad tan importante.
12. JOAN: (una artista de 28 años) Cuando ves lo que ocurre, cuando te sientes humillado por las críticas, ¿Qué es lo que haces? ¿En realidad haces algo?
13. DAVID: Me digo a mi mismo: «Estoy en actitud defensiva. Me estoy cerrando». Me siento humillado por la situación o por las personas.
14. TERAPEUTA: Bien. Así que ves que tienes un síntoma, una forma muy pobre de reaccionar a la situación o a las personas. Eso podría ser negativo. Te dices a ti mismo: «¡Vaya, ya estoy a la defensiva! ¡Qué estúpido soy por ponerme a la defensiva!» ¿Qué más te dices? Por lo que decías antes, cuando el grupo de supervisión te critica, (a) te humillas porque se te critica, y después (b) te vuelves a humillar por ponerte a la defensiva cuando te critican. Ahora, ¿Qué haces para dejar de humillarte por la a y la b?
15. DAVID: Bueno, lo típico es que diga: «Estoy aquí para recibir feedback por mis actos» Y: «No es razonable actuar defensivamente ante el *feedback* que recibo.»

16. TERAPEUTA: Todavía te oigo decir: «Soy idiota cuando hago algo.» Pero no te oigo atacar a lo que te dices cuando te pones a la defensiva por las críticas.
17. JOHN: Cuando respondías así podías dar la respuesta racional, y eso es probablemente lo que sucedía; pero me parece que no tienes claro lo que sucedía. Estás confuso. ¿Cómo podrías averiguar con más precisión lo que ocurre?
18. DAVID: No sé. ¿Cómo podría averiguarlo? Ah, podría actuar como si eso es lo que ocurre de verdad y enfrentarme a ello. ¿Cómo se lo que está ocurriendo en el momento en que estoy trastornado? No sé.
19. JOAN: ¿Por qué no te preguntas: «¿Por qué estoy trastornado?»?
20. TERAPEUTA: O mejor: «¿Qué estoy haciendo para trastornarme?»
21. MARY: Puede ser... Es muy difícil, si lo único que quieres es parar el sentimiento. Una sugerencia es que prolongues el sentimiento de vergüenza por las críticas y examines tu pensamiento y tus sentimientos por tener vergüenza, mejor que concentrarte en parar el sentimiento de vergüenza.
22. TERAPEUTA: O mejor que concentrarse en: «¡Vaya, ya está otra vez ese sentimiento terrible e idiota!»
23. MARY: ¡Bien!
24. DAVID: U odiarme por tenerlo.
25. JOHN: ¡Bien!
26. DAVID: Bueno, en realidad me odio más por sentir que no soy capaz de aceptar las críticas y evadirme.
27. TERAPEUTA: Bien, pero esa no es la solución. Eso es un insight de tipo psicoanalítico: «¡Oh, vaya! ¡Ya estamos otra vez!» Pero no es terapia racional-emotiva.
28. ROSE: (una profesora de 37 años) Volviendo a lo que decía Mary, yo te veo, por ejemplo, imaginando esta situación «humillante», tumbado sobre la cama oyendo la grabación, y dejando correr la cinta conscientemente. Quizá, simplemente diciendo en voz alta que todo ésto (los sentimientos que tienes cuando recibes más críticas de tu grupo de supervisión) te va a ayudar a tomar contacto con las cosas que exageran y aumentan tus sentimientos de humillación, tus sentimientos por los sentimientos, etc.
29. DAVID: Voy a hacerte una pregunta, Rose: ¿La descripción que yo he dado te produce el sentimiento de que no tomaba contacto con mis sentimientos?
30. ROSE: Si, sentía eso. Sentía, como decías antes, que tú realmente querías llorar y ocultar el sentimiento. Pero si tu sentías que querías llorar y hubieras llorado, ¿qué es lo que te hubiera pasado?

31. DAVID: Bueno, supongo que si lloro y la gente me ve llorar, todos lamentarán mucho haberme hecho eso, criticarme.
32. TERAPEUTA: ¡Y si me ven llorar y lamentarme cambiarán su conducta!
33. DAVID: Si, cambiarán su conducta.
34. JOAN: David, dices que quieres feedback de tu grupo de supervisión. Pero también dices que lo que obtienes en realidad no es feedback, sino humillación. Y yo me pregunto si lo que tu llamas humillación es, de hecho, feedback que tú no puedes aceptarlo cual me sugiere que lo que buscas no es feedback, sino aprobación. Y cuando no lo consigues, lo llamas humillación.
35. DAVID: Si, creo que has dado en el clavo. El feedback negativo o la crítica constructiva, que probablemente sea lo que me envíen, se une de alguna forma en mi cabeza a la pérdida de amor, o a la pérdida de aprobación.
36. TERAPEUTA: Y al horror por esa pérdida. Pero suponte que Joan tiene razón y que siempre buscas el feedback positivo, la aprobación, y te dices: «¡Es horrible no conseguirlo!» Entonces, ¿Cuál es el siguiente paso? ¿El que yo creo que no das!
37. DAVID: Podría preguntarme: «¿Por qué es horrible?»
38. TERAPEUTA: ¿Lo *haces*'?: Hasta ahora no tengo ninguna información de que llegues a dar ese paso. Tu dices: «Si, estoy equivocado al sentir que es horrible que me critiquen». O: «Si, estoy equivocado al ponerme a la defensiva». Ya lo se. Pero alguna vez has dicho: «¿*Por qué* es horrible no recibir aprobación?»
39. DAVID: Si lo hago es de forma muy superficial.
40. JOAN: ¡Y rara vez, supongo!
41. JOHN: Yo voy más lejos. Antes de que te hagas esa pregunta, creo que es importante averiguar si estas pensando eso.
42. TERAPEUTA: El parecía estar de acuerdo con Joan en que piensa eso.
43. JOHN: Piensa eso; ¿Pero qué es exactamente lo que ocurre en su interior, estás pensando en eso o en otras cosas?
44. DAVID: Mi estrategia es comportarme de forma que la gente me responda gentil y positivamente.
45. JOAN: En vez de enfrentarse al hecho de «Pienso que es terrible que no me aprueben. ¡Y diablos! ¡Haría mejor en olvidarme de esa creencia!» Inmediatamente das un salto hacia el punto A, el Acontecimiento Activador, y dices: «¿Cómo puedo cambiar A, para que ellos me aprueben?» Así que en realidad estas pasando por alto la B, tu Sistema de Creencias, que es el que crea la válvula de escape de los sentimientos en el punto C.

46. JOHN: Yo todavía pienso que no tienes claro cuál es la naturaleza de esa Creencia en B. Lo mejor sería que la descifraras.
47. DAVID: No se cómo hacerlo. ¿Qué es lo que queréis que haga?
48. JOHN: Por ejemplo, cuando te sientes herido o con ganas de llorar, te has parado e intentado averiguar qué es lo que pasa por tu cabeza, qué clase de sentimientos te surgen?
49. MARY: David, siento que tu estas diciendo una cosa y sintiendo otra. Pareces exasperado.
50. DAVID: Me siento frustrado. Yo, yo he comprendido lo que me dice Joan.
51. TERAPEUTA: Pero no comprendes lo que te dice John. John te está diciendo exactamente lo que le gustaría que hicieras y después tu dices: «No sé qué queréis que haga.»
52. DAVID: No sé qué hacer en concreto.
53. TERAPEUTA: Pero él está siendo concreto. A menos que tu, John, estés confundiendo a David con la palabra sentimiento. ¡Olvídate de esa palabra! Voy a repetir lo que decía John. Vamos a suponer que te sientes muy herido. Ahora creo que está bastante claro lo que sueles hacer para evitar sentirte así. Lo dijiste hace un par de minutos: «Inmediatamente intento cambiar mi comportamiento para no sentirme herido.»
54. DAVID: Si, es lo que suelo hacer. Me alejo de la situación y no siento prácticamente nada.
55. TERAPEUTA: Ahora, en vez de hacer eso, y continuar haciéndolo de forma autoderrotista, y no ir nunca a la causa de tus problemas, o aprender a resolverlo, John te está diciendo: (1) «Quédate con tus sentimientos,» y (2) «Busca lo que estás haciendo exactamente, lo que te dices a ti mismo, para crear ese daño. Toma la responsabilidad de tu propio daño. Busca con precisión tus Creencias en B, lo que te lleva a crearlo. No hagas simplemente una inferencia de lo que son esas Creencias, porque eso es lo que estás haciendo; estás infiriendo del libro: «Bien, creo que debo decirme esto y esto a mi mismo cuando me siento herido y desplazado.» Pero John te dice: «No supongas. Busca lo que realmente creas, lo que te estés diciendo a ti mismo. Ahí hay algo muy concreto; y no puede ser la frase que estamos utilizando, o las que lees en el libro.»
56. JOE: (un contable de 50 años) Hay dos razones para prolongar el sentimiento de dolor que tu estás intentando evitar: (1) para ver con más precisión lo que estás pensando, y (2) para que puedas plantar cara a tu idea de que no puedes tolerar este sentimiento. Así que me parece buena la sugere-

rencia de que prolongues el sentimiento -con el fin de que examines el sentimiento en sí mismo y revises la idea de que no puedes soportarlo.

57. TERAPEUTA: Si, permanece con él. Y después haz lo que John te sugiere que es, primero: «¿Qué hago para crearlo?» y después: «¿Por qué no puedo tolerarlo?» Además hay otra cosa que probablemente te digas a ti mismo: «No puedo tolerar el sentimiento de dolor. ¡Debo librarme de el inmediatamente!» Pero nos gustaría ver claramente que te dices eso, porque en realidad sólo lo infieres, y no sabes lo que pasa en tu cabeza justo antes de que tengas el sentimiento e intentes alejarlo. Mucha gente, cuando al principio infiere lo que se dice a sí misma, más tarde lo ve tan claro como el agua; ya lo he explicado en uno de mis libros. Pero tu de alguna forma evitas verlo claramente, y dices: «Supongo que digo eso.» Entonces no das el paso siguiente: «Si digo eso, ¿por qué diablos tengo que creerme lo que digo?» No estás contradiciendo tu creencia, porque no estás admitiendo realmente lo que dices. ¿Está claro ahora?

58. DAVID: Si.

59. TERAPEUTA: ¿Pero por qué no estaba claro antes? John lo ha explicado muy bien. ¿Por qué no estaba claro cuando él lo explicaba?

59a. DAVID: Yo no creo que lo dijera tan claramente. Para que yo lo entendiera tenía que estar todavía más claro. Cuando tú me lo estabas explicando, lo veía muy claro, muy específico, muy concreto. Lo entiendo. Es muy directo.

60. JOAN: Y también lo dice con más fuerza. ¿Es por la fuerza?

61. DAVID: No, creo que no.

62. JOHN: Sin embargo, él es más directivo, ¿verdad?

63. DAVID: Creo que es por la directividad. Es a lo que yo respondo. (Dirigiéndose a John) Tenía el sentimiento de que tú querías que dijera algo, pero no estaba seguro de qué era lo que querías que dijera.

64. JOAN: Así que has empezado a dudar: «¿Qué debiera decir? ¿Qué debiera decir?» ¿Verdad?

65. DAVID: Si, no he sido capaz de centrarme en lo que John me decía porque no estaba seguro de a dónde quería llegar.

66. JOHN: ¿Te es difícil pensar que yo simplemente estoy preguntando, sólo preguntando, en vez de tener una idea preconcebida de lo que tienes que contestar?

67. TERAPEUTA: Pero tu tienes una idea preconcebida, ¿no me digas que no!

68. JOHN: Oh, si, pero...

69. TERAPEUTA: ¡Claro! Así que él se dice a sí mismo: «¡Me está preguntando, cuando sabe de sobra cuál es la respuesta! Así que,

¿Por qué me pregunta de esa manera?» Por lo tanto, ¡le estas dando un problema extra!

70. JOHN: Hasta cierto punto. Pero concretamente, yo sospecho que tiene alguna idea de a dónde queremos llegar con él.

71. DAVID: Pero, John...

72. JOHN: Pero no sé cuál es exactamente.

73. DAVID: Me doy cuenta de que sería mejor si pudiera expresarlo. Pero si no puedo seguirte, quizá la próxima vez sea mejor ser más directivo y decirme lo que crees que hago.

74. TERAPEUTA: Harías mejor en puntualizar más y preguntar: «¿No será X? ¿No será Y? ¿No será Z?»

75. DAVID: Si

76. TERAPEUTA: Lo has hecho de forma demasiado no directiva: «¿Qué es?» Esto funciona algunas veces. Pero con personas confusas, suele hacer más mal que bien.

77. DAVID: Si, creo que era mi caso.

78. MARY: Me parece que estamos llegando al final de la sesión. ¿Por qué no damos a David alguna tarea para casa?

79. TERAPEUTA: Si. ¿Qué sugerirías tu, David?

80. DAVID: Bueno, todos habéis dicho que sería bueno que cuando empiezo a sentirme herido, prolongue ese sentimiento en vez de defenderme de él colocándome en una postura cómoda de evitación.

81. MARY: ¿Quedarte en tu sentimiento y...?

82. DAVID: Tratar de experimentarlo realmente o tomar contacto con lo que me digo a mi mismo para causar estos sentimientos. Y enfrentarme a todo ello. También enfrentarme al hecho de no poder soportar el sentimiento.

83. MARY: ¡Bien dicho!

84. JOHN: Si, voy a repetirte de nuevo que yo creo que es necesario explorar e investigar unas cuantas veces antes de empezar a cuestionar demasiado. Pienso que tienes que hacerlo dos o tres veces si quieres descubrir todo el embrollo que hay en tu cabeza, antes de asegurarte de cuáles son realmente todos esos significados que crees que acompañan a tus sentimientos.

85. JOE: Por otro lado, también podría empezar sólo con uno, ver claramente cuál es su significado, y echarlo por tierra antes de empezar con los demás significados. Incluso aunque no descubra toda la porquería que tiene dentro si le da duro a una idea irracional y la vence, ello puede ayudarle a descubrir más tarde las demás.

86. TERAPEUTA: ¡Bien! ¡No vamos a ser perfeccionistas! y además, yo quiero enfatizar lo que has dicho antes, David. Hubo un

momento en que tomaste contacto con tus sentimientos llorabas, te quejabas, etc., y averiguaste que eso no te conducía a los pensamientos que están detrás de esos sentimientos; sino que esta liberación de sentimientos te conducía a algo perjudicial, como era el sentirte muy afligido por ti mismo, deprimido, e incapaz de hacer nada. El problema que tenía tu sugerencia, John, es que cuando una persona pone el énfasis en tomar contacto con sus sentimientos de la manera que tu recomendabas, ¡lo hace demasiado bien, y se enreda con los juicios que hace de sus malditos sentimientos negativos! Así que una cosa interactúa con la otra. La mejor manera de hacerlo es: déjate a ti mismo sentir el sentimiento, y busca rápidamente las ideas irracionales y autoderrotistas que están detrás de tus sentimientos, y después, como hemos enfatizado especialmente en la RET, refutar, enfrentarse y cambiar estos sentimientos autoderrotistas.

87. JOHN: Sólo estoy sugiriendo que David *averigüe* lo que ocurre, porque ese es el primer paso para cambiar los *sentimientos*.
88. MARY: Pero ambas cosas interactúan, van juntas. Estoy de acuerdo en que no debíamos intentar conseguir que David sea demasiado perfeccionista. Así que, primero, tiene que saber todo lo que ocurre, después encontrar todos los pensamientos que están detrás de esos sentimientos, y después contradecir todos los pensamientos derrotistas que existan. ¡Es un poco utópico!
89. TERAPEUTA: Si, y no creo que David trabaje de esa forma tan perfeccionista. No creo que haya mucha gente que trabaje así.
90. JOE: Y trabajar de esa forma no tiene por qué producir necesariamente un cambio en David.
91. MARY: ¡Bien!
92. JOHN: Podría ser, por otro lado, aunque, él podría usar... ¡Oh!, cuando ves que vas a alejarte de la situación, David, podrías investigar tus pensamientos más de una vez, y no asumir que has encontrado todos a la primera.
93. TERAPEUTA: Ah, si. Una vez que te pongas a trabajar en ello, como ya te han explicado varios miembros del grupo, empiezas por una cosa, y después pasas a otro aspecto de tu pensamiento, después a otro, y a otro. No tienes por qué hacerlo todo a la vez. ¿Está claro, David?
94. DAVID: Bien, lo intentaré.

DISCUSION DEL PROTOCOLO

Este extracto de la sesión ha servido para ilustrar muchos de los aspectos importantes de la terapia de grupo RET. Voy a explicarlos a continuación:

Respuesta 4: Mary expresa la posibilidad de que el problema real de David sea su valor como individuo; es decir, la desvalorización de *sí mismo*, de su *total existencia*, si falla en algún aspecto importante de su vida a los ojos de su grupo de supervisión. Mary no lo dice sólo porque David ya haya demostrado en otras sesiones y al comienzo de ésta, que está superpreocupado por su valor como persona, sino también por presupuestos *teóricos*, ya que la RET sostiene que esto es un problema básico de la *mayoría* de las personas. Los seres humanos evalúan sus *actos* (lo cual es bueno y produce felicidad), pero también se evalúan *a sí mismos* (lo cual es ilegítimo y produce vergüenza). La RET lucha constantemente contra esta tendencia a auto-evaluarse; y Mary, como miembro de un grupo RET, y por lo tanto como una de sus practicantes, lanza la hipótesis de la autoevaluación, y pregunta a David si es éste uno de sus problemas fundamentales.

Respuesta 9: David dice: «Sé cuál es la respuesta racional por el libro,» porque él (y los otros miembros del grupo) han leído los libros recomendados: *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975), *Reason and Emotion in Psychotherapy* (Ellis, 1962), *Growth through Reason* (Ellis, 1971a) y *A Guide to Personal Happiness* (Ellis & Becker, 1982). La biblioterapia tiene un papel importante dentro de la RET, y con frecuencia encontramos que ayuda apreciablemente al proceso terapéutico. Pero uno de los principales propósitos de las sesiones RET individuales y de grupo es asegurarse de que el cliente *hace suyas* algunas de las ideas racionales que ha leído y no las *repite como un loro pasivamente*.

Respuesta 12: Para Joan el que David «sepa» perfectamente que «la crítica del grupo de supervisión no es realidad tan importante» no le hará mucho bien, si no aplica lo que sabe cada vez que sienta vergüenza en su interior o actúe defensivamente escapando de esa vergüenza. En la RET se demuestra al cliente, no sólo en qué consiste la superstición: creer irracionalmente que por ver un gato negro puede pasar algo malo, sino también, que es importante trabajar mucho para *descreer* esa superstición si uno no quiere sentirse afectado por la visión de un gato negro. Es necesario que David *se demuestre activamente* muchas veces, que al ver un gato negro no le va a suceder nada malo, si pretende creérselo, y no simplemente «saber» que es supersticioso con los gatos negros.

Respuesta 14: El terapeuta es activo en el grupo RET pero con frecuencia es el más activo, es decir, es el miembro que *enseña* más activamente en el grupo. Anima a otros miembros a que empleen el sistema RET para ayudar a los individuos cuando exponen un problema concreto; pero también complementa lo que dicen los demás, particularmente si omiten aspectos importantes de algún hecho. En esta inter-

vención afirma que los clientes se sienten inadecuados y desvalorizados porque se condenan a sí mismos (en vez de a sus actos); pero, una vez que *reconocen* los sentimientos autoderrotistas, vuelven a denigrarse a sí mismos por *tener* unos sentimientos tan negativos. Intenta que David vea que se está condenando *dos veces*, por la crítica original que recibe de su grupo de supervisión, y por sentirse deprimido a causa de la crítica.

Respuesta 16: El terapeuta enfatiza el aspecto cognitivo principal de la RET: el *ataque* del cliente a sus ideas irracionales sobre las críticas de los demás, una vez que ya ha *visto y entendido* que tiene estas ideas. Esta es una de las diferencias más importantes entre la RET y otras terapias de «insight». Las últimas pueden revelar muy claramente al cliente qué es lo que él está pensando para crear sus perturbaciones «emocionales»; pero no tratan de persuadirle, como lo hace la RET, para que ataque, se enfrente o refute fuerte y directamente estas ideas. La RET enseña un método lógico-empírico (es decir, el método básico de la ciencia) para *refutar* las hipótesis irracionales e irrealísticas sobre las personas y el mundo. Educa a los clientes para que sean científicos con *ellos mismos* y con sus propias vidas, para que sean flexibles, no dogmáticos, ni antiabsolutistas: los presupuestos básicos del método científico. Sin esta clase de refutación activa y pensamiento científico, que primero aprende el terapeuta y después enseña a su clientes para que la practiquen (por el resto de sus vidas), la RET simplemente no sería la RET (Ellis, 1963c).

Respuesta 20: El terapeuta (y los otros miembros del grupo) le recuerdan a David que él no *se está* trastornando o *está siendo* trastornado por las personas o acontecimientos externos. Es *él mismo* el que crea sus sentimientos de perturbación (o sus defensas contra estos sentimientos). En la RET se exige a cada cliente que tome la *total responsabilidad* de sus sentimientos disfuncionales, y a no decir nunca que son los *otros* los que le hacen sentir tales sentimientos. Se le enseña a decir: «Me he enfadado» o «Me he trastornado», en vez de: «Esto me ha enfadado» o «Me has trastornado.» La teoría y la práctica RET dice a todos los Davides del mundo: «Ya que estas haciendo algo para trastornarte a ti mismo, y ya que puedes cambiar lo que haces, averigüa qué es exactamente lo que estás haciendo (incluido lo que te dices a ti mismo) para que puedas contrarrestarlo muchas veces. Si no tienes en cuenta lo que te dices a ti mismo para trastornarte, no le encontrarás ningún sentido a tu trastorno.»

Respuesta 27: Cuando el terapeuta le dice a David que ha hecho un insight de tipo psicoanalítico, quiere decir que él, como mucho, ha llegado al primero de los tres insights de la RET. Insight N° 1: el cliente se da cuenta de que tiene un tipo de síntoma cuya causa es psicológica, es decir, conectada con algún proceso anterior (como sus tendencias innatas y adquiridas a condenarse así mismo cuando comete algún error «serio»). Insight N° 2: el cliente se da cuenta de que no importa cómo, cuándo y dónde surgieran sus ideas irracionales básicas (cómo y por qué empezó a echarse la culpa por sus equivocaciones), es ahora cuando está cargando con este

proceso autodestructor. Lo que importa realmente es esta *continuación* o el *aquí-y-ahora* de la irracionalidad, más que su supuesto (y a menudo indescifrable) origen. Insight N° 3: al darse cuenta de que aún mantiene con fuerza sus ideas irracionales fundamentales (incluso puede tener una tendencia biológica arraigada que le obligue a seguir creyendo en ellas), nada puede cambiarlas excepto el *trabajar* persistentemente para «descreerlas». El terapeuta, en su respuesta, está incitando a David a que reconozca la importancia de los Insights N° 2 y 3, ya que parece haber llegado al Insight N° 1 (Ellis, 1963c, 1985a).

Respuesta 36: El terapeuta enfatiza, un poco más explícitamente que los otros miembros del grupo, el *horror* que David siente cada vez que recibe feedback negativo o una crítica. De nuevo repetimos cuál es la esencia de la RET: demostrar al cliente que está pensando que algo, como las críticas de los demás hacia él, son *horribles*, *espantosas*, o *terribles*, y no simplemente malas. Cuando un ser humano evalúa algo como malo, inconveniente, desafortunado, o poco ventajoso, se encuentra dentro del campo de la realidad, puesto que todos estos adjetivos son empíricamente *probables*. Por eso David puede demostrar que le resultaría desagradable o inconveniente continuar recibiendo feedback negativo de su grupo de supervisión, y por lo tanto saber que es un terapeuta inadecuado. Pero ni él ni nadie más puede demostrar que eso sea *horrible* o *terrible*. ¿Por qué? Porque *horrible* suele significar más que desafortunado. Y significa que como la conducta terapéutica de David no es ventajosa, él *no debe* o *no debiera* comportarse de esa forma, y si lo hace está *podrido* (Ellis, en imprenta; Ellis & Becker, 1982).

Por supuesto, en la realidad, no hay nada que pueda ser *más que* desafortunado. Los «*no debo*» y «*no debiera*» son ficción, absolutos categóricos, que no tienen una existencia real. Y David, *como persona*, no puede estar completamente podrido, incluso en el caso de que la mayoría de sus conductas sean pobres e insignificantes. Así que la RET, a través del terapeuta y los miembros del grupo, intenta que David abandone estos conceptos absolutistas y diabólicos, y que viva en la realidad (que será más ventajosa sin sus *horrores* añadidos) (Ellis, 1985a).

Respuesta 45: Joan intenta que David vuelva al ABC de la RET. Según la teoría racional-emotiva, David experimenta un Suceso Activador en el punto A: las respuestas negativas de los miembros de su grupo de supervisión. Inmediatamente, aparece la Consecuencia emocional en el punto C: reacciona con sentimientos de ansiedad o depresión, y después con defensas hacia esos sentimientos: una evitación o adormecimiento ante la situación «traumática» en A. El cree equivocadamente, como la mayoría de los individuos perturbados, que A es la causa de C - los Acontecimientos Activadores le hacen sentirse ansioso o retraerse defensivamente. Sin embargo, es B, su sistema de Creencias, la causa real. El tiene primero un grupo de Creencias racionales en B (rB): «¡Qué mala suerte para ellos ser tan críticos conmigo! ¡Quisiera ser un terapeuta mejor y que ellos me critiquen menos! ¡Me fastidia que tengan ese concepto de mí!» Si él se quedara rigurosamente con estas Creencias

y no añadiera otras, se sentiría apropiadamente triste, afligido, frustrado, e irritado e incluso se sentiría motivado para recibir más feedback de su grupo de supervisión, en el punto A, y para cambiar la conducta terapéutica que es motivo de críticas.

Pero, como David es un ser humano (con una tendencia innata y adquirida a pensar de manera mágica y diabólica) se enreda en un grupo importante de Creencias irracionales (iB): «¡¿No es horrible que sean tan críticos conmigo?! ¡Tengo que ser un terapeuta mejor para que me critiquen menos! ¡Si continúan viéndome de esa forma tan negativa seguiré siendo una *porquería de personal*!» Estas Creencias tan irracionales e irrealistas le hacen sentirse ansioso y deprimido, y son la causa de que evite enfrentarse a las críticas.

Si él se coloca en el marco de referencia de la RET, se obligará, sin importar lo duro que resulte, a reconocer los sentimientos dolorosos en C, a ver claramente las Creencias irracionales (iB) que los crean, y a Refutarlas en D. La Refutación sigue el método lógico-empírico de enfrentarse a cualquier hipótesis: ¿Por qué es horrible que los miembros de mi grupo de supervisión sean tan críticos conmigo? ¿Dónde está la prueba de que tengo que ser un terapeuta mejor y recibir menos críticas? ¿Cómo se demuestra que soy una porquería de persona por la visión negativa que tienen de mí?» Al usar la Refutación RET, David también deja a un lado los *debo* dogmáticos y busca unas teorías alternativas para solucionar su problema (como lo hace la ciencia) (Dryden & Ellis, 1986; Ellis, 1962, 1973, 1985b, 1985c, en imprenta).

Si David persiste en este ataque racional-emotivo a sus Creencias irracionales, es muy posible que termine con una E -una Nueva Filosofía Efectiva. E es la respuesta lógica y empírica a D (Refutación). Es una respuesta o conclusión de base racional- empírica. Por ejemplo: «Bueno, realmente es muy malo que un grupo de supervisión me vea como un terapeuta poco eficaz, pero no es más que eso, ¡muy malo!. Ahora, si quiero mejorar esta situación tan mala en la que me encuentro, ¿por qué no escucho sus sugerencias, cambio algunos de mis actos, me convierto en un terapeuta más eficaz, y me gano su aprobación? De hecho, tanto si ellos me aprueban como si no, ¿Por qué no empleo sus críticas en convertirme en un buen terapeuta para que pueda divertirme más y ayudar a otros?». Si llega a esta clase de conclusión, es muy posible que David encuentre que se han esfumado sus sentimientos de ansiedad y depresión y que no tiene que defenderse.

Por lo tanto, Joan (y después John) intenta ayudar a David a que vea el ABC de su perturbación y trabaje en D (Refutación) hasta que llegue a E (Nueva Filosofía Efectiva).

Respuesta 53: El terapeuta, intentando clarificar lo que John le ha dicho a David, pretende conseguir que él se quede con sus sentimientos de ansiedad en vez de alejarse inmediatamente de ellos; y después busque las ideas, las Creencias irracionales (iB) que crean tales sentimientos. Pero en vez de *inferir* vagamente cuáles son estas Creencias (basándose en la teoría RET), apoya el punto de vista de John de que David haría mejor en *buscarlas*.

Respuesta 56: Joe, que ha permanecido en silencio hasta ahora, interviene para reforzar lo que John, el terapeuta, y los demás le están diciendo a David. En la RET se anima a todos los miembros del grupo a que sean terapeutas de cualquier miembro que exponga un problema. La teoría dice que cuantas más veces se dé este tipo de situación, más se ayudará al miembro que presenta el problema. Lo que es más importante, ayudando a una persona a exponer sus dificultades, los demás miembros del grupo (de los cuales, la mayor parte tiene unos problemas filosóficos similares de condenarse a sí mismos cuando comenten errores y son criticados) podrán expresar mejor sus propias Creencias irracionales básicas (Bard, 1980; Ellis, 1962, 1985c).

Respuesta 63: Si David tiene razón y responde mejor cuando se le hacen preguntas directas que cuando las preguntas son de tipo democrático o socrático, esto sería un punto importante que habría que examinar en la terapia. Se asume convencionalmente, en especial por los terapeutas psicoanalíticos o centrados en el cliente (Freud, 1965; Rogers, 1961), que el cliente obtendrá un mayor beneficio si llega a los insights básicos por sí mismo o con muy poca ayuda del terapeuta. La teoría RET dice que eso está muy bien con algunos clientes, pero hay otros que vienen a la terapia tan confusos y desorientados que la directividad les ayuda más que cualquier reflejo del sentimiento no directivo (Ellis, 1962, 1971a, 1973, 1985c; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Harper, 1975).

En este ejemplo, las preguntas objetivas y no directivas de John le hacen a David decirse: «Me pregunto cuál será la respuesta «correcta» que espera de mí. ¿Qué es lo que quiere?, ¿Qué es lo que quiere?» Esto le ayuda a aumentar su ansiedad y a ser *menos* capaz de dar la respuesta «correcta». Cuando el terapeuta y los otros miembros del grupo le dan a David la respuesta «correcta», directamente y después le preguntan si es éste su caso, él es más capaz de manejar esta respuesta, se ve reflejado en ella, y la hace suya. Aunque el terapeuta no hizo más que exponer de modo más claro y convincente los argumentos originales de John, David se sintió mucho más cómodo con esta explicación y pudo manejarla. La directividad, en este caso, resultó mejor que la no directividad «democrática». John, que es psiquiatra, ¡era tan «psicológico» que no fue lo suficientemente directo!

Respuesta 76: Cuanto más se le pregunta a David por qué no respondía a John, y si a la explicación que daba el terapeuta sobre lo que John decía, parece más claro que es una de esas personas confusas que necesitan bastante dirección terapéutica; y que con él, como con otras muchas personas en la misma situación, el preguntar abiertamente puede hacer más daño que beneficio. Quizás las preguntas de John podrían haber resultado, si los otros miembros del grupo no hubieran estado presentes para interrumpirlas. Quizá hubieran confundido a David mucho más. De cualquier forma, el terapeuta, al ver lo que estaba ocurriendo, no duda en intervenir e intentar ayudar a David de otra manera. Y esta intervención activa parece salir bien, por lo menos en este caso en concreto, porque en otros ejemplos es posible que

hubiera sido más disruptiva que útil. Pero, en general, hemos comprobado que produce excelentes resultados el presentar el material de la RET de forma didáctica y directiva dentro de una sesión de grupo, especialmente si los clientes están confusos; incluso cuando otras técnicas menos directivas no ayudan al cliente.

Respuesta 78: En la RET suelen asignarse tareas activas para casa o in vivo, porque creemos que los clientes hablan y actúan en orden a producir conductas perturbadas; por lo tanto, es muy importante para ellos el empezar a actuar de manera menos perturbada si quieren habitar su pensamiento, conducta y sentimiento a ese estilo de vida nuevo y sano. Suele ser típico que a los clientes no asertivos se les asignen tareas como acercarse a miembros de otro sexo, buscar un trabajo nuevo, etc. A los clientes evasivos y hostiles se les proponen tareas como introducirse deliberadamente en situaciones creadoras de hostilidad (como visitar a parientes que odian), y se les entrena para pensar y sentir menos hostilidad.

En el caso de David, se le pide que mantenga los sentimientos incómodos que producen ansiedad; que se enfrente a las Creencias irracionales (iB) de que *no puede soportar* esos sentimientos; y que averigüe cuáles son el resto de Creencias irracionales básicas, como el pensar que es una persona horrible si continúa recibiendo críticas negativas de su grupo de supervisión; para después Refutarlas activamente hasta que desaparezcan. Empujado por su grupo de supervisión, David realizará estas tareas durante las semanas siguientes y obtendrá bastante beneficio de ellas, ya que, primero tomará contacto con sus sentimientos de ansiedad y, segundo reducirá al mínimo esos sentimientos. Dos meses más tarde David comunicó al grupo que se había convertido en uno de los individuos más abiertos de su grupo de supervisión, y que no tenía ninguna dificultad en enfrentarse a las críticas durante las sesiones de terapia.

Respuesta 86: El terapeuta apunta que aunque es positivo para David tomar contacto con el sentimiento de dolor por las críticas, el tomar *demasiado* contacto con ese sentimiento, como él ya solía hacer, tiene sus desventajas y no es recomendable. El *objetivo* de tomar contacto con un sentimiento en la RET, no es simplemente reconocerlo y sentirlo, sino cambiarlo cuando es destructivo. Además, la RET no cree que porque un cliente rebele y exprese sus sentimientos vaya a mejorar automáticamente. Pero sí cree que una comprensión realmente terapéutica de los sentimientos de alguien supone entender su filosofía básica, y cambiarla radicalmente cuando produzca ansiedad, depresión y hostilidad.

Respuesta 88: De la misma forma en que la RET combate el perfeccionismo humano en general porque es la raíz de muchas desgracias, combate también el perfeccionismo en la terapia. El objetivo de la RET no consiste en que los clientes entiendan *perfectamente* o se vuelvan perfectos, ya que no pueden dejar de ser seres humanos con dificultades y problemas de un tipo o de otro. Su objetivo es hacer que eliminen gran parte de su sufrimiento y dolor emocional *innecesario*, pero que

no se vuelvan insensibles ni exentos de emociones negativas apropiadas como son la pena, la aflicción, y el disgusto extremo, cada vez que se enfrentan a Acontecimientos Activadores verdaderamente malos. La RET educa en la tolerancia humana —¡incluido el tolerar resultados terapéuticos imperfectos!.

Las personas con problemas pueden decidir trabajar persistentemente para cambiar sus creencias irracionales y actuar en contra de ellas; o pueden conseguir ayuda de parte del terapeuta o amigos, de los libros, discursos, demostraciones, grabaciones, etc. Pueden asistir a una clase o grupo a gran escala; o también pueden trabajar en terapia individual o de grupo. Si eligen un proceso de grupo regular a pequeña escala, y si escogen un grupo terapéutico que sigue los principios racional-emotivos o cognitivos-conductuales, entraran dentro de un procedimiento terapéutico comprensivo y multifacético que ha demostrado ser eficaz en un gran número de investigaciones y presentaciones clínicas. Nosotros mantenemos la hipótesis de que el tratamiento de grupo RET puede ayudar a las personas a encontrar una solución más rápida, profunda y duradera a sus problemas emocionales, que otros métodos de psicoterapia contemporáneos (Ellis, 1973, 1974a; Shostrom, Ellis & Greenwald, 1976).

CAPITULO VIII

Encuentros maratonianos racional-emotivos

Nosotros y nuestros socios del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York hemos experimentado durante veinte años con distintos tipos de grupos de encuentro con el fin de desarrollar un procedimiento que cubra dos objetivos importantes: primero, proporcionar las mejores experiencias de encuentro a todos los miembros del grupo; y segundo, incluir una buena dosis de psicoterapia de grupo cognitiva y orientada a la acción que se diseña, no sólo para ayudar a que los participantes se sientan mejor, sino también para que vayan mejor. Durante este tiempo hemos participado en cientos de maratones y minitones (maratones más cortos) y, además, hemos dirigido miles de sesiones regulares de terapia grupal. Hemos utilizado deliberadamente una gran variedad de técnicas, desde los procedimientos de terapia racional-emotiva usuales, hasta métodos altamente experienciales o expresivos que suelen emplearse en entrenamiento en sensibilización, grupos básicos de encuentro, y los procedimientos de maratón y terapia de grupo de George Bach (1966), Frederick Pearls (1969), William Schütz (1967) y Herbert Otto (1968).

Hemos diseñado y utilizado con bastante éxito un procedimiento que llamamos Encuentro Maratoniano Racional-Emotivo. Este procedimiento es más estructurado que el encuentro básico habitual, y se hace más hincapié en los aspectos verbales que en los no verbales, aunque incluye aspectos significativos de métodos no verbales y orientados a la acción. También se da un rol decididamente terapéutico (así como una participación activa) al líder del grupo.

Parte de este Capítulo es una adaptación de Albert Ellis, «A Weekend of Rational Encounter» en Arthur Burton (Ed.) *Encounter* (pp. 112-127), San Francisco: Jossey-Bass, 1969. Usado con autorización.

DURACION DE LOS MARATONES

Los maratones RET tienen una duración entre 10 y 14 horas. Originalmente, siguiendo el modelo de George Bach, los maratones duraban 2 días y se exigía a los participantes que acudieran sin haber dormido, para ayudar a que disminuyeran sus defensas y se abrieran más. Se encontró que este supuesto no era válido porque muchos participantes se dormían durante el maratón, y los que quedaban despiertos estaban tan cansados que funcionaban bastante mal.

Entonces se cambió el procedimiento del maratón, y se permitía dormir de 8 a 10 horas a los participantes al final del primer día. Por último, se encontró que un maratón de 14 horas en un sólo día era tan efectivo como las 20 horas en dos días. En la actualidad, el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York prepara unos maratones de 10, 12 ó 14 horas para un día, lo cual es igualmente efectivo. Un grupo de maratón suele estar compuesto por 12 ó 18 personas bajo la dirección de un líder o dos co-líderes. Estos maratones los dirigen únicamente terapeutas profesionales que han recibido un entrenamiento muy sólido en RET individual y de grupo y que también tienen un entrenamiento especial en maratón.

PROCEDIMIENTOS DE APERTURA

Un maratón racional-emotivo típico empieza con una bienvenida por parte del líder hacia los demás participantes, explicándoles que todo lo que suceda en el grupo es estrictamente confidencial, y por lo tanto sólo puede discutirse con otros miembros del grupo. Después se pide a todos los participantes que se presenten y respondan a las preguntas: «¿Por qué estas aquí?», «¿Cómo te sientes en este momento?». Para ello se da un máximo de 5 minutos a cada uno, aunque pueden hablar mucho menos.

A continuación el líder del grupo hace las siguientes preguntas: (1) «¿Qué es lo que más te preocupa ahora, tanto (a) en esta situación de grupo como (b) en tu vida diaria?» (2) «¿Qué es lo que te da más vergüenza?. Se lo más honesto posible.» Mientras responden a estas preguntas los demás pueden hacerles preguntas breves para averiguar cómo se sienten y qué ocurre en su interior. Pero, en este punto, el terapeuta interviene para cortar cualquier intercambio extenso o consideración detallada de los problemas, porque el propósito de esta primera parte del maratón es que todos los individuos se abran, expresen sus sentimientos y actitudes, y den a los demás alguna oportunidad de conocerles antes de empezar a responder a las preguntas sobre sus problemas.

Si se ve la necesidad de una mayor apertura, se puede preguntar a cada uno: «¿Cuáles han sido los acontecimientos más importantes de tu vida?» Y para responder a ello se da un tiempo de 5 a 10 minutos. Sin embargo, hemos encontrado que este procedimiento es demasiado largo y denso, y proporciona un material que posiblemente debiera extraerse en otro contexto. Además, esta clase de material histó-

rico es irrelevante, dificulta la expresión de sentimientos normales, y desvía a las personas hacia áreas poco importantes de su vida.

Posteriormente el líder dice al grupo: «Buscad algo que os impacte emocionalmente ahora (positivo o negativo). Sentidlo. Contad vuestro sentimiento al grupo.» Pueden pedirse voluntarios para hablar, o ir preguntando uno por uno. El pedir voluntarios tiene la ventaja de que (1) aporta un material genuino y no forzado; (2) ahorra tiempo; (3) informa, para una discusión posterior, de cuáles son los miembros inhibidos del grupo que tienen miedo de sentir o expresar sus sentimientos abiertamente.

PROCEDIMIENTOS SUBSIGUIENTES

El líder del grupo dice: «Pensad algo arriesgado que podáis hacer en este momento. Hacedlo.» Se piden, de nuevo, voluntarios para responder o responde todo el grupo. Si algunos permanecen en silencio, se les puede preguntar: «¿Por qué no pensáis en algo arriesgado ahora que ya lo han dicho los demás miembros del grupo?» (El líder explica, en algún momento de la primera fase del maratón o en este mismo momento, que se permite a los miembros hacer cuanto quieran en el grupo, siempre que no se hagan daño físico a sí mismos o a los otros. Por ejemplo, romper los muebles o tirarse por la ventana, no está permitido; quitarse la ropa o insultar, sí se permite.)

El líder continúa diciendo: «¿A qué miembro de este grupo te gustaría reprender? ¿Por qué? Hazlo ahora.» Para este procedimiento normalmente se piden voluntarios, porque algunas personas no son hostiles o todavía no quieren expresar su hostilidad. A la gente que permanece en silencio se le pregunta por qué no tienen ganas de reprender a nadie; y a los muy inhibidos, el líder o cualquier otro miembro del grupo les puede pedir que regañen a una o más personas.

Después el líder dice: «¿Con qué miembro de este grupo te gustaría tener una experiencia amorosa o una relación afectiva? Pregunta a esta persona si a él o ella le gustaría colaborar contigo en tener esta clase de experiencia. Si él o ella consiente, empénate en ello tanto como puedas, ahora. Si ambos sentís que os gustaría tener o continuar esta experiencia amorosa fuera de la habitación, podéis dejar el grupo durante 5 minutos como máximo e ir a otra habitación de este edificio. Sin embargo, aseguraos de que volvéis después de 5 minutos.» A continuación el líder (1) pregunta a los individuos que han tenido la experiencia amorosa o afectiva dentro de la habitación, qué han sentido; (2) a los individuos que no han querido tener experiencias amorosas con nadie se les pregunta el por qué; (3) los individuos que han preferido salir de la habitación durante 5 minutos, cuando vuelven se les pide que describan con detalle lo que han hecho y cómo se han sentido haciéndolo. De una forma u otra, se induce a todos los miembros del grupo a que tengan experiencias afectivas con al menos uno de los miembros o que expliquen por qué no desean tenerlas.

Este procedimiento suele valorarse como uno de los más excitantes del maratón. Hace que los participantes se abran a ellos mismos y a los demás; sirve para

ir entrando en áreas problemáticas; supone un riesgo; y ayuda al cambio terapéutico o experiencial. Si hay tiempo, puede repetirse más adelante (lo mismo que cualquier otro procedimiento que resulte productivo), con la condición de que se elija a otra persona diferente para tener la experiencia amorosa o afectiva.

PROCEDIMIENTOS RET

El líder dice: «Escoge a alguien del grupo al que pienses que puedes ayudar con uno de sus problemas básicos. Siéntate en el centro del grupo con él e intenta ayudarlo.» Se anima a todos o a la mayoría de los participantes a que trabajen con al menos una persona. Posteriormente, y después de haber observado y escuchado durante un rato, se anima al resto del grupo a que se unan a la labor de ayudar a la persona que tiene el problema. Para entonces este procedimiento ya está instituido y todos los miembros han tenido oportunidad suficiente —normalmente unas 7 u 8 horas— de expresarse, implicarse en alguna conducta no verbal (especialmente de tipo afectivo) y mostrar cuáles son sus problemas básicos. Por lo tanto, se supone que ya están preparados para un examen más detallado de sus problemas principales. Esta técnica (1) anima a que otro miembro elija a alguien que piensa que tiene un problema; (2) implica profundamente a dos personas a la vez, por lo menos, en el proceso de resolución de problemas; (3) consigue que muchos miembros den más detalles de sus pensamientos, sentimientos y conducta, tanto si quieren como si no; e (4) introduce un aspecto explícitamente racional-emotivo en el maratón, con el terapeuta que empieza a supervisar los intentos de los participantes de ayudarse unos a otros.

Al llegar a este punto, como ya dijimos anteriormente, los líderes procuran que cada participante se haya implicado en el proceso. Ahora ya permiten a cada persona que se tome de 20 minutos a una hora para expresar sus problemas más importantes (o que los demás los eliciten) y los líderes, por su parte, trabajan con un individuo o con el grupo en un intento racional-emotivo de centrarse y resolver estos problemas. Los líderes suelen intervenir directamente para explicar al grupo qué es la aproximación racional-emotiva: las personas no se perturban como resultado de acontecimientos pasados de su vida en el punto A, sino por su propia tendencia a dar ciertas interpretaciones, valores, y reacciones irracionales y desordenadas a estos acontecimientos en el punto B.

Los líderes enseñan a los miembros del grupo en general, y al individuo que presenta un problema en particular, cómo distinguir y discriminar entre sus reacciones sanas o apropiadas en B (creer que es algo indeseable y desafortunado que hayan ocurrido o estén ocurriendo varias cosas en el punto A) y sus reacciones irracionales o inapropiadas en B (creer que es horrible, espantoso, terrible, y catastrófico que estén ocurriendo o hayan ocurrido estas cosas en el punto A). Sabiendo esto, explican cómo pueden retener las rB (Creencias racionales) y minimizar o eliminar las iB (Creencias irracionales) para que cambien significativamente sus emociones y acciones en el punto C. Los líderes también ayudan a los miembros

del grupo a que asignen tareas activas para casa a los individuos que presentan el problema, tareas que les ayudarán a contradecir con eficacia sus iB y sus reacciones autoderrotistas para que consigan unos resultados emocionales y conductuales bastante diferentes en el punto C.

Por ejemplo, una mujer de un encuentro maratónico racional, demostró en varias ocasiones, que sólo estaba reaccionando como terapeuta en el grupo, lo mismo que en su propio trabajo con clientes, y que no estaba revelando nada de su vida personal porque le daba miedo. Uno de los hombres de grupo la eligió a ella para trabajar, y se colocaron en el centro con el fin de demostrarle lo evasiva que había sido durante todo el maratón. Con alguna ayuda del resto del grupo, al final consiguió llegar a ella, y admitió que tenía unos problemas personales muy serios, pero que se sentía mucho más cómoda hablando de las miserias de los demás que de las suyas propias. El grupo se desestabilizó y exaltó bastante cuando esta mujer se trastornó al ver que los demás atacaban sus defensas, y empezó a llorar (lo cual chocaba con su habitual compostura) y a admitir que era una persona muy sola, y deseaba encontrar un hombre con quien mantener una relación amorosa porque hasta ahora había fracasado miserablemente en eso. Todos simpatizaron con ella, y le demostraron lo terapéutico que había sido para ella admitir su problema real, y soltar el anzuelo.

Sin embargo, el líder insistió en que a partir de ahora tendría que buscar las causas básicas de su soledad y de sus defensas. Ella dijo que había estado en terapia psicoanalítica durante 5 años y que conocía las causas: el rechazo de su padre cuando era una niña y la insistencia, desde entonces, en encontrar un hombre igual a su padre para que la ame y se case con ella. Por el contrario, su ex-marido y todos sus amantes habían sido hombres débiles que dependían de ella y que no se parecían mucho a su «fuerte» padre.

«¡Diablos!» interrumpió el líder. «Aunque estos hechos de tu pasado sean ciertos, difícilmente explican, en primer lugar, por qué pensabas que necesitabas totalmente el amor de tu padre en aquel momento, y en segundo lugar, tampoco explican por qué estás tan absolutamente convencida de que todavía necesitas la aprobación de algún hombre «fuerte». ¿Cuál es la *filosofía o el sistema de valores* que probablemente tenías cuando eras niña, y que todavía tienes, que te *hace* necesitar desesperadamente el amor de un hombre duro?».

La terapeuta sólo podía llegar a la idea siguiente: como su padre la había rechazado, ahora necesitaba la aceptación de un hombre como él; pero el líder insistía en que esta idea no explicaba su primera demanda del amor de su padre. Finalmente, uno de los miembros del grupo dijo: «Lo que tu quieres decir es que incluso cuando eras una niña, creías firmemente que si *cualquier* persona significativa, como tu padre, rechazaba alguna de tus conductas, esto suponía que él *te* rechazaba totalmente; y que la única manera que tenías de poder aceptarte como persona y de vivir y divertirtiarte, era que *todas* las personas significativas de tu vida, incluido tu padre, dijeran: '¡Sí, cariño, te queremos inmensamente, y pensamos que eres estupenda!'».

«Tenéis bastante razón,» dijo la terapeuta mientras paraba de llorar y escuchaba lo que le decían los miembros del grupo, «Cuando era más joven, no podía soportar, incluso, que a algunas de mis amigas no le gustara algo que yo hubiera hecho.

Pensaba que lo *tenía que* hacer bien a la fuerza y que *debía* conseguir la aprobación de ellas. Y cuando creía que yo no les gustaba me odiaba a mi misma.»

«Sí,» dijo otro miembro del grupo (que se había resistido a exponer su problema). «Sé lo que quieres decir. Yo me sentía exactamente igual cuando era un adolescente. Si alguno de mis amigos, parientes o padres, me decía que hablaba mal o me comportaba con poca educación, también pensaba que me estaban acusando injustamente, ¡o que tenían razón y yo era una persona horrible!. Y me doy cuenta que hoy en día todavía actúo así. Yo me valoro a mi mismo por las opiniones que me dan los demás, o las que yo *creo* que me dan, lo mismo que tú. Pienso que soy una auténtica porquería si la gente no me dice que soy la persona más maravillosa del mundo.»

«Ahora sé lo que queréis decir cuando me pedís que busque mi *filosofía*,» dijo la terapeuta. «Creo firmemente que no puedo aceptarme a mi misma si otros no me aceptan primero - no merezco ser feliz si los demás no creen que merezca ser feliz.»

«¡Bien!» dijo el líder. «Tienes una de las principales ideas irracionales que producen soledad y autodesprecio a muchos millones de seres humanos: tu no *quieres* o *prefieres* simplemente que a las personas significativas les gusten tus actos y estar contigo, sino que tu *necesitas* total y absolutamente su aceptación para aceptarte a ti misma. Ahora, ¿Qué puedes hacer para minimizar esta necesidad tan terrible y sustituirla por un deseo o preferencia?».

«Analizarla, supongo. Pregúntame *por qué* no puedo hacer lo que quiero o creo que no puedo, sin la aceptación de los demás.»

«¡Tienes muchísima razón, puedes analizarla!» dijo otro miembro del grupo, que hasta este momento se había opuesto completamente a muchos de los análisis racional-emotivos que habían tenido lugar durante el maratón y a quien sólo le interesaba tener una experiencia individual y de grupo. «Y a menos que la analices y, la analices hasta que decidas abandonar esa filosofía asesina, continuarás sufriendo sus consecuencias, como ahora nos lo has demostrado.»

«Sí,» dijo el líder. «Ahora vamos a ver qué clase de tareas te podemos dar para ayudarte a combatir tu filosofía: Debo-tener-amor-o-si-no-soy-un-baboso.»

Uno de los miembros del grupo sugirió que siempre que hablara de los problemas de los demás en el maratón, se refiriera también abierta y oralmente, a sus propios problemas y a la filosofía que está a la base de sus problemas. Ella lo aceptó y lo cumplió durante el resto del maratón. Al final manifestó empezar a ver mucho más clara su filosofía y cómo podría combatirla y cambiarla.

PROCEDIMIENTOS DE CLAUSURA

Al llegar al último tercio del maratón, se introduce una adaptación del ejercicio «silla caliente» de Fritz Peris. La versión original consistía en que todo el mundo se sentara sucesivamente en la «silla caliente» y forzara al resto a que hicieran comentarios sobre la persona que está en la silla, pero esta técnica consume demasiado

tiempo y es ineficaz. En la versión RET se anima a todos los participantes (pero no se les fuerza) a que se sienten en la silla caliente en el centro de la habitación ya todos los demás se les anima (pero no se les fuerza) a que les digan - ¡brevemente!- los sentimientos positivos y negativos que les producen, en especial respecto a cuál ha sido su comportamiento en el maratón. La persona de la «silla caliente» no puede contestar o rebatir estos comentarios. Pero al final del ejercicio el que quiera contestar o especificar algo, puede hacerlo brevemente.

En las últimas horas del encuentro maratoniano racional, el grupo y el líder tratan de que participen las personas que aún no han expuesto ningún problema para discutirlo detalladamente. Se pregunta a estos individuos directamente por qué no han hablado a penas de ellos mismos y se les induce a que busquen un problema importante y lo discutan abiertamente. Durante estas últimas horas también pueden volverse a utilizar algunos de los procedimientos experienciales del comienzo. El líder puede imponer estos procedimientos al grupo o puede consultárselo a los demás. El objetivo es ver cuánto ha avanzado cada miembro, especialmente los más inhibidos, atendiendo a sus expresiones y acciones.

También en las últimas horas del maratón pueden comentarse las preguntas siguientes: (1) «¿Cuáles han sido para ti las experiencias más importantes del maratón y qué es lo más importante que has aprendido sobre ti mismo?» (2) «Al pensar en esta experiencia del maratón, qué es lo que no has dicho al grupo o a los individuos cuando tenías la oportunidad de hacerlo? Dilo ahora.»

Para la media hora final, el líder selecciona a un miembro del grupo cada vez, para que se siente en el centro de la habitación y dice al resto: «Ahora, cualquiera de vosotros puede sugerir a «X» unas tareas adecuadas que le ayuden a solucionar algunos de los problemas que ha expuesto aquí o a vivir más feliz en el futuro. Permitidle a X, que si lo necesita, tome notas sobre lo que le decís para que no se le olvide.»

Después de terminar el maratón se fija un fecha para verse de nuevo, normalmente de 6 a 10 semanas después, y se invita a todos los participantes a que vuelvan para discutir durante 4 horas aproximadamente qué es lo que consiguieron del maratón, qué cambios se han producido en sus vidas como resultado de él, qué tal les va con las tareas asignadas (o si no las han cumplido), si les gustaría participar en maratones futuros, y otras preguntas de este tipo.

DIFERENCIAS CON OTROS MARATONES

Este es el procedimiento básico de un encuentro maratoniano racional-emotivo. Como puede verse fácilmente, se diferencia de otros encuentros maratonianos en que (1) es más directivo; (2) intenta que en un período muy limitado de tiempo los individuos tengan entre ellos las mayores experiencias posibles; (3) empieza con procedimientos expresivo-emotivo-experienciales pero termina, como resultado de un plan muy estudiado, con procedimientos de solución de problemas; (4) está diseñado para ser específicamente terapéutico y no simplemente un conductor

188-Missing page

189-Missing page

no dramáticas. Las técnicas «rebuscadas» consisten en ejercicios físicos, percepción sensorial, baile, natación, música, luces psicodélicas, técnicas de sujetar la mano, finger wrestling, y otros métodos «artificiales» que suelen emplearse hoy en día en los grupos de encuentro, pero rara vez en los racional-emotivos (aunque no hay ninguna razón por la que no puedan usarse como complemento, si queda tiempo). Prácticamente todo lo que se hace son cosas corrientes de la vida diaria, aunque es menos corriente que se practiquen abiertamente en medio de un grupo.

El grupo de encuentro es demasiado hedonista. En el encuentro racional-emotivo los participantes se divierten y se implican mucho en lo que están haciendo, pero no está permitido que el placer o la satisfacción del momento interfiera con el contenido de lo realizado. El objetivo principal del maratón es ayudar a los individuos a entenderse y a ser capaces de efectuar cambios significativos en su personalidad. Aunque el placer y la satisfacción física en particular se ven como algo bueno, no por ello tienen que ser terapéuticos; al contrario, nosotros creemos que los seres humanos tienen que trabajar duro para comprender y modificar sus filosofías irracionales de la vida. Eso es lo que se les enseña durante el proceso de maratón, además de animarles a que lo extrapolen a su vida actual.

El encuentro básico o el proceso de entrenamiento en sensibilidad es demasiado difuso e ineficaz. En nuestra opinión, esto suele ser cierto. Los miembros del grupo más perturbados, o incluso los relativamente «normales», a veces se enredan en sus propios juicios y exploraciones no directivas sobre los pensamientos y sentimientos de los demás, mientras intentan expresar sus emociones internas. Todo ello puede llevarles a obtener resultados excelentes, pero en muchos casos es una pérdida de tiempo. Con frecuencia ocurre en un maratón largo (sin mencionar una semana entera o dos de sesiones continuas de entrenamiento en sensibilidad) que: (1) algunos miembros del grupo no dicen prácticamente nada, (2) son muy pocos los problemas que se exploran intensamente, y (3) se pierde mucho tiempo en charlas irrelevantes y poco importantes. Los encuentros racional-emotivos están específicamente diseñados para eliminar estos fallos, para emplear eficazmente cada minuto del tiempo disponible, y para implicar en términos experimentales y de solución de problemas a todos los miembros del grupo.

A la larga, el cambio potencial humano es antiterapéutico. Esto puede ser verdad para ciertos aspectos del cambio. Los seres humanos parecen volverse más felices, más creativos, más autodirectivos, menos ansiosos, y menos hostiles cuando cambian algunos de sus supuestos irracionales e infantiles básicos, en especial los siguientes: (1) que necesitan terriblemente el amor y la aprobación de todas las personas significativas que conocen; (2) que deben ser competentes y adecuados en todo y conseguir todo lo que se proponen, si quieren valorarse; (3) que las personas en sí mismas, incluidos ellos, son malas, perversas o viles cuando su comportamiento no es ético y que deben ser castigadas severamente por su vileza; y (4) que es horrible y catastrófico que las cosas no salgan como se quiere y que los deseos no se gratifiquen inmediatamente. Estos sistemas de valores y filosofías irrealistas y estúpidas no sólo no se contradicen en muchos grupos de encuentro, particularmente en los que se hace un entrenamiento en sensibilidad convencional, sino que además

se refuerzan. Ciertos grupos de maratón de tipo Esalen y de orientación Synanon, por ejemplo, enseñan consciente o inconscientemente a sus participantes, que tienen valor si los demás miembros del grupo les halagan o que deben enfurecerse cuando los demás actúan de forma negativa y poco educada. Sin embargo, los encuentros maratonianos racional-emotivos están especialmente diseñados para mostrar a cada participante cuál es su filosofía auto-destructiva fundamental y para indicarles cómo pueden cambiarla aquí y ahora pero también en el futuro. En consecuencia, es una experiencia terapéutica orientada hacia lo experiencial y hacia la modificación de conducta, que favorece la auto-expresión y el aprendizaje de habilidades nuevas.

¿Es el encuentro racional-emotivo de fin de semana la última palabra en cuanto a maratones de grupo? Probablemente no. Nosotros continuamos mejorando los maratones en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva y sin ninguna duda hallaremos algo diferente de lo que hemos hecho hasta ahora. Pero estamos seguros de que los procedimientos que empleamos en la actualidad son más eficaces en cuanto a la concentración de experiencias con uno mismo y con los compañeros y en cuanto a la adquisición de una manera más sana y creativa de vivir en el mundo, que cualquiera de los otros métodos de encuentro que hemos utilizado. Esperamos seguir experimentando para que nuestros encuentros maratonianos futuros sean aún mejores.

CAPITULO IX

La aproximación racional-emotiva a la terapia sexual

Resulta bastante difícil presentar la aproximación racional-emotiva al *counseling* y terapia sexual en sólo un Capítulo. Esta aproximación pretende ir mucho más allá de las técnicas empleadas por terapeutas sexuales de otras escuelas como son los psicoanalíticas, conductistas, reicherianos y bioenergéticos, o los que pertenecen a la escuela de Masters y Johnson. En ella se incluyen muchos de los métodos utilizados por estas escuelas, pero con el apoyo de supuestos teóricos además de los meramente prácticos, ya que es parte integrante de una teoría de la psicoterapia. Reniega de algunos de los métodos populares de *counseling* sexual, como los psicoanalíticos y reicherianos, porque considera que son dañinos y no terapéuticos.

En este capítulo no vamos a intentar establecer todo lo que ocurre y lo que no ocurre con el tratamiento racional-emotivo de los problemas sexuales, ya que hay varios libros y artículos que tratan sobre el tema (Ellis, 1958c, 1960a, 1961, 1963a, b, 1972c, 1976f, 1979e, 1980a, c, d). Intentaremos mencionar brevemente varios aspectos de la terapia racional-emotiva (RET) que se comparten con otras terapias sexuales, pero pondremos un énfasis especial en aquellos aspectos que pertenecen únicamente a la RET y a terapias cognitivo-conductuales.

Por sus características, la RET se ha aplicado a menudo a problemas sexuales humanos, particularmente a la impotencia y frigidez. De hecho, yo (AE) no hice mucha terapia sexual al principio cuando todavía no había desarrollado el método racional-emotivo, porque el mal funcionamiento sexual *requiere* [como más tarde encontraron Masters & Johnson (1970)] el uso efectivo de métodos directivos y asignación de tareas por parte de un terapeuta experimentado, de una forma mucho

Parte de este capítulo es una adaptación de Albert Ellis, «The Rational-Emotive Approach to Sex Therapy,» *The Counseling Psychologist*, 1975, 5(1), 14-22. Permitida su reproducción.

más explícita que para cualquier otro problema psicológico. Experimentando sobre esto, y especialmente después de descubrir que las técnicas «profundas» de psicoanálisis con frecuencia hacían más mal que bien a las personas con disfunciones sexuales, me decidí a abandonar la psicoterapia tradicional y desarrollé la aproximación racional-emotiva mucho antes de lo que hubiera hecho en otra situación.

De cualquier forma, el tratamiento racional-emotivo de las dificultades sexuales emplea una aproximación cognitivo-emotiva-conductual comprensiva. A continuación haremos un esbozo de algunos de sus principales elementos.

TERAPIA SEXUAL COGNITIVA

Información que se da

Lo mismo que Masters y Johnson (1970), Hartman y Fithian (1972), Kaplan (1974), y otros terapeutas, los practicantes de la RET observan que la mayoría de los clientes con ansiedad, hostilidad o compulsión sexual carecen de información, y ven la necesidad de proporcionarles información correctiva. Según la teoría RET, esta información sirve para corregir algunas ideas irracionales: por ejemplo, que deben tener un coito convencional si quieren estar a gusto y que todo vaya bien; que todos los hombres y mujeres normales desean sexo incesantemente y pueden excitarse y obtener satisfacción con facilidad; que ambos deben excitarse espontáneamente si quieren una buena relación sexual; que si una persona está enamorada su pareja le excita automáticamente; que la variedad no es importante en las relaciones sexuales; que los deseos adúlteros son ilegítimos e inmorales; que el juego sexual, para que sea correcto, debe terminar en el coito; que cualquier individuo experimentado puede excitar, y proporcionar muchos orgasmos a su pareja (Ard, 1974; Ellis, 1972a, 1980d).

Los terapeutas racional-emotivos dan tanta o más información que cualquier otro terapeuta sexual. Pero lo hacen, no sólo para proporcionar más conocimientos y entrenamiento a los individuos mal adaptados sexualmente, sino también para intentar ayudarles a que adopten una actitud abierta, experimentada, individualista y racional hacia el sexo, amor, y matrimonio, así como para ayudarles a que superen los mitos, supersticiones y dogmas autoderrotistas y saboteadores de la pareja. Respecto a problemas como la eyaculación precoz, nosotros vamos más allá del uso obsesivo que hacen muchos terapeutas de la técnica de presión, y a menudo recomendamos una amplia variedad de procedimientos alternativos, como el conseguir más orgasmos de su pareja o de sí mismo empleando pensamientos distractores, poniéndose uno o dos preservativos, manteniendo un intercurso regular e interrumpiéndolo con paradas intermitentes cada vez que se sienta que va a eyacular, empleando ejercicios de respiración, y contracciones anales espinerianas (Ellis, 1960a). Como la RET emplea sus ya conocidas técnicas «antihorror», los practicantes de la RET pueden permitirse recomendar métodos que a lo mejor rechazan Masters y Johnson (1970), como son los pensamientos distractores.

Métodos de imaginación

Siguiendo en la línea de lo cognitivo, la RET también hace uso de bastantes métodos de imaginación en la terapia sexual. En particular, enseñamos a hombres y mujeres que tienen dificultades en excitarse o llegar al orgasmo, qué tipo de fantasía funcionará en su caso particular, y a no sentir vergüenza o culpabilidad si sus fantasías parecen «bizarras» o inadecuadas socialmente. El terapeuta les ayuda a usar fantasías sexuales corrientes, algunas imágenes «pornográficas» o fantasías románticas, fijándose en las sensaciones y respuestas propias o de su pareja, o en fantasías expresadas por ambos. Cuando es conveniente, se recomienda material fotográfico o escrito como ayuda a estas fantasías.

Existe una clase especial de imágenes que incluye fuertes elementos cognitivos, emotivos y conductuales, dentro de los dominios de la RET: la imagen racional-emotiva (REI), desarrollada originalmente por Maxie C. Maultsby, Jr. (1971) e incorporada como una de las técnicas principales de la RET (Maultsby & Ellis, 1974). Yo (AE) utilicé la REI con Sally, cuyo caso presenté en un artículo: «*The Treatment of Sex and Love Problems in Women*» (Ellis, 1974c). Sally acudió a mí porque sólo llegaba al orgasmo ocasionalmente, incluso cuando sus amantes le daban masaje a la región clitoridiana durante 15 ó 20 minutos, y en el momento en que vino a terapia, empezaba a estar completamente aburrida del sexo, de tal forma que no había nada prácticamente que la excitara. Le expliqué el procedimiento REI en el curso de la segunda sesión: «Cierra los ojos, ya, e imagínate tan real como puedas, que estás teniendo relaciones sexuales con tu amante. ¿Lo consigues?»

«Sí.»

«Muy bien. Continúa con la relación. Pero imagina también que no ocurre nada o casi nada. Tu no consigues excitarte; cualquier cosa resulta inútil; y él empieza a sentirse bastante irritado y desilusionado contigo, porque continuas fallando. De hecho él se pregunta y comenta en su interior tus continuos fallos, y parece que empieza a sospechar que eres un auténtico fracaso en la cama y que no eres capaz de satisfacer a ningún hombre. Imagina estas escenas de la forma más dramática que puedas, ¡Como si estuviera pasando de verdad!»

«Puedo verlo. Puedo verlo muy claro ahora.»

«Bien. ¿Cómo te sientes? Honestamente, ¿Cómo te sientes en tu interior mientras visualizas este fracaso sexual?»

«¡Fatal! ¡Deprimida!»

«Bien. Normalmente te sientes así cuando piensas que está ocurriendo esto. Ahora, cambia el sentimiento que tienes por un sentimiento de desilusión y frustración SOLAMENTE. Continúa con la misma fantasía en la cabeza, exactamente la misma imagen, pero siente SOLO tristeza, desilusión, y frustración. No te sientas fatal, ni deprimida, SOLO desilusionada. ¿Lo consigues?»

«Me cuesta mucho sentirme así. ¡Es muy difícil!»

«Ya sé. Pero también sé que lo puedes hacer. Tienes el poder de cambiar tus sentimientos, aunque sea por un momento. Así que inténtalo otra vez. Siente SOLO desilusión y frustración. Mira a ver si lo puedes conseguir.»

(Después de una pausa): «Muy bien. Creo que puedo hacerlo.»

«¿Hacer qué?»

«Sentirme *solamente* desilusionada. Después me vuelve la depresión. Pero puedo sentirlo por un momento.»

«Bien. Sabía que podías. Ahora, ¿Qué es lo que has hecho para sentirte de esa manera?»

«A ver, creo que pensé: 'No es el fin del mundo, me *gustaría* estar mucho más excitada y satisfacer a Henry. Pero no *tengo* por qué hacerlo.'

«Si. ¿Alguna otra cosa?»

«Si, 'No voy a ser una mala persona porque *nunca* consiga ser sexy. Este es sólo uno de mis aspectos, no ser sexy, pero no lo es *todo*. Todavía *queda* mucho de mi.'

«Bien. Podrías continuar pensando exactamente así, si intentaras *no* sentirte deprimida sino desilusionada. *No* te conviertes en una mala persona por dejar de ser sexy. Tu *eres* mucho más que eso. *Puedes* divertirte, e incluso tener una buena relación amorosa, si no vuelves a ser sexy nunca más.»

«Sí. Ahora veo que puedo.»

«¡Estupendo! Ahora, si practicas esta técnica de imaginación racional-emotiva todos los días, durante las próximas semanas, si continúas practicándola, al final se convertirá en parte de ti. Vas a ver con más claridad que nunca, que tienes la *oportunidad* de poder *elegir* sentirte triste y desilusionada —o fatal y deprimida— cuando visualizas el fracaso sexual. Y te *acostumbrarás* a sentirte la primera y no la última, hasta que eso se convierta en una parte casi automática de tu pensamiento y sentimiento. Hasta ahora habías practicado justo lo contrario —obligarte a sentirte deprimida cada vez que pensabas (lo cual hacías a menudo) en que no te excitabas y no llegabas al orgasmo. Ahora puedes *obligarte a* sentirte diferente, hasta que te sientas así de forma «espontánea.» Así que, practica este tipo de imaginación racional-emotiva todos los días durante las próximas semanas hasta que se convierta en una 'segunda naturaleza'. ¿Lo vas a hacer?»

«Sí,» dijo Sally.

Lo hizo con mucho empeño, y manifestó que cuando tenía una relación sexual con su amante y empezaba a sentirse deprimida ante la idea de fracasar, rápida y casi automáticamente se forzaba a sentir tristeza y desilusión en su lugar. Después de unas pocas semanas, ¡incluso tenía dificultad en sentirse deprimida! Y entonces comprobó que era capaz de imaginar escenas sexuales excitantes, de excitarse considerablemente y llegar al orgasmo.

Antihorribilizando y Antiabsolutizando

La imaginación racional-emotiva constituye, como ya hemos demostrado, una técnica de antihorribilización y antiabsolutización, porque ayuda a los individuos cuyo funcionamiento sexual no es satisfactorio a *pensar y actuar* de forma diferente y a cambiar sus filosofías de vida antiempíricas. La premisa principal de la RET

dice que los seres humanos se perturban y actúan disfuncionalmente en el sexo-amor y en otras áreas, cuando convierten cualquier deseo o preferencia en debos, tengo que, debiera, ordenes y demandas absolutistas y perfeccionistas (Ellis, 1962, 1972b, c, 1973, 1980d; Ellis & Harper, 1961b, 1975; Hauck, 1973; Knaus, 1974; Kranzler, 1974; Lembo, 1974; Maultsby, 1975; Morris & Kanitz, 1975; Tosí, 1974; Young, 1974b). La RET considera a la *masturbación* como buena y positiva pero a la necesidad perturbadora (*musturbation*) como perniciosa y creadora de ansiedad. En consecuencia, enseña a la gente a buscar sus *debos* (*must*) irracionales y a refutarlos fuerte y persistentemente y cambiarlos por *sería mejor* (*it would be better*).

En la RET enseñamos el ABC de la perturbación emocional a la mayoría de las personas con problemas sexuales, y les ayudamos a que adquieran herramientas cognitivas (así como emotivas y conductuales) con las que cambiar significativamente este ABC. Nosotros, como Helen Kaplan (1974), manejamos no sólo los problemas sexuales específicos del cliente, sino también su tendencia general a crear perturbaciones emocionales en áreas no sexuales de la vida.

Para ilustrar todo esto, yo (AE) voy a presentar un resumen de un caso típico. Se trata de un hombre de 29 años que padecía claramente de impotencia. Aunque había mantenido una relación sexual satisfactoria con su ex-mujer, con la que había estado casado cuatro años, normalmente no conseguía una erección correcta con otras mujeres, ni antes ni después de su matrimonio —excepto con prostitutas o mujeres «lascivas» y «de bajo nivel.» Había explorado los presuntos sentimientos edípicos hacia su madre (que le criticaba sexualmente desde su más tierna infancia) y la supuesta conexión que tenían con su impotencia, durante los cinco años que estuvo en psicoanálisis. Pero lo único que había conseguido es volverse más impotente.

Rápidamente demostré a este cliente que su incapacidad para excitarse al principio podía provenir de su miedo al sexo y a tener una relación con una «mujer buena» que simbolizara la figura materna, pero la causa principal de ello y su mantenimiento probablemente tenía muy poco que ver con la idea irracional de ser un pecador si tenía una relación sexual satisfactoria con cualquier sustitua de su madre. En el punto C estaba la Consecuencia emocional (o el síntoma neurótico): fracasar con «mujeres buenas.» Y como una Consecuencia emocional añadida: el sentirse muy avergonzado por ese fracaso. En el punto A, la experiencia Activadora o el acontecimiento Activador: una «mujer buena» le permitía acostarse con ella, él se metía en la cama y lo intentaba. Puesto que en términos RET, la C sigue a la A pero no tienen en realidad una relación de *causa-efecto* (como se piensa en Psicoanálisis y en otros sistemas terapéuticos), lo que hay que buscar y cambiar es B, el sistema de Creencias individual. En otras palabras: ¿Qué es lo que él continúa pensando irracionalmente en B?

Como en muchos otros casos como éste, primero empiezo con la *segunda* C: la vergüenza *por* ser impotente. En este modelo RET, A (la experiencia Activadora) representa su fracaso sexual, y C (la Consecuencia emocional) representa sus sentimientos de vergüenza, depresión, y auto-derrotismo *por* A.B (el sistema de Creencias) tiene dos partes: una Creencia racional (rB) y una Creencia irracional

(iB). La Creencia racional era obvia (como él vio en seguida): «Me gustaría mucho tener una relación sexual satisfactoria con todo tipo de mujeres, incluidas las 'mujeres buenas', y el fracaso que he tenido con ésta, me resulta desagradable e inconveniente. ¡Qué pena! Me hubiera gustado que todo hubiera salido bien. Ahora voy a ver qué es lo que puedo hacer la próxima vez que me acueste con ella, para excitarme, divertirme y complacerla a ella.»

Si él se queda SOLO con este grupo de Creencias racionales, le producirán (en C) sentimientos *apropiados* de pena, dolor, frustración y disgusto por su impotencia en A; con lo que él se sentiría *apropiadamente* triste, afligido, y frustrado por su impotencia. Pero como nosotros (él y yo) sabemos que él se siente *inapropiadamente* avergonzado y auto-derrotado por ello (en C), sospechamos que tiene Creencias irracionales en B, además de sus Creencias racionales. Buscando estas Creencias irracionales (iB), en seguida encontramos lo que él se repite insistentemente: «¡Es horrible que sea impotente! ¡No puedo soportar tener estos síntomas! No debo actuar así; ¡Me volveré un gusano y un completo baboso si sigo con esta impotencia!» Por eso, después de tener estas creencias tan profundas se siente avergonzado y auto-derrotado en C.

Si el cliente desea, como esperamos, minimizar o eliminar estos sentimientos ¿«apropiados en C, le ayudamos a colocarse en D, refutación de las Creencias irracionales. Para ello, él se hace cuatro preguntas fundamentales: (1) ¿Qué es lo que convierte en terrible (u horrible o tremendo) el hecho de que yo sea impotente?» (2) «¿Por qué no puedo soportar estos síntomas?» (3) «Muéstreme la evidencia de que yo no *deba* tenerlos.» (4) «Si mi conducta es impotente, ¿Cómo liego a ser un gusano o un completo baboso por ello?»

Después él se responde en el punto E (su nueva filosofía Efectiva): (1) «No hay nada que convierta en terrible (u horrible o tremendo) el hecho de que yo sea impotente. ¡Es frustrante e inconveniente pero no tanto como horrible o terrible! El tremendismo significa un 101% de inconveniencia, y es difícil que eso exista. El horror proviene de mi creencia de que las cosas no *debieran* resultar inconvenientes. ¡Pero si eso pasa, qué le vamos a hacer! No importa lo inconveniente que sea el tener impotencia, nunca será *más que* eso.» (2) «Puedo soportar la impotencia, aunque no me guste. También puedo soportar tener cualquier síntoma. Y preferiría no avergonzarme de mi impotencia, sólo *entristecerme*.» (3) «No encuentro *ninguna* evidencia que sostenga la proposición de que no *debo* ser impotente. Sería muy *deseable* el actuar de forma potente, pero eso no quiere decir que *deba*. No creo que me muera por seguir impotente. Lo que es más importante: Puedo obtener placer con el sexo, satisfacer a mi pareja, y disfrutar de muchos placeres no sexuales de la vida, incluso aunque siga con la impotencia sexual toda mi vida.» (4) «Definitivamente mi impotencia no me convierte en un gusano, o en un completo baboso; como mucho, seré en una persona con un handicap. El tener un comportamiento pobre no me convierte en mala persona. Yo puedo aceptarme a mi mismo completamente y proponerme vivir una vida lo más feliz posible, aunque tenga deficiencias importantes, como la impotencia sexual.»

Por medio del análisis que hizo de su A-B-C-D-E, este cliente pudo aceptarse a sí mismo *con* su impotencia y aprendió a no avergonzarse por tenerla. Una vez

que se sintió mejor en este aspecto pudo trabajar en la impotencia en sí misma, y el ABC fue como sigue: Experiencia Activadora (A): «Esta 'mujer buena' quiere que me acueste con ella.» Creencia racional (rB): «Sería mala suerte que fracasara, especialmente si tenemos en cuenta que ya he fracasado antes en estas mismas circunstancias.» Creencias irracionales (iB): «¡Sería *terrible* que fallara! ¡*Tengo que* hacerlo bien, porque si no seré un enclenque en vez de un hombre!» Consecuencia emocional (C): Falta de una erección adecuada. Refutación de Creencias irracionales (D): «¿Qué es *terrible* si fallo? ¿Qué evidencia hay de que *tenga* que hacerlo bien? Si fallo, ¿Qué prueba hay de que soy un enclenque en vez de un hombre?» Respuesta a la Refutación (E): «No hay nada *terrible* en que falle. Las cosas seguirán mal y continuará mi mala suerte, pero ¡Nada más! No hay ninguna evidencia de que *tenga que* hacerlo bien, aunque me gustaría mucho. Pero no *tengo que* hacerlo bien. ¡No *tengo que* hacer nada! Si fallo, está claro que no soy ni un Fracaso, ni un Enclenque, ni Poco Hombre. Todavía soy un ser humano, un hombre, que ahora falla, pero que puede tener éxito en el futuro. Incluso aunque nunca sea totalmente potente en el sexo, no por ello me voy a convertir en una *mala* persona. Lo único que es malo o débil es mi conducta, y no mi esencia.»

A medida que mi cliente iba trabajando en el ABC, se iba volviendo más y más potente. Después de la tercera sesión tuvo una relación con una «mujer buena» y le fue bastante bien. Inmediatamente después, de forma muy asertiva escogió otra «mujer buena» en el autobús y pasó un «fin de semana maravilloso» con ella en la cama. Ya no volvió a tener más problemas sexuales, sin importar qué clase de acompañante eligiera. Por otro lado, (al principio lo hizo él espontáneamente y después con mi ayuda) empezó a enfrentarse a sus sentimientos de inadecuación y de baja autoestima en el trabajo. Después de algunos meses había hecho grandes avances al respecto. Como ya es corriente, pudo superar sus problemas sexuales mucho más rápido y mejor que los sentimientos generales de baja autoestima. Pero la experiencia que había adquirido con el primer problema le ayudó a superar el segundo.

Utilicé con este cliente algunas de las técnicas que he mencionado en este Capítulo, particularmente las que le ayudaran a imaginarse a una «mujer buena» como «sexy» y las que le hicieran cuestionar y enfrentarse a sus sentimientos de culpabilidad por el sexo. Sin embargo, comprobé que lo más útil había sido el emplear el ABC con su vergüenza por ser impotente y con la impotencia en sí misma.

Eliminando la Culpabilidad ante el Sexo

Ya he mencionado que, a mi cliente le ayudó bastante librarse de los sentimientos de culpabilidad. La técnica de reducción de la vergüenza y culpabilidad suele ser muy válida con personas con problemas sexuales. Como ya he explicado en algunos de mis libros (Ellis, 1958c, 1960a, 1963a, b, 1976b, 1979e), hoy en día todavía hay millones de personas relativamente cultas que se sienten avergonzadas y culpables por sus actos sexuales. Mientras que otras terapias —como la terapia Gestalt (Pearls, 1969), la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1961), y la terapia

reicheriana (Reich, 1942, 1945)— atajan el problema a su manera, la RET se ocupa de minimizar la vergüenza y culpabilidad.

Por ejemplo, cuando una persona se siente culpable (en el punto C) por lo que ha hecho sexualmente (en el punto A), el terapeuta racional-emotivo busca inmediatamente sus Creencias (en el punto B). En el área sexual suele haber dos Creencias muy arraigadas: (1) El acto sexual que yo he realizado está mal; y (2) por eso, no *debiera* haberlo hecho y me considero un ser repugnante. Normalmente la Creencia N.º 1 puede ser racional, ya que las personas obviamente podemos y de hecho cometemos muchos actos sexuales malos, equivocados, estúpidos y poco éticos (como es el caso de los violadores o exhibicionistas compulsivos). Sin embargo, esta Creencia puede no estar mal. Hay actos, que a menudo se han etiquetado como «malos» o «perversos» cuando en realidad no hay ninguna evidencia de inmoralidad (la masturbación, el juego sexual sin penetración que termine en orgasmo, y las fantasías sexuales). En consecuencia, hay muchas personas que con frecuencia se sienten culpables o avergonzadas por actos sexuales que no hacen ningún daño y que incluso pueden ser beneficiosos. En la RET, ayudamos a que estas personas se cuestionen «lo erróneo» de tales actos sexuales, y de otros actos no sexuales (como el dirigir la propia vida en vez de llevar la clase de existencia que desean los padres).

Lo segundo, y más importante, es que la RET enseña a las personas que, incluso cuando cometen un acto indudablemente malo, autodestructivo, o antisocial, es mejor que no caigan en la Creencia N.º 2: «Por lo tanto, ¡Debo considerarme un ser repugnante!» Según la teoría RET, no existe ninguna persona repugnante, sino personas que hacen cosas repugnantes (Ellis, 1972b, 1973). La culpabilidad no es legítima (ni los sentimientos de vergüenza o autodestrucción). Es mejor que nos sintamos profundamente *responsables* de nuestras conductas negativas, pero no *culpables*. Los terapeutas RET se han especializado en eliminar la culpabilidad, desde la fundación de este sistema de terapia. Por lo tanto, ayudan a los clientes con problemas sexuales a conseguir la máxima satisfacción, y verse libres de toda culpabilidad (Ellis, 1962, 1972b, 1973).

Procedimientos Psicoeducativos Suplementarios

La RET emplea la biblioterapia y la terapia grabada como parte integrante de su programa de reestructuración cognitiva, y siguiendo un modelo educacional, también emplea toda clase de modalidades audiovisuales como panfletos, libros, grabaciones, películas, charlas, talleres, y programas de ordenador. Así pues, los clientes de la clínica que se encuentran en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, suelen utilizar los siguientes procedimientos psicoeducativos suplementarios:

Leen libros científicos y desinhibitorios de contenido sexual como: *Sex without Guilt* (Ellis, 1958c), *The Art and Science of Love* (Ellis, 1960a), *The Sensuous Woman* (Anónimo, 1970), *The Sensuous Person* (Ellis, 1972c), y *The Joy of Sex* (Confort, 1974). También leen libros y artículos de autoayuda no sexuales como: *Humanistic*

Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach (Ellis, 1973), *A New Guide to Rational Living* (Ellis & Harper, 1975), y *Overcoming Frustration and Anger* (Hauck, 1974).

Escuchan cintas y películas grabadas distribuidas por el Instituto. A menudo graban sus propias sesiones de terapia sexual en una grabadora y las escuchan varias veces entre sesión y sesión. Rellenan formularios RET de autoayuda (Sichel & Ellis, 1984) para analizar el ABC y comprobar los progresos. Participan en talleres, conferencias y seminarios del Instituto. Disponen de juegos y tarjetas con frases y lemas para ayudarles a adquirir una filosofía más racional. La terapia sexual del Instituto consiste, no sólo en sesiones regulares de terapia, sino también en procedimientos educativos con grupos pequeños y grandes y varios métodos psicoeducacionales suplementarios.

TERAPIA SEXUAL EMOTIVA

Aunque los procedimientos originales y más conocidos de la RET se apoyan en el área cognitiva, nosotros también incluimos una cantidad considerable de métodos evocativo-dramático-emotivos. A continuación voy a exponer algunos de los que tienen conexión con la terapia sexual RET:

Aceptación Incondicional del Terapeuta

La RET sólo rivaliza con la terapia rogeriana (Bone, 1968; Rogers 1961) en la aceptación incondicional del cliente por parte del terapeuta. Fiel a sus principios RET, el terapeuta acepta a las personas con problemas sexuales sin importar lo estúpida y antisocial que sea su conducta (Ellis, 1973). La terapia de grupo RET (en la que se suele practicar bastante terapia sexual) también procura enseñar a todos los miembros del grupo cómo aceptar a otros miembros (no es necesario que les quieran) y cómo tienen todo el derecho (en la teoría y en la práctica) de aceptarse a sí mismos a pesar de que algunas de sus conductas sean execrables. Los practicantes de la RET, además de dar aceptación incondicional a los clientes con problemas sexuales, van más allá de los métodos rogerianos, en el sentido de que también enseñan a los clientes cómo aceptarse a sí mismos *tanto si* los demás están a su favor *como si no* (Ellis, 1962, 1972b, 1973, 1974c; Ellis & Beckcr, 1982; Ellis & Harper, 1975).

Ejercicios de Ataque a la Vergüenza

Según la RET, la vergüenza y la autodestrucción constituyen la parte más importante de muchas perturbaciones humanas. Por eso, se asigna a los clientes ejercicios de ataque a la vergüenza de contenido sexual o no sexual para que ellos puedan

demostrarse a sí mismos que el mundo no se acaba porque ahora actúen de forma vergonzosa, estúpida o ridícula en público; sino que todo ello les aportará un beneficio. Cuando se les asigna tales ejercicios «vergonzosos» en el curso de las sesiones individuales o de grupo, se tiene muy en cuenta que no haya nada que les meta en problemas reales o les haga daño; como actos que les irriten o les lleven a la cárcel. Pero se les anima a que realicen conductas «vergonzosas» inocuas como ponerse ropa sexy o ridícula; actuar de forma muy asertiva y directa con personas del mismo o distinto sexo; colocare chapas muy llamativas con slogans antipuritanos en letras grandes y brillantes; iniciar discusiones sobre temas polémicos en grupos en los que normalmente sentirían vergüenza de hablar de esos temas; mantener conversaciones íntimas con extraños sobre algunos detalles de sus vidas sexuales y amorosas; y obligarse a realizar actos sexuales «poco corrientes» con alguno/a de sus compañeros/as habituales.

Hemos comprobado que esta clase de ejercicios suelen producir buenos resultados con individuos inhibidos, no asertivos y cerrados, a veces en un período de tiempo muy corto. Esto es cierto porque en el curso de la terapia RET individual o de grupo, nosotros no nos limitamos a asignar los ejercicios para que los realicen, sino que después los revisamos en discusiones antihorribilizantes que demuestren que no hay nada de vergonzoso en ellos. De la misma forma en que damos un vector emotivo a los procedimientos cognitivos, también damos un vector cognitivo a los procedimientos emotivos; y los dos vectores interactúan y se refuerzan mutuamente.

Ejercicios de Riesgo

Los terapeutas racional-emotivos son especialistas en el uso de ejercicios de riesgo, junto con los de ataque a la vergüenza. Los seres humanos se han obcecado en no querer arriesgarse en el sexo-amor, lo mismo que en otras áreas de su vida, porque suelen *definir* como horrible o terriblemente peligroso a cualquier cosa que entrañe un pequeño peligro. A lo que más temen arriesgarse es a actuar de forma estúpida ante los ojos de los demás, y están totalmente determinados a condenarse a sí mismos y considerar que apenas tienen valor si se arriesgan y reciben críticas severas de personas significativas (incluso no significativas). Esto, naturalmente, les limita en el sexo, porque definen algunos actos sexuales como «arriesgados» o «peligrosos» y huyen de ellos como de una plaga. En la RET, nosotros solemos persuadir, animar e incitar a nuestros clientes para que realicen actos emotivos arriesgados.

Proponemos ejercicios de riesgo a nuestros clientes con problemas sexuales tanto en las sesiones de terapia individual como en la de grupo. Por ejemplo: (1) «Haz algo que consideres sexy o peligroso ahora en esta habitación.» (2) «Elige a alguien del grupo con quien te gustaría tener un encuentro personal de diez minutos y pregúntale a esa persona si a él o ella le gustaría tener ese encuentro contigo.» (3) «Vete a un baile, a un bar de solteros, o a una reunión social y habla al menos durante

cinco minutos con alguien del otro sexo, después intenta quedar con uno de ellos por lo menos.» (4) «Arriésgate a preguntarle a tu pareja si quiere realizar contigo un acto sexual que a ti te da miedo o que a él/ella no le gusta, o que sabes que te va a criticar por pedirselo.» (5) «Elige una persona que te agrada especialmente y con la que sientas que no puedes arriesgarte a ser rechazado. Pregunta a esa persona si quiere quedar contigo, acostarse contigo, o hacer cualquier cosa que a ti normalmente te daría miedo pedirle.» (6) «Júntate con otros miembros de este grupo (de terapia o maratón) e intenta tocar algunas partes del cuerpo de esa persona que te gustaría tocar. La otra persona inmediatamente te hará una señal cuando no quiera que tú le toques esa parte del cuerpo.»

Imaginación Racional-Emotiva

Como ya apuntamos en la sección de terapia sexual cognitiva, solemos emplear la imaginación racional-emotiva (REI) con los clientes que asisten a terapia sexual, porque en ella no sólo se incluyen elementos cognitivos, sino también factores emotivos importantes. Igualmente la empleamos con clientes que tienen problemas no sexuales.

Ejercicios No Verbales

Proponemos ejercicios no verbales a aquellos clientes que tienen dificultad en realizar actividades no verbales (algunas veces, mucha más dificultad que con las actividades verbales). Les pedimos que expresen sus sentimientos unos a otros mientras dan vueltas a la habitación despacio; escogemos a alguien para que se coloque en el centro de un círculo mientras los demás miembros le expresan con lenguaje no verbal sus sentimientos hacia él/ella, o ejecutan ejercicios de sostener la mano, masaje facial, o fricciones en la espalda; también les sugerimos que realicen actos no verbales ridículos; actúen como un animal; o que hagan otro tipo de actividades no verbales con miembros del grupo, con el terapeuta, o con amigos y conocidos fuera del grupo.

Empleamos muchos de los procedimientos no verbales para procesos generales de desinhibición sin características sexuales, aunque algunos tienen un significado o un contenido claramente sexual. Por eso, algunas veces pedimos a dos hombres o a dos mujeres que se comuniquen físicamente para ver si salen a la luz los posibles temores a sentimientos de homosexualidad. También pedimos a hombres y mujeres que se acaricien para ver qué problemas revelan en el curso de este ejercicio. O mandamos a una persona, como tarea para casa, que intente contactos no verbales con su compañero/a sexual; por ejemplo, un hombre puede abrirse físicamente a su compañera sin pedirla necesariamente si puede hacerlo o no.

Verbalizaciones Emotivas

Según la teoría RET, las personas crean sus propios trastornos emocionales a causa de sus fuertes creencias, y contribuyen *ampliamente* a perturbarse ellos mismos por mantener filosofías negativas *muy firmes*. Por eso, los hombres o mujeres que tienen problemas en llegar al orgasmo pueden estar *totalmente* convencidos de que *deben* conseguirlo, de que *no puede* ser fácil lograrlo, y de que tendrán *poco valor* como personas si no lo consiguen. Si estos individuos contradicen *suavemente* estas creencias, continuarán manteniéndolas y trastornándose emocionalmente por su causa. En consecuencia, en la RET no nos limitamos a que las personas vean cuáles son las ideas creadoras de perturbación, sino que además las contradecemos y refutamos de forma muy emotiva.

Por lo tanto, cuando preguntamos a un hombre impotente, por qué es *horrible* o *terrible* que no se excite ante su pareja favorita, él termina por responder tímidamente: «Creo que no puedo probarlo», pero nosotros le decimos: «¡Pues yo creo que sí!» O también decimos: «No me convences, por el tono de tu voz, de que pienses que no puedes probar que eso es horrible. Ahora quiero escucharte decir con más fuerza: '¡No importa las veces que falle con mi pareja, siempre será un inconveniente pero no será horrible!' » «Insistimos en que nos repita con fuerza esta frase (y después se la diga a sí mismo) hasta que empiece a creérsela de verdad.

En otros casos los terapeutas RET ayudan a sus clientes a convencerse totalmente de que pueden tener una relación sexual satisfactoria, de que *tienen* todo el derecho a divertirse en la cama, de que sus padres y profesores de la infancia tenían una visión *equivocada* sobre el sexo, y de que la masturbación y otros actos sexuales «vergonzosos» en realidad son *buenos*. En la RET, nosotros animamos a nuestros clientes a que trabajen y practiquen en contra de su visión perjudicial de la sexualidad y a favor de otra visión más sana, y a que perseveren en ello con toda su fuerza.

Feedback Emotivo

Durante las sesiones individuales y de grupo damos feedback emotivo a los clientes. Si por ejemplo, hablamos con una mujer que tiene una necesidad desesperada de amor, y por ello es muy dependiente de sus relaciones sexo-amor con hombres, el terapeuta o uno de los miembros del grupo puede decirle: «Mira, si un día yo quedo contigo y veo como actúas —totalmente obsesionada con querer saber cuánto te quiero y sin mostrar ningún interés por mí— yo pensaría '¿Necesito esto? Ella puede ser muy inteligente y muy guapa pero desde luego no va a ser una buena compañera si está obsesionada con: «¿Me quieres de verdad?» ¡Narices! Creo que voy a buscar a alguien que muestre un poco más de interés por *mi*.» Si fuera un hombre, la terapeuta y el grupo le dirían: «Si quedamos y me pides que me acueste contigo de la forma en que sueles pedírselo a las mujeres, creo que me marcharía y sentiría que lo único que te importa son mis tetas y mi trasero, y no yo como ser humano. Así que aunque me sintiera atraída por ti, ¡Saldría corriendo!»

Este tipo de feedback emotivo, cuando se usa en RET, enseña a la persona cuáles son sus sentimientos, pero también cómo reaccionarían los *demás* y cómo podría cambiar él o ella para conseguir mejores reacciones en los demás. El terapeuta y los miembros del grupo emplean este feedback de manera educativa y correctiva, además de expresiva.

TERAPIA SEXUAL CONDUCTUAL

Como ya hemos indicado, la RET utiliza mucho la terapia conductual, porque es una parte integrante del método racional-emotivo. La teoría conductual afirma que es muy raro que los seres humanos cambien o dejen de creer en algo profundamente destructivo si no actúan contra ello. En consecuencia, los terapeutas RET han sido pioneros en asignar a sus clientes actividades para casa *in vivo*, y estas actividades tienen un resultado notable con individuos con mal funcionamiento sexual. Como la terapia conductual RET es muy similar a las técnicas de los terapeutas conductuales en general y a las de Masters y Johnson en particular, me voy a limitar a hacer una breve mención de los métodos principales.

Tareas Activas para Casa

La RET es partidaria de utilizar la desensibilización in vivo en muchas ocasiones. Por eso, se anima a los clientes con mal funcionamiento sexual a que tengan más actividades sexuales en vez de evitarlas; que al principio tengan relaciones sexuales sin penetración vaginal (Masters y Johnson llaman a esta técnica *focalización en las sensaciones*); a que experimenten con una pareja nueva si hay algo que interfieren en la relación con su compañero/a actual; que se obliguen a trabajar en su hostilidad y evitación mientras siguen con su compañero/a habitual, en vez de eliminar todo contacto sexual con esa persona; que practiquen ciertas actividades una y otra vez hasta que se hagan adeptos a ellas; que utilicen las fantasías sexuales para excitarse; y que se empeñen con los métodos de cambio racional-emotivos hasta que obtengan buenos resultados casi automáticamente (Ellis, 1985 a).

Condicionamiento Operante

La RET emplea bastante las técnicas de autodirección y de condicionamiento operante. Los clientes aprenden a reforzar cualquier relación sexual que tengan con sus compañeros y a penalizarse (*sin condenarse*) cuanto la evitan. Así mismo, se les enseña cómo reforzar las actividades llamadas «vergonzosas» pero inocuas y cómo emplear los principios de la autodirección para minimizar o hacer desaparecer las disfunciones sexuales. Siguiendo los procedimientos de Stuart (1969), LoPiccolo, Stewart y Watkins (1972), y otros terapeutas conductuales, supervisamos a los clien-

tes en el momento de establecer contratos sexuales o de amor con sus parejas y cuando los ponen en práctica.

La RET también es especialista en utilizar las técnicas de condicionamiento operante para reforzar los cambios cognitivos y emotivos. Si, por ejemplo, los clientes acceden a refutar las ideas irracionales que tienen sobre lo horrible que sería fracasar en el sexo, pero no ponen empeño en realizar las tareas cognitivas en casa, les enseñamos cómo recompensarse y castigarse para incrementar la probabilidad de realizarlas. Hemos encontrado que las técnicas de condicionamiento operante, cuando son aceptadas voluntariamente por los clientes, son uno de los mejores métodos para conseguir que se realicen las tareas ideadas originalmente, y (hace muchos años) por Hertzberg (1945), Salter (1949), y otros terapeutas activo-directivos, e incorporadas ahora como procedimientos rutinarios de la RET.

Entrenamiento en Aserción

Los procedimientos de entrenamiento en aserción constituyen en la actualidad uno de los procedimientos terapéuticos conductuales más utilizados, especialmente con individuos tímidos y poco asertivos (Alberti & Emmons, 1986; Lange & Jakubowski, 1976; A. Lazarus, 1971; Salter, 1949; Wolpe & Lazarus, 1966). Tales procedimientos han sido parte integrante de la RET desde sus comienzos. Por ejemplo, en el libro *The Intelligent Woman's Guide to Manhunting* (Ellis, 1963a), yo (AE) escribí un Capítulo que resultó una primicia; su título era «Cómo llegar a ser asertiva sin ser agresiva», y explicaba a las mujeres lo que tenían que aprender para superar su pasividad y actuar tan asertivamente como los hombres en los coqueteos sexuales.

En nuestra cultura se ha educado a las mujeres para que sean «femeninamente» pasivas; por eso, los terapeutas RET suelen proponer a las clientes una serie de ejercicios ordenados por dificultad para que: «cacen» a hombres atractivos en lugares públicos (como bailes, reuniones de solteros, o bares); llamen por teléfono a sus amigos en lugar de esperar pasivamente a que les llamen; hagan proposiciones sexuales cuando lo deseen; pidan a sus compañeros realizar una actividad sexual-amorosa que les divierte especialmente; dejen de ser las únicas responsables de los hijos; y hagan otras muchas cosas «no femeninas» que realmente les gustaría hacer (Ellis, 1974b; Wolfe, 1973, 1974). Como ya demostró Patricia Jakubowski-Spector (1973) en un artículo bastante incisivo: «Facilitando el crecimiento de la mujer a través del entrenamiento asertivo,» las técnicas racional-emotivas, junto con el entrenamiento asertivo conductual, pueden servir de inmensa ayuda a las mujeres de nuestra sociedad. Por supuesto, esta misma combinación se usa también en la RET con un gran número de hombres no asertivos y extremadamente pasivos que desean tener éxito en sus relaciones de sexo-amor.

RESUMEN

En esta breve presentación de la aproximación racional-emotiva a la terapia sexual hemos examinado algo superficialmente, por razones de necesidad, los puntos más

importantes del complicado y comprensivo sistema cognitivo-emotivo-conductual. Lo que más me gustaría destacar a modo de resumen es lo siguiente: La RET utiliza muchos métodos de otras terapias famosas de forma *consciente y sobre bases teóricas*. Estamos convencidos de que los seres humanos piensan, sienten y se comportan transaccional y simultáneamente, por eso, cuando sus emociones o conductas están perturbadas, es preferible averiguar qué es lo que están pensando, imaginando, y evaluando. Se pone un énfasis especial en la necesidad del cambio filosófico y cognitivo profundo cada vez que se quiera modificar permanentemente un mal funcionamiento sexual o no sexual. Pero no hay que olvidarse de que se pueden cambiar las creencias alterando las emociones y acciones (Ellis, 1957, 1963c, 1973). Como la RET es un sistema general de psicoterapia, encuadra los problemas sexuales más serios dentro de un marco amplio de trastornos emocionales, y procura reducir la perturbación *general* de una persona a la vez que intenta minimizar su mal funcionamiento *sexual* concretó. Sin embargo, también reconoce que *algunos* problemas sexuales requieren una información y entrenamiento concretos, sin necesidad de que la persona reciba una psicoterapia intensiva o extensiva, e intenta ser práctica y eficiente, así como profundamente filosófica. En la actualidad, se ha reconocido a la terapia sexual como la pionera dentro del campo de la terapia cognitivo-conductual.

CAPITULO X

La utilización de la hipnosis en la RET

POR QUE LA COMBINACION RET-HIPNOSIS ES EFECTIVA

Se ha demostrado en varios estudios controlados que la conjunción de terapia racional-emotiva (RET) con hipnosis es efectiva (Golden, 1982; Reardon & Tosí, 1977; Reardon, Tosí & Gwynne, 1978; Stanton, 1977; Tosí & Marzella, 1977; Tosí & Reardon, 1976). Existen algunas razones por las que la combinación RET-hipnosis puede ser efectiva:

1. Muchas autoridades, como Barber (1961-1966), Bernheim (1886-1947), y Coné (1921), creen que la hipnosis terapéutica trabaja a través de la sugestión, y consiste principalmente en proporcionar a los clientes unas frases positivas fuertes e inducirles a que las interioricen, para luego actuar de acuerdo a ellas. Por otro lado, la RET enseña a sus clientes cómo enfrentarse y refutar sus auto-revelaciones negativas (Ellis, 1962, 1971a, 1973; Ellis & Whiteley, 1979). Pero también hace hincapié (igual que otras formas de terapia cognitivo-conductual) en la utilización repetida e insistente de frases de enfrentamiento positivas o racionales (Dryden, 1984c; Dryden & Ellis, 1986; Dryden & Trower, 1986; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Grieger, 1977; Ellis & Harper, 1975; Grieger & Boyd, 1980; Grieger & Grieger, 1982; Walen, DiGiuseppe, Wessler, 1980; Wessler & Wessler, 1980).

Parte de este Capítulo es una adaptación de Albert Ellis, «Anxiety about Anxiety: The Use of Hypnosis with Rational-Emotive Therapy», en E. Thomas Dowd & James M. Healy (Eds.), *Case Studies in Hypnotherapy* (pp. 3-11), New York: Guilford Press, 1986. Usado con autorización de Guilford Press.

2. La autohipnosis y la hipnosis común sostienen que los seres humanos se trastornan con ideas, imágenes y cogniciones, y que pueden aprender y entrenarse para cambiar estas cogniciones; con lo cual también habrá un cambio significativo en sus sentimientos y acciones (Araoz, 1983; Ellis, 1962; Golden, 1983). La RET está totalmente de acuerdo con esta asunción.

3. Tanto la hipnosis como la RET son métodos altamente activo-directivos, y difieren significativamente de otras muchas terapias pasivas y no-directivas, como la psicoanalítica y la terapia centrada en el cliente.

4. Tanto la RET como la hipnosis dan mucha importancia a la realización de tareas para casa y a la desensibilización in vivo, con frecuencia animan a los clientes a que hagan las cosas que temen hacer, y a que trabajen contra sus sentimientos de baja tolerancia a la frustración y contra sus adicciones autodestructivas.

Yo (AE) he combinado la hipnosis con la RET desde principios de los 50, porque algunas de las teorías y prácticas básicas de la hipnoterapia coinciden con las de la RET; uno de los primeros escritos que publiqué sobre la RET fue «Hypnotheapy with Borderline Psychotics» (versión extensa, Ellis, 1962). Al principio tenía unas cuantas sesiones con los clientes con quienes empleaba la hipnosis, para que pudieran aprender a alcanzar un trance moderado o ligero. Sin embargo, me di cuenta de que algunas personas que sólo conseguían estados de trance ligeros —o estados de relajación profunda pero no hipnosis— aprendían la RET tan bien o mejor que los clientes que alcanzaban trances hipnóticos profundos o «auténticos».

Por esta razón ideé un método hipnótico nuevo que me ahorra, a mi y a mis clientes, muchas horas de terapia. Por medio de este método colocaba a los clientes en lo que suele llamarse estado hipnótico ligero (o relajación profunda), y para ello utilizaba una versión modificada de la técnica de relajación progresiva de Jacobsen (1938), que dura aproximadamente 10 minutos. A continuación seguían otros 10 minutos de instrucciones RET, que se habían diseñado para demostrar a los clientes que en su mente hay unas pocas ideas irracionales (iB) que están creándoles problemas importantes (e.g., ansiedad, depresión, rabia, o autodestrucción), y si ellos actúan contra ellas y las refutan con fuerza (como ya les había enseñado en anteriores sesiones no hipnóticas), las cambiarán, y, por lo tanto, también cambiarán los sentimientos y conductas autodestructoras que surgen de esas iB y a la vez las refuerzan.

Una característica particular de este procedimiento hipnótico RET es que suelo usarlo sólo una vez, durante una sesión sencilla, para trabajar en un problema importante del cliente. Grabo en un cassette C-60 los 10 minutos de inducción a la relajación-hipnosis, más los siguientes 10 minutos de instrucción RET, y entrego el cassette a los clientes para que lo escuchen todos los días, al menos una vez, durante los siguientes 30 a 60 días. Con este método veo a los clientes únicamente en una sesión hipnótica de 20 minutos; pero ellos tienen 15, 30, o más horas de terapia hipnótica RET grabada en sus propias casas u oficinas durante los próximos meses. Si siguen mis instrucciones, irán alcanzando estados de trance hipnótico cada vez más profundos, incluso aunque en la primera sesión sólo llegaran a un trance muy ligero —o a ningún trance, como les ocurre a muchos.

Para ilustrar el empleo de este método, voy (AE) a contarles el caso de una mujer borderline, soltera de 33 años. Esta mujer tenía una historia de 20 años de haber padecido ansiedad en la escuela, trabajo, amor, relaciones sexuales, además tenía la clásica ansiedad por su ansiedad, una frenofobia severa (miedo a volverse loca), y estaba segura de que terminaría como una desgraciada sin amigos, ni amantes, ni dinero. En realidad era bastante atractiva, podía tener de 10 a 15 orgasmos en una semana cuando se sentía segura con su amante (lo cual era bastante raro), y disfrutaba de un buen salario como directora de ventas.

Tuve 13 sesiones con esta mujer; ella empleaba en ocasiones el mensaje principal de la RET —nos sentimos como pensamos— y con ello consiguió hacer disminuir notablemente su terror a fracasar en el amor, sexo, y negocios. Pero unas pocas semanas después tuvo una recaída muy fuerte y volvió a trastornarse, especialmente por la ansiedad en sí misma. Después de haber oído que uno de sus amigos había dejado de fumar con hipnoterapia, me preguntó si solía usarla junto con la RET. Yo le contesté que sólo en algunas ocasiones, pero que no me gustaba porque mis clientes pensaban en ella como si fuera algo mágico y la utilizaban *en vez* de trabajar en la RET. Sin embargo accedí a intentar emplearla con ella una vez. Esta es la transcripción* de mi primera y única sesión de hipnosis con la cliente:

TRANSCRIPCION DE UNA SESION HIPNOTICA RET

Primero afloja los dedos de los pies y después ténsalos. Tensa sólo los dedos de los pies. Ahora relájalos. Relájalos, relájalos. Ahora voy a decirte una serie de ejercicios de relajación parecidos al que acabas de hacer con los dedos de los pies, pero prestando una mayor atención a la segunda parte - concentrándote en la relajación física. Quiero que relajes los dedos de los pies y te concentres sólo en relajarlos. Piensa en tus dedos y concéntrate en relajarlos. Relájalos, relájalos, relájalos. Después relaja el resto de los músculos de los pies - todos los músculos del talón, la planta, el tobillo, el empeine. Deja que todos los músculos de los pies se sumerjan en un estado de relajación agradable, fácil, libre. Relaja las plantas de tus pies, los tobillos, talones, todos tus pies. Simplemente relájate, relájate, relájate, relájate.

Ahora relaja las pantorrillas, relájalas, siéntelas libres, cálidas, agradables, sueltas y relajadas. Ahora relaja las rodillas, deja que los músculos de las rodillas estén libres, flexibles, a gusto, calientes, relajados. Ahora los muslos: relaja los músculos de los muslos, concéntrate en ellos, y relájalos, relájalos, relájalos. Relax, relax, relax. Ahora las caderas, deja que se relaje tu cadera, relax, relax, relax. Y ahora volvamos otra vez con los dedos de los pies, relaja los dedos de los pies, los pies, las pantorrillas, las rodillas, los muslos, y la cadera. Siente toda la parte inferior de tu cuerpo relajada, relajada, relajada, relajada, relajada. Ahora los músculos del estómago. Piensa en los músculos del estómago, concéntrate en ellos, relaja todos los músculos del estómago, relájalos, déjalos libres, flexibles, calientes, sueltos.

Y ahora, los músculos del pecho. Respira tranquilamente - dentro y fuera, dentro y fuera, vamos, relaja los músculos del pecho, deja que se relaje todo tu pecho, igual que el estómago, las piernas y los pies, relax, relax, relax, relax.

Concéntrate en los músculos de los hombros, y relájalos. Déjalos que se vayan hundiendo, hundiendo, hundiendo. Déjalos que se vayan hundiendo, hundiendo, hundiendo en cualquier sofá, cama o silla en el que estés descansando. Déjalos. Déjalos que se relajen. Y ahora los músculos de la parte de arriba de los brazos, siéntelos sueltos, libres, calientes, relajados. Y los codos, deja que se relajen los codos, relax, relax, relax. Y los músculos de los antebrazos, déjalos, déjalos. Cálidos, libres, sueltos, relajados. Y deja que se relajen los músculos de las muñecas. Suelos, libres, relajados, flexibles, calientes. Y los músculos de los dedos y de la mano. Déjalos, flexibles, libres, a gusto, calientes, sueltos, relajados.

Ahora todo tu cuerpo está sumergido en un estado de relajación muy agradable, desde la punta de los pies hasta el cuello. Los hombros y brazos se van relajando cada vez más y más y más. Ahora concéntrate en los músculos del cuello. Vamos. Deja que los músculos del cuello, que algunas veces están tensos, se relajen, se relajen, se relajen. Y ahora la mandíbula. Deja la boca entreabierta. Deja que se relajen los músculos de la mandíbula, relax, relax, relax. Incluso puedes relajar los músculos de las mejillas. Puedes dejarlos un poco más flojos y relajados de lo que están normalmente. Y los músculos de la boca, los labios, relájalos, relájalos, relájalos, relájalos.

Y ahora, la parte de arriba de la cabeza, el cuero cabelludo, frunce un poco tu cuero cabelludo y deja que se relajen los músculos, relax, relax, relax. Y en especial los de los ojos que ahora están tensos. Deja esos ojos relajados, relajados. Suelos, libres, y flexibles. Ahora *quieres* que tus ojos se cierren en un estado agradable y relajado. Y te concentras en dejar que tus ojos se relajen, se relajen. Y se te van cerrando. Fácil y libremente, cálidos y relajados. Se van cansando. Ellos *quieren* relajarse y tu *quieres* que se relajen. Junto con el resto de tu cuerpo, tu *quieres* en especial que tus ojos se relajen, déjalos. Se están cerrando, se van cansando más y más, y se van relajando más y más. Y ahora tus ojos se están cerrando, y se van relajando. *Sientes* realmente la relajación en los músculos de los ojos. Se van cerrando, cerrando, relajándose más y más. *Quieres* irte, *quieres* dejarte ir y sentirte completamente tranquila y relajada. *Quieres* hundirte en un estado total, total de relajación.

Tus ojos se van volviendo más y más pesados y *quieres* dejarte llevar, intentas hundirte en un estado de relajación cada vez más profundo, más profundo. *Quieres* que todo tu cuerpo, especialmente tus ojos, se vuelvan *más pesados, más pesados, más pesados*, en un estado de relajación total, libre, agradable, flexible. Y ahora te estás dejando llevar a un estado *más profundo, más profundo, más profundo, más profundo*. *Quieres* relajarte completamente y dejarte llevar a un estado *profundo, profundo, mucho más profundo, más profundo*, un estado de relajación total, total, total. Sólo escuchas el sonido de mi voz, estás concentrada en él, es todo lo que *quieres* oír, el sonido de mi voz, estás concentrada en él, es todo lo que *quieres* oír, el sonido de mi voz. Y vas a hacer lo que yo te diga, porque *quieres*,

quieres hacerlo. *Quieres* permanecer en este estado de relajación y escuchar mi voz y hacer lo que te diga porque *quieres*, *quieres* estar relajada. *Quieres* librarte de tu ansiedad y *sabes* que ésto te ayudará, relájate y escucha, relájate y escucha, entra en un estado de relajación completo.

Estás concentrada sólo en mi voz y vas a escuchar atentamente lo que te diga. Vas a recordar todo lo que yo te diga. Y después de que despiertes de este estado hipnótico, de relajación, te sentirás muy bien. Porque vas a recordar todo y vas a utilizar lo que oigas, utilizarlo para *ti*. Vas a utilizarlo para eliminar toda tu ansiedad y toda tu ansiedad *por* la ansiedad. Vas a recordar lo que yo te diga y vas a utilizarlo todos los días. Siempre que sientas ansiedad por algo, vas a recordar lo que te estoy diciendo ahora, en este estado de relajación, y vas a concentrarte totalmente en él, vas a concentrarte en él muy bien, y harás exactamente lo que te voy a decir, relájate y elimina la ansiedad, relájate y elimina la ansiedad.

Siempre que te pongas nerviosa por algo, te darás cuenta de que la causa de tu ansiedad está en que te dices a tí misma: «¡Debo hacerlo bien! ¡Debo hacer esto, o no *debo* hacer lo otro!». Ves con claridad y aceptas completamente que tu ansiedad proviene de lo que te dices a ti misma. No te viene por las cosas que ocurren. No te viene por las demás personas. *Tu* eres la que te pones nerviosa a ti misma, exigiendo que algo debe ir bien o no *debe* existir. Son *tus* exigencias las que te ponen nerviosa. Siempre eres tu y tu autodiálogo; y por lo tanto, *tu* lo controlas y tu puedes cambiarlo.

Vas a pensar: «yo soy la que me pongo nerviosa. No *tengo* que continuar poniéndome nerviosa, si abandono todas mis exigencias, deberes, obligaciones e imposiciones. Si realmente acepto las cosas como son, o como vienen, no estaré ansiosa. Puedo conseguir estar siempre tranquila o menos tensa si abandono mis exigencias, relajándome - si quiero y deseo las cosas, pero dejo de *necesitar*, *exigir*, e *insistir* en ellas».

Vas a repetirte: «Puedo *pedir* cosas, puedo *desearlas*. ¡Pero no las *necesito*, no las *necesitaré* nunca! No hay nada que *deba* tener; y no hay nada que *deba* evitar, incluida mi ansiedad. Me *gustaría* librarme de ella. *Puedo* librarme de ella. *Voy* a librarme de ella. Pero si me digo a mí misma: '¡No *debo* estar ansiosa! ¡*Debo* estar tranquila!' entonces estaré ansiosa».

«No hay nada que me mate. La ansiedad no va a matarme. La falta de relaciones sexuales no va a matarme. Hay cantidad de cosas desagradables en el mundo que no me gustan, pero puedo *soportarlas*, no *tengo* que librarme de ellas. ¡Si estoy nerviosa, pues estoy nerviosa - qué le vamos a hacer! Porque yo puedo controlar mi destino emocional, mientras no sienta que *tengo* que hacer algo, que *tengo* que tener éxito con algo. Eso es lo que me destruye - la idea de que *debo* ser sexy o que debo tener éxito en las relaciones sexuales. O que *tengo* que librarme de mi ansiedad».

En tu vida diaria, después de escuchar esta cinta, vas a seguir pensando en estas cosas. Siempre que estés nerviosa, vas a observar qué es lo que estás haciendo para ponerte nerviosa, abandonarás tus exigencias e imposiciones. Refutarás tu idea de que: «¡*Debo* hacerlo bien! ¡*Debo* gustar a la gente! ¡No *deben* criticarme! ¡Es terri-

ble que me critiquen!» Continuarás preguntándote: «¿Por qué *debo* hacerlo bien? ¿Por qué *tengo* que ser una compañera sexual fantástica? Sería muy *agradable* que yo gustara a la gente, pero nadie les *obliga*. No *necesito* su aprobación. Si me critican, si me echan la culpa, o piensan que soy demasiado sexy o demasiado poco sexy, ¡es su problema! No *necesito* su aprobación. Me *gustaría* tenerla, pero no la *necesito*. También me *gustaría* estar tranquila, pero no hay ninguna razón por la que *deba* estarlo. Efectivamente, no hay ninguna razón por la que *deba* estar tranquila. Simplemente sería *preferible*. No va a matarme que fracase en cualquiera de estas cosas».

«Y cuando muera, algo que sucederá antes o después, ¡pues moriré! La muerte no es horrible. Es un estado de *no* sentir. Es exactamente el mismo estado que antes de nacer. No sentiré *nada*. ¡Así que no hay ninguna necesidad de temerlo!».

«Incluso si me pongo muy nerviosa y me vuelvo loca, tampoco es terrible. Si me digo continuamente a mí misma: 'No *debo* volverme loca! ¡No *debo* volverme loca!' ¡Entonces es cuando me volveré loca!. Pero incluso si estoy loca, ¡pues estoy loca! Seguiré *viviendo* aunque me encuentre en un hospital mental. Podré *vivir* sin deprimirme por mi estado. ¡*Nada* es terrible, ni el que no guste a la gente, ni el que me comporte como una estúpida, ni el que me ponga muy nerviosa! ¡*Nada* es terrible! ¡*Puedo* soportarlo! ¡No son más que contratiempos!».

Esto es lo que vas a pensar todos los días. Siempre que te pongas nerviosa por algo, vas a observar qué es lo que te pone nerviosa, vas a darte cuenta de que estás exigiendo algo, diciendo: «¡*Debe* ser así! ¡Las cosas *deben* irme bien! ¡No *debo* hacer nada malo! ¡No *debo* estar nerviosa!» Y vas a pararte y a decir: «No necesito esas tonterías. Si las cosas ocurren de ese modo, pues han ocurrido. ¡No es el fin del mundo! Me *gustaría* no estar nerviosa, me *gustaría* que me fuera bien con la gente, me *gustaría* tener unas buenas relaciones sexuales. Pero si no tengo todo eso, ¡pues *no lo tengo*! No es el fin. Puedo ser una persona feliz a pesar de los fracasos y las desdichas. Si no *exijo*, si no insisto, si no digo: '¡Debo, debo!' Las imposiciones son una locura. Todos mis *deseos* son correctos. Pero, ¡No *necesito* lo que deseo!».

Esto es lo que vas a hacer en tu vida diaria. Vas a utilizar tu cabeza, tu capacidad de pensar para concentrarte en eliminar la ansiedad, de la misma forma en que has escuchado y te has concentrado hasta ahora. Tu concentración irá aumentando. Vas a controlar tus pensamientos y sentimientos cada vez más y más. Vas a darte cuenta de que *tú* creas tu ansiedad, *tú* te trastornas, y *tú* no tienes que hacerlo, no tienes por qué continuar haciéndolo. Siempre estás a tiempo de eliminar tu ansiedad. Siempre estás a tiempo de cambiar. Siempre puedes relajarte, y relajarte, y relajarte, y no tomar *nada*, ni a *nadie* demasiado en serio.

Esto es lo que vas a recordar, y en lo que vas a trabajar cuando salgas de este estado de relajación. Vas a tener siempre esta idea en la cabeza; «Yo soy la que tengo el control sobre mí misma. No *tengo* que trastornarme por nada. Si me trastorno, mala suerte. Puedo sentirme mal durante un rato, pero eso no va a arruinar mi vida ni a matarme. Y puedo estar nerviosa sin degradarme, sin decir: '¡No debo estar nerviosa!' A veces me pondré nerviosa, pero puedo superar mi ansiedad si no me *exijo* no ponerme nerviosa».

Y vas a ir mejorando y mejorando a medida que vayas pensando de esta forma racional. Y vas a ir controlándote cada vez más. Nunca tendrás un control *total* sobre ti misma, porque nadie está nunca completamente tranquilo. Pero estarás mucho menos nerviosa y podrás vivir con esa ansiedad. Y si vives con ella, al final desaparecerá. Si vives con ella, desaparecerá. Nada es terrible, ni siquiera la ansiedad. Esto es en lo que vas a pensar y meditar hasta que te lo creas realmente.

Ahora te sientes muy a gusto, libre, y completamente relajada. Dentro de unos minutos voy a pedirte que salgas de este estado hipnótico y de relajación. Después te encontrarás muy a gusto. Cuando salgas de este estado te sentirás bien. La hipnosis no te hará ningún daño. Vas a acordarte de todo lo que te he dicho y vas a utilizarlo. Y escucharás la cinta todos los días durante el próximo mes. Seguirás escuchándola hasta que te la creas de verdad. Con el tiempo serás capaz de seguir sus instrucciones y hacer desaparecer la ansiedad y la ansiedad por la ansiedad, sin la ayuda de la cinta.

Entonces tu misma podrás librarte de tu ansiedad. Podrás relajarte siempre, y utilizar la técnica contra la ansiedad que has aprendido en la cinta. Siempre podrás aceptarte a ti misma *con* tu ansiedad, y dejarás de repetirte: «¡No debo estar nerviosa! ¡No debo estar nerviosa!» Di simplemente: «No me *gusta* la ansiedad, voy a trabajar para que desaparezca, voy a vencerla. Puedo controlarme a mí misma y controlar mi destino emocional. Puedo relajarme y sentirme libre, a gusto, como me siento ahora, olvidarme de las preocupaciones durante un rato y sentirme tranquila. Pero primero puedo aceptarme a mí misma con mi ansiedad, dejar de luchar desesperadamente contra ella, y dejar de repetirme que es horrible estar nerviosa. Después puedo retomar mi ansiedad original y eliminarla definitivamente rehusando obsesionarme con el fracaso y refutando con intensidad mis creencias irracionales: 'Debo hacerlo bien! No debo ser rechazada.'»

Ahora te sientes relajada y muy a gusto, dentro de un par de minutos voy a contar hasta tres y entonces te despertarás y te sentirás con fuerza, tendrás un buen día, y no experimentarás ningún efecto negativo, ni dolores de cabeza, ni malestares físicos. Todo va a salir bien, y tú tendrás un buen día. Te acordarás de todo lo que he dicho, y escucharás la cinta siempre que te sea posible, por lo menos una vez al día. Pensarás y trabajarás cada vez más en todo esto. Podrás controlarte a ti misma y reducir bastante tu ansiedad. Y cuando te pongas nerviosa, aceptarás esa ansiedad, vivirás con ella y rehusarás aterrorizarte por ella. Muy bien, voy a contar hasta tres y cuando diga *tres* vas a despertarte, estarás muy despierta y alerta, y te sentirás de maravilla durante el resto del día. ¡Una, dos, tres!

DISCUSION

Mi cliente escuchó la grabación de la sesión hipnótica RET una o dos veces al día durante los 45 días siguientes, y manifestó haber disminuido significativamente su nivel de ansiedad, especialmente la ansiedad por la ansiedad. Dejó de ser frenofóbica, se convenció de que si tenía un traspies y terminaba en el hospital mental, sería algo bastante inconveniente pero no horrible o vergonzoso, y entonces ya casi

no pensaba en que se iba a volver loca. Cuando lo hacía, en unos minutos podía volver a sentirse tranquila diciéndose con fuerza: «¡Así que estaré loca! ¡Mala suerte! ¡No creo que me quede así mucho tiempo, y si me quedo así, será un inconveniente, pero no algo vergonzoso! ¡No importa lo loca que esté, por eso no voy a ser una torda nunca!».

Cuando esta mujer comenzó a superar la ansiedad por la ansiedad, también desapareció durante una temporada el enorme temor al fracaso, especialmente al fracaso sexual. Cuando, unas semanas más tarde, volvió a aparecer, lo hizo de forma muy ligera y ella pudo manejarlo con éxito. Continuó en tratamiento no hipnótico durante 14 meses más, pero sólo tuvo 18 sesiones de media hora. Durante los últimos 11 años ha mantenido sus logros, con algún retroceso ocasional moderado cuando terminaba una relación, y ahora está felizmente casada y trabaja sin ninguna ansiedad. De vez en cuando escucha todavía la cinta de la sesión hipnótica y cree que le ha ayudado mucho más que las sesiones de RET previas.

Yo estoy de acuerdo con ella, en parte porque he tenido el mismo tipo de sesiones con unos 80 clientes y me han dado buenos resultados (aunque con otros 18 he tenido poco o ningún éxito). Una cuestión importante que todavía no he resuelto es: El beneficio que se obtiene de esta grabación de una sesión hipnótica, ¿Proviene de la utilización de una cinta completa de 20 minutos, incluidas las instrucciones de relajación, o se podría obtener el mismo beneficio escuchando unas cuantas veces los 10 minutos de instrucciones RET independientemente de la hipnosis? He intentado que se hiciera alguna investigación sobre esta pregunta pero hasta ahora nadie, que yo sepa, la ha realizado. Todavía tengo la esperanza de que algún día se someta a experimentación esta cuestión. Hasta entonces continuaré usando este procedimiento grabado de hipnosis-RET, con una gran confianza en los resultados clínicos.

Existen algunas ventajas derivadas de la utilización de la hipnoterapia RET, frente a la RET ordinaria sin hipnosis: (1) Algunos clientes creen, cierta o equivocadamente, en el poder (o la magia) de la hipnosis, por eso la piden, y tienen una predisposición más favorable hacia la terapia cuando en ella se incluye la hipnosis. (2) En este Capítulo hemos descrito el tipo de hipnoterapia RET que realizamos; en la cual se incluye la repetición del mensaje RET muchas veces, ya que se pide a los clientes que escuchen la cinta original por lo menos una vez cada día durante los siguientes dos meses, con el fin de reforzar los métodos RET que se incluyen en ella. (3) Normalmente sólo se trata un problema cada vez, y cuando los clientes lo manejan bien, entonces se pasa a otro. (4) En la hipnoterapia RET se incluyen ejercicios para casa, que se repiten muchas veces para animar a los clientes a que los realicen. (5) La hipnoterapia RET, tal y como se presenta en este Capítulo, puede mezclarse con RET individual o de grupo, y puede usarse como un complemento de la RET no hipnótica.

Las desventajas de la hipnoterapia RET son las siguientes: (1) Los clientes tienden a hacer suyas las sugerencias autoritarias del hipnotizador en todo tipo de hipnoterapia. La RET pone un énfasis especial en el *pensamiento científico*, y el asumir las sugerencias del hipnotizador (o cualquier clase de sugestión del terapeuta) puede echar por tierra el auto-pensamiento, que para la RET es más profundo y auténtico.

(2) El hipnotismo implica una forma *fácil* y *mágica* de cambiar, mientras que la RET generalmente insiste en que hay que trabajar duro en la terapia para erradicar la baja tolerancia a la frustración o la creencia en lo mágico. La forma de hipnoterapia RET que se describe en este Capítulo recurre mínimamente a la sugestión, a la magia, y al cambio fácil, pero sigue teniendo este sentido para muchos clientes, a quienes les limita en su avance por eliminar y superar las perturbaciones básicas. Por todas estas razones, yo (AE) utilizo la hipnoterapia RET ocasionalmente, y a menudo intento convencer a mis clientes de que se olviden de ella para que usen la RET de una forma más independiente y auténtica.

APENDICE

Cómo mantener y aumentar sus logros terapéuticos racional-emotivos

Albert Ellis, Ph. D.

Institute for Rational-Emotive Therapy
New York City

Si emplea los principios y prácticas de la terapia racional-emotiva (RET), podrá cambiar sus pensamientos, sentimientos y conductas autodestructoras y se sentirá mucho mejor que cuando empezó la terapia. ¡Bueno! Algunas veces también puede desfallecer o retroceder. Nadie es perfecto y prácticamente todo el mundo da un paso atrás cada dos o tres que da hacia delante. ¿Por qué? Porque así es la naturaleza humana: avanzar, dejar de avanzar, y a veces hasta retroceder. ¿Cómo puede disminuir su tendencia a retroceder (¡de forma imperfecta!)? ¿Cómo puede mantener y aumentar lo que va consiguiendo en la terapia?. Estos son algunos de los métodos que nosotros hemos sometido a experimentación en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, y que muchos de nuestros clientes han considerado bastante efectivos.

COMO MANTENER SUS LOGROS

1. Cuando usted ha avanzado y después retrocede hacia antiguos sentimientos de ansiedad, depresión, o autodestrucción, trate de recordar y centrarse en cuáles fueron exactamente los pensamientos, sentimientos y conductas que modificó para conseguir una mejora. Si usted se siente deprimido de nuevo acuérdesse de cómo utilizó la RET anteriormente para dejar de estarlo. Por ejemplo, usted puede recordar que:
 - a) Dejó de repetirse a sí mismo que no tenía ningún valor y que nunca podría conseguir lo que deseaba.
 - b) Se demostró a sí mismo que podía llevar bien su trabajo y una relación amorosa, que tenía ciertas habilidades y que era digno de ser amado.

- c) Hizo el esfuerzo de asistir a entrevistas en vez de evitarlas, lo cual le ayudó a superar la ansiedad que le producían.
 Recuerde pensamientos, sentimientos y conductas que al haberlos cambiado, le hayan servido de ayuda.
2. Continúe pensando y pensando en Creencias racionales (rB) o en frases de enfrentamiento como: «¡Es estupendo tener éxito, pero yo puedo aceptarme completamente a mí mismo como persona y divertirme incluso cuando fracaso!» No se limite a repetir estas frases como un loro, concéntrese y piense en ellas muchas veces hasta que empiece a creérselas de verdad y a sentir las como auténticas.
 3. Continúe buscando, descubriendo, refutando y enfrentándose a las Creencias irracionales (iB) que una vez le trastornaron. Tome cada Creencia irracional importante por separado -como sería: «¡Tengo que tener éxito si quiero ser una persona valiosa!»- y pregúntese: «¿Por qué es cierta esta creencia?» «¿Qué evidencia tengo de que mi valor como persona, y el que me divierta en la vida dependa totalmente de que me salga bien algo?» «¿Cómo podría ser completamente inaceptable como ser humano si fracaso en esta prueba o tarea importante?».

Continúe refutando sus Creencias irracionales fuerte y persistentemente siempre que le vuelvan a aparecer. Incluso cuando no las tenga en ese momento, dese cuenta de que le pueden surgir cuando menos lo espere. Por eso, tráigalas a su consciencia y refútelas de forma preventiva, ¡y poderosa!.

4. Continúe arriesgándose a hacer cosas que usted teme irracionalmente - como el subirse en ascensor, relacionarse con otras personas, buscar un trabajo. Una vez que haya superado parcialmente uno de estos miedos, continúe actuando, de forma regular, en contra de él. Si se siente incómodo cada vez que se obliga a hacer cosas que por su miedo irracional teme hacer, no intente evitarlas -¡y por lo tanto que desaparezca su incomodidad para siempre! Todo lo contrario, siéntase tan *incómodo* como pueda, para erradicar sus miedos irracionales y para que más tarde pueda sentirse tranquilo y cómodo.
5. Intente ver con claridad la diferencia que hay entre los sentimientos negativos apropiados —como la pena, el dolor, la frustración, cuando no se consigue lo que se desea— y los sentimientos negativos inapropiados - como la depresión, ansiedad, el odio a sí mismo, y la auto-compasión, cada vez que se vea privado de lo que quiere y rodeado de cosas indeseables. Siempre que se sienta *superpreocupado* (aterrorizado) o *indebidamente* miserable (deprimido), reconozca que está padeciendo un sentimiento que según las estadísticas es normal pero que psicológicamente no es sano, y que tiene

su raíz en algunos de los *debos, tengo que, y debería* dogmáticos. ‘Dese cuenta de que usted es totalmente capaz de cambiar sus sentimientos inapropiados (o *necesidades perturbadoras*) por otros más apropiados (o preferenciales). Trabaje en estos sentimientos ansiosos hasta que se sienta *simplemente* alerta y preocupado. Utilice la imaginación racional-emotiva para imaginarse los Acontecimientos Activadores des-gradables antes de que sucedan: siéntase trastornado (ansioso, deprimido, furioso, o derrotado) mientras se los imagina; después ocúpese de cambiar esos sentimientos por emociones apropiadas (preocupación, pena, disgusto, o tristeza) mientras continúa imaginándose las peores cosas que le puedan ocurrir. No termine hasta que no haya cambiado del todo sus sentimientos.

6. Evite la procrastinación derrotista. Haga las cosas desagradables rápidamente -¡ya! Si todavía se procrastina, dese a sí mismo una recom-pensa con algo que le divierta - por ejemplo, comer, un descanso, leer, salir con gente-pero sólo *después* de que haya cumplido las tareas que suele evitar. Si esto no funciona póngase un castigo severo cada vez que se pro-crastine - como el hablarle a alguien aburrido durante dos horas o quemar un billete de cien dólares.
7. Demuéstrese que el mantener su salud emocional y sentirse feliz, por encima de cualquier desgracia que le pueda pasar, es un reto y tiene algo de aventura. Convierta el luchar contra su miseria en una de las razones más importantes de su vida, algo que está totalmente determinado a conseguir. Reconozca que usted tiene casi siempre la oportunidad de elegir cómo pensar, sentir, y comportarse; y láncese a esa oportunidad.
8. Recuerde —y utilice— los tres insights importantes de la RET, que describimos por primera vez en *Reason and Emotion in Psychotherapy* en 1962:

Insight n. °1: Usted *ha elegido* perturbarse por acontecimientos desagradables de su vida, aunque le hayan animado a ello los hechos externos y un aprendizaje social. Usted piensa como actúa. Cuando le ocurre algo desagradable o frustrante en el punto A (Acontecimientos Activadores), consciente, o inconscientemente *selecciona* unas Creencias racionales (rB) que le llevan a sentir pena y tristeza, pero también *selecciona* unas Creencias irracionales (iB) que le hacen sentir ansiedad, depresión y autodesprecio.

Insight n. ° 2: No importa cuándo y cómo haya adquirido sus Creencias irracionales y sus hábitos autosaboteadores, usted, ahora, en el presente *está eligiendo* mantenerlos -y por eso está perturbado *ahora*. Su historia pasada y sus condiciones de vida actuales le *afectan* bastante, pero no le *perturban*. Lo que más le está perturbando *en este momento* es su *filosofía* actual.

Insight n.º 3: No hay ninguna forma mágica de cambiar su personalidad y su fuerte tendencia a trastornarse innecesariamente. Cambiar la personalidad básica requiere *trabajar y practicar* persistentemente —eso es, *trabajar y practicar*— para poder alterar sus Creencias irracionales, sentimientos inapropiados, y conductas autodestructivas.

9. Busque constante —pero tranquilamente— diversiones y entretenimientos personales; como la lectura, teatro, deportes, hobbies, arte, ciencia, etc. Tenga como sus principales objetivos en la vida el conseguir la salud emocional y el divertirse. Trate de implicarse en objetivos, metas o intereses a largo plazo, con los que pueda entretenerse durante bastante tiempo. Para que pueda tener una vida agradable y feliz tiene que encontrar algo que dé sentido a su vida; distraerse de cualquier calamidad que se le presente; y preservar y mejorar su salud mental.
10. Trate de mantener contacto con personas que conozcan la RET y puedan discutir con usted algunos de sus aspectos. Hable con ellos de los problemas a los que le cuesta enfrentarse y de cómo emplea la RET para superarlos. Vea si ellos están de acuerdo con sus soluciones y si le pueden sugerir algún tipo de refutación RET adicional o más adecuada para sus Creencias irracionales.
11. Practique la RET con alguno de sus parientes, amigos o conocidos que esté deseando que lo haga. Cuanto más utilice la RET con los demás, cuanto más les ayude a ver cuáles son sus iB y a intentar que expresen los pensamientos autodestructores, mejor podrá entender los principios de la RET y mejor podrá usarlos con usted mismo. Cuando vea que otras personas actúan irracional y perturbadoramente, intente averiguar —comentándolo o sin comentarlo con ellas— cuáles son sus principales Creencias irracionales, y cómo se podrían refutar fuerte y activamente.
12. Cuando esté en terapia individual o de grupo grabe todas las sesiones que pueda y escúchelas con atención entre las sesiones, para que lo que ha aprendido sobre la RET en la terapia se quede grabado en su mente. Después de terminar la terapia, guarde esas grabaciones y escúchelas de vez en cuando para recordar como manejó sus antiguos problemas o para ver cómo se las puede arreglar con los que ahora le vayan surgiendo.
13. Continúe leyendo libros sobre la RET y escuchando cassettes o audiovisuales. En la hoja de instrucciones que se le dio cuando asistió por primera vez a terapia, hay una lista de los libros o cassettes más importantes, con los principios y prácticas de la RET. Lea y escuche algunos de ellos, sobre todo: *HUMANISTIC PSYCHOTHERAPY* (Ellis); *A GUIDE TO PERSONAL HAPPINESS* (Ellis y Harper); *A NEW GUIDE TO RATIONAL LIVING* (Ellis

y Harper); *OVERCOMING PROCRASTINATION* (Ellis y Knaus); *OVERCOMING DEPRESSION* (Hauck); y *A RATIONAL COUNSELING PRIMER* (Young). Vuelva a leer o escuchar el material RET de vez en cuando para que pueda recordar la filosofía racional-emotiva.

COMO ENFRENTARSE A LOS RETROCESOS

1. Acepte su retroceso como algo normal, que le ocurre a casi todas las personas que al principio mejoran emocionalmente pero que después retroceden. Tómelo como un fallo humano. No sienta vergüenza cuando le vuelvan algunos de sus antiguos síntomas; y no piense que tiene que manejarlos usted sólo, que es negativo o de personas débiles asistir a sesiones adicionales de terapia o hablarlo con sus amigos.
2. Cuando retroceda, tome su *conducta* autodestructiva como mala y desafortunada; pero evite a toda costa *venirse abajo* por esa causa. Utilice el principio tan importante de la RET que intenta que usted no se valore a *sí mismo*, su *yo*, o su *existencia*, sino sólo sus *actos*, *acciones* y *comportamientos*. Usted siempre será una *persona* que actúa bien o mal, y nunca una *buena persona* o una *mala persona*. No importa lo grande que haya sido el resbalón y que recupere sus antiguas perturbaciones otra vez, trabaje para aceptarse completamente a *sí mismo* *con* esta conducta desafortunada y débil, y después intente una y otra vez cambiar su conducta.
3. Retome el ABC de la RET y observe qué es lo que le ha hecho volver a sus antiguos síntomas. En A (Acontecimientos Activadores) usted solía experimentar fracasos o rechazos. En rB (Creencia racional) probablemente se dijo a *sí mismo* que no le *gusta* fracasar y que no *quiere* ser rechazado. Si se hubiera quedado nada más con estas Creencias racionales se hubiera sentido simplemente triste, apenado, desilusionado, o frustrado. Pero en el momento en que se sintió perturbado otra vez, probablemente haya vuelto a sus Creencias irracionales (iB), como: «¡No *debo* fallar! ¡Es *horrible* cuando lo hago!» «¡*Tengo* que ser aceptado porque si no, me convierto en una *persona indigna* y *sin ningún valor*!» Después de haberse convencido con estas iB, se sintió de nuevo deprimido y derrotado en C (Creencia emocional).
4. Cuando encuentre las Creencias irracionales que le están perturbando otra vez, utilice la Refutación (D) para enfrentarse a ellas y superarlas - *inmediata* y *persistentemente*- como lo hizo al principio. Por ejemplo, puede preguntarse: «¿Por qué no *debo* fallar? ¿Es realmente *horrible* si lo hago?» Y puede responderse: «No hay ninguna razón por la que no *deba* fallar, aunque puedo encontrar varias razones para pensar que no es de mi agra-

do. No es *horrible* fallar, sólo *inconveniente*.» También puede Refutar sus otras Creencias irracionales preguntándose: «¿Dónde está escrito que *tenga que* ser aceptado? ¿De qué forma me convierto en una persona indigna y sin valor cuando soy rechazado?» Y puede responder: «No *tengo* por qué ser aceptado aunque *preferiría* serlo. Si soy rechazado, eso me convierte en una *persona que* ha sido rechazada esta vez por este individuo bajo estas condiciones, pero difícilmente me hace ser una *persona indigna y sin valor*, a la que siempre rechazarán todas las personas queridas».

5. Continúe buscando, encontrando, y Refutando activa y fuertemente las Creencias irracionales que ha vuelto a revivir y que ahora le están haciendo sentirse ansioso o deprimido una vez más. Continúe haciéndolo una y otra vez hasta que haga músculo intelectual y emocional (de la misma forma en que haría un músculo físico aprendiendo ejercicios y después *practicándolos*).
6. No cometa el error de creer que si cambia su lenguaje cambiará su pensamiento. Si usted se dice de forma neurótica: «*Debo* tener éxito y ser aceptado» y de forma sana cambia esta frase por: «*Prefiero* tener éxito y ser aceptado,» todavía puede estar convencido de que: «*Tengo que* hacerlo bien y *tengo que conseguir* que me quieran.» Antes de dejar de Refutar y de sentirse satisfecho con sus respuestas (lo que en la RET llamamos E, o Filosofía Efectiva), continúe con el proceso hasta que esté *realmente* convencido de sus respuestas racionales y hasta que desaparezcan sus sentimientos de perturbación. Después repita todo ello muchas, muchas veces -hasta que su E nueva (Filosofía Efectiva) se haga fuerte y se convierta en algo habitual- lo cual ocurrirá si sigue trabajando en ella.
7. El convencerse superficialmente o «intelectualmente» de su nueva Filosofía Efectiva o de las Creencias racionales no le ayudará ni le durará mucho tiempo. Trabaje *fuerte y persistentemente*, porque no puede estar *totalmente* convencido, hasta que no *sienta* realmente que: «¡No *necesito* lo que *quiero*! ¡No *tengo que* tener éxito, y no importa cuánto lo *deseo*!». «*Puedo* soportar ser rechazado por alguien a quien quiero. Eso no me va a *matar* -todavía puedo llevar una vida feliz!» «*Ningún* ser humano es indigno y sin valor- ¡especialmente *yo*!».

COMO GENERALIZAR EL TRABAJAR EN UN PROBLEMA EMOCIONAL A OTROS PROBLEMAS

1. Observe que su problema emocional actual y cómo se provoca no es un caso único, sino que todas las dificultades emocionales y conductuales son consecuencia de unas Creencias irracionales (iB). Cualquiera que sean sus

Creencias irracionales, usted puede superarlas si refuta y actúa fuerte y persistentemente contra ellas.

2. Fijese en que suele tener tres clases de Creencias irracionales que le llevan a perturbarse, y que los problemas emocionales y conductuales que padece, entran dentro de estas tres categorías:
 - a. «*Debo* hacer las cosas bien y *tengo* que ser aceptado por las personas que considero importantes.» Esta iB le hace sentirse ansioso, deprimido, y destruido; evita hacer algo en lo que puede fallar, y evita las relaciones que pueden no salir bien.
 - b. «¡La gente *debe* tratarme de forma agradable y honesta!» Esta iB le produce sentimientos de enfado, furia, violencia, y sobrerrebelación.
 - c. «¡Mis condiciones de vida *deben* ser confortables y libres de penurias!» Esta iB tiende a producirle sentimientos de baja tolerancia a la frustración y autocompasión; algunas veces, hasta ira y depresión.
3. Fijese que cuando emplea uno de estos tres *debos* absolutistas -o cualquiera de sus innumerables variantes -usted extrae de ellos, de forma natural, otras conclusiones irracionales, como son:
 - a. «¡Como no estoy haciendo las cosas tan bien como *debiera*, soy un individuo incompetente y sin valor!».
 - b. «¡Es *horrible* y *terrible* que la gente a la que considero importante no me acepte como *debiera*!» (Catastrofismo).
 - c. «¡Como los demás no me tratan tan agradable y honestamente como *debieran*, son gente *totalmente podrida* que merece ser condenada!» (Condena).
 - d. «¡No puedo soportar que mis condiciones de vida no sean tan confortables como *debieran*, y que en mi vida haya algunas penurias! ¡Mi existencia es horrorosa!» (No soportantitis).
 - e. «¡Como he sido rechazado y he fracasado, y *no debiera* haberlo hecho, *siempre* fracasaré y la gente *nunca* me aceptará! ¡Mi vida será siempre un sinsentido y un aburrimiento!» (Sobregeneralización).
4. Dese cuenta de que estas Creencias irracionales son parte de su repertorio *general* de pensamientos y sentimientos, y de que las utiliza en muchas situaciones que van en contra de sus deseos. Fijese que casi siempre que se siente muy trastornado y actúa de forma autoderrotista, usted está, consciente

inconscientemente, dándole vueltas a una o más de estas iB. Por lo tanto, si consigue zafarse de ellas en una área concreta, pero todavía está perturbado emocionalmente por algo más, puede volver a usar los mismos principios de la RET para descubrir las iB de esa área nueva y eliminarlas.

5. Demuéstrese una y otra vez que es casi imposible perturbarse o mantener una perturbación, si abandona los *debos y debería* dogmáticos y absolutistas, sustituyéndolos por *deseos y preferencias* flexibles (aunque fuertes).
6. Continúe reconociendo que puede cambiar sus Creencias irracionales (iB) utilizando el método científico rigurosamente (¡pero no rígidamente!). Con el método científico puede demostrar que las Creencias irracionales sólo son teorías e hipótesis, no hechos. Hay muchas maneras realísticas y lógicas de Refutar como éstas:
 - a. Usted es capaz de demostrar que sus iB son autodestructivas, es decir, que interfieren con sus objetivos y su felicidad. Si está absolutamente convencido de que: «*Debo tener éxito en todo lo que sea importante y tengo que ser aceptado por todas las personas significativas que hay en mi vida*», habrá veces que fracase y no sea aceptado - con lo cual, resultará inevitable que se sienta ansioso y deprimido, en lugar de triste y frustrado.
 - b. Sus Creencias irracionales no se ajustan a la realidad, y especialmente, no se ajustan a la posibilidad que tienen todos los seres humanos de fallar. Si usted siempre *tuviera que tener éxito*, si el universo se lo ordenara, obviamente siempre *tendría éxito*. ¡Pero a veces no lo tiene!. Si usted invariablemente *tuviera que ser aceptado por los demás*, nunca podría ser rechazado. ¡Pero a menudo lo es! Está claro que el universo no está dispuesto de forma que usted siempre consiga lo que exige. Así que, ¡aunque sus deseos suelen ser realistas, sus exigencias definitivamente no lo son!
 - c. Sus Creencias irracionales son ilógicas, inconsistentes, o contradictorias. No importa cuánto *desea* usted ser aceptado o tener éxito, de aquí nunca se sigue que *deba* conseguirlo (tanto en estos aspectos como en otros). No importa cuánto se deseen la justicia o la elegancia, no *tienen* por qué existir jamás.

Aunque el método científico no es ni infalible ni sagrado, le sirve de gran ayuda para descubrir entre todas sus creencias cuáles son irracionales y destructivas, y también orienta sobre cómo emplear la evidencia empírica y el pensamiento lógico para librarse de ellas. Si continúa con el análisis científico, terminará por erradicar todo dogma y establecerá sus hipótesis sobre usted mismo, otras personas, y el mundo que le rodea, de tal manera que siempre estén abiertas a cualquier cambio.

7. Intente ponerse algún objetivo y propósito en la vida, objetivo que le gustaría mucho alcanzar pero que no esté obligado a ello. Compruebe cómo le va con esos objetivos; revíselos de vez en cuando; observe cómo se siente cuando los alcanza; y continúe poniendo objetivos el resto de su vida.
8. Si se estanca y empieza a llevar una vida oscura y miserable, repase los puntos de este panfleto y póngalos en práctica. Una vez más le repito: si tiene un retroceso importante o no puede avanzar hacia donde quiere, no dude en volver a la terapia y asistir a unas cuantas sesiones de apoyo o a un grupo regular del Instituto.

Quiero agradecer las contribuciones de las siguientes personas del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, que leyeron este libro cuando no era más que un manuscrito e hicieron unos comentarios muy valiosos sobre él: Raymond DiGiuseppe, Mal Holland, Terry Jordan, Leonor Lega, Naomi McCormick, Harriet Mischel, Beverly Pieren, Susan Presby, Karin Schleider, Janet Wolfe, Joe Yankura, y Thea Zeeve. Sin embargo, yo me hago totalmente responsable de todo lo expresado en el libro.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Garden City.
- Ainslie, G. (1974). Specious reward: A behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, 82, 463-496.
- Albert, S. (1972). *A study to determine the effectiveness of affective education with fifth-grade students*. Unpublished master's thesis, Queens College, New York City.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1986). *Your perfect right* (5th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact.
- Anonymous («J»). (1970). *The sensuous woman*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart and Deli Books.
- Aponte, H. J. Underorganization in the poor family. In P. J. Guerin (Ed.). *Family Therapy* (pp. 202-221). New York: Gardner.
- Araoz, D. L. (1983). *Hypnosis and sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Ard, B. N., Jr. (1974). *Treating psychosexual disturbance*. New York: Jason Aronson.
- Ard, B. N., Jr., & Ard, C. (Eds.). (1976). *Handbook of marriage counseling*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Bach, G. R. (1966). The marathon group: Intensive practice of intimate reaction. *Psychological Reports*, 18, 995-1.002.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barber, T. X. (1961). Physiological effect of «hypnosis». *Psychological Bulletin*, 58, 390-419.

- Barber, T. X. (1966). The effects of «hypnosis» and motivational suggestions on strength and endurance. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 42-50.
- Bard, J. (1980). *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York: Hoeber-Harper.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclee De Brouwer. Bilbao.
- Bernheim, H. (1974). *Suggestive therapeutics*. New York: London Book Company. (Original publication, 1886).
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon.
- Blanco, R. B. (1973). *El maratón psicológico como medio de aliviar tensiones*. Unpublished master's thesis. National University of Guatemala, Guatemala City, Guatemala.
- Blazier, D. (1975). *Poor me, poor marriage*. New York: Vantage.
- Bokor, S. (1971). *A study to determine the effects of a self-concept enhancement program in increasing self-concept in black, disadvantaged sixth-grade boys*. Unpublished master's thesis. Queens College, New York.
- Bone, H. (1968). Two proposed alternatives to psychoanalytic interpreting. In E. Hammer (Ed.), *Use of interpretation in treatment* (pp. 169-196). New York: Grune and Stratton.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Boutin, G. E., & Tosi, D. J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy (RSDH). *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Morrow.
- Church, V. A. (1974). Rational therapy in divorce practice. *Rational Living*, 9 (2), 34-38.
- Comfort, A. (1974). *The Joy of Sex*. New York: Crown.
- Cooke, P. (1974). *An investigation of the effectiveness of rational-emotive therapy and its training sessions in Rochester*. Unpublished manuscript, Center for Organization Development, Rochester, NY.
- Coué, E. (1921). *My method*. New York: Doubleday, Page.
- Crawford, T. (1982, October). *Communication and rational-emotive therapy*. Workshop presented at the Institute for Rational-Emotive Therapy, Los Angeles.
- Danysh, J. (1974). *Stop without quitting*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- de Voge, C. (1974). A behavioral approach to RET with children. *Rational Living*, 9 (1), 23-26.

- DiGiuseppe, R. (1975). *A developmental study of the efficacy of rational-emotive education*. Doctoral thesis, Hofstra University, Hempstead, NY.
- DiGiuseppe, R., Miller, N., & Trexler, L. (1979). A review of rational-emotive psychotherapy outcome studies. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 218-236). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- DiLoreto, A. (1971). *Comparative psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Dreikurs, R. (1974). *Psychodynamics, psychotherapy and counseling* (Rev. ed.). Chicago: Alfred Adler Institute.
- Dryden, W. (1983). Audiotape supervision by mail: A rational-emotive approach. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 57-64.
- Dryden, W. (1984a). *Individual therapy in Britain*. London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1984b). Rational-emotive therapy. In W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 235-263). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1984c). *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. Beckenham, Kent, England: Croom Helm.
- Dryden, W. (1984d). Therapeutic arenas. In W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 1-22). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1985a). Challenging but not overwhelming: A compromise in negotiating homework assignments. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3 (1), 77-80.
- Dryden, W. (1985b). Marital therapy: the rational-emotive approach. In W. Dryden (Ed.), *Marital therapy in Britain, Volume I* (pp. 195-221). London: Harper & Row.
- Dryden, W. (1987). Theoretically-consistent eclecticism: Humanizing a computer «addict». In J. C. Norcross (Ed.), *Casebook of eclectic psychotherapy* (pp. 221-237). New York: Brunner/Mazel.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1986). Rational-emotive therapy (RET). In Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy* (pp. 129-168). London: Harper & Row.
- Dryden, W., & Trower, P. (Eds.). (1986). *Rational-emotive therapy: Recent developments in theory and practice*. Bristol, England: Institute for RET (UK).
- Duckro, P., Beal, D., & George, C. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*, 86, 260-275.
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Eisenberg, J. M., & Zingle, H. W. (1975). *Journal of Marriage and Family Counseling*, 1 (1), 81-91.
- Ellis, A. (1957). *How to live with a «neurotic»: At home and at work*. New York: Crown. Revised edition, Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1958a). Neurotic interaction between marital partners. *Journal of Counseling Psychology*, 5, 24-28. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.

- Ellis, A. (1958b). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59,35-49. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1958c). *Sex without guilt*. New York: Lyle Stuart. Revised edition, New York, Lyle Stuart, 1965.
- Ellis, A. (1960a). *The art and science of love*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1960b). Marriage counseling with demasculinizing wives and demasculinized husbands. *Marriage and Family Living*, 2, 305-316.
- Ellis, A. (1961). Coitus. In A. Ellis & A. Abarbanel (Eds.) *The encyclopedia of sexual behavior* (pp. 284-292). New York: Hawthorn.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Desclée De Brouwer. Bilbao.
- Ellis, A. (1963a). *The intelligent woman's guide to manhunting*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1963b). *Sex and the single man*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1963c). Toward a more precise definition of 'emotional' and 'intellectual' insight. *Psychological Reports*, 13, 125-126.
- Ellis, A. (1965). *Suppressed: Seven key essays publishers dared not print*. Chicago: New Classics House.
- Ellis, A. (1968). Is psychoanalysis harmful? *Psychiatric Opinion*, 5 (1), 16-25. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1969). A weekend of rational encounter. *Rational Living*, 4 (2), 1-8.
- Ellis, A. (1971a). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A. (Speaker). (1971b). *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything* (cassette recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1972a). Helping people get better: Rather than merely feel better. *Rational Living*, 7(2), 2-9.
- Ellis, A. (1972b). *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1972c). *The sensuous person*. New York: Lyle Stuart and New American Library.
- Ellis, A. (Speaker). (1972d). *Solving emotional problems* (cassette recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1974a). Rational-emotive therapy in groups. *Rational Living*, 9(1), 15-22.
- Ellis, A. (1974b). *Technique of disputing irrational beliefs (DIBS)*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1974c). The treatment of sex and love problems in women. In V. Franks & V. Burtule (Eds.), *Women in Therapy* (pp. 284-306). New York: Brunner/Mazel.
- Ellis, A. (1976a). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (Speaker). (1976b). *Conquering low frustration tolerance* (cassette recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

- Ellis, A. (1976c). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 13, 343-348. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (Speaker), (1976d). *Rational-emotive psychotherapy applied to groups* (Film). Washington, DC: American Association of Counseling and Development.
- Ellis, A. (Speaker). (1976e). *Rational-emotive therapy with individuals and groups* (videotape). Austin, TX: Audio-Visual Resource Center, University of Texas.
- Ellis, A. (1976f). *Sex and the liberated man*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1976g). Techniques of handling anger in marriage. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 2, 305-316.
- Ellis, A. (1977a). *Anger—How to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Ellis, A. (1977b). Fun as psychotherapy. *Rational living*, 12 (1), 2-6.
- Ellis, A. (Speaker). (1977c). *A garland of rational humorous songs* (cassette recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977d). Intimacy in psychotherapy. *Rational Living*, 12 (2), 13-19.
- Ellis, A. (1978a). Family therapy: A phenomenological and active-directive approach. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4 (2), 43-50. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, New York.
- Ellis, A. (1978b). Personality characteristics of rational-emotive therapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 329-332.
- Ellis, A. (1979a). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 1: *Rational Living*, 14, (2), 3-8.
- Ellis, A. (1979b). The issue of force and energy in behavioral change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10, (2) 83-97.
- Ellis, A. (1979c). The practice of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1979d). The theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J. M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A. (1979e). *Sex and the liberated man*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1980a). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 2 *Rational Living*, 15 (1), 25-30.
- Ellis, A. (1980b). The rational-emotive approach to children's and adolescents' sex problems. In J. M. Sampson (Ed.), *Childhood and sexuality* (pp. 513-524). Montreal: Editions Etudes Vivantes.
- Ellis, A. (1980c). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- Ellis, A. (1980d). The treatment of erectile dysfunction. In S. R. Leiblum & L. A. Pervin (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (pp. 240-258). New York: Guilford.
- Ellis, A. (1980e). The value of efficiency in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 414-418.

- Ellis, A. (1981a, September). New developments in rational-emotive therapy. Address given at the First European Conference on the Cognitive-Behavioral Therapies, Lisbon, Portugal.
- Ellis, A. (1981b). The place of Immanuel Kant in cognitive psychotherapy. *Rational Living*, 16 (2), 13-16.
- Ellis, A. (1981c). The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 16 (4), 29-36.
- Ellis, A. (1982a). Intimacy in rational-emotive therapy. In M. Fisher & G. Striker (Eds.), *Intimacy* (pp. 203-217). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1982b). Rational-emotive family therapy. In A. M. Horne & M. M. Olsen (Eds.), *Family counseling and therapy* (pp. 302-328). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1982c). Rational-emotive group therapy. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (3rd ed.) (pp. 381-412). Springfield, IL: Thomas.
- Ellis, A. (1982d). The treatment of alcohol and drug abuse: A rational-emotive approach: *Rational Living*, 17 (2), 15-24.
- Ellis, A. (1983a). *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1983b). Failures in rational-emotive therapy. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 159-171). New York: Wiley.
- Ellis, A. (1983c). How to deal with your most difficult client: You. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 1 (1), 3-8.
- Ellis, A. (1983d). The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. In M. Rosebaum, C. M. Franks & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives in behavior therapy in the eighties* (pp. 138-151). New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1983e). Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance. 1: Common forms of resistance. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 28-38.
- Ellis, A. (1983f). The use of rational-emotive therapy (RET) in working for a sexually sane society. In G. W. Albee, S. Gordon & H. Leitenberg (Eds.), *Promoting sexual responsibility and preventing sexual problems* (pp. 402-411). Hannover, VT: University Press of New England.
- Ellis, A. (1984a). The essence of RET—1984. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2 (1), 19-25.
- Ellis, A. (1984b). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current Psychotherapies* (3rd ed.) (pp. 196-238). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1985a). Dilemmas in giving warmth or love to clients: An interview with Windy Dryden. In W. Dryden (Ed.), *Therapist's dilemmas* (pp. 5-16). London: Harper & Row.
- Ellis, A. (1985b). Expanding the ABCs of rational-emotive therapy. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 313-323). New York: Plenum.

- Ellis, A. (1985c). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1986). Anxiety about anxiety: The use of hypnosis with rational-emotive therapy. In E. T. Dowd & J. M. Healy (Eds.), *Case studies in hypnotherapy* (pp. 3-11). New York: Guilford.
- Ellis, A. (1987). The use of rational humorous songs in psychotherapy. In W. F. Fry, Jr. & W. A. Salameh (Eds.), *Handbook of humor and psychotherapy* (pp. 265-286). San Diego: Profesional Resource Exchange.
- Ellis, A. (in press). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.) (1983). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (Eds.) (1989). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Desclée De Brouwer. Bilbao.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.) (1981). *Manual de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.) (1986). *Handbook of rational-emotive therapy*. Volume 2. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961a) *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961b) *A guide to successful marriage*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975) *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Knaus, W. (1977). *Overcomming procrastination*. New York: New American Library.
- Ellis, A., & Witheley, J. M. (1979). *Theoreticalen empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A., Wolfe, J. L., & Moseley, S. (1966). *Howto raise an emotionally healthy happy child*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C. M., & Eggeraat, J. B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects. *Behavior Research and Therapy*, 16, 33-41.
- Engels, G., & Diekstra, R. (1986). Efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review. Unpublished manuscript, University of Leiden, Leiden, Netherlands.
- Eschenroeder, C. (1979). Different therapeutic styles in rational-emotive therapy. *Rational Living*, 14 (1), 3-7.
- Freud, A. (1937). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth.

- Freud, S. (1965). *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth.
- García, E. J. (1977) Working on the E in RET. In J. L. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational therapy* (pp. 72-87). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Garfield, S., & Bergin, A. E. (Eds.). (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Golden, W. L. (1982) Rational-emotive hypnotherapy. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 1 (2), 47-56.
- Goldfried, M., & Davidson, G., (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Grieger, R. M. (Ed.). (1986). *Rational-emotive couples therapy*. (Special issue of *Journal of Rational-Emotive Therapy*.) New York: Human Sciences Press.
- Grieger, R., & Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Grieger, R., & Grieger, I. (Eds.). (1982) *Cognition and emotional disturbance*. New York: Human Sciences Press.
- Guerney, B. G., Jr. (1977). *Relationship enhancement: Skill-training programs for therapy, problem-prevention and enrichment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1978). Research in marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) (pp. 817-901). New York: Wiley.
- Gustav, A. (1968). Sucess is----- : Locating composite sanity. *Rational Living*, 3 (1), 1-6.
- Haaga, D., & Davison, G. C. (in press). Outcome studies of rational-emotive therapy. In M. Bernard & R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hankins, E. G. (1977). The comparative effectiveness of Adlerian group counseling with homework and without homework. *Dissertation Abstracts International*, 37A, 48-64.
- Harari, H. (1972). Cognitive manipulations with delinquent adolescents in group therapy. *Psychotherapy*, 9, 303-307.
- Harper, R. A. (1981). Limitations of marriage and family therapy. *Rational Living*, 16 (2), 3-6.
- Harris, G. F. (Ed.). (1977). *The group treatment of human problems: A social learning approach*. New York: Gruñe & Stratton.
- Hartman, W., & Fithian, M. (1972). *Treatment of sexual dysfunction*. Long Beach, CA: Center for Marital and Sexual Studies.
- Hauck, P. A. (1967). *The rational management of children*. New York: Libra.
- Hauck, P. A. (1972). *Reason in pastoral counseling*. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1973). *Overcoming depression*. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1974). *Overcoming frustration and anger*. Philadelphia: Westminster.

- Hauck, P. A. (1977a). Irrational parenting styles. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy, Volume 1*. (pp. 409-418). New York: Springer Publishing Co.
- Hauck, P. A. (1977b). *Marriage is a loving business*. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1981). *Overcoming jealousy and possessiveness*. Philadelphia: Westminster.
- Hauck, P. A. (1983a). *How to love and be loved*. London: Sheldon Press.
- Hauck, P. A. (1983). Working with parents, in A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive approaches to the problems of childhood* (pp. 333-365). New York: Plenum.
- Hauck, P. A. (1984). *The three faces of love*. Philadelphia: Westminster.
- Hiedegger, M. (1949). *Existence and being*. Chicago: Henry Regnery.
- Hertzberg, A. (1945). *Active psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Holroyd, K. (1975). *Cognition and desensitization in the group treatment of text anxiety*. Doctoral dissertation. University of Miami.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Howard, J. (1968, July 2). Inhibitions thrown to gentle winds. *Life*, pp. 48-65.
- Jacobs, E. E. (1971). *The effects of a systematic learning program for colleges undergraduates*. Masters thesis, Florida State University, Tampa.
- Jacobsen, E. (1938). *You must relax*. New York: McGraw-Hill.
- Jakubowski-Spector, P. (1973). Facilitating the growth of women through assertive training. *Counseling Psychologist*, 4 (1), 75-86.
- Jainis, I. L. (1987). Formas breves de consejo. Desclee De Brouwer. Bilbao.
- Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Jones, R. A. (1977). *Self-fulfilling prophecies: Social, psychological effects of expectancies*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Katz, S. (1974). *Effects of emotional education on locus of control and self concept*. Doctoral dissertation, Hofstra University, Garden City, NY.
- Keller, J., Crooke, J., & Brookings, J. (1975). Effects of a program in rational thinking on anxiety in older persons. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 54-57.
- Kelly, G. (1987). Psicología de los constructos personales. Desclee De Brouwer. Bilbao.
- Kendall, P., & Hollon, S., (Eds.). (1980). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Knaus, W. J. (1974). *Rational emotive education*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. San Francisco: International Society of General Semantics.
- Kranzler, G. (1974). *You can change how you feel*. Eugene, OR: Author.
- Kujoth, R. K. (1976). Differential effects of teaching rational idea concepts vs. teaching insight concepts on community college students. Doctoral dissertation, Marquette University, Marquette, Wisconsin.

- Lafferty, C. (1962). *Values that defeat learning*. Dearborn, MI: Edison Institute.
- Lange, A. J. (1979). Cognitive-behavioral group therapy and assertion training. In D. Uppel & S. M. Ross (Eds.), *Behavioral group therapy*. Champaign, IL: Research Press.
- Lange, A., & Jakubowsky, P. (1976) *Responsible assertive behavior*. Champaign, IL: Research Press.
- Lasch, C. (1978). *The culture of narcissism*. New York: Norton.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1981). *The practice of the multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1984). *In the mind's eye*. New York: Guilford.
- Lazarus, A. A. (1985). *Marital myths*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Lederer, W. J., & Jackson, D. D. (1968). *The mirages of marriage*. New York: Norton.
- Lefkowitz, P., & Davis, J. (1977). Rational-emotive therapy in a partial hospitalization setting. *Rational Living*, 12 (2), 35-38.
- Lehman, P. (1973). Practical applications of RET group techniques. *Rational Living*, 8 (1), 32-36.
- Lembo, J. M. (1974). *Help yourself*. Niles IL: Argus.
- Levant, R. (1978). Family therapy: A client-centered perspective. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4 (2), 35-42.
- LoPiccolo, J., Stewart, R., & Watkins, B. (1972). Treatment of erectile failure and ejaculatory incompetence with homosexual etiology. *Behavior Therapy*, 3, 1-4.
- Mackay, D. (1984) Behavioural psychotherapy. In W. Dryden (Ed.), *Individual therapy in Britain* (pp. 264-294). London: Harper & Row.
- Mackay, D. (1985). Marital therapy: The behavioral approach. In W. Dryden (Ed.), *Marital therapy in Britain. Volume I: Context and therapeutic approaches* (pp. 222-248). London: Harper & Row.
- Magers, B. D. (1977). *Cognitive behavioral short term group therapy with depression*. *Dissertation Abstracts International*, 38, 4468B.
- Mahoney, M. (1977). Personal science: A cognitive learning theory. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.) *Handbook of rational-emotive therapy, Volume I* (pp. 352-366). New York: Springer Publishing Co.
- Margolin, G., & Weiss, R. I. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1476-1486.
- Mass, V. S. (1978). The effects of three types of physical structure upon clients' risk taking. *Dissertation Abstracts International*, 39 (6A), 3378.
- Masters, W., & Johnson, V. A. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

- Maultsby, M. C., Jr. (1971). Rational emotive imagery. *Rational Living*, 6 (1), 24-27.
- Maultsby, M. C., Jr. (1975). *Help yourself to happiness: Through rational self-counseling*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Maultsby, M. C., Jr. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maultsby, M. C., Jr., & Ellis, A. (1974). *Techniques for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Maultsby, M. C., Jr., Knipping, P., & Carpenter, L. (1974). Teaching self-help in the classroom with rational self-counseling. *Journal of School Health*, 44, 445-448.
- Mayotte, A. C., & Conrad, R. W. (1974). *Effects of a group counseling model on selfconcept and related variables*. Glasgow, Montana: Glasgow Air Force Base.
- McCaskill, N. D., & McCaskill, A. (1983). Preparing patients for psychotherapy. *British Journal of Clinical and Social Psychiatry*, 2, 80-84.
- McClellan, T. A., & Stieper, D. R. (1973). A structured approach to group marriage counseling. *Rational Living*, 8 (2), 12-18.
- McGovern, T. E., & Silverman, M. S. (1984). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 to 1982. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2 (1), 7-18.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D., Gilmore, J., & Fedoravicius, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 410-421.
- Miller, R. C. & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Miller, T. (1983). *So you secretly suspect you're worthless, well...* Manlius, NY: Tom Miller.
- Moore, R. H. (1983). Inference as «A» in RET. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (2), 17-23.
- Morris, K. T., & Kanitz, J. M. (1975). *Rational-emotive therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: characteristics and activities. *The Clinical Psychologist*, 35, 1-8.
- Otto, H. (1968). *Group methods designed to actualize human potential*. Chicago: Achievement Motivation Systems.
- Paolino, T. J., Jr., & McGrady, B. S. (1978). *Marriage and marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Peris, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Phadke, K. M. (1982). Some innovations in RET theory and practice. *Rational Living*, 17 (2), 25-30.
- Popper, K. R. (1959). *The logic of scientific discovery*. New York: Harper & Row.
- Powell, J. (1976). *Fully human, fully alive*. Niles, IL: Argus.

- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 20, 161-173.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ravid, R. (1969). Effect of group therapy on long-term individual therapy. *Dissertation Abstracts International*, 30, 2427B.
- Reardon, J., & Tosi, D. (1977). The effects of rational stage directed imagery on self-concept and reduction of stress in adolescent delinquent males. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 1084-1092.
- Reardon, J., Tosi, D., & Gwynne, P. (1977). The treatment of depression through rational stage directed hypnotherapy (RSDH): A case study. *Psychotherapy*, 14, 95-103.
- Reich, W. (1942). *The function of the orgasm*. New York: Orgone Institute.
- Reich, W. (1945). *The sexual revolution*. New York: Orgone Institute.
- Reichenbach, H. (1953). *The rise scientific philosophy*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rose, S. D. (1980). *Casebook in group therapy: A behavioral-cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Russell, B. (1930). *The conquest of happiness*. New York: New American Library.
- Russell, B. (1965). *The basic writings of Bertrand Russell*. New York: Simon & Schuster.
- Russianoff, P. (1981). *Why do I think I am nothing without a man?* New York: Bantam.
- Sager, C. J. (1976). *Marriage contracts and marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age.
- Saxon, W. (1980). *The use of rational therapy with emotionally upset parents of handicapped children*. Unpublished manuscript, University of Southern Mississippi.
- Schütz, W. (1967). *Joy*. New York: Grove.
- Shahan, L. (1981). *Living alone and liking it*. New York: Warner.
- Sharma, K. L. (1970). *A rational group therapy approach to counseling anxious underachievers*. Doctoral dissertation, University of Alberta.
- Sherman, S. H. (1967). Alcoholism and group therapy. *Rational Living*, 2 (2), 16-17.
- Shostrom, E., Ellis, A., & Greenwald, H. (Speakers). (1976). *Three approaches to group therapy* (film). Corona Del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- Sichel, J., & Ellis, A. (1984). *RET self-help form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Skovholt, T., Resnick, J., & Dewey, C. R. (1979). Weight treatment: A group approach to weight control. *Psychotherapy*, 16, 188-192.
- Stanton, H. (1977). The utilization of suggestions derived from rational-emotive therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 18-26.

- Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford.
- Sydel, A. (1972). *A study to determine the effects of emotional education on fifth-grade children*. Unpublished master's thesis. Queens College, New York City.
- Taylor, M. H. (1975). A rational emotive workshop on overcoming study blocks. *Personnel and Guidance Journal*, 53, 458-462.
- Tillich, P. (1977). *The courage to be*. New York: Fountain.
- Tosi, D. J. (1974). *Youth: Toward personal growth, a rational-emotive approach*. Columbus, OH: Merrill.
- Tosi, D., & Marzella, J. N. (1977). The treatment of guilt through rational stage directed therapy. In J. L. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational therapy* (pp. 234-240). New York: institute for Rational-Emotive Therapy.
- Tosi, D., & Reardon, J. P. (1976). The treatment of guilt through rational stage directed therapy. *Rational Living*, 11 (1), 8-11.
- Tsoi-Hoshmund, L. (1976). Marital therapy: An integrative behavioral model. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 2, 179-192.
- Upper, D., & Ross, S. (Eds.). (1979). *Behavioral group therapy, 1979*. Champaign, IL: Research Press.
- Upper, D., & Ross, S. (Eds.). (1980). *Behavioral group therapy*. Champaign, IL: Research Press.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Walen, S. R., Diguseppe, R., & Wessler, R. L. (1980). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford.
- Warren, R., Deffenbacher, J., & Brading, P. (1976). Rational-emotive therapy and the reduction of test anxiety in elementary school students. *Rational Living*, 11 (2), 28-29.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wessler, R. A. (1981). So you are angry: Now what's your problem? *Rational Living*, 16 (1), 29-31.
- Wessler, R. A., Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wessler, R. L. (1984). Alternative conceptions of rational-emotive therapy: Toward a philosophically neutral psychotherapy. In M. A. Reda & M. J. Mahoney (Eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice* (pp. 65-79). Cambridge, MA: Ballinger.
- Wessler, R. L., & Ellis, A. (1980). Supervision in rational-emotive therapy. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy supervision* (pp. 181-191). New York: Wiley.

- Wessler, R. L., & Ellis, A. (1983). Supervision in counseling: Rational-emotive therapy. *Counseling Psychologist, 11* 43-49.
- Wolfe, J. L. (1973, November). *What to do until the revolution comes: An argument for women's rational therapy groups*. Talk presented at the University of Wisconsin.
- Wolfe, J. L. (1974). *Rational-emotive therapy and women's assertiveness training* (cassette recording). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Wolpe, J. (1983). *The practice of behavior therapy*. Third edition. New York: Pergamon.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon.
- Young, H. S. (1974a). A framework for working with adolescents. *Rational Living, 9* 0), 3-7.
- Young, H. S. (1974b). *A rational counseling primer*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Young, H. S. (1975). Rational thinkers and robots. *Rational Living, 10*(2), 29-31.
- Young, H. S. (1977). Counseling strategies with working class adolescents. In J. L. Wolfe & E. Brand (Eds.), *Twenty years of rational therapy* (pp. 187-202). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Young, H. S. (1984a). Practising RET with bible-belt Christians. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 2* (2), 60-76.
- Young, H. S. (1984b). Practising RET with lower-class clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 2* (2), 33-59.
- Young, H. S. (1984c). Teaching rational self-value concepts to tough customers. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 2* (2), 77-97.
- Zingle, H. W. (1965). *Therapy approach to counseling underachievers*. Doctoral thesis, University of Alberta.

