

The background of the entire cover is a repeating pattern of stylized keys in various colors: blue, orange, yellow, green, purple, and pink. The keys are of different shapes and sizes, some with circular heads and others with more complex, notched heads. They are scattered across the white background, creating a vibrant and textured effect.

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

Leonor Lega
Francesc Sorribes
Montserrat Calvo

Terapia Racional Emotiva Conductual

Una versión teórico-práctica actualizada

ÍNDICE

PORTADA
DEDICATORIA
PRÓLOGO

1. INTRODUCCIÓN

2. BIOGRAFÍA DE ALBERT ELLIS

Recuento personal

Doctor Albert Ellis: «el gen de la eficiencia»

De 1913 a 1924. La infancia (hasta los 12 años)

De 1925 a 1931. La adolescencia (12-18 años)

De 1932 a 1938. La juventud (19-25 años)

De 1939 a 1954. El psicoanalista y sexólogo (26-42 años)

De 1955 a 2007. Su etapa como terapeuta racional-emotivo (42-93 años)

Bibliografía del capítulo 2

Cronología

3. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

3.1. Marco conceptual: fundamentos epistemológicos

3.1.1. LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.1.2. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DE LA TREC

3.1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

3.1.4. BASES FILOSÓFICAS DE LA TERAPIA

3.1.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA

3.1.6. DIFERENCIAS CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

3.2. Modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual

3.2.1. MODELO ABC

3.2.2. EL MODELO ABC ES CIRCULAR O CONTEXTUAL

3.2.3. LAS COMPLEJAS INTERACCIONES ENTRE «A», «B» Y «C»

3.2.4. EL MODELO ABC SECUNDARIO O PERTURBACIÓN SECUNDARIA (META CONSECUENCIAS)

3.2.5. EL MODELO ABCDEF

3.3. Perturbación psicológica: ansiedad del ego versus ansiedad situacional

3.3.1. ANSIEDAD DEL EGO VERSUS ANSIEDAD SITUACIONAL

- 3.3.2. PROBLEMAS DE AUTOACEPTACIÓN: ANSIEDAD DEL EGO
- 3.3.3. PROBLEMAS DE BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (BTF): ANSIEDAD SITUACIONAL

3.4. Destrezas de Comunicación

3.4.1. ESTILOS DE COMUNICACIÓN

3.4.2. PROGRAMA PARA MEJORAR LAS DESTREZAS DE COMUNICACIÓN

Bibliografía del capítulo 3

4. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

4.1. Pasos para llevar a cabo una sesión de la TREC

4.1.1. PRIMER PASO: DEFINIR EL PROBLEMA Y ESTABLECER UNA METAPSICOTERAPÉUTICA

4.1.2. SEGUNDO PASO: EVALUAR UN EJEMPLO CONCRETO DEL PROBLEMA-OBJETIVO

4.1.3. TERCER PASO: IDENTIFICAR LA «C» SIGNIFICATIVA

4.1.4. CUARTO PASO: IDENTIFICAR UN «A» ESPECÍFICO

4.1.5. QUINTO PASO: IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS EMOCIONALES SECUNDARIOS

4.1.6. SEXTO PASO: ESTABLECER LA CONEXIÓN «B-C»

4.1.7. SÉPTIMO PASO: IDENTIFICAR «B»

4.1.8. OCTAVO PASO: PREPARAR AL PACIENTE PARA EL PROCESO DE DEBATE («D»)

4.1.9. NOVENO PASO: DEBATIR LAS CREENCIAS IRRACIONALES («D»)

4.1.10. DÉCIMO PASO: AUMENTAR SU CONVICCIÓN EN SUS CREENCIAS RACIONALES («E»)

4.1.11. UNDÉCIMO PASO: NEGOCIAR LAS TAREAS PARA CASA

4.1.12. DUODÉCIMO PASO: REVISAR LAS TAREAS PARA CASA

4.1.13. RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LOS PASOS

4.1.14. UNA DEMOSTRACIÓN DEL DOCTOR ALBERT ELLIS

4.2. Entrenamiento y supervisión en la TREC

4.2.1. ENTRENAMIENTO EN LA TREC

4.2.2. SUPERVISIÓN EN LA TREC

4.2.3. APRENDIZAJE BASADO EN ERRORES

Bibliografía del capítulo 4

5. OTRAS APLICACIONES DE LA TREC

5.1. Terapia grupal

5.1.1. TIPOS DE GRUPOS

5.1.2. EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE GRUPO SEMANAL CON ALBERT ELLIS

5.1.3. EJEMPLO DE UN GRUPO CON PROBLEMAS ESPECÍFICOS: SEXUALIDAD FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA

5.1.4. EJEMPLO DE TERAPIA GRUPAL FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA

5.1.5. EJEMPLO DEL TALLER DEL VIERNES POR LA NOCHE CON ALBERT ELLIS

5.2. Medición y aplicaciones transculturales

5.2.1. ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS (O EAC)

5.2.2. O'KELLY WOMEN BELIEFS SCALES (O OWBS)

Bibliografía de la sección 5.1.

Bibliografía de la sección 5.2.

FOTOGRAFÍAS

El joven Albert Ellis

Albert Ellis en las décadas de 1930, 1940 y 1950: de estudiante de posgrado a profesional joven

Albert Ellis en las décadas de 1960 y 1970

Albert Ellis en la década de 1980

Albert Ellis en la década de 1990

Albert Ellis en el siglo XXI

Albert Ellis en compañía de varias personas

Fotografías divertidas de Albert Ellis ¡Ráscame la espalda!

BIBLIOGRAFÍA COMPLETA: de 1945 A 2011

AGRADECIMIENTOS

NOTA

CRÉDITOS

Gracias por adquirir este eBook

Visita **Planetadelibros.com** y descubre
una
nueva forma de disfrutar de la lectura

**¡Regístrate y accede a contenidos
exclusivos!**

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora

Descubre

Comparte

*A Albert Ellis, fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual
y pionero del Modelo de Terapia Cognitivo-Conductual.
A nuestros alumnos, quienes serán los encargados de continuar con su legado.*

PRÓLOGO

A mediados de la década de 1950, durante el congreso de la American Psychological Association, Albert Ellis formuló un modelo de psicoterapia al que llamó inicialmente Terapia Racional, una terapia que se apartaba radicalmente de la única tendencia existente hasta ese momento, que era el psicoanálisis. Más tarde, cambió su nombre por el de Terapia Racional Emotiva y, por último, en la década de 1990, por Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC.

La Terapia Racional Emotiva Conductual, pionera de las terapias cognitivas-conductuales, remarca la importancia de la tríada pensamiento, emoción y conducta en el mantenimiento de los trastornos psicológicos, y aporta una dimensión humanística y filosófica única.

La premisa central de la TREC sostiene que, como lo sugirió el filósofo griego Epicteto: *«No nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas»*. En otras palabras, que el centro de la perturbación emocional de los seres humanos se encuentra en las percepciones e ideas que estos tienen sobre sí mismos, las otras personas, el mundo y la vida en general.

Una característica muy importante de estas percepciones o ideas que Ellis llamó «creencias o pensamientos irracionales», no porque la persona no razone sino porque razona mal, es su rigidez. Los «DEBO» («*musts*») son maneras de percibir a las personas y la realidad en términos absolutos, incuestionables y erróneos, empírica y filosóficamente.

En su larga y prolífica vida profesional, que duró más de cinco décadas, Ellis tuvo millares de pacientes y escribió alrededor de ochenta libros y más de ochocientos capítulos y artículos en revistas profesionales. Su instituto en la ciudad de Nueva York, inicialmente llamado Institute for Rational Living y en la actualidad Albert Ellis Institute, tiene más de quince filiales en Norteamérica, Centro y Sudamérica, Europa, Australia y la India.

En 1983, Leonor Lega, Ph.D., catedrática de Psicología de la Saint Peter's University (Estados Unidos), supervisora internacional y miembro vitalicio del Albert Ellis Institute (AEI) de Nueva York, y pionera de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) para hispanoparlantes, creó la División de Servicios en Español en el entonces Instituto de Terapia Racional Emotiva de esa ciudad con dos objetivos centrales: primero, adaptar el modelo de la TREC a una población distinta a la angloparlante, inicialmente utilizada por Albert Ellis para su formulación, a través de publicaciones y programas de entrenamiento diseñados por ella exclusivamente para

hispanos dentro y fuera de Estados Unidos y, segundo, poder ofrecer a los pacientes que así lo prefiriesen servicios psicoterapéuticos en castellano en el Instituto de Nueva York.

En cuanto a la adaptación del modelo de la TREC a personas de habla hispana, cabe destacar en el marco histórico la publicación, en 1987, del libro de texto de Leonor Lega, coautora junto con Vicente Caballo y Albert Ellis, *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*, escrito originalmente en castellano, que continúa utilizándose varias décadas después como un recurso importante en gran parte de los programas de entrenamiento a profesionales en Latinoamérica y Europa. La doctora Lega es también autora de numerosos estudios transculturales, algunos de ellos con el doctor Albert Ellis como coinvestigador, sobre la influencia de factores etnoculturales específicos en la medición y aplicación de la TREC a muestras procedentes de Europa, América, la India, Filipinas y Australia.

El desarrollo de programas de entrenamiento de la TREC adaptados a las necesidades específicas de los países hispanoparlantes se inició en 1984, cuando Patricia Leal, Ph.D., creó el Instituto de Terapia Racional Emotiva de México (ITREM) con la asesoría de Leonor Lega y otros miembros del Instituto de Nueva York. A partir de ese momento, y contando también algunos de ellos con el asesoramiento de la doctora Lega, se crearon más sucursales del Albert Ellis Institute de Nueva York en otros países de habla hispana de Latinoamérica y España.

En Barcelona existe hoy en día un amplio programa formativo de Posgrado y Máster en la TREC, dirigido por Francesc Sorribes Vall (codirector del Institut RET) y Montserrat Calvo Artés (fundadora y codirectora del Institut RET). Actualmente se han realizado cinco ediciones del mismo y llevan formando a decenas de profesionales de la salud en España y Latinoamérica. Gracias a su labor se ha creado la primera Asociación Española en Terapia Racional Emotiva Conductual para el estudio y desarrollo de la psicoterapia de la TREC.

Francesc Sorribes Vall, psicólogo experto en psicoterapia de la TREC, sexología y terapia de pareja, lleva años ejerciendo su práctica clínica en el Institut RET de Barcelona. Ha escrito, con Leonor Lega como coautora, el libro de texto *Una nueva guía para manejar sus emociones* (2013). Se trata de una guía práctica de los principios de la TREC destinada tanto a los estudiantes que quieran iniciarse en el modelo, como a los pacientes que buscan una orientación práctica de autoayuda.

Montserrat Calvo, experta en Psicoterapia acreditada por la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) y en la TREC, por los Institutos Albert Ellis de París y de Nueva York, es psicóloga especialista en clínica y sexóloga, y autora de varios libros, incluyendo: *Sexualidad atlética o erotismo* (Barcelona, Ed. Icaria, 2008). Colabora habitualmente en medios de comunicación (televisión, radio, internet, prensa) desde hace más de veinte años, y participa en conferencias y seminarios.

Muchos de los materiales que se incluyen en la presente obra han sido actualizados, revisados y utilizados principalmente en el Institut RET de Barcelona, así como en programas de entrenamiento en la TREC en Costa Rica, México y Colombia, lo que le otorga un amplio rango de solidez académica teórica y práctica.

En mi experiencia con la TREC a lo largo de varias décadas, que incluye mi trabajo como supervisor internacional en Australia, Europa y Latinoamérica, además de profesor emérito de la Universidad de Bridgeport (Estados Unidos), y director ejecutivo del Albert Ellis Institute de Nueva York (2001-2003), doy a este libro de texto mi más alta recomendación por ser una herramienta excelente y muy completa, escrita directamente para hispanoparlantes, revisada y actualizada para la preparación teórica y práctica de profesionales de habla hispana a escala mundial, y una importante aportación a la biblioteca de aquellos interesados en el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

DOMINIC DiMATTIA, Ed.D.
Supervisor internacional, miembro vitalicio
y director ejecutivo (2001-2003)
Albert Ellis Institute, Nueva York

1

INTRODUCCIÓN

Existen numerosos libros sobre Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), el primer modelo cognitivo conductual que tuvo sus orígenes a mediados de la década de 1950.

Su contribución ha tenido un fuerte impacto en el campo de la psicología y la psiquiatría a nivel internacional, pues ha introducido cambios básicos en el diagnóstico y el tratamiento de las perturbaciones emocionales. Sus ideas se han reflejado en una gran multitud de libros, artículos, entrevistas y grabaciones, tanto para profesionales como para el público en general.

Algunos lo han considerado una figura controvertida, dotado de un estilo cáustico y profano, pero igualmente dueño de una enorme capacidad de creación a pesar de sus limitaciones físicas, una generosidad inusual al compartir sus conocimientos y al estar siempre dispuesto a ayudar a miles de personas, pacientes y profesionales en el campo de la salud mental.

¿Quién es, entonces, Albert Ellis?, y ¿cómo podemos resumir la esencia de un hombre que ha tenido este impacto en su campo profesional y en las vidas de quienes lo encontraron en su camino?

El propósito de escribir este libro es, en especial, llevar a cabo una recopilación completa de la vida y la obra de Albert Ellis, dándole un enfoque teórico y también práctico, además de personal.

Esto ha sido posible, en gran parte, por las décadas de relación personal y profesional de los autores con Albert Ellis, y por sus muchos años de entrenamiento y experiencia psicoterapéutica en el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual, así como también la enseñanza del mismo en varios continentes y en contextos muy diversos, que abarcan desde profesionales interesados en el entrenamiento en la TREC hasta el público en general.

El componente teórico incluye los fundamentos epistemológicos de la TREC, su marco conceptual, sus orígenes, sus antecedentes teóricos, las bases filosóficas y las diferencias con otros enfoques psicoterapéuticos.

El componente práctico comprende un amplio rango de materiales para el entrenamiento de profesionales en el modelo de la TREC, entre los que cabe citar la descripción de habilidades y destrezas del proceso psicoterapéutico, las guías detalladas

de cómo llevar a cabo una sesión de psicoterapia, cuáles son sus pasos específicos, y cómo supervisar una sesión. Este componente va acompañado de ejemplos detallados de estos procesos y de sesiones completas de terapia individual (como en el caso de Marta, que se expone más adelante) y de grupo (sesión grupal de Albert Ellis, o grupos de sexualidad femenina).

Además, este libro proporciona materiales de soporte que pueden ser utilizados por el profesional en su trabajo con pacientes de modo individual o grupal, incluido en sesiones como material didáctico para el Modelo ABCDEF o para Destrezas de Comunicación. También incluye ejemplos del Taller del Viernes por la Noche realizado por Ellis, y material didáctico para conferencias al público en temas como «La baja tolerancia a la frustración y la independencia emocional».

Por último, este libro incluye los resultados de un gran número de estudios transculturales para la medición del pensamiento irracional en muestras procedentes de varios continentes, con la utilización del *O'Kelly Women Beliefs Scales (Escala de Creencias de las Mujeres)* y de la *Escala de Actitudes y Creencias*.

BIOGRAFÍA DE ALBERT ELLIS

Recuento personal

Una mañana, durante la primavera de 1981, yo (Leonor Lega) crucé por primera vez el umbral de la antigua mansión situada en la calle 65, entre Madison Avenue y Park Avenue, que, entre 1965 y el otoño de 2013, albergó el Albert Ellis Institute de Nueva York. Una escalera en forma de caracol me llevó a la segunda planta, donde, a mano derecha, se encontraba una amplia habitación, el despacho del doctor Albert Ellis, fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual en 1955, quien me había citado para entrevistarme como posible candidata al programa de posdoctorado. Ese fue el comienzo de una relación profesional y de amistad que duraría hasta el día de su fallecimiento. El presente capítulo incluye datos y anécdotas de experiencias compartidas y entrevistas a Albert y a personas muy allegadas a él, que he ido recopilando durante todos estos años.

Doctor Albert Ellis: «el gen de la eficiencia»

Albert Ellis nació el 27 de septiembre de 1913 en Pittsburgh (Estados Unidos), pero creció en el Bronx, Nueva York.

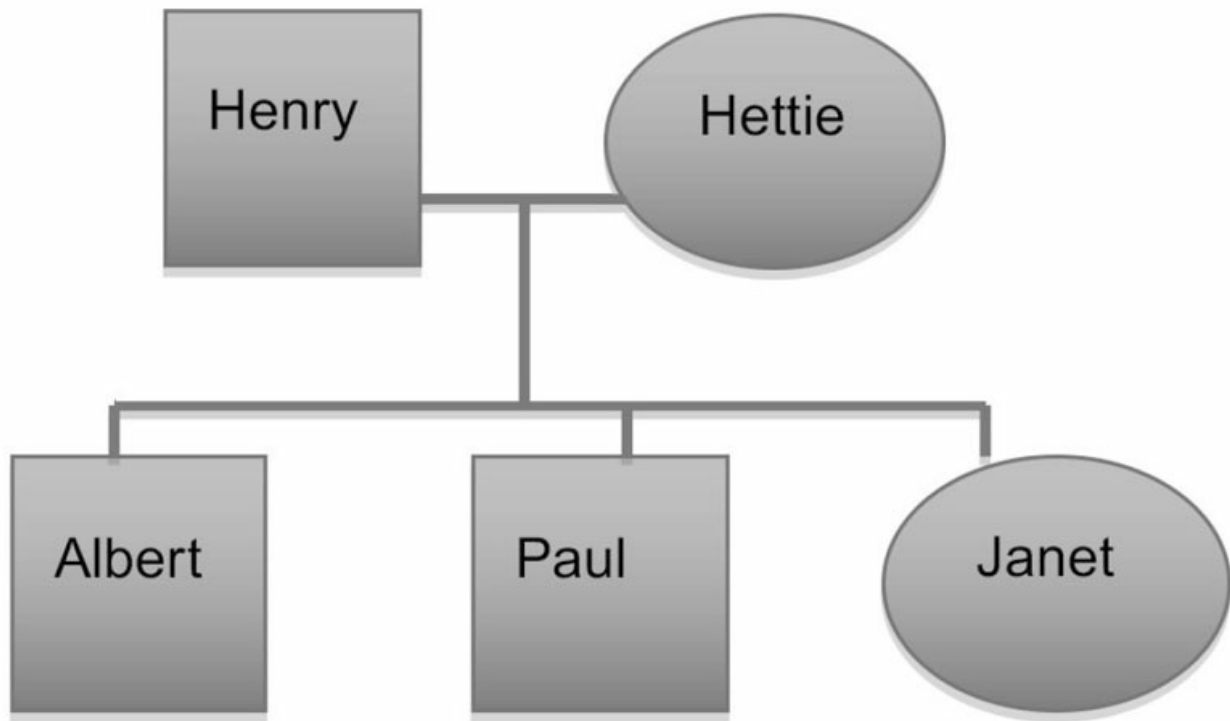
Fue el fundador de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), que hoy cuenta con institutos en más de quince países, y es autor de alrededor de ochenta libros y ochocientos artículos, cuyos detalles específicos se encuentran en la bibliografía de este capítulo (véase pág. 42).

Fue considerado por los miembros de las Divisiones 12 (Clinical Division) y 17 (Counseling Division) de la APA (American Psychological Association) como la segunda figura de mayor influencia en el campo de la psicología clínica del siglo XX, con Sigmund Freud en el tercer lugar y Carl Rogers en el primero.

A los 93 años y tras una larga enfermedad que le obligó a ser hospitalizado por un tiempo, pidió regresar a su apartamento pocos días antes de morir, en el sexto piso del Albert Ellis Institute, situado en el número 45 E de la calle 65 en Manhattan, en Nueva York, donde falleció en la madrugada del 24 de julio de 2007.

SU FAMILIA

Albert Ellis fue el hijo mayor de Henry Groots, quien había nacido cerca de Vineland, Nueva Jersey, de padres procedentes de Rusia, probablemente de Moscú, donde su bisabuelo fue, al parecer, un rabino importante. En 1915, su padre cambió el apellido de Groots por el de Ellis, extraído de la guía telefónica, porque creía que su nombre era difícil de pronunciar y no le favorecería en sus negocios. Su madre, Hettie Hanigbaum, nació en Filadelfia. Su abuelo materno había nacido en Alemania, pero creció en Cracovia (Polonia), y su abuela materna, también era alemana; ambos eran judíos. Ellis tenía dos hermanos: Paul, un año y medio menor que él, y Janet, cuatro años menor que Albert.



Ellis bromeaba con su madre diciéndole que se consideraba un hijo «medio ilegítimo» porque, aunque sus padres mantuvieron una relación amorosa durante casi diez años, solo decidieron casarse cuando Hettie estaba embarazada de seis meses de Albert.

Ellis también se consideraba «medio huérfano», pues sus padres no estaban casi nunca con ellos. No se ocupaban demasiado de sus hijos, eran poco afectuosos y estaban ausentes durante gran parte del día. Vivían de manera independiente el uno del otro y, aunque mostraron un interés mutuo hasta el final de su existencia, establecieron un patrón de vida individualista que llevó eventualmente a que el matrimonio se disolviera sin grandes traumas. Desde los 7 años, Albert tenía la llave de la casa, llegaba de la escuela sobre las dos de la tarde con su hermano y su hermana pequeños, les preparaba la comida y se encargaba de otras tareas del hogar hasta que llegaba su madre, alrededor de las cinco de la tarde, pero esta volvía a salir y no regresaba hasta ya entrada la noche, con lo cual, los hijos quedaban de nuevo completamente solos. A los 8 años, Albert ya era un niño autosuficiente y cuidaba de sus hermanos pequeños. Él recordaba que, en lugar de sentirse un ser solitario, aprendió a disfrutar de la posibilidad de concentrarse en sus propios intereses, sin ser interrumpido. Su padre, dedicado al comercio, también estaba ausente gran parte del tiempo, salvo los fines de semana. La situación económica familiar fluctuaba entre períodos de bonanza —llegaron a tener chófer y criada—, y épocas de estrecheces económicas, cuando sobrevivían con los escasos ahorros de la madre.

Ellis describía a su madre, Hettie, como alguien a quien le gustaba rodearse de

amistades más jóvenes y jugar, cantar y bailar hasta tarde. De soltera participó en Filadelfia en un par de obras de teatro. No se tomaba casi nada en serio y se preocupaba por cosas triviales. Ellis la recordaba como una gran persona, a veces irritable, y de quien heredó su pasión por la música. Sin embargo, pensaba que su madre no debió de tener hijos porque se ocupaba más de sí misma, de sus cosas, que de los niños. No era cruel pero sí negligente. De sus tres hijos, fue Albert quien mantuvo mejor relación con ella y casi nunca se quejó de ella; incluso vivieron un tiempo juntos. Hettie murió a los 93 años y desde los 85 sufrió depresiones.

A Henry, su padre, lo describía como una persona generosa, irritable y temperamental, algo distímico y, a diferencia de su madre, derrochador. Ellis recordaba que, en una ocasión, su padre dejó una propina de 100 dólares, y su madre tomó el dinero y puso en su lugar 10 dólares. Fue un hombre de negocios y trabajó en varias empresas, entre ellas, la Price and Waterhouse, y no tuvo éxito de manera estable hasta ya cumplidos los 60 años, cuando estableció una próspera agencia de seguros. Pasaba largo tiempo fuera de casa, y Albert recordaba que solo una vez los paseó en su Cadillac. Con frecuencia, después del beso de la mañana, no volvía a ver a su padre hasta la noche. Solía llegar a casa sobre las diez de la noche, supuestamente de trabajar, pero Ellis creía que estaba «echando alguna canita al aire». De hecho, tenía una relación con Rose, la mejor amiga de su madre. Al descubrirse esta relación se divorciaron cuando Albert tenía 12 años. Henry se casó con Rose en segundas nupcias y se fueron a vivir a Manhattan. Su padre murió a los 80 años.

Con su hermano menor, Paul Ellis, tuvo una relación estrecha a lo largo de su vida. Cuando Albert tenía unos 75 años, Paul falleció y esta pérdida le afectó mucho. Estaban muy unidos. Paul heredó la capacidad de hacer dinero de su padre y le organizó a Albert el aspecto financiero. Fue él quien le aconsejó que registrase el instituto como organización sin ánimo de lucro, en lugar de como una empresa propia. Le gustaba jugar al ajedrez, y fue campeón nacional *amateur* del mismo.

A su hermana menor, Janet Ellis, la recordaba como a una chica con problemas emocionales y no se llevó bien con ella hasta los 16 años, cuando Albert decidió aceparla tal y como era y dejó de sentir hostilidad hacia ella. Su hermana falleció también antes que él.

De 1913 a 1924. La infancia (hasta los 12 años)

Aunque Albert no recordaba haber tenido problemas de salud especiales antes de sufrir una neumonía y tener una afección de riñón a los 5 años, su madre Hettie le dijo alguna vez que él había sido un bebé físicamente débil, propenso a los cólicos, y que lloraba a menudo. Su hermano Paul también lo recordaba como delicado y «enfermizo» y no olvidaba las advertencias de su madre para que no pusiese a Albert en situaciones de estrés físico.

Cuando Albert tenía 4 años, sus padres se mudaron con sus hijos a la ciudad de Nueva York. Con su peculiar forma de ser, él recordaba que al comienzo no estuvo de acuerdo «... pues nunca me consultaron antes de tomar la decisión». La nueva residencia se encontraba entre la calle 183 y Andrews Avenue, en el Bronx. El resto de la familia se quedó en Pittsburgh.

Albert Ellis fue un niño superdotado e hiperactivo. Inicialmente ingresó en la escuela pública PS-7, en el Bronx, donde, pasadas unas pocas semanas, le adelantaron de primero a segundo año de primaria al ver que leía perfectamente a pesar de tener solo cinco años y medio. Él recordaba haberse ido a casa llorando por este cambio, pues estaba encantado con la profesora del primer grado. Más tarde, cuando sus padres cambiaron de residencia a otro piso, también en el Bronx, situado en 2615 University Avenue, cerca de la calle 190, Albert fue a un nuevo centro educativo público, el PS-33. Las matemáticas se convirtieron en una de sus asignaturas favoritas entre los 7 y los 12 años y siempre estuvo en una sección especial para alumnos brillantes, lo que le permitió mantenerse al día a pesar de haber estado hospitalizado durante períodos muy largos por problemas de salud.

Algunas anécdotas curiosas provienen de esa época: la primera fue su preferencia por subir los escalones de la entrada de dos en dos, de tres en tres o del máximo número posible, pero siempre en segmentos iguales. Muchos años más tarde, en mayo del 2000, en una entrevista con Leonor Lega, Ellis aceptó que: «... este patrón fue un poco obsesivo-compulsivo, pero en esa época no creía que de no poder llevarlo a cabo sería el fin del mundo...; solamente resultaba incómodo».

La segunda anécdota refleja su curiosidad temprana por el sexo, ya que durante la misma entrevista habló de su preferencia por ir con sus compañeros a la quinta planta de la escuela, donde antes habían tenido la clase de gimnasia las niñas, «... pues podían olerlas, aunque ya no estuvieran presentes».

Este interés también se manifestó en juegos sexuales infantiles, donde en otra ocasión, con casi 6 años, fue descubierto por sus padres y los padres de Ruthie, una niña de su misma edad y vecina del barrio, mientras, desnudos y, habiéndose confesado su amor mutuo, se exploraban sus genitales en la habitación de Albert. Los padres

reaccionaron con calma, pero las madres se pusieron histéricas. De esta experiencia, Albert recordaba haberse dado cuenta de que en un futuro debía aprender a ser más discreto. Nunca volvió a ver a Ruthie, pues su familia se mudó casi inmediatamente después del incidente.

Entre los 5 y los 7 años, a causa de una nefritis, Ellis debió permanecer en el Presbyterian Hospital de Nueva York durante largos períodos de tiempo (en alguna ocasión, hasta diez meses seguidos). En total, en esos años fueron unas ocho hospitalizaciones, y el hospital se convirtió en el centro de su «vida social». Recordaba que una vez, después de apagarse las luces, Albert, junto con otros veinte niños y niñas hospitalizados en la misma sala, jugaban a alumbrar con linternas sus cuerpos desnudos, uno por uno y por algunos segundos, hasta que las enfermeras los descubrieron y prohibieron el uso de las mismas. También descubrió que si apretaba sus genitales contra las barras de la cama del hospital podía conseguir una sensación de excitación. Luego lo corroboró también en el colegio con las sogas de escalar. En esa época, en el hospital, se enamoró perdidamente de Gloria, quien ocupaba la cama contigua, y a quien tampoco volvió a ver nunca después de ser dado de alta, pero durante muchísimo tiempo la recordó como objeto principal de sus fantasías amorosas, mucho más gratificantes que cualquier actividad real. Basándose en esto, concluyó mucho tiempo después que lo que uno cree e imagina, en lugar de lo que realmente sucede, controla su destino emocional. Tampoco nunca se sintió culpable por ello, lo que años más tarde sorprendió profundamente a su psicoanalista.

Sus dos hermanos pequeños estaban con su madre, así que durante su larga hospitalización solo podía verles los domingos, una vez a la semana. Su padre le visitó únicamente una vez durante los diez meses que estuvo hospitalizado. En aquella época veraneaban en Nueva Jersey, y como durante las vacaciones su madre estaba con los niños en la playa, fue a verle mucho menos, dadas la distancia y la dificultad del viaje. A Albert le entristecía no recibir tantas visitas como los otros niños, pero recordaba que al final se las arregló para que esto no le perturbara, y se decía a sí mismo que las visitas a los otros niños solo duraban un par de horas, y que en ese tiempo él podía entretenerse leyendo solo. Y añadió que, al fin y al cabo, «... su madre no hacía más que conversar, lo que interfería en su posibilidad de distraerse». A posteriori, Ellis reemplazó esta *racionalización* inicial por la *idea racional* de «poder soportarlo» y conservó esta tendencia a no sentirse solo el resto de su vida, abstrayéndose en sus propios intereses, incluida la lectura.

Otra anécdota interesante de esta época es la manera como Albert afrontó una operación quirúrgica dolorosa, ya que fue necesario drenar el líquido que se le acumulaba en la cavidad abdominal debido a problemas renales. Lo hizo concentrándose en el procedimiento, mirando atentamente la aguja y el líquido, y esto le ayudó a distraerse del

miedo. Años más tarde, relacionó esta experiencia con el concepto de *distracción cognitiva*, que permitía concentrarse en un estímulo (procedimiento quirúrgico) en lugar de otro (su miedo). Como es sabido, agorafóbicos y otros pacientes con ansiedad generalizada se concentran en su miedo, lo que genera aún más miedo (la ansiedad *secundaria*: ansiosos por sentirse ansiosos). Albert también recordaba padecer de fuertes migrañas. En ese momento era un niño moderadamente religioso y las plegarias le servían para afrontar los dolores de cabeza.

Fue también durante esa época cuando murió uno de sus compañeros de colegio con tan solo 7 años. Albert recordaba haber asistido al funeral, que se sintió triste, y pensó que le echaría de menos, pero no lloró desconsoladamente como muchos otros asistentes a la ceremonia.

También tenía problemas de sueño, dormía mal. Para afrontarlo, buscó distracciones como la lectura. El problema del insomnio lo acompañó toda su vida. En su búsqueda de actividades para distraerse en las noches, Albert leyó mucho tiempo después que la razón principal del insomnio es la preocupación y que la preocupación más frecuente en los insomnes es la de no poder dormir. Una estrategia posterior que le ayudó a conciliar el sueño fue el ruido de la televisión cuando no había programación o el de una radio mal sintonizada.

De 1925 a 1931. La adolescencia (12-18 años)

A los 12 años sus padres se divorciaron. Albert, su madre y sus hermanos siguieron viviendo en la calle 183 y Andrews Avenue, en el Bronx, y su padre se mudó al West End Avenue, en Manhattan.

Ya en esa edad le seducía la idea de escribir y no paró de hacerlo hasta su muerte. Pensó en ser escritor (y sin duda lo logró), pero no en el campo que deseó inicialmente, cuando quería convertirse en el «Gran Novelista Americano».

Debido a sus limitaciones físicas y a su delgadez, fue un joven que se inclinó más por las aficiones intelectuales que por las deportivas. Siendo adolescente, prefirió actividades como caminar y pensar, y también el ajedrez y el *bridge*.

Las pruebas psicométricas de la época indicaron que tenía un coeficiente intelectual alto.

Aunque de joven fue religioso, se volvió ateo cuando estaba estudiando hebreo y se preparaba para su *bar mitzvah*.

Tuvo su primera y única relación homosexual con su hermano Paul a los 13 años. También en esa edad, Albert experimentaba una erección casi perpetua y temía que otros se dieran cuenta y le despreciaran por ello. A los 15 años controló sus erecciones mediante la masturbación. Lo hacía dos veces por día, y al principio pensó que era un adicto a la masturbación y se sintió culpable por ello. Entonces empezó a ir a la biblioteca y pronto se percató de que «no era un estúpido por actuar estúpidamente» (autoaceptación incondicional) e incluso que la masturbación era buena, aunque fuera frecuente, y dejó de sentirse culpable. También descubrió el *froteurismo* casualmente y lo practicó hasta los 24 años en el metro y los ascensores. Dejó de hacerlo cuando empezó a tener relaciones sexuales normales con Karyl, su primer amor.

A los 16 años leyó muchos libros de Freud y sus discípulos. Iba, entre otras, a la famosa biblioteca pública de la calle 42 de la ciudad de Nueva York. Aunque en aquel entonces consideraba el psicoanálisis como algo «dogmático y poco científico», recordaba que le ayudó a liberarse y a pensar en formas de sexo no coercitivo, y también a tratar su problema de eyaculación precoz.

En su adolescencia padeció una fuerte fobia social. Raramente hablaba en público, solamente con amigos íntimos. Era muy callado y reservado. Tenía mucho miedo a hablar en público y con las mujeres.

Durante esta época sucedió un incidente que marcaría su interés por la música. Debíó permanecer solo durante un mes en un hotel en Manhattan, el Empire Hotel, entre Broadway y la calle 63 Oeste, ya que su hermano Paul estaba enfermo y podía contagiarle. Su padre se ocupó de pagar todos los gastos. Durante ese mes, Albert asistió a los musicales de esta zona llena de teatros y, a los 17 años, decidió componer sus

propias letras y canciones para realizar su sueño adolescente de convertirse en músico.

En una fiesta, recordaba, conoció a un amigo que quería ser profesor de filosofía y la idea le empezó a interesar. Leyó a Confucio, Buda, Epicuro, Epicteto, Marco Aurelio y otros filósofos antiguos; también pensadores modernos como Spinoza, Kant, Hume, Emerson, Thoreau, Santayana, Dewey y Russell. Además, leía a escritores como Byron, Shelley, Dostoievski, H. G. Wells, George Bernard Shaw, Upton Sinclair, Theodore Dreiser, Edgar Lee Masters y otros. A los 16 años empezó a llevar un diario en el que anotaba sus desacuerdos con filósofos famosos, pero no insistía en que él tenía razón y ellos estaban equivocados, sino en que, simplemente, estaba de acuerdo o en desacuerdo con ellos.

Además, empezó a interesarse por la psicología. En aquel entonces, en este campo todo lo que había se reducía al entrenamiento psicoanalítico (Freud, Jung, Adler, Horney) y los experimentos de Watson.

Finalmente, Ellis acumuló una gran cantidad de conocimiento, y sus amistades comenzaron a pedirle consejos por considerarlo un «experto» en el tema del sexo y las relaciones amorosas. Manny Birnbaum, su amigo de infancia, recordaba que Ellis estaba frecuentemente rodeado de jóvenes de su edad en los Jardines Botánicos del Bronx, discutiendo temas «de moda», como el matrimonio con contrato renovable cada cinco años.

De 1932 a 1938. La juventud (19-25 años)

A partir de los 19 años empezó a tener problemas de visión. Le escocían mucho los ojos y tenía que mantenerlos cerrados por un tiempo. Quizás eran indicios de un estado prediabético no diagnosticado. Como tenía la vista cansada, tuvo que llevar gafas.

Paradójicamente, aunque se interesó intensamente por la filosofía y la psicología, terminó matriculándose en un programa de administración de negocios para poder hacer dinero «... y dedicarse totalmente a escribir literatura a los 30 años». Pero la Gran Depresión frustró su deseo. En 1934, a la edad de 21 años, se graduó en Administración de Empresas en la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY).

En la universidad aprendió a no posponer sus proyectos: primero debía terminar los trabajos académicos, aunque resultasen menos interesantes para él, y después, descansar y realizar las actividades más de su agrado. Años más tarde, utilizaría estas experiencias en el desarrollo de sus conceptos de «hedonismo a largo plazo», y «Baja Tolerancia a la Frustración o BTF», empleados frecuentemente por la TREC, donde se da prioridad al logro de las metas a largo plazo y —aunque el corto plazo sea más placentero— a no sucumbir por incómodo o desagradable que sea.

Durante la Gran Depresión (1930), los tres hermanos tuvieron que trabajar para ayudar a la familia. Su primer empleo fue en una tienda de regalos y novedades, donde como resultado de haber desarrollado maneras más eficaces de organizar las tareas, logró convencer a su jefe de que en lugar de aumentarle el salario, le redujese el número de horas de trabajo, pues para Ellis «... el tiempo era mucho más valioso que el dinero».

Tal como lo describió en una charla en abril de 1986 en Saint Peter's University (anteriormente Saint Peter's College), en Nueva Jersey, Albert empezó a usar los principios de Watson para perder el miedo a hablar en público y no sentir vergüenza.

Explicó que «... se convirtió en su propio laboratorio» y que de estos experimentos sacó luego su muy conocida técnica psicoterapéutica: los «ejercicios para atacar la vergüenza», donde se trata de enseñar a los pacientes que si actúan de una forma tonta o ridícula, incluso en público, no se acabará el mundo, podrán soportar su incomodidad durante el ejercicio, y no es necesario que se denigren a sí mismos. Comentó también durante esa charla que dichos experimentos fueron tan eficientes que «... hoy en día no hay quien pueda quitarme un maldito micrófono de las manos».

Relató también otra anécdota al respecto, cuando a los 19 años (en julio de 1933) se propuso hablar con cualquier mujer que se encontrase sentada sola en un banco del Jardín Botánico del Bronx. Ellis recordaba que de ciento treinta mujeres, treinta se fueron del lugar cuando intentó iniciar una conversación, pero sostenía que se había quedado con cien de ellas, «... lo que era una muestra de peso para un estudio científico». Solo consiguió acordar una cita posterior con una de ellas, cita a la cual ella

no se presentó. Sin embargo, Ellis añadió que «... dicha experiencia también me ayudó a dejar de sentir vergüenza y a superar mi temor a hablar con las mujeres».

A los 20 años, en su época revolucionaria, trabajó para Nueva América, un grupo político radical de Nueva York que promovía un sistema económico colectivista, contrario al comunismo soviético. Por entonces escribió una obra de divulgación en tres volúmenes sobre *El capital* de Karl Marx, pero al final se desilusionó del comunismo en general y vio que la mayoría de sus miembros tenían problemas personales serios.

También en 1933 empezó a escribir un manuscrito de mil páginas, *A History of the Dark Ages: The Twentieth Century (Historia del oscurantismo: el siglo XX)*, donde hablaba de la irracionalidad humana; y otro manuscrito titulado *Youth Against the World (La juventud contra el mundo)*. Estos manuscritos nunca se han publicado. Entre los 18 y los 28 años escribió veinte manuscritos del tamaño de un libro, novelas, obras de teatro, poemas y ensayos. Muchos de ellos eran «demasiados sexuales», y fueron rechazados por los editores y tampoco se publicaron.

Sus ocupaciones profesionales iniciales fueron la contabilidad y la administración de empresas. Su primera aventura en el mundo empresarial fue crear un negocio con su hermano Paul. Ellos se encargaban de buscar en tiendas de saldos pantalones que hicieran juego con las chaquetas de sus clientes. En 1937, a los 24 años, ya dirigían una firma novedosa.

Un año antes, en 1936, con 23 años, conoció a su primer amor: Karyl Corper, de 19. Fue una relación tormentosa, dado que un día estaba con él y al otro con otros hombres. Ella tenía problemas emocionales, pero Albert recordaba que había mucho sexo en la relación. Para conquistarla, le escribió una carta de veinte páginas explicando las razones por las que quería casarse y las ventajas que esto supondría para ella. El hermano de Karyl se opuso y rompió la carta porque había «demasiado sexo» en ella. Una noche, Albert, atormentado con la situación, estuvo paseándose largamente por el Jardín Botánico del Bronx, y empezó a reflexionar y al final concluyó que «... podía desearla pero no tenía que necesitarla». Cuando se lo transmitió a Karyl, ella encontró la idea extraordinaria y accedió inmediatamente a casarse en secreto. Albert tenía entonces 27 años y, como carecían del dinero para vivir juntos, la relación solo duró un año, durante el cual mantuvieron una «relación abierta», siendo ambos libres de frecuentar otras parejas sexuales.

Aunque durante toda su vida Albert dijo no tener hijos, en realidad tuvo tres con Karyl (ella tuvo un total de cinco hijos, a quienes crio en una relación matrimonial con otro hombre). Ellis contribuyó con su esperma, pero con una advertencia previa, la de no ejercer nunca el rol de padre. Fue exclusivamente un acto de fecundación, ya que en aquella época no había clínicas de fertilidad. Siempre mantuvieron una buena relación y siguieron viéndose durante toda su vida. Karyl murió en el año 2000 a los 81 años.

Durante su relación con Karyl, Ellis le dijo en una ocasión: «... Voy a hacer de mi vida una obra de arte» (y, sin duda, ¡Albert Ellis lo logró!).

De 1939 a 1954. El psicoanalista y sexólogo (26-42 años)

A los 26 años (1939) empezó a escribir diversos artículos sobre el sexo, el amor y el matrimonio de manera objetiva y abierta, porque se vendían muy bien y quiso promover la «revolución sexual y familiar».

Puesto que muchos de sus amigos empezaron a pedirle consejos, Ellis descubrió que le encantaba ejercer de asesor tanto como escribir, y creó el Instituto LAMP (Love and Marriage Problems Institute), dedicado a la investigación y la ayuda en los problemas amorosos y matrimoniales.

Devoraba entre treinta y cincuenta libros al día, mediante la lectura rápida, y empezó a recopilar material y a escribir su «obra maestra» titulada: *The Case for Promiscuity (Caso a favor de la promiscuidad)*, pero resultó ser demasiado liberal para ser publicada. Kinsey había empezado la investigación sobre el sexo solo un año antes.

En 1941, con 28 años, conoció a Gertrude, de quien se enamoró profundamente. Tenían diferencias con respecto a la convivencia. Ella era muy sociable y quería organizar fiestas cada semana; Ellis prefería trabajar con sus pacientes.

Como el abogado que llevó el proceso de divorcio con Karyl le aconsejó titularse para ejercer la profesión de psicólogo, Albert asistió a tres cursos durante el verano que le permitieron ingresar en el programa de formación del Teachers College, en la Universidad de Columbia, en 1942.

Se graduó en Psicología en 1943, con 30 años, y empezó los estudios de doctorado y a trabajar como psicólogo profesional.

Casualmente, a esa edad, Albert también participó como «sujeto» en el estudio de Kinsey sobre la vida sexual del hombre (1948) y la mujer (1953) estadounidenses. Le envió a Kinsey varios de sus materiales sobre sexo y ambos entablaron una amistad. En 1945, Ellis consiguió su primera publicación en una revista científica en la que hablaba sobre la sexualidad de las personas hermafroditas («The sexual psychology of human hermaphrodites»).

Un año más tarde, tras cinco años de relación, rompió con Gertrude, hecho que le hizo sentirse deprimido durante un tiempo. Albert tenía en ese momento 33 años (1946).

El primer tema que seleccionó para su tesis doctoral (Ph.D.) fue «A study of the love emotions of American college girls» (Un estudio sobre los sentimientos amorosos de las estudiantes universitarias), pero fue rechazado por su carácter controvertido. Por sugerencia de su profesor Goodwin Watson, cambió su área y escribió sobre psicometría, un tema menos polémico, como lo son los artículos publicados: «A comparison of the use of direct and indirect phrasing in personality questionnaires» (Comparación en el uso de frases directas e indirectas en los cuestionarios de personalidad) y «The validity of personality questionnaires» (La validez de los cuestionarios de personalidad).

En 1947, con 34 años, obtuvo el doctorado en la Universidad de Columbia y continuó con su práctica privada en un apartamento del Bronx, donde veía a tres o cuatro pacientes a la semana. Ellis insistió en continuar y finalizar su práctica psicoanalítica con un analista, Charles Hulbeck, del Instituto de Karen Horney, modelo que luego aplicó aproximadamente durante seis años. Por entonces consideraba que el psicoanálisis era una terapia profunda. Cuando Ellis leyó por primer vez a Karen Horney descubrió el concepto de rigidez de los «debería» (*«the shoulds»*, *«the musts»*) como causa de la perturbación emocional, y posteriormente, lo desarrolló ampliamente como elemento central de su propia teoría, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En su práctica experimentó con el psicoanálisis y con la versión de psicoterapia analítica, más breve, activa y directa. Sus principales influencias fueron entonces Adler, Horney, Fromm y Sullivan, y en menor medida, Freud, Jung, Rank y Ferenczi.

A finales de la década de 1940 impartió clases en la Universidad Rutgers y en la Universidad de Nueva York, y era el jefe de psicología clínica en el New Jersey Diagnostic Center y posteriormente, en el New Jersey Department of Institutions and Agencies, donde trabajó durante cuatro años, hasta convertirse en psicólogo de planta en 1950, aunque mantuvo su práctica privada en Nueva York.

Albert Ellis recuerda una anécdota que le sucedió cuando trabajaba en Nueva Jersey. En una ocasión, escribió un libro donde se trataba la agresión sexual, y para ello contó con la colaboración de un psiquiatra, pero fue Ellis quien realizó prácticamente todo el trabajo. Cuando decidió publicarlo, puso el nombre del psiquiatra en segundo lugar. Este se enfadó y se quejó al famoso Sanford Bates, el entonces director del Departamento de Recursos Humanos. Bates le dijo a Ellis que debía poner el nombre del psiquiatra en primer lugar y le amenazaron con acusaciones falsas, entre ellas, la de que no tenía autorización para trabajar en el estado de Nueva Jersey. Ellis se mantuvo firme en su decisión de situarlo en segundo lugar y acabó abandonando el hospital. Creía que llevaba la razón y sabía de lo injusto del proceso, pero no estaba enfurecido; solo pensaba que se habían comportado injustamente (aceptación incondicional hacia los demás).

Ellis intentó publicar varios de sus escritos sobre el sexo y el amor, pero el fuerte clima de censura en Estados Unidos a finales de los años cuarenta y comienzos de los cincuenta hizo que las editoriales rechazasen todo lo relacionado con el tema sexual. Por ejemplo, periódicos como *The New York Times* rehusaban publicar anuncios de libros sobre sexualidad, aunque fuesen estudios clínicos o científicos. No fue hasta 1951, con 38 años, cuando publicó su primer libro, *The folklore of sex (El folclore del sexo)*, donde abordaba la sexualidad con una actitud liberal.

En 1952, a los 39 años, decidió dedicarse de lleno a la práctica clínica y vivir solo de los ingresos obtenidos en la consulta privada. En esa época eran pocos los psicólogos que podían hacerlo.

Durante estos años como psicoanalista intentó en vano reformular el psicoanálisis en términos científicos. Frustrado por lo que percibía como una ineficiencia del método psicoanalítico, al que consideraba más perjudicial que beneficioso, Ellis comenzó a aplicar a sus pacientes la misma estrategia que había utilizado consigo mismo. Combinó ideas procedentes de la filosofía y del conductismo «clásico» con su propio estilo activo-directivo para la resolución de problemas. Fue así como formuló su propio modelo, una psicoterapia más corta en el tiempo: redujo el número y el estilo de sus sesiones con los pacientes reemplazando las cuatro o cinco veces por semana en «el diván» por una o dos veces por semana cara a cara.

De esa época proviene una anécdota curiosa: durante una sesión, cuando una paciente describía su miedo a su jefe, figura masculina tradicional que le recordaba a su propio padre, Ellis exclamó: «Pero ¡si tu padre ya está muerto...!», a lo que ella respondió: «Entonces no es mi padre sino ¿lo que yo recuerdo sobre él?». Ellis sostenía que en ese momento nació de manera no oficial la actual Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC (inicialmente llamada Terapia Racional).

Los «resultados» terapéuticos de sus pacientes mejoraron, y antes de que terminase el año 1953, Ellis, con 40 años, les pidió que le llamaran «psicoterapeuta» y dejaran de referirse a él como «psicoanalista». Trató de convencer a quienes le llamaban por teléfono para solicitar sus servicios que considerasen esta nueva práctica que estaba desarrollando, enfocada en la resolución activo-directiva de los problemas, una forma de terapia corta en lugar de un psicoanálisis.

Ese mismo año padeció también su primera enfermedad en la vida adulta: la diabetes. Tuvo que cambiar la dieta, pues ponía en el café cuatro cucharadas de azúcar y le gustaban mucho los pasteles; además, empezó a tomar medicación durante un año. Debido a los efectos secundarios de la misma, adelgazó mucho. Decidió entonces controlar su diabetes comiendo bocadillos de crema de cacahuete doce veces al día y a pincharse a diario. A lo largo de su vida tuvo varias reacciones severas de hipoglucemia y en varias ocasiones lo trasladaron en ambulancia al hospital.

En 1954, con 41 años, publicó su segundo libro: *The American Sexual Tragedy (La tragedia sexual norteamericana)*. Por aquel entonces, Ellis había publicado al menos 46 artículos sobre sexo, amor y matrimonio, además de dos libros y dos antologías. Fue también el editor estadounidense del pionero *International Journal of Sexology*; también ese año, empezó a agrupar sus conocimientos psicológicos y filosóficos, y a destacar la importancia de la cognición y el lenguaje en la producción de neurosis.

De 1955 a 2007. Su etapa como terapeuta racional-emotivo (42-93 años)

En enero de 1955, con 42 años, Ellis le dio formalmente el nombre de Terapia Racional (Rational Therapy) y sentó las bases de su nueva psicoterapia en el artículo: «New approaches to psychotherapy techniques» («Nuevos enfoques de las técnicas psicoterapéuticas»). Aunque desde sus inicios empezó por llamarse «terapeuta racional», siempre incluyó técnicas filosóficas junto con otras técnicas experienciales, emocionales y conductuales.

Al principio, solo Albert Ellis practicaba la TREC, pero más tarde la explicó a unos pocos amigos psicoterapeutas y, a partir de 1956, empezó a enseñársela a otros. Se compró una gran grabadora de cintas marca Ampex, que utilizaba con sus pacientes, y empezó a mandar muestras a otros terapeutas.

Presentó su primer trabajo significativo al respecto en el congreso de la American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología, APA) en Chicago, en 1956, a los 43 años.

Aquel año fue también miembro fundador y primer presidente de la Society for the Scientific Study of Sex (Sociedad para el Estudio Científico del Sexo).

En 1957, con 44 años, publicó su tercer libro de autoayuda: *How to Live with a Neurotic* (*Cómo vivir con un neurótico en casa o en el trabajo*).

Y en 1958, con 45 años, escribió y publicó por primera vez su artículo «Rational Psychotherapy» («Psicoterapia Racional») en una revista científica, *The Journal of General Psychology*, y publicó su cuarto libro, *Sex without guilt* (*Sexo sin culpa en el siglo XXI*, edición en español, 2005).

Su segunda mujer fue Rhoda Winter, con quien se casó en 1956, cuando Albert tenía 43 años. Vivían en pisos separados, uno enfrente del otro. Cuando en las noches Ellis terminaba de ver pacientes, ella iba a verle. La boda se celebró un sábado, entre un paciente y otro. La ceremonia tuvo lugar en el Ayuntamiento de Nueva York, sin padrinos. Rhoda recordaba que Ellis la besó en la mejilla y regresó a visitar a sus pacientes en un taxi. Rhoda y Ellis tenían gustos muy diferentes y la relación terminó dos años y medio más tarde. Ella se enamoró de otro hombre y él mantuvo durante un tiempo varias relaciones amorosas. Antes de conocer a Janet Wolfe en 1964, convivió durante un año con Alma, una chica de 24 años. En cierta ocasión, Ellis comentó lo mucho que había aprendido de sus relaciones anteriores y que sus divorcios siempre habían sido amistosos.

En 1959, con 46 años, fundó el Institute for Rational Living, situado en su piso en Parc Vendome, en el número 333 de la calle 56 Oeste (Manhattan) con Paul Ellis, Robert Harper, Manny Birnbaum, Michael Feinstein y Martin Wallace.

En 1960, con 47 años, publicó su quinto libro: *The Art and Science of Love (Arte y técnica del amor)*, del que se vendieron más de un millón de ejemplares, y utilizó estas ganancias en años posteriores para pagar la cuota inicial del edificio de la calle 65 y Madison Avenue, sede del Instituto hasta finales de 2013, centro que se llamó después Rational Emotive Therapy Institute, y por último, Albert Ellis Institute.

También descubrió el concepto de «valía personal» de los existencialistas, como Paul Tillich (1953), quienes influyeron poderosamente en sus posteriores escritos sobre el concepto de «autoaceptación incondicional».

En los años sesenta, Ellis fue uno de los autores más influyentes en lo que se refiere a la revolución sexual, junto a Masters y Johnson, Comfort y LoPiccolo; además, desempeñó un papel importante en la liberación de los hombres y de las mujeres homosexuales, y fue miembro honorario de la organización gay Mattachine Society. Sin embargo, algunos de sus artículos sobre el tratamiento de la homosexualidad fueron motivo de polémica.

Estas han sido las principales contribuciones de Ellis en el campo del sexo, el amor y el matrimonio:

- Fue uno de los primeros psicólogos en afirmar que la masturbación no es perjudicial, ni hay que avergonzarse por practicarla, sino que resulta realmente beneficiosa.
- Fue de los pocos psicólogos que en los años cuarenta y cincuenta dijo que el sexo premarital consentido entre adultos no era inmoral ni pernicioso, sino que podía mejorar la vida sexual y general de las personas, siempre que se tomaran las precauciones necesarias para evitar una enfermedad o un embarazo no deseado.
- Se opuso a la idea de que la conducta sexual fuera en su origen perversa o desviada y propuso que la «anormalidad» sexual suele ser un mito.
- Fue un pionero en la defensa del feminismo y enseñó a las mujeres a ser asertivas.
- Defendió la liberación gay a principios de los años cincuenta.
- Junto a Kinsey y en oposición a Freud, confrontó el mito del orgasmo vaginal como un orgasmo normal y maduro, y enseñó a los hombres y a las mujeres a lograr orgasmos clitorianos, y a las primeras, a sentirse saludables y normales.
- Promovió la creación de una sociedad para el estudio científico de la sexualidad en los años cincuenta.

Albert Ellis fue condenado al ostracismo profesional por la mayoría de las escuelas psicológicas, psiquiátricas y sociales del momento. Muchos psicoanalistas se negaron a

que participara en sus congresos. Los terapeutas decían que la terapia racional no funcionaba porque era superficial, demasiado racional e ignoraba los aspectos «emocionales».

En 1961, con 48 años, Ellis sustituyó el nombre de «Terapia Racional» por «Terapia Racional Emotiva» (Rational-Emotive Therapy o RET) con el propósito de reflejar la conexión entre el pensamiento y las emociones, y eludir así las críticas que lo confundían con el racionalismo.

Un año más tarde, en 1962, presentó su primer libro de la RET para profesionales: *Reason and Emotion in Psychotherapy (Razón y emoción en psicoterapia)*, publicado en Nueva York por Lyle Stuart.

El modelo psicoterapéutico de la RET presenta unas características únicas:

- Enseña una filosofía explícita y coherente para pensar y vivir más racionalmente, que ayuda a las personas a mejorar, en lugar de sentirse mejor.
- Desalienta la autoestima y promueve en su lugar la autoaceptación incondicional.
- Se centra primero en las perturbaciones secundarias, o perturbaciones por estar perturbado, como la Baja Tolerancia a la Frustración (percibida como necesidad de una gratificación inmediata a expensas de las consecuencias a largo plazo).
- Anima a que se centren primero en debatir filosóficamente los propios «deberías», en lugar de las inferencias empíricamente distorsionadas.
- Realiza una distinción cualitativa entre dos tipos de emociones negativas: saludables y no saludables.

La crítica positiva de H. J. Eysenck y la inclusión de los trabajos de Ellis en sus libros contribuyeron al nacimiento de la psicoterapia cognitivo-conductual.

Ellis y Aaron Beck tuvieron un encuentro antes de que este publicara su libro sobre la depresión en 1967, hecho que Beck nunca reconoció.

En 1964, con 51 años y con el dinero recibido por la venta de más de un millón de ejemplares del libro *The Art and Science of Love (Arte y técnica del amor)*, Ellis compró un edificio, una antigua mansión construida a finales de siglo XIX, en el número 45 de la calle 65 Oeste (entre Madison Avenue y Park Avenue), donde vivieron actrices famosas durante algún tiempo y que también había pertenecido al Woodrow Wilson Institute. El coste inicial del mismo fue de 250.000 dólares, y en 2013, seis años después de su muerte, el edificio se vendió por 24 millones y medio de dólares.

En 1968, el Instituto de Terapia Racional Emotiva (Institute for Rational Emotive Therapy) se estableció como organización sin ánimo de lucro y como clínica y centro educativo, con la asesoría de Paul Ellis y Manny Birnbaum. Todo lo que Albert Ellis vendía y producía iba a las arcas de la fundación, y Albert vivía únicamente con su

pensión de la Seguridad Social. Desde su fundación se han formado en el Instituto (Nueva York) más de 7.500 profesionales, y existen centros afiliados en más de quince países.

Hasta su fallecimiento, Albert Ellis vivió en el sexto piso de este edificio, al que normalmente solo tenían acceso unas pocas personas. No salía casi nunca del mismo, a menos que tuviese que viajar por motivo de trabajo, ya que sostenía que allí tenía todo lo que deseaba, como su música, sus libros y sus pacientes. Albert trabajaba catorce horas diarias y los siete días de la semana. Veía una media de setenta pacientes y cuatro grupos semanales de ocho personas cada uno. Por una terapia individual, el paciente pagaba 100 dólares la hora, con la opción de recibir sesiones de media hora a mitad de precio; participar en una terapia en grupo costaba 120 dólares al mes.

Era muy generoso con sus contribuciones y brindaba su apoyo e interés a los muchos trabajos en grupo con alumnos, colegas y demás. Si le entregaban un trabajo para que lo revisase, lo devolvía en muy poco tiempo. Sin embargo, tenía una enorme «Baja Tolerancia a la Frustración» cuando alguien era impuntual o no cumplía con su parte correspondiente en el trabajo, porque esto le hacía perder el tiempo y, recordemos, tiempo y eficiencia fueron para él de extrema importancia desde su edad más temprana.

Janet Wolfe, con quien Ellis vivió más de treinta y cinco años, fue su relación más duradera. Se conocieron en 1964, cuando ella tenía 24 años y él 52. Janet acabó siendo la directora ejecutiva del instituto. Ambos fueron independientes y autosuficientes, y sexualmente tuvieron una relación abierta. Ella era mucho más joven que él y más sociable, aunque pocas veces salían a cenar o a visitar lugares. Sin embargo, Albert y Janet dieron un gran impulso al instituto, y fueron muy compatibles. Janet empezó como su ayudante y llegó a organizar y dirigir el instituto durante décadas.

Janet también desarrolló el campo de la aplicación específica de la TREC en su trabajo terapéutico con mujeres, que se inició a principios de los años setenta. Incluyó, en los talleres de un día y en los talleres de seis sesiones una vez por semana que ofrecía el instituto, temas como la asertividad en la comunicación y la sexualidad femenina. Su grupo de terapia solo para mujeres comenzó en 1975 y duró hasta 2002 (entre 1983 y 1988, con la doctora Leonor Lega como codirectora del grupo). Los detalles sobre esta época proceden de las informaciones proporcionadas por la propia Janet durante el Albert Ellis Memorial:

«Albert y yo nos conocimos en 1964 a través de un amigo común (Wilcox) en el momento en que Albert comenzaba la expansión de los servicios clínicos y de entrenamiento en la TREC. Cuando se mudó al instituto (calle 65 entre Madison y Park) en mayo de 1965, me pidió que fuese la administradora del mismo. En unas pocas semanas se enamoró de mí y me pidió que me fuese a vivir con él al apartamento del sexto piso del inmueble. Fue el comienzo de nuestros treinta y siete años de vida en

común: más de una tercera parte de su vida y de sus años más vitales y productivos...

»Albert y yo convivimos en una relación nada tradicional, pero a su vez de intenso compromiso. Creímos que no existía motivo alguno para contraer matrimonio, pero celebramos nuestros años juntos en una fiesta con más de cien personas en nuestro 25 aniversario...

»Una vez le pregunte qué era lo que más le gustaba de nuestra relación y me respondió: “*Eres increíblemente inteligente y sexi y me dejas en paz...*”. Aunque inicialmente me sorprendió su respuesta, caí en la cuenta casi de inmediato que eso fue EXACTAMENTE lo que hizo nuestra vida en común tan especial: éramos, como dijo Rilke, “*los mutuos guardianes de nuestras propias soledades*”. Nos ocupábamos de nuestras cosas para luego reunirnos y compartir experiencias...».

Desde 1965 hasta su muerte, Ellis ofreció sus famosas demostraciones los viernes por la noche para el público en general por un precio de 5 dólares. Como dijo él mismo, con un tono humorístico, en la celebración de su 90 aniversario: «Donde curo a todos los lunáticos de la ciudad..., uno por uno». El formato consistía en una sesión de terapia en la que participaban un par de voluntarios de la audiencia y en la que luego los participantes hacían preguntas sobre su intervención y sobre la TREC.

En 1967, con 54 años, empezó a interesarse por la aplicación de la TREC en las escuelas y en el ámbito laboral. Ellis creía que el futuro de la psicoterapia y de la psicología estaba en las escuelas y en la educación: «Necesitamos enseñar a cada niño y a cada niña a no perturbarse y, en caso de que ocurra, a enseñarle qué hacer para superarlo». En 1971, con 58 años, fundó la Escuela de Vida (The Living School). Se trataba de una escuela primaria de niños y niñas (entre 6 y 12 años) de clase media y sin recursos económicos, y donde durante cinco años y medio formó a profesores para que usaran la TREC en el aula. Parte de esta experiencia fue publicada en artículos como: «Rational-emotive Therapy and its application to emotional education» («La Terapia Racional Emotiva y su aplicación a la educación emocional»).

En 1971 fue nombrado humanista del año por la American Humanist Association (Asociación Humanista Norteamericana). En ese mismo año, Rollo May, a pesar de que enviaba a Ellis sus pacientes difíciles, se opuso a que se convirtiera en presidente de la Academia Norteamericana de Psicoterapeutas por «ser demasiado controvertido».

En 1972, con 59 años, Albert escribió su primer libro sobre las empresas y las relaciones laborales: *Executive leadership: The Rational-emotive approach (Liderazgo ejecutivo: un enfoque racional-emotivo)*.

Ese año, Ellis sufrió un coma diabético que hizo temer por su vida y debió ser hospitalizado.

En 1975, con 62 años, cerró la Escuela de Vida, que obtuvo un gran éxito clínico y académico, pero desde el punto de vista financiero ocasionó una pérdida de más de

100.000 dólares.

Ese mismo año se celebró el 20 aniversario de la TREC y al acto asistieron más de setecientas personas.

Ellis logró también ventas extraordinarias del libro publicado junto a R. A. Harper, *A (new) guide to rational living (Una nueva guía para una vida racional)*, que influyó a autores como David Burns en su libro *Feeling Good* y a Wayne Dyer en *Your erroneous zones* —aunque Dyer, formado por el director del instituto de aquella época, Jon Geis, nunca lo reconoció.

En 1977, con 64 años, Ellis editó con R. Grieger el primer manual de la TRE, *Handbook of rational-emotive therapy 1 (Manual en Terapia Racional Emotiva, vol. 1)*. Y en 1979, con 66 años, introduce un nuevo constructo en la terapia en su artículo «Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct», donde elabora de forma más completa el concepto de «Baja Tolerancia a la Frustración».

En 1982, a los 69 años, los miembros de las divisiones 12 y 17 de la APA (American Psychological Association Clinical and Counseling Divisions) consideraron a Ellis como «la segunda figura de mayor influencia en el campo de la psicología clínica del siglo XX» (Carl Rogers ocupó el primer lugar y Sigmund Freud, el tercero). Los resultados de una encuesta similar con psicólogos canadienses situaron a Ellis en primer lugar, y la AAMFT (American Association for Marriage and Family Therapy) le otorgó el cuarto rango en el campo de la terapia de familia. Además, Ellis fue objeto de honores y distinciones de un gran número de asociaciones profesionales, entre las que se encuentran: American Humanist Association, American Psychological Association, Academy of Psychologists in Marital and Family Therapy, American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists y Association for Advancement of Behavior Therapy.

A la edad de 70 años, en 1983, los problemas de oído le obligaron a usar audífonos, y su salud empeoró. Debíó dedicar su tiempo a visitar a diversos médicos y especialistas. Luego, los problemas de vejiga le hacían ir constantemente al lavabo y permanecer en él durante diez minutos. Y como su tiempo era oro, decidió comer y orinar al mismo tiempo. Era una persona enferma, con importantes limitaciones físicas, pero su extraordinaria capacidad de trabajo le sirvió como válvula de escape.

En 1985, la APA (American Psychological Association) premió al doctor Ellis, de 72 años, por sus «distinguidas contribuciones profesionales».

Un año después escribió con R. Grieger su segundo manual: *Handbook of rational-emotive therapy 2 (Manual en Terapia Racional Emotiva, vol. 2)*, incorporando nuevos elementos en la TRE y concepciones nuevas como la revisión del modelo ABC.

En 1988, con 75 años, habiendo publicado ya cincuenta libros en el área de terapia, amor y sexo, la Universidad de Columbia le otorgó el premio al Exalumno Distinguido (Distinguished Alumnus).

Ese mismo año fallecieron su hermano y mejor amigo Paul, y su hermana Janet.

A comienzos de 1993, con 80 años, rebautizó su modelo psicoterapéutico: Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC (Rational Emotive Behavior Therapy o REBT), para enfatizar los cambios en el comportamiento externo que, junto con los cambios cognitivos y emocionales, son las metas de dicho modelo de psicoterapia.

Por aquel entonces también comenzó a tener artritis en los pulgares y problemas para caminar.

En 1994, con 81 años, escribió: *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated* (*Razón y Emoción en Psicoterapia: Versión revisada y actualizada*) y también en ese mismo año publicó junto a M. Abrahams: *How to cope with a fatal disease* (*Cómo hacer frente a una enfermedad fatal*), donde explicaba cómo él mismo afrontó sus propias enfermedades y dificultades.

En 1996, con 83 años, cambió el nombre del Institute for Rational Emotive Therapy por el de Albert Ellis Institute.

Dos años más tarde, a los 85 años, escribió, junto con E. Velten, *Optimal Aging* (*Envejecer con plenitud: reglas para vivir y envejecer con alegría*) sobre cómo afrontar la vejez. Ellis prosiguió su práctica clínica mientras se vio capaz. Y si tenía que ver restringidas sus actividades profesionales, simplemente dedicaría más tiempo —se dijo— al instituto, a los talleres de Nueva York, en lugar de viajar por el mundo.

En 2001, con 88 años, cambió su visión de la religión y escribió junto con S. Nielson y W. B. Johnson: *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach* (*Consejería y psicoterapia con personas religiosas: un enfoque racional emotivo conductual*), un libro para la aplicación de la TREC en este campo. Albert Ellis no era una persona religiosa; no obstante, consideraba la Biblia como uno de los mejores libros que se han escrito a lo largo de la historia. No estaba en contra de la religión sino de la «religiosidad» (véase la bibliografía completa de sus publicaciones en la página 42).

En una entrevista realizada por Robert Epstein, Albert le dijo que una de las cosas de las que se arrepentía es la de haber estado demasiado ocupado con los pacientes y no haber dedicado tiempo suficiente a la investigación, como sí lo hicieron Aaron Beck y Donald Meichenbaum, entre otros.

En 2001, Janet Wolfe puso fin a su relación con Ellis y dejó el instituto. Se conocen más detalles de esta época por la propia Janet durante el homenaje póstumo a Albert Ellis en la Universidad de Columbia, en Nueva York:

«Cuando Albert y yo nos separamos de manera amistosa en 2002, reafirmamos nuestro respeto y aprecio el uno por el otro y por todo el mutuo crecimiento personal y lo que nos divertimos juntos durante todos esos años compartidos. Unos meses después de haberme mudado a mi propia vivienda, volví a visitar a Albert a nuestro antiguo piso,

acompañada por quien jocosamente llamé “su reemplazo”, mi perrito *Kofe*. Él comentó: “Verdaderamente mejoraste ESTA vez...”. Y añadió que yo merecía una medalla por haber resistido vivir con él durante tantos años... Francamente, estoy de acuerdo».

Por sugerencia de Janet, Dominic DiMattia, director del Instituto Albert Ellis en esa época, contrató como asistente de Albert a Debbie Joffe, una australiana de unos 50 años que había estado trabajando voluntariamente en la organización y el archivo de los papeles de Ellis. Dos años más tarde, Albert se casaría con ella.

En 2003 celebró el 50 aniversario de la TREC y sus 90 años. Recibió numerosas felicitaciones, entre ellas la de George W. Bush (entonces presidente de Estados Unidos), Bill Clinton, y el dalái lama, que le envió un pañuelo de seda bendecido.

En ese año, Albert se sometió a una importante intervención quirúrgica y estuvo varios meses en el hospital debatiéndose entre la vida y la muerte.

Retrospectivamente, Albert se refirió a 2003 como «el peor año de mi vida» y a 2001 como «el segundo peor año de mi vida».

El 15 de noviembre de 2004, Albert Ellis contrajo matrimonio con Debbie Joffe.

En 2005, miembros de la junta directiva del Albert Ellis Institute decidieron despedir a Albert de su práctica clínica en el instituto. No todos estuvieron de acuerdo con esta decisión, y los partidarios y detractores se enfrentaron. Ellis siguió visitando a sus pacientes en el sótano del edificio contiguo, donde también continuó impartiendo las clases de su Taller del Viernes por la Noche.

En 2006 ganó el juicio por su despido y tuvo que ser readmitido en el instituto.

Ese año fue hospitalizado varias veces por una neumonía. Ellis trató pacientes hasta cuatro o cinco meses antes de morir; los recibía incluso acostado en la cama y con audífonos. Como él decía, «espero morir con las botas puestas».

Murió el 24 de julio de 2007 en el sexto piso del Albert Ellis Institute acompañado de Debbie Joffe.

En 2007 se publicó una polémica autobiografía póstuma: *All Out! An autobiography*, donde expone sus diferencias con varios miembros del Albert Ellis Institute.

En 2013, el edificio del Albert Ellis Institute se vendió y la sede oficial del instituto se trasladó al número 145 de la calle 32 Este, piso 9.º, en Manhattan.

A lo largo de su vida, como se ha dicho, escribió alrededor de ochenta libros y ochocientos artículos. Ocupó numerosos cargos importantes en muchas sociedades profesionales, entre ellas, la División de Consultoría Psicología de la APA, la Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad, la Asociación Americana de Terapia Matrimonial y Familiar, la Academia Americana de Psicólogos y la Asociación Americana de Educadores Sexuales, Consejeros y Terapeutas. Además, Albert Ellis también ejerció de consultor y editor asociado de muchas revistas científicas. Numerosas sociedades profesionales le concedieron los más altos galardones profesionales y clínicos.

En sus últimas voluntades, Ellis escribió que quería ser recordado como uno de los fundadores, tanto en la teoría como en la práctica, de la terapia cognitivo-conductual, así como un pionero de la terapia multimodal o integradora.

Bibliografía del capítulo 2

- Beck, A. T. (1967). *Depression*. New York: Hoeber-Harper.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good*. New York: William Morrow and Company.
- DiMattia, D. y Lega, L. (1990). *Will the real Albert Ellis please stand up?* New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Dyer, W. (1977). *Your erroneous zones*. New York: Funk and Wagnalls.
- Ellis, A. (1945). *The sexual psychology of human hermaphrodites*. *Psychosomatic Medicine*, 7, 108-125.
- Ellis, A. (1945). *A study of the love emotions of American college girls*. *International Journal of Sexology*, 3, 15-21.
- Ellis, A. (1946). *The validity of personality questionnaires*. *The Psychological Bulletin*, 43, 385-440.
- Ellis, A. (1947). *A comparison of the use of direct and indirect phrasing in personality questionnaires*. *Psychological Monographs*, 61, 3-41.
- Ellis, A. (1951). *Review of K. Horney, Neurosis and human growth*. *Psychological Bulletin*, 48, 581-582.
- Ellis, A. (1951). *The folklore of sex*. New York: Boni/ Doubleday.
- Ellis, A. (1954). *The American Sexual Tragedy*. New York: Twayne.
- Ellis, A. (1955). *New approaches to psychotherapy techniques*. Brandon, Vermont: Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement, 11, 1- 53.
- Ellis, A. (1957). *How to Live with a Neurotic*. North Hollywood, CA: Wilkshire.
- Ellis, A. (1958). *Rational psychotherapy*. *The Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1958). *Sex without guilt*. New York: Lyle Stuart (Paperback ed., NY: Dell).
- Ellis, A. (1960). *The Art and Science of Love*. New York: Lyle Stuart and Bantam.
- Ellis, A. (1962). «Los orígenes de la Psicoterapia racional-emotiva.» (*En Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.)
- Ellis, A. (1971). *Rational-emotive therapy and its application to emotional education*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1972). *Executive leadership: The Rational-emotive approach*. New York: Institute for Rational-emotive Therapy.
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1975). *A (new) guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilkshire.
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational-emotive therapy* (vol. 1). New York: Springer.
- Ellis, A. (1980). *Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct*. *Rational Living*, 15, 25-30.
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.) (1986). *Handbook of rational-emotive therapy* (vol. 2). New York: Springer.
- Ellis, A. (1986). *Charla sobre TREC*, Saint Peter's University (anteriormente Saint Peter's College), 21 de abril de 1986.
- Ellis, A. (1986). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Septiembre de 1986.
- Ellis, A. (1987). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Diciembre de 1987.
- Ellis, A. (1988). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Enero de 1988.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane and NY, Kensington.
- Ellis, A. y Abrahams, M. (1994). *How to cope with a fatal disease*. New York: Barricade.
- Ellis, A. y Velten, E. (1998). *Optimal Aging: Get Over Getting Older*. Chicago: Open Court.
- Ellis, A. (2000). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Mayo de 2000.
- Ellis, A. (2000). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Octubre de 2000.
- Ellis, A. (2000). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Noviembre de 2000.
- Ellis, A., Nielson, S., y Johnson, W. B. (2001). *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Florence, KY: Erlbaum.
- Ellis, A., y Blau, S. (2001). *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.
- Ellis, A. (2001). «Cómo me interesé por la sexología y la terapia sexual.» (En Ellis, A., y Blau, S. *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.)
- Ellis, A. (2001). «El empleo de técnicas de la terapia racional emotivo-conductual para afrontar la discapacidad.» (En Ellis, A., y Blau, S. *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.)
- Ellis, A. (2001) «Sobre cómo me las arreglé para ser un terapeuta racional emotivo-conductual.» (En Ellis, A., y

- Blau, S. *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.)
- Ellis, A. (2001). «La evolución de Albert Ellis y la terapia racional emotivo-conductual.» (En Ellis, A., y Blau, S. *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.)
- Ellis, A. (con Leonor Lega) (2004). «El proceso terapéutico en la TREC.» (En I. Caro (Ed.): *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (4.^a ed.). Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (2004). *Rational emotive behavior therapy: It works for me-It can work for you*. New York: Prometheus.
- Ellis, A. (2004). *Entrevista personal con Leonor Lega*. Noviembre de 2004.
- Ellis, A. (2007). *All Out! An autobiography*. Amherst, NY: Prometheus.
- Epstein, R. (2001). *The Prince of Reason: Interview to Dr. Ellis*. Psychology Today. Sussex Publishers.
- Eysenck, H. J. (1961). *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1964). *Experiments in behavior therapy*. New York: Macmillan.
- Franks, C. M. y Wolfe, J. (2008). *Albert Ellis (1939-2007): Appreciation and perspective by two who knew him well*. The Behavior Therapist, 3-7, enero.
- Hartman, R. (1959). *The measurement of value*. Crotonville, New York: General Electric Co.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Kinsey, A. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kinsey, A. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Lega, L. y Velten, E. (2005). *History of the Albert Ellis Institute*. New York: Albert Ellis Institute (CD). (Versión en español: Lega, L. y Velten, E. *Historia del Albert Ellis Institute*. New York: Albert Ellis Institute.)
- Lega, L. y Velten, E. (2007). *Albert Ellis: his life and his work. Celebrating 50 years of REBT*. New York: Albert Ellis Institute. (Versión en español: Lega, L. *La Historia de Albert Ellis: celebrando 50 Años de TREC*. New York: Albert Ellis Institute (DVD interactivo).
- Lega, L. y Velten, E. (2007). *Albert Ellis: An Authorized Biography*. New York: Insight Media (DVD).
- Lega, L. y Velten, E. (2008). «Albert Ellis (1913-2007).» *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 189-193.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. (2011). *Biografía de Albert Ellis*. Barcelona: Institut RET.
- Smith, D. (1982). *Trends in counseling and psychotherapy*. American Psychologist, 37, 802-809.
- Tillich, P. (1952). *The courage to be*. New York: Oxford University Press.
- Wolfe, J. (2007). *Recuento personal durante el Albert Ellis Memorial en Columbia University*, New York City, 28 de septiembre de 2007.
- Wolfe, J. (2007). *The Amazing Albert Ellis (1913-2007)*. Psychotherapy Bulletin, 42(4), 55-61.

CRONOLOGÍA

año	fecha	edad	publicaciones	vida profesional y académica	historia	vida personal	discapacidades
1913	27 - Sep.	0				Familia judía. Tres hermanos. Padre, empresario. Madre, cantante. Padres ausentes. Niño superdotado.	
1914		1					
1915		2					
1916		3					
1917		4				Se mudaron a Nueva York, a Bryant Avenue, en East Bronx. Hospitalizaciones. Lectura. Primeros Juegos sexuales infantiles. Hospitalizaciones. Lectura. Hospitalizaciones. Matemáticas. Matemáticas. Matemáticas.	Nefritis y migrañas. Nefritis y migrañas. Nefritis y migrañas.
1918		5			Primera Guerra Mundial		
1919		6					
1920		7					
1921		8					
1922		9					
1923		10			Terapias de primera generación. Asociacionista, conductista, psicoanálisis.		
1924		11			Filosofía positiva.	Matemáticas. Divorcio de los padres. Escribe.	insomnio.
1925		12					

1926	13	Musicales en Broadway.	Despertar sexual.
1927	14		Música y filosofía. Idea de ganar dinero para retirarse a los 30 años y escribir.
1928	15		Primera y única relación homosexual. Masturbación frecuente. Fobia social.
1929	16	Crack del 29.	Leía a Freud y sus discípulos para sus problemas sexuales y personales.
1930	17	Trabaja para ganar dinero para la familia. La Gran Depresión.	Compone sus propias canciones. Miedo a hablar en público y a las mujeres (fobia social).
1931	18		Exposición a hablar en público. vista. Gafas.
1932	19	Grupo político radical: la Nueva América. Comunismo no totalitario. Manuscrito A	Experimento
1933	julio 20	(1933) <i>Youth Against the World</i> . Unpublished manuscript, Albert Ellis Archives. <i>History of the Dark Ages: The Twentieth Century</i> , inédito). Se gradúa en Administración de Empresas. 20 novelas, obras de teatro, poemas (inédito).	Jardines del Bronx (Watson).
1934	21		
1935	22		Primer amor: Karyl.
1936	23	3 volúmenes sobre "El capital" de Karl Marx (inédito). Director de personal de una firma novedosa.	Relación tormentosa.
1937	24		

1938	25	Consejero de sus amistades sobre amor y sexo Funda LAMP. Escribe su "obra maestra" <i>The Case for Promiscuity</i> (más tarde publicado en capítulos). Participa en el estudio de Kinsey.	Kinsey inicia su investigación	Devora entre 30 y 50 libros cada día. Frecuenta bibliotecas.
1939	26		Liberación femenina.	Se casa con Karyl.
1940	27			Rompe con Karyl. Conoce a Gertrude, que fue su novia durante 5 años.
1941	28	Decide escribir sobre sexualidad y matrimonio. Matrícula Teachers College de la Universidad de Columbia (para evitar problemas legales). Se gradúa en 1943 con matrícula de honor. Psicólogo profesional.		
1942	29		Segunda Guerra Mundial. Carl Rogers: Humanismo, fenomenología.	
1943	30			Problemas con Gertrude, ella era muy sociable, él no.
1944	31	Formación en Carl Rogers. Primera publicación científica. Busca las causas de la homosexualidad.		
1945	32	(1945). <i>The sexual psychology of human hermaphrodites</i> . Psychosomatic Medicine, 7, 108-125. (1945) <i>A study of the love emotions of American college girls</i> . International Journal of Sexology, 3, 15-21. (1946) <i>The validity of personality questionnaires</i> . The Psychological Bulletin, 43, 385-440.	EEUU sale de la crisis económica.	
1946	33			Ante la ruptura, se deprimió temporalmente.

1947	34	(1947) <i>A comparison of the use of direct and indirect phrasing in personality questionnaires.</i> Psychological Monographs, 61, iii-41.	Doctorado con tesis sobre Psicometría.	Interés por el psicoanálisis por considerarlo profundo.	Primer informe Kinsey.
			Profesor en Rutgers y en la Universidad de Nueva York.	Analisis propio con un seguidor de Horney.	
			Psicólogo principal en Nueva Jersey durante 4 años. Leyó a Karen Horney los "deberías".		Baby boomm.
			Primer libro publicado.		EEUU superpotencia mundial.
1951	38	(1951) <i>The folklore of sex.</i> New York: Boni/Doubleday.	Reconocido y controvertido en el campo del amor y el sexo cuando habla del sexo premarital.	Emplea la revolución sexual.	
			Psicólogo privado a tiempo completo.	Familia tradicional norteamericana.	
			Desencanto con el psicoanálisis y el rol del psicólogo. Cuestiona el orgasmo vaginal y promueve el orgasmo del clitoris.		
			Editor International Journal of Sexology.	Segundo informe Kinsey. sociedad conservadora (obligaciones).	Enfermó. Diabetes.
1954	41	(1954) <i>The American Sexual Tragedy.</i> New York: Twayne.	Problemas para su publicación.	Rol de la mujer tradicional, trabajadora.	
			(1954) <i>Sex life of the American woman and the Kinsey report.</i> New York: Greenberg.		
1955	42	(1955) <i>New approaches to psychotherapy techniques.</i> Brandon, Vermont: Journal of	Nace la TREC. Terapia activa y directiva.	Boom tecnológico y	

		Clinical Psychology Monograph Supplement, 11, 1-53.	Pretende revolucionar el campo de la psicología.	consumo: radio y TV.
1956	31-Ag.	43 Convención Anual de la APA (1957) <i>How to live with a neurotic</i> . New York: Crown (Paperback edition, New York: Award).	Conferencia en la APA. Miembro fundador de Society for the Scientific Study of Sex.	Segundo amor: Se casa con Rhoda.
1957	44	(1957) <i>Outcome of employing three techniques of psychotherapy</i> . Journal of Clinical Psychology, 13(4), 344-350. (1957) <i>Rational psychotherapy and individual psychology</i> . The Journal of Individual Psychology, 13(1), 38-44. (1958) <i>Rational psychotherapy</i> . The Journal of General Psychology, 35-49. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy).	Primer libro de autoayuda. Neurótico.	Empieza la cultura joven.
1958	45	(1958) <i>Sex without guilt</i> . New York: Lyle Stuart (Paperback ed., NY: Dell). (1959) <i>Requisite conditions for basic personality change</i> . Journal of Consulting Psychology, 23, 538-540. (1960) <i>The Art and Science of Love</i> . New York: Lyle Stuart & Bantam.	Primer artículo TREC. Recoge los artículos publicados durante 1956-1957. fundó el Institute for Rational Living, en el 333 West 56th Street (Manhattan). Vende un millón de ejemplares. Encuentro secreto con Beck.	Terapias de Segunda Generación. Cognición y lenguaje en la neurosis. Kennedy y la Guerra Fría.
1959	46			
1960	47		concepto de valía personal: Tillich, Hartman.	Movimiento de los derechos civiles: comunidad afroamericana.
1961	48	(1960) "Science and Human Values" (Charla en Merrill Palmer Institute, Detroit, February 1). (1961) [with A. Abanel (Eds.)] The encyclopedia of sexual behavior (vols. 1 & 2). New York: Hawthorn. (Revised ed., New York: Aronson. Paperback ed., New York: Ace) (1961) [with R.A. Harper] A guide to rational living. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (Paperback ed., North Hollywood, CA: Wilshire).	Edita una enciclopedia sexual. Primer libro de autoayuda TREC.	Revolución sexual y el amor libre. Píldora anticonceptiva. Liberación femenina del rol tradicional. Igualdad.

1962	(1961) [with R.A. Harper] <i>A guide to successful marriage</i> . North Hollywood, CA: Wilshire.	Escribe libros sobre el matrimonio. Cambia Terapia Racional por Terapia Racional Emotiva. La crítica positiva de H.J. Eysenck. Reconocimiento oficial de la TRE.
	(1962) <i>Reason and emotion in psychotherapy</i> . New York: Lyle Stuart. (paperback ed., Secacus, NJ: Citadel).	Primer libro profesional TREC. Creencias irracionales.
1963	(1962) <i>The case against religion: a psychotherapist's view</i> . The Independent, 126, 4-5.	La homosexualidad como enfermedad mental.
	(1963) <i>If this be sexual heresy...</i> New York: Lyle Stuart. (Paperback ed., New York: Tower).	Cuestiona la religión y la religiosidad.
1964	(1963) <i>The intelligent woman's guide to man-hunting</i> . New York: Lyle. (Paperback ed., New York: Dell).	Tratamiento de la homosexualidad.
	(1963) <i>Sex and the single man</i> . New York: Lyle Stuart (paperback ed., New York: Dell).	Asesinato de Kennedy.
1965	(1963) [with C. Rogers, F. Perls, and E. Shostrom. Three Approaches to Psychotherapy: Gloria. [Film]. Corona del Mar, CA: Psychological and Educational Films.	Cuestiona aspectos de la moralidad, el sexo y el matrimonio.
	(1964) [with E. Sagarin]. <i>Nymphomania: A study of the oversexed woman..</i> New York: Gilbert.	Escuelas de psicoterapia: Rogers, Perls, Ellis.
1966	(1965) <i>Suppressed: Seven key essays publishers dare not print</i> . Chicago, IL: New Classics House.	Terapia Gestalt: Perls.
	(1965) Workshop in RET. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.	Conoce a Alma.
1966	(1966) [with J. Wolf & S. Mosley]. <i>How to prevent your child from becoming a neurotic adult</i> . New York: Crown. (Paperback ed., How to raise an emotionally healthy, happy child.	Conoce a Janet Wolfe.
		Terapia familiar y de pareja.
1966		Censura sexual.
		Talleres del Viernes por la Noche.
1966		Era del consumismo.
		Master y Johnson
1966		Educación emocional infantil.
		Publican sus hallazgos.

1967	54	North Hollywood, CA: Wilshire). (1967) <i>Objectivism, the new religion</i> . Rational Living. 2(2), 1-6.	Debate sobre el objetivismo de Ayn Rand.	Movimiento hippie: drogas, música, moda. Asesinato de Martin Luther King. Guerra de Vietnam. El hombre viaja a la luna.
1968	55			
1969	56			
1970	57		Desarrollo TREC. Técnicas y aplicaciones clínicas. Funda la escuela de vida. Educación emocional. Es reconocido como Humanista del Año.	Caso Nixon. Termina la Guerra de Vietnam. Disminuye el comunismo. Música rock y pop. Conquista del espacio.
1971	58	(1971) <i>Rational-emotive therapy and its application to emotional education</i> . New York: Institute for Rational Emotive Therapy.		
1972	59	(1972) <i>Executive leadership: The Rational-emotive approach</i> . New York: Institute for Rational-emotive Therapy. (1973) <i>Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach</i> . New York: Julian. (Paperback ed., New York: McGraw-Hill).	Aplicación en el campo laboral. Su enfoque humanista.	Coma diabético.
1973	60	(1974) <i>Techniques for disputing irrational beliefs</i> (DIBS), New York: Institute for Rational Living.		
1974	61	(1974) [with M.C. Maultsby, Jr.] <i>Techniques for using rational-emotive imagery</i> (REI). New York: Institute for Rational Living.	Debate.	
1975	62	(1975) [with R.A. Harper] <i>A (new) guide to rational living</i> . North Hollywood, CA: Wilshire.	IRE. Cierra la escuela y celebración del 20 aniversario con más de 700 personas. Éxito de ventas.	
1976	63	(1976) <i>The biological basis of human irrationality</i> . <i>Journal of Individual Psychology</i> , 32, 145-168. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy).		

1977	(1977) [with R. Grieger] (Eds.) <i>Handbook of rational-emotive therapy</i> (vol.1). New York: Springer.	64	Primer manual de TREC. Plagio de Wayne Dyer con "Tus zonas erróneas".	Se erigen las torres gemelas.
1978	(1978) <i>A rational-emotive approach to family therapy</i> .	65	Aplicación a la terapia familiar.	
1979	(1979) <i>Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct</i> .	66	Aparece el concepto ansiedad ante la incomodidad.	
1980	(1980) <i>Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences</i> .	67	Diferencia TREC con las TCC.	
1981		68		
1982	(1982) [with I. Becker]. <i>A guide to personal happiness</i> . North Hollywood, CA: Wilshire.	69	Se le reconoce como la segunda figura más influyente en la psicología.	Aparece la música discotequera y pop.
1983	(1983) <i>The case against religiosity</i> . New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.	70	Su visión de la religión y la religiosidad.	Constructivismo.
1984	(1984) <i>How to maintain and enhance your rational-emotive therapy gains</i> . New York: The Institute for Rational-Emotive Therapy.	71	Prevención de recaídas.	Filosofía pos-moderna.
1985	(1985) [with M.E. Bernard (Eds.)] <i>Clinical applications of rational-emotive therapy</i> . New York: Plenum.	72	La APA premia a Ellis.	
	(1985) <i>Expanding the ABCs of RET</i> . In M. Mahoney and A. Freeman (Eds.) <i>Cognition and Psychotherapy</i> . (pp. 313-323). New York: Plenum. (Also in 1984, <i>Journal of Rational-Emotive Therapy</i> , 2(2), 20-24).		Cambio en el modelo lineal del ABC.	
	(1985) <i>Overcoming resistance: RET with difficult clients</i> . New York: Springer.		Trabar la resistencia.	
1986	(1986) [with R. Grieger] (Eds.) <i>Handbook of rational-emotive therapy</i> (vol.2). New York: Springer.	73	Segundo manual de TREC.	
1987	(1987) <i>Cognitive Therapy and Rational-Emotive Therapy: A Dialogue</i> . <i>Journal of Cognitive Psychotherapy</i> : An International Quarterly,	74	Terapia cognitiva y TREC.	Fin de la Guerra Fría.

1(4), 205-255.

(1987) *A sadly neglected cognitive element in depression. Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.

(1988) *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything –yes, anything!*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

(1989) (with J.Sichel, R. Yeager, D. DiMattia, R. DiGuiseppe) *Rational Emotive Couples Therapy*, NY, Pergamon Press.

(1990) *Is Rational-Emotive Therapy "Rationalist" or "Constructivist"?*. In A. Ellis & W. Dryden *The Essential Albert Ellis*. pp. 114-141. New York: Springer.

(1991) *Achieving self-actualization*. Journal of Social Behavior & Personality, 6(5), 1-18. (Reprinted: New York: Institute for Rational Emotive Therapy).

(1993) *Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)*, Behavior Therapist, 16, 257-258.

(1993) *General semantics and rational-emotive behavior therapy*, Bulletin of General Semantics, 58, 12-28. (Also in P.D. Johnston, D.D. Bourland, & J. Klein (Eds.) *More E-prime* (pp. 213-240). Concord, CA: International Society for General Semantics.

(1994) *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane and NY: Kensington.

(1995) *Better, deeper, and more enduring brief therapy: the rational emotive behavior therapy approach*. Routledge: New York.

Depresión.

la Universidad de Columbia le otorgó a Albert Ellis el premio al "Ex alumno Distinguido".

Terapia de Pareja.

Constructivismo y TREC.

Autoactualización.
Empieza a dar pautas de la práctica de la TREC.

Cambio de TRE a TREC.

Semántica General y TREC.

Revisión de Razón y Emoción en Psicoterapia.

Libro de terapia de la TREC.

Cae el Muro de Berlín.

SIDA.

Windows 95.

Ordenadores domésticos.

Dificultad en caminar.

1996	83	(1997) Postmodern ethics for active-directive counseling and psychotherapy. Journal of Mental Health Counseling, 18, 211-225.	El Instituto cambia el nombre por Albert Ellis Institute.
1997	84	(1997) [with W. Dryden] <i>The practice of Rational Emotive Behavior Therapy</i> . New York: Springer.	Posmodernismo.
		(1997) <i>How to control your anger before it controls you</i> . Nueva Jersey: Caol Publishing Group.	Practica de la TREC.
1998	85	(1998) <i>The Albert Ellis reader</i> . Kengsinton: New York.	Ira.
		(1998) <i>Optimal Aging</i> . Open Court Press.	TREC y vejez.
		(1998) <i>How to control your anxiety before it controls you</i> . New Jersey: Caol Publishing Group.	Ansiedad.
1999	86	(2000) Spiritual goals and spirited values in psychotherapy, Journal of Individual Psychology, 36, 279-284.	Terapias de Tercera Generación.
2000	87	(2001) <i>Feeling better, getting better, staying better</i> . Atascadero, CA: Impact.	Espiritalidad.
2001	88	Ellis, A., Nielson, S., & Johnson, W. B. (2001). <i>Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach</i> . Florence, KY: Erlbaum.	Nuevas tecnologías: internet.
		(2002) [with D. Joffe]. A study of volunteer clients who experience live sessions of REBT in front of a public audience, Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 20(2), 151-158.	Atentados de Nueva York.
2002	89	(2003) <i>Ask Albert Ellis</i> . Atascadero, CA: Impact.	Guerra de Afganistán.
2003	90	(2003) <i>Sex without guilt in the twenty-first century</i> . Fort Lee, NJ: Barricade.	Conoce a Debbie.
		(2002) <i>Primer libro escrito con Debbie</i> .	
		(2003) <i>Resuestas a las cartas durante años</i> .	Guerra de Iraq.
		(2003) <i>Revisión de sexo sin culpa</i> .	
		(2003) <i>Celebra su 90 aniversario</i> .	Celebra su 90 aniversario.
		(2003) <i>Se casa con Debbie</i> .	Se casa con Debbie.
		(2003) <i>Colostomía</i> .	Colostomía.

2004	91	(2004) <i>The Road to Tolerance</i> . Amherst, New York: Prometheus.	TREC y religiosidad.	
2005	92	Ellis, A. (2005). <i>The myth of self-esteem</i> . Amherst, NY: Prometheus.	Argumentos contra la autoestima. Conflicto con el Instituto TREC y niños.	En el exilio.
2006	93	(2006) (with Michael Bernard, Editors) <i>Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders</i> . Springer.	Readmisión en el Albert Ellis Institute por ley.	Enferma.
2007	24-Jul	Ellis, A. (2007). <i>All Out! An autobiography</i> . Amherst, NY: Prometheus.	Autobiografía donde expone sus conflictos.	Fallece.
2008		(2008) (with Mike Abrams) <i>Personality Theories: Critical Perspectives</i> . Sage Publications.	Teorías de la personalidad.	
2009				
2010				
2011		(2011) (with Debbie Joffe) <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> . American Psychological Association.	Libro editado por el APA con Debbie.	
2012				
2013			Se vende el edificio del Albert Ellis Institute.	

3

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

3.1. Marco conceptual: fundamentos epistemológicos

3.1.1. LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) es la pionera y una de las principales terapias cognitivo-conductuales. En 1976, Albert Ellis organizó y fundó la primera conferencia en Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC), que se llevó a cabo en el Albert Ellis Institute (antiguo Instituto de Terapia Racional Emotiva), y en la que participaron importantes figuras como Aaron Beck, Marvin Golfried, Michael Mahoney, Donald Meichenbaum y George Spivack. Después de dicha conferencia, se creó el *Journal Cognitive Therapy and Research*, con Michael Mahoney como editor (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

La base teórico-conceptual de este tipo de terapia se encuentra en la psicología cognitiva y en el conductismo.

La terapia cognitivo-conductual es una escuela psicológica compuesta por varios autores que comparten todos ellos el uso de una metodología científica y de los siguientes principios básicos (Lega, Caballo, Ellis, 2009):

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas (interpretaciones, percepciones y evaluaciones) de los acontecimientos ambientales.
- La cognición disfuncional media la perturbación emocional y conductual.
- Las cogniciones se pueden evaluar y registrar.
- El cambio cognitivo produce cambios emocionales y conductuales.
- Las intervenciones cognitivas y conductuales son importantes para el cambio.

Dobson y Kendall (1993) proponen cuatro estrategias de investigación en psicopatología cognitiva: (a) evaluación de los correlatos cognitivos del trastorno (método correlacional: por ejemplo, al aumentar la sintomatología depresiva, aumenta el pensamiento de tipo pesimista); (b) estudios retrospectivos de la capacidad predictiva de los correlatos; (c) estudios longitudinales para evaluar la validez predictiva de las variables asociadas con el desorden y; (d) métodos experimentales donde se manipulan variables asociadas al desorden para ver si son las causas (éticamente es complejo, sobre todo el método del placebo y el doble ciego).

El término cognitivo-conductual es muy genérico y se refiere a las terapias que incorporan tanto técnicas cognitivas como conductuales en el cambio terapéutico. Según Bertacco (2011), en su escrito «Los fundamentos epistemológicos del modelo cognitivo» (en prensa), las principales características de la terapia cognitivo-conductual son:

- Está enfocada en el presente e investiga los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Aunque se hace una historia clínica, no se focaliza demasiado en el pasado.
- Se realiza un análisis funcional de la conducta, donde se evalúa las interacciones entre las cogniciones, las emociones y los comportamientos de la persona en su contexto o situación y sus consecuencias.
- Utiliza procedimientos y técnicas cognitivas y conductuales orientados al cambio. El énfasis de la TCC está puesto más en el «¿Qué tengo que hacer para cambiar?» que en buscar el «¿porqué?». Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos conscientes y no conscientes de lo que ocurre no ofrece una solución y no es suficiente para producir un cambio.
- Por lo general, utiliza terapias orientadas a corto plazo, de duración breve y de tiempo limitado.
- Pone énfasis en la verificación empírica y en la cuantificación, con lo que se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y plantillas en los que se evalúan los síntomas específicos, su frecuencia, duración, intensidad y otras características. Esta medición se repite periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.
- La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común previamente acordado. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para casa. En muchos casos, se utiliza biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomienda libros, folletos o apuntes acerca del problema-objetivo, para que el paciente se informe de lo que le sucede.
- Tiende a fomentar la autonomía del paciente, haciendo que se convierta en su propio terapeuta. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento autónomo, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades entre sesiones.
- Está centrada en la resolución de síntomas generados por una filosofía de base irracional o disfuncional. El objetivo de la terapia es reducir conductas, sentimientos y pensamientos disfuncionales y promover una mejora en el funcionamiento global de las personas.
- Se definen objetivos específicos que lograr en la terapia, y de esta forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia dónde se dirige la terapia.
- Rechaza el principio de sustitución de síntomas, si ha habido un cambio profundo en las creencias de la persona. La meta de la TCC es eliminar o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los

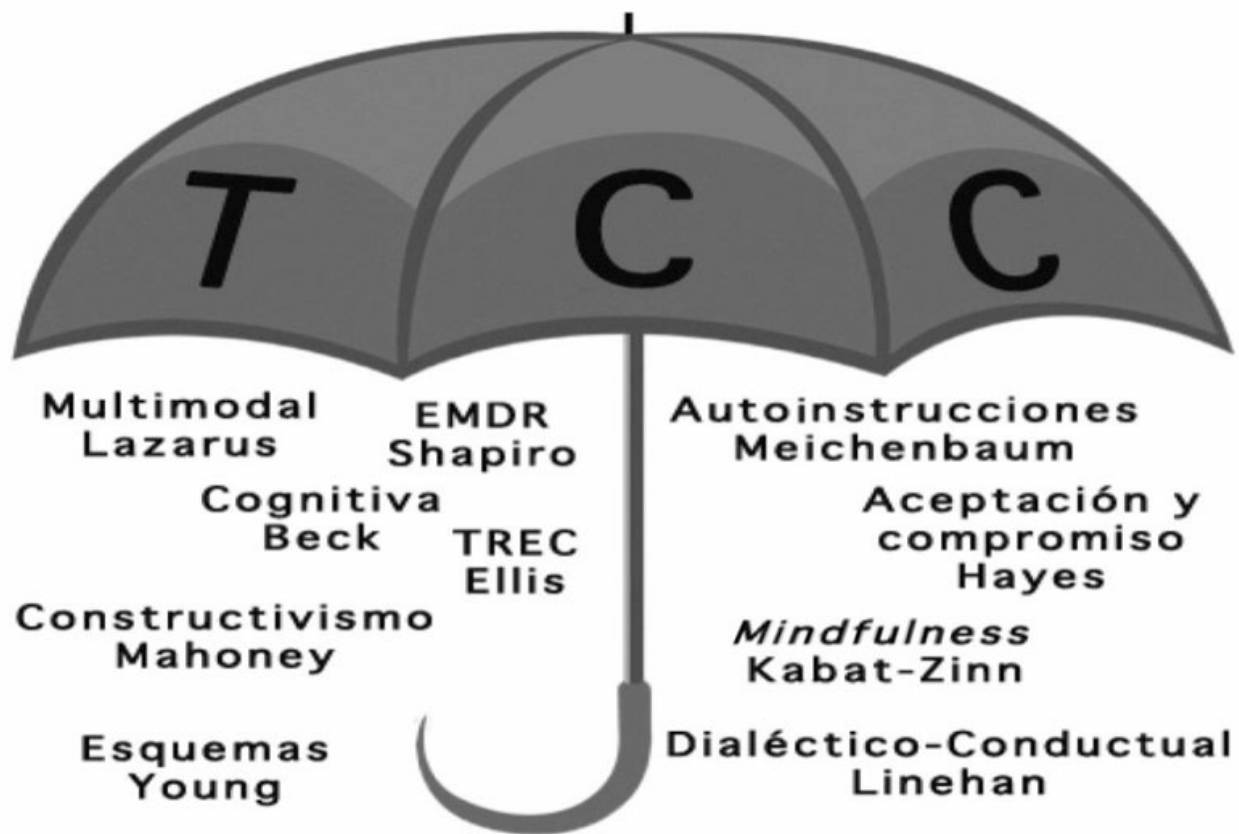
síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.

- Pone el énfasis en el cambio. Se anima al paciente a practicar nuevas conductas y cogniciones durante las sesiones y entre sesiones.
- Se sirve del diálogo socrático. Hace preguntas que ponen en tela de juicio la filosofía del paciente, sus conductas y sus creencias. Se le confronta activamente con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, y promueve la autocrítica constructiva.
- Se centra en la resolución de problemas sin ignorar las creencias irracionales subyacentes. Al comienzo de cada sesión, el terapeuta indaga acerca de los problemas del paciente y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.
- Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato «único» para todos los pacientes.
- Propone una continuidad temática entre las sesiones y sigue una agenda de trabajo. En cada sesión se revisan las tareas indicadas en la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente. La eficacia de las tesis cognitivo-conductuales para tratar una variedad de trastornos ha sido ampliamente comprobada, y es quizás el tipo de intervención psicológica que más aplicaciones clínicas tiene hoy día (Lega, Caballo, Ellis, 2009). Es decir, más que simplemente decir que funciona, está comprobado que funciona (Bertacco, 2011).

Tipos de terapias cognitivo-conductuales

Existen diferentes tipos de terapias cognitivo-conductuales (TCC), y cada una de ellas se centra en un nivel o tipo de cognición que considera como el más importante en la perturbación emocional, formando «el paraguas de la TCC» («*CBT umbrella*», O'Kelly, 2011):



La primera terapia cognitivo-conductual, en orden cronológico, es la Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis, 1958).

Como dijo Aaron T. Beck en una conferencia sobre la evolución de la psicoterapia en 1995: *«No hay ninguna duda de que Ellis fue el pionero de la psicoterapia actual. Realmente despejó el camino para el resto de nosotros que le seguíamos [...]. Está completamente en lo cierto sobre los “deberías”. Quiero agradecerle personalmente lo que ha hecho para ayudarme a desarrollar mis propias técnicas psicoterapéuticas»*. Y Ellis le contestó: *«Gracias a ti, Tim Beck, por realizar tantas investigaciones y por desarrollar la terapia cognitiva»* (Ellis, 1998).

3.1.2. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DE LA TREC

Albert Ellis se formó inicialmente en el método psicoanalista. Se entrenó en el método psicoanalítico ortodoxo y llevó a cabo su propio análisis supervisado.

Pronto se dio cuenta de que los resultados no eran tan buenos, a pesar de que aplicaba las técnicas psicoanalíticas bastante bien, y empezó a experimentar con otros enfoques. La mayoría de los pacientes seguían las terapias durante largo tiempo y

muchos de ellos daban muestras de mejoría. Sin embargo, Ellis percibía que algo no acababa de funcionar y que a menudo se encontraba con una fuerte resistencia a causa de las técnicas (por ejemplo, la libre asociación no es fácil para todos, había quien no se acordaba de los sueños, se producían muchos momentos de silencio sin sentido, el análisis de la transferencia no era de gran ayuda, los *insights* de la triangulación edípica no conducían a cambios reales y no duraban), y llegó a la conclusión de que en las terapias había una pérdida de tiempo inútil. Entonces, decidió aplicar su «papel como detective», hizo preguntas y utilizó métodos más activos y directivos, y descubrió que eran más eficaces y le permitían extraer conclusiones (*insights*) con mayor rapidez. Pero aun así vio que no eran suficientes y dudó de la eficacia de la técnica analítica clásica.

Introdujo luego los tipos de análisis neofreudianos, no clásicos (la psicoterapia de orientación psicoanalítica), como el «dar amor» de Sándor Ferenczi (1952), las relaciones terapéuticas de Otto Rank (1945) y de Karen Horney (1950), y la técnica de las relaciones interpersonales de H. S. Sullivan (1953). Descubrió que los pacientes empezaban a sentirse mejor con este enfoque más «cara a cara», aunque seguía siendo insuficiente.

Encontró una relación entre la teoría del aprendizaje de Pavlov (1927) y el psicoanálisis, en que el ser humano estaba condicionado desde su infancia y que la función de la psicoterapia era enseñarle el origen del condicionamiento, con la finalidad de que si se daba cuenta de aquel origen, hubieran cambios en el presente (recondicionamiento). Pero pronto entendió que faltaba algo de acción para obtener un cambio más profundo y empezó a utilizar técnicas conductuales de afrontamiento, animando a los pacientes a hacer lo que temían. No obstante, notaba que seguían resistiéndose a ejecutar las conductas, a pesar de las ventajas que ello comportaba para ellos.

Fue en 1954 cuando Ellis, finalmente, comenzó a aunar sus conocimientos psicológicos y su experiencia personal con sus conocimientos en filosofía, en especial, de Epicteto (siglo I d.C.): «*Me siento feliz de decir que durante los años cincuenta me las arreglé para sacar a Epicteto de la oscuridad y volver a hacerle famoso*» (Ellis y MacLaren, 2004). Se dio cuenta de que la noción de «neurosis experimental» de Watson (1920), basada en el condicionamiento clásico, no explicaba la complejidad del ser humano. A diferencia de los animales, el ser humano utiliza la comunicación verbal (el lenguaje y los símbolos) para crear representaciones del mundo mucho más complejas que las de otros mamíferos, y, a diferencia de ellos, puede tener representaciones mentales muy distintas sobre una misma situación y tiene la capacidad de pensar sobre el pensamiento o la autoconciencia (Ellis, 1994).

Esto significa que los seres humanos no solo llegan a perturbarse por lo que ha sucedido en el pasado, sino que son capaces de autogenerarlo y mantenerlo en el

presente con las mismas creencias irracionales, y convirtiendo sus preferencias en falsas necesidades o exigencias.

En una entrevista televisiva realizada por el escritor y psicoterapeuta Jeffrey Mishlove (2009) sobre la filosofía en la psicoterapia, cuando se refirió a su ruptura con el psicoanálisis, Ellis comentó:

«Sí, practiqué y fui un psicoanalista por un tiempo, pero luego descubrí que no funcionaba [...] tengo un gen para la eficiencia, mientras que el pobre Sigmund Freud lo tenía para la ineficiencia. Así que volví a mi afición, desde que tenía dieciséis años de edad, a la filosofía, sobre todo, a la filosofía de los antiguos (en gran medida de Epicteto y Marco Aurelio, y en Oriente, de Lao-Tse y Buda), junto con la terapia conductual, que yo había experimentado en mí mismo a la edad de diecinueve años para superar mi fobia a hablar en público y también para acercarme a las mujeres...».

En 1955, Albert Ellis compuso la TREC (llamada entonces Terapia Racional), una terapia que enfatizaba los aspectos cognitivos y filosóficos, y que actualmente es una de las psicoterapias más eficaces y es la pionera de las Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC). Los principios originales han sido corregidos y actualizados en muchos aspectos significativos, ya que se han incorporado nuevos avances científicos.

La evolución cronológica de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se corresponde con la evolución personal y profesional de Ellis. Esta evolución se llevó a cabo en la siguiente forma:

La idea sobre las creencias irracionales fue inicialmente conceptualizada por Albert Ellis en 1955 durante la reunión anual de la American Psychological Association en Chicago (Ellis y Grieger, 1977), y fue publicada primeramente en 1958 bajo el título de *Psicoterapia Racional* (Ellis, 1958). En su presentación de 1955, Ellis introdujo los siguientes conceptos:

«Las evaluaciones parecen ser parte fundamental de la capacidad humana para sobrevivir [...]. Las personas sienten emociones cuando evalúan un estímulo como “bueno” o “malo”, como “beneficioso” o “dañino”, y reaccionan hacia él en forma positiva o negativa. Las emociones parecen generar, en gran parte de los casos, ciertas sensaciones físicas agradables o desagradables que, al ser percibidas por el individuo como tales, refuerzan de modo equivalente las emociones iniciales. Por consiguiente, podría decirse que las emociones son, simplemente, evaluaciones que van acompañadas de una sensación física fuerte [...]».

Y añadió:

«Es importante diferenciar entre los sentimientos inmediatos e irreflexivos y las emociones sostenidas por un tiempo determinado. Aunque todos tienen en común el derivarse de la pregunta: “¿Qué significa este acontecimiento para mí?”, e incluyen tendencias a actuar a favor o en contra, las emociones sostenidas parecen mucho más

meditadas que las impulsivas y, por consiguiente, podrían tener una mayor orientación o influencia filosófica [...]. Estos [últimos] son sentimientos o emociones con poco elemento sensorial inmediato y mucho componente filosófico, los de mayor interés terapéutico, ya que son los que se conocen como perturbación emocional».

Fiel a sus intereses personales, estas primeras contribuciones se llevaron a cabo en el marco de referencia del tratamiento de disfunciones sexuales.

Durante los años setenta fueron identificadas hasta doce «creencias irracionales», caracterizadas por su rigidez (Ellis, 1962; 1975):

- **Creencia irracional n.º 1:** «Es una necesidad para el ser humano adulto el ser amado y verse aceptado por prácticamente toda persona significativa de su comunidad».
- **Creencia irracional n.º 2:** «Para considerarse uno/a mismo/a valioso/a se debe ser muy competente, autosuficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles».
- **Creencia irracional n.º 3:** «Cierta clase de gente es vil, malvada e infame, y deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad».
- **Creencia irracional n.º 4:** «Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno/a le gustaría que fuesen».
- **Creencia irracional n.º 5:** «La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones».
- **Creencia irracional n.º 6:** «Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente inquieto por ello y pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra».
- **Creencia irracional n.º 7:** «Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida».
- **Creencia irracional n.º 8:** «Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar».
- **Creencia irracional n.º 9:** «La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó a uno debe seguir afectándole indefinidamente».
- **Creencia irracional n.º 10:** «Uno debe sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás».
- **Creencia irracional n.º 11:** «La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe».
- **Creencia irracional n.º 12:** «La idea de que se puede conseguir un máximo de

felicidad a través de la inercia y la inactividad, o bien divirtiéndose pasivamente y sin comprometerse».

En los años ochenta, estas creencias irracionales específicas fueron agrupadas dentro de tres inferencias: condenación o evaluación global, tremendismo o catastrofismo, y baja tolerancia a la frustración (BTF).

Inicialmente, la «irracionalidad» fue vista como un concepto «global» que después evolucionó hacia la tendencia a identificar creencias o ideas irracionales específicas, reflejadas también en los instrumentos utilizados para su medición (Sutton-Simon, 1979). Posteriormente, la separación de «contenido» y «proceso» de las creencias irracionales también se tuvo en cuenta en el desarrollo de nuevos instrumentos (Burgess, 1990). El «contenido» se refiere al área o tema donde la irracionalidad —los «debo» o las exigencias rígidas— puede ser más preponderante en un paciente en particular, e incluye la aprobación/aceptación, el perfeccionismo/éxito y la comodidad/justicia. El «proceso» incluye las tres inferencias de condenación/evaluación global, tremendismo/catastrofismo, y baja tolerancia a la frustración (BTF).



La evolución cronológica de la TREC podría resumirse de la siguiente forma (Lega, Caballo, Ellis, 2009):

- **Década de 1950**

- Terapia Racional (TR o RT):**

- Conferencia de la APA en 1955.

- Primera publicación científica en 1958: *Rational Therapy (Psicoterapia Racional)*.

- Énfasis en el aspecto cognitivo-conductual.

- **Década de 1960**

- Terapia Racional Emotiva (TRE o RET):**

- Publica *Reason And Emotion In Psychotherapy (Razón y emoción en psicoterapia)* en 1962.

- Formulación del modelo ABC y las principales creencias irracionales.

- Énfasis en la importancia de las emociones.

- **Década de 1970**

- La rigidez como característica del pensamiento irracional («debo»).

- Aplicaciones de la TRE en muchas áreas educativas, laborales y clínicas.

- **Década de 1980**

- Expande el modelo incorporando un pensamiento irracional («debo») y sus conclusiones derivadas (baja tolerancia a la frustración, tremendismo y condenación).

- Describe síntomas perturbadores secundarios.

- Diferencia entre ansiedad situacional versus ansiedad del ego.

- **Década de 1990**

- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC o REBT):**

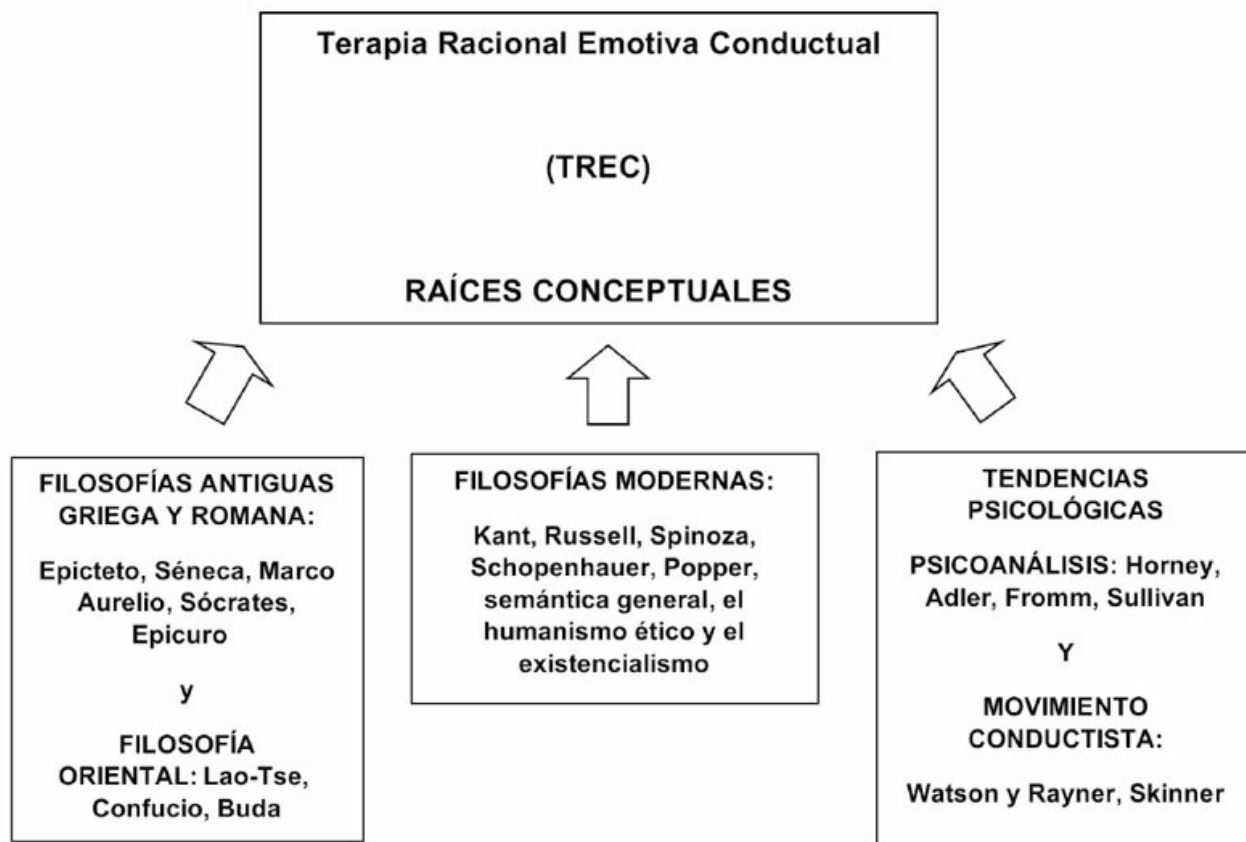
- Revisa y actualiza *Reason And Emotion In Psychotherapy* en 1994.

- Enfatiza el aspecto humanista, constructivista y conductual del modelo.

3.1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

El marco de referencia empírico y conceptual de la Terapia Racional Emotiva Conductual se compone de influencias de la filosofía antigua y de la filosofía moderna, además de la de varias corrientes psicológicas y de la semántica general. La mayoría de las influencias comparten una temática central que se resume bajo la premisa siguiente: «uno se crea el propio sufrimiento cuando piensa de manera irracional y disfuncional».

Albert Ellis reconoció en más de una ocasión que aprendió más de los filósofos que de los psicólogos (Ellis, 2005), pero se considera ecléctico. La TREC recoge lo fundamental y positivo de las diferentes filosofías y corrientes teóricas, pero con una visión crítica que cuestiona los aspectos que considera inadecuados de cada una de ellas.



De la filosofía antigua griega y romana, la TREC resalta particularmente el concepto de los estoicos, representados principalmente por Epicteto, Séneca y Marco Aurelio, quienes enfatizaron la importancia de la responsabilidad, el uso de la razón y la filosofía individual en el trastorno emocional. Se puede resumir bajo la famosa frase de Epicteto: «No nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas» (Epicteto, 1993; Séneca, 2013; Marco Aurelio, 1899).

De Sócrates, la mayéutica, que aplica el arte del debate (la dialéctica) para evidenciar la incoherencia en la forma de pensar de las personas y que salgan a la luz nuevas ideas más racionales (Brun, 1995).

De la filosofía hedonista de Epicuro, el placer como el fin supremo, pero la búsqueda del placer en sentido amplio en lugar de inmediato y manteniendo un equilibrio racional y prudente entre lo que se desea (ahora) y lo que conviene (a medio plazo) para maximizar los placeres y evitar el dolor innecesario (Epicuro, 1994). Considera que el origen de la perturbación emocional son los deseos innecesarios y autoengaños sobre lo que es bueno y placentero. La TREC podría definirse como una síntesis de estoicismo y epicureísmo (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

De la antigua filosofía oriental y sus representantes Lao-Tse (2009), Confucio (2009)

y Buda (dalái lama y Cutter, 1998; Suzuki, 1956), que se centran principalmente en la afirmación implícita: «Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo». Su filosofía se define para muchos como «el arte de estar en el mundo» (Watts, 1974), en el momento presente, en el «aquí y ahora», en un mundo cambiante y dinámico. Invita a no evaluar globalmente a las personas o los «egos» de cada uno, a tener una visión relativista y flexible de las cosas (donde no hay verdades absolutas ni dogmas) y a adaptarse constantemente y aceptar el mundo tal como es.

De las influencias filosóficas modernas incorpora la importancia de las ideas en el conocimiento humano (Kant, 1929), el enfoque actitudinal de la filosofía para paliar el sufrimiento (Schopenhauer, 1844), y buscar la plenitud (Spinoza, 1966), el énfasis en la importancia del lenguaje para estructurar el pensamiento y los procesos emocionales (teoría de la semántica general de Korzybski, 1933), la utilización del método empírico de la ciencia y la lógica (Russell, 1948), el papel de la educación (Dewey, 1922) y la filosofía posmoderna de Popper (1962), entre otras.

También incorpora influencias del movimiento humanista y existencialista de mediados del siglo XX, en lo que respecta a su visión del ser humano y el sentido de la vida, de filósofos como Carl Rogers (1951), Robert Hartman (1959), Tillich (1953), Sartre (1968) y Frankl (1946), entre otros. A partir de ellos desarrolló su concepto de aceptación incondicional ilimitada de uno mismo y de los demás («juzgar el pecado pero no al pecador»), y la importancia de la relación de los valores, objetivos y metas personales (proyecto existencial) en la manera en cómo afectan significativamente a los acontecimientos de la vida.

Las influencias psicológicas provienen del modelo psicoanalítico neofreudiano, representado principalmente por el concepto del pensamiento dogmático, «la tiranía de los deberías», como elemento central de la perturbación emocional (Horney, 1950). Ellis dijo en una ocasión: *«Karen Horney fue la primera que descubrió la importancia de los “deberías” en la perturbación emocional, pero luego no supo qué hacer con ellos»*. De Alfred Adler (1927) tomó la utilización de la enseñanza activo-directiva en psicoterapia y la relación entre la ansiedad y la autodevaluación. También influyeron otros psicoanalistas como Fromm (1950) y Sullivan (1953), quienes resaltaron la importancia del pensamiento en el origen de la perturbación emocional.

Del movimiento conductista procede la utilización de las técnicas de exposición de Watson y Rayner (1920) en el tratamiento activo-directivo en la terapia sexual de la década de 1950, y también las técnicas operantes de Skinner (1953) y Wolpe (1958), que se basan en la idea de que para cambiar la propia conducta hay que cambiar los condicionantes externos que la mantienen. Aunque utiliza técnicas de Condicionamiento Operante, es escéptico sobre la eficacia a largo plazo del refuerzo social, pues considera que potencialmente podría estar basado en la «necesidad» irracional de ser amado y

aceptado por quienes son importantes para el individuo. Considera que estas técnicas están demasiado centradas en el síntoma, en lugar de en un cambio filosófico profundo.

3.1.4. BASES FILOSÓFICAS DE LA TERAPIA

Como se ha visto, la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC (Rational Emotive Behavior Therapy o REBT) tiene una importante base filosófica, a diferencia de otras terapias, y se desmarcó de los modelos psicoanalistas y conductistas a causa de la ineficacia de estos.

En palabras del doctor Albert Ellis (1998), la TREC es: «... *un sistema de psicoterapia diseñado para ayudar a las personas a vivir más, minimizar sus trastornos emocionales y conductas autoderrotistas y autodestructivas, y fomentar la realización de sí mismos para que puedan vivir una existencia más feliz y gratificante*».

Por lo tanto, no es tan solo un sistema de psicoterapia, una teoría de psicopatología o una teoría de psicoterapia, que ayuda a resolver los problemas emocionales y prácticos de la vida, sino que es también un modelo filosófico y una filosofía personal de vida, y como tal, incluye la epistemología (el arte del conocimiento), la dialéctica (el arte de dialogar, argumentar y debatir), un sistema de valores y unos principios éticos (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992).

Filosofía racional-emotiva

El núcleo principal de la filosofía racional-emotiva es la aceptación incondicional de la realidad, que consiste en: a) reconocer que existe una realidad, aunque sea desagradable; b) creer que no hay ninguna razón por la cual no debería existir esta realidad, aunque uno pueda desear o preferir que las cosas fueran distintas; y c) no evaluarse globalmente ni a uno mismo, ni a los demás, ni a la vida en general por ninguna razón, aunque existan aspectos de esa realidad que no gusten.

Aceptar esa realidad no significa que a uno le guste, la justifique, le sea indiferente o se resigne a ella, sino que ayuda a tolerar lo que uno no puede cambiar, evita el sufrimiento innecesario e incrementa las posibilidades de cambiar aquello que sí puede. Se trata de aceptar incondicionalmente a las personas a pesar de los errores y defectos propios y ajenos, pues se considera que nadie es perfecto; y también de aceptar la vida sin condiciones, tal como es, con cosas buenas, malas y neutras. Más concretamente considera que:

- Una persona no puede ser legítimamente etiquetada en su esencia como buena o mala.
- La valía interna no depende de condiciones externas que cambian (la valía personal es la misma tanto si se hacen las cosas bien como si no).
- Se pueden valorar rasgos o conductas concretas de una persona, pero estos no pueden definir la totalidad de la persona.
- El ser humano es complejo y se halla en constante cambio para ser etiquetado en su globalidad.
- El mundo no puede ser legítimamente etiquetado en su esencia, y su valía no está en relación con lo que sucede (tanto si es justo como injusto).
- Tiene sentido evaluar aspectos concretos del mundo, pero no hacer juicios globales en función de estos aspectos.

Las tres principales filosofías racionales se pueden resumir en:

- **Autoaceptación incondicional (AAI):** se trata de aceptarse a uno mismo plenamente y de manera incondicional, con todas las imperfecciones que uno tenga, sus defectos y virtudes, y ver que uno está en constante cambio y en proceso de mejora.
- **Aceptación incondicional de los otros (AIO):** se trata de aceptar a las personas plenamente y de manera incondicional, sin importar lo mal que actúen, con sus defectos y virtudes, y ver que están en constante mejora y que pueden cambiar su forma de pensar y de comportarse. En términos cristianos sería «juzgar el pecado, no el pecador».
- **Aceptación incondicional de la vida (AIV):** se trata de aceptar la vida incondicionalmente, con sus inmensos problemas, dificultades e incomodidades, y aprender a tener una alta tolerancia a la frustración. Como dijo Reinhold Niebuhr (Sifton, 2003) se trata de *«esforzarse en cambiar las cosas desafortunadas que puedas cambiar; aceptar, aunque no guste, aquellas que no puedas cambiar; y tener la sabiduría para saber diferenciarlas»*.

Valores o actitudes racionales

La TREC busca la máxima realización de las personas al promover la consecución de las metas personales y no solo conseguir el alivio del sufrimiento. Aunque muchos valores pueden ser compartidos con otros miembros del mismo grupo social, cada

persona tiene su propio sistema de valores y objetivos (Froggatt, 1997).

Si se parte de la base de que los objetivos generales de las personas son mantenerse con vida, evitar el dolor innecesario y buscar la realización plena de sí mismos, entonces, según la TREC, sería preferible intentar adquirir e interiorizar los siguientes valores racionales (Ellis, 1962; 1994):

Responsabilidad emocional versus irresponsabilidad

Las personas saludables tienden a aceptar la responsabilidad de su propia existencia en lugar de echar la culpa al pasado, a los demás o a las condiciones sociales por sus pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales. Son capaces de elegir con libertad sus propias emociones, conductas y estilo de vida (Ellis, 1994; Froggatt, 2006).

La TREC enseña que cada cual es el principal responsable de sus trastornos. Sustituye a menudo el uso del lenguaje que emplean los pacientes, como por ejemplo: *«ÉL me ofende con sus palabras»* es inmediatamente sustituido por *«YO me ofendo con sus palabras»*. La ofensa que ocasionan sus palabras depende de la interpretación que se hacen de ellas.

Así, en esta situación se podría haber pensado que su conducta: 1) es injusta; 2) me causa malestar; 3) no es razonable; 4) me perjudica, 5) no tiene derecho a hacerlo, etc. Esos pensamientos producirían probablemente sentimientos negativos insanos, como una reacción importante de ira. Pero si ante estas mismas palabras se hubiera pensado: 1) está loco; 2) está muy perturbado; 3) tiene derecho a equivocarse; 4) su conducta es mala, pero no es mala persona, etc., probablemente esos pensamientos, más que sentimientos negativos insanos, como la ira, producirían sentimientos negativos sanos, como molestia, pesar y decepción.

Como dijo Albert Ellis: *«Cuando las personas logran el control sobre sus vidas, asumiendo que sus problemas emocionales son suyos y no culpan a los demás ni a la vida de los mismos, es cuando empiezan a tener una vida más plena y gratificante»*.

Autointerés versus interés social

Las personas sensatas y emocionalmente sanas tienden a estar interesadas en sí mismas prioritaria y fundamentalmente, y a poner ligeramente por delante de los intereses de los demás, sus propios intereses. Se sacrifican a sí mismos hasta cierto punto por aquellos que estiman, pero no de forma completa o totalmente entregada (Ellis, 1994). Los seres humanos se preocupan, sobre todo, de ellos mismos, se interesan,

básicamente, por su propio bienestar y por su supervivencia (Froggatt, 1997).

El interés social normalmente es racional y ayuda, dado que la mayoría de las personas eligen vivir y disfrutar en un grupo o comunidad social. Y si no hay personas que actúan éticamente, ni protegen los derechos de los demás, ni luchan por la supervivencia social, es poco probable que puedan crear el tipo de vida en la que ellos mismos puedan vivir feliz y confortablemente (Ellis, 1994). Por lo tanto, existe el deseo de asegurar el sistema social por su propio bienestar.

La TREC promueve tanto un interés sano en uno mismo como un interés social, ya que considera que, en esencia, son la misma cosa. Cuando se habla del propio interés no hay que confundirlo con el egoísmo, que es pensar en uno mismo en detrimento de los demás, y cuando se habla de interés social no se trata de poner siempre a los demás primero en detrimento de uno mismo. La cooperación mutua garantiza en mayor medida el interés personal.

Sería, como afirman algunas religiones, «amar al prójimo como a uno mismo», es decir, que aquello que es bueno para uno también lo es para los demás, ya que para el propio beneficio a largo plazo es mejor involucrar a los otros. En cierta ocasión, uno de los asistentes a los talleres de Ellis le preguntó: *«Si voy por la noche por un callejón donde no hay nadie y veo a un hombre ciego con mucho dinero, mi interés podría ser robarle el dinero; ¿por qué es mejor para mí tener en cuenta a los demás en esta situación?»*. Ellis le contestó: *«Porque si las personas empezaran a robar como tú, no te gustaría mucho vivir a largo plazo en este mundo tan peligroso»*. Al fomentar la actitud y el comportamiento altruista, también se contribuye a lograr un mundo mejor para uno mismo.

En resumen, conocer los propios intereses nos ayuda a conseguir lo que es mejor para nosotros mismos, y si se tienen en cuenta los intereses de los demás lograremos un ambiente mejor con el cual alcanzar nuestras metas personales.

Autodirección versus dependencia

Las personas sanas, al asumir responsabilidades y compromisos, tienden a tomar las riendas de sus propias vidas y pueden cooperar, apoyar y colaborar con los demás. Pero no necesitan o exigen un apoyo o socorro constante de los demás (Ellis, 1994).

La autodirección enseña a las personas a que sepan lo que quieren hacer con sus vidas, a seguir su camino y a tomar sus propias decisiones, aunque fracasen y se equivoquen, y a no seguir ciegamente lo que dicen sus padres u otras personas, incluso el propio terapeuta.

El principal objetivo de la terapia es ayudar al paciente a controlar su vida, que piense

por sí mismo y sea autónomo en sus decisiones y no se convierta en un ser dependiente. Esto supone elegir las propias metas, perseguir activamente dichos objetivos, tomar las propias decisiones y superar las dificultades que surjan en el camino.

Flexibilidad versus rigidez

Los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en su forma de pensar, abiertos al cambio, tolerantes y pluralistas en su visión de las cosas y de otras personas. No establecen reglas rígidas e inamovibles acerca de ellos mismos y de los demás (Ellis, 1994).

El pensamiento flexible permite ajustarse, manejar mejor el tiempo, romper la monotonía y adaptarse a las nuevas circunstancias que requieren nuevas formas de pensar y actuar. Una visión extremista de las cosas, en blanco y negro, comporta problemas. Usando una analogía, el pensamiento flexible sería como el bambú o el agua, recto pero flexible, mientras que el pensamiento rígido es como la roca que acaba desgastándose con los choques de la realidad (Riso, 2010).

La flexibilidad conlleva considerar los valores como preferencias y no como normas rígidas, estar abiertos a cambiar la visión si aparece una nueva información y ver los cambios como nuevos retos o desafíos más que como amenazas. Es conveniente adaptarse a un mundo en constante cambio, ya que si uno no se adapta, puede llegar a extinguirse como los dinosaurios (Bernstein, 1992). Implica también cambiar las líneas de acción cuando sea conveniente hacerlo y tolerar que los demás piensen y actúen a su manera, aunque no se esté de acuerdo con ello (Froggatt, 1997).

Aceptar la incertidumbre versus certezas absolutas

Las personas sanas tienden a reconocer y aceptar la idea de que viven en un mundo de incertidumbre y probabilidades donde no existen las certezas absolutas. Incluso se dan cuenta de que vivir en esta vida incierta es, a veces, fascinante y divertido, y no algo terrible. Esto no significa que no disfruten con un cierto grado de orden en sus vidas, sino que no exigen saber exactamente lo que pasará en el futuro (Ellis, 1994).

Se vive en un mundo lleno de incertezas, un mundo en el que uno no sabe lo que va a suceder en cada momento. Es como en el juego de la ruleta, nunca se sabe cuándo va a tocar el premio. Más que en lograr la seguridad o la certeza, consiste en aceptar que no podemos controlar el futuro.

Interés vital absorbente versus falta de objetivos

La mayoría de las personas tienden a sentirse más sanas y felices cuando están vitalmente ocupadas en un proyecto ajeno a ellas mismas, ya sea un tema de interés creativo o algún compromiso humano, al que otorgan tanta importancia que planifican buena parte de su vida diaria en función de este interés o compromiso (Ellis, 1994).

Los individuos se marcan metas que dan significado a sus vidas y se implican en actividades de una forma tan intensa o fluida que ello les proporciona diversión y alegría. El propio individuo las escoge y puede tratarse de cualquier actividad, como hacer ejercicio, trabajar, tejer, etc. Estas metas sirven para adquirir un punto de interés y un propósito en la vida, y son de especial importancia al llegar a la jubilación, cuando se pierden los objetivos laborales y no se sustituyen por otros nuevos, o se experimenta «el síndrome del nido vacío», que padecen algunos padres que han dedicado gran parte de su vida a la crianza de los hijos y estos emprenden su camino independiente. Sin metas definidas, las personas se suelen deprimir y de ahí la importancia de dar un sentido a la existencia.

El compromiso implica perseverancia en el objetivo y una profunda implicación en lo que uno hace, independientemente del resultado. Una vida con poco compromiso o sin él conlleva aburrimiento e insatisfacción.

Pensamiento científico versus pensamiento mágico

Los individuos sanos tienden a ser más objetivos, racionales y científicos. Son capaces de sentir profundamente y actuar de manera concentrada, y tienden a regular sus emociones y acciones reflexionando sobre ellas y evaluando las consecuencias de sus conductas a corto y largo plazo (Ellis, 1994).

La evidencia científica es la base de la TREC y no cualquier perspectiva religiosa o mística. El pensamiento científico rechaza cualquier fanatismo o visión sectaria y prejuiciosa. Para que una teoría sea científica debe poder ser comprobada empíricamente.

El ser humano tiende a pensar de forma mágica, hace conexiones sin evidencias y crea supersticiones como, por ejemplo, tocar madera para evitar que suceda algo malo o que ver un gato negro trae mala suerte.

Cada uno actúa sobre la realidad según su forma de pensar, y la TREC invita a que vean sus creencias como hipótesis sobre la realidad y no como verdades absolutas sobre esa realidad.

Las hipótesis que no se demuestran empíricamente deben verse como mágicas. Así, por ejemplo, uno puede decirse que no vale si no recibe la aprobación del otro. Pero es un pensamiento no probado. ¿Cómo puede uno convertirse en una persona no válida simplemente porque no guste a los otros? Si alguien nos rechaza tan solo significa que no le gustamos, pero eso no dice nada de nuestro valor como persona.

El paciente debe aprender a usar el método científico de análisis del pensamiento para que cada vez construya creencias más acordes con la realidad observable. La ciencia favorece el empirismo y la lógica, y sostiene que la gente en gran medida (aunque no completamente) crea activamente sus propias perturbaciones al desarrollar un pensamiento no empírico e ilógico. La TREC destaca la manera rígida, dogmática y absoluta con que la gente piensa, lo que por consiguiente les acaba perturbando emocionalmente. Por ello considera la ciencia, que es intrínsecamente flexible, no dogmática y no devota, como una parte y una parcela de la teoría y la práctica racional-emotiva. Teoriza que si la forma de pensar y de actuar de las personas fuera científica se volverían emocionalmente menos perturbadas y perturbables. Cree que las personas funcionarían mejor si adoptaran la epistemología de la filosofía de la ciencia, especialmente la de Popper (1962) y Bartley (1984).

En resumen, la filosofía de la TREC camina hacia la posmodernidad, el deconstruccionismo, el relativismo, el indeterminismo, y otros enfoques de la realidad flexible (Ellis, 1994).

Asumir riesgos versus control absoluto

Los seres humanos tienden a buscar la seguridad, lo predecible, pero también disfrutan con el riesgo, ya que una vida totalmente predecible puede resultar insatisfactoria, monótona y aburrida.

Las personas sanas emocionalmente tienden a asumir riesgos, como el aprendizaje de cosas nuevas, el llevar a cabo acciones en las que no se tiene garantía de éxito o que pueden ser rechazadas por otros, inician nuevas relaciones personales, pero que no son temerarias, e intentan llevar a cabo aquello que desean hacer, incluso cuando existen muchas posibilidades de fracasar (Ellis, 1994).

Asumir riesgos es importante para conocer los límites personales, aumentar los intereses, resolver problemas y desarrollar habilidades, conocer lo que a uno le puede gustar y clarificar las metas y valores personales.

Es conveniente tomar riesgos, pero, en realidad, no existen riesgos; se trata solo de un concepto. Uno se imagina que algo malo va a suceder y a eso le llama riesgo. Si uno no piensa que todo tiene que funcionar perfectamente, entonces no hay riesgos. La

ansiedad es la predicción de un horror futuro que está en la cabeza del individuo. En realidad, lo que es malo es que las cosas no funcionen como uno quiere, pero nada es terrible y espantoso.

Hedonismo a largo plazo versus a corto plazo

Las personas bien ajustadas tienden a buscar tanto los placeres del momento como los futuros, y no suelen renunciar al beneficio presente por temor al dolor futuro. Son hedonistas, es decir, buscan la felicidad y evitan el dolor, pero, como probablemente vivirán muchos años, saben que tienen que pensar tanto en el hoy como en el mañana, y no obsesionarse solo con la gratificación inmediata (Ellis, 1994).

La TREC tiene un enfoque hedonista, pues considera la búsqueda del placer y la satisfacción propia como uno de los valores racionales y metas principales. No obstante, está enfocada más a un hedonismo a largo plazo que a uno a corto plazo o inmediato al enseñar a no tener lo que se quiere en todo momento y a aprender a frustrarse. Considera importante renunciar a placeres pequeños (o pasar por el dolor y la incomodidad) en el presente para poder obtener un premio mayor en el futuro.

Es hedonista porque afirma que disfrutar es un objetivo vital de las personas, pero no se trata de un hedonismo compulsivo, sino de un hedonismo con miras al futuro, es decir, un hedonismo calculado, que tiene en cuenta las ventajas y desventajas a corto y largo plazo. Se trata de vivir con el mayor disfrute posible, tanto en el presente como en el futuro.

En definitiva, no se trata solo de enseñar a obtener un conocimiento más realista y a razonar de manera más coherente, sino también de promover una serie de valores para que la persona se desarrolle y crezca más plenamente y viva una existencia más placentera.

Humanismo ético

La TREC está a favor de un humanismo científico o secular, al igual que varias otras escuelas de terapia, y también se opone a cualquier religión o misticismo devoto y absolutista. Sostiene que las creencias rígidas sobre la Verdad Absoluta, entidades sobrenaturales, fenómenos psíquicos y cultos transpersonales a veces pueden ser un paliativo y ayudan a la gente a sentirse mejor, pero en muchos aspectos causan más perjuicio que beneficio (Ellis, 1986).

Mucha gente cree que por ser directiva no es humanista y existencial. En cambio, en

ciertos aspectos, es muy similar a la de Carl Rogers. Se centra en el aquí y ahora más que en el pasado o el futuro, en la persona y en su felicidad y autorrealización (o autoactualización, Ellis 1998). Los seres humanos son considerados los árbitros de lo que es bueno o malo para ellos, y la conducta es apreciada como funcional o disfuncional, más que como buena o mala.

Está en contra del racionalismo devoto, el objetivismo o el fascismo intelectual (Ellis, 2000), y acepta incondicionalmente a todos los seres humanos como personas únicas, falibles e imperfectas. El fascismo intelectual es la creencia arbitraria de que la posesión de ciertos rasgos intelectuales (como la inteligencia, el nivel educativo, la habilidad artística y creativa o el éxito) hace que unas personas sean intrínsecamente superiores a otras con otros rasgos diferentes (más estúpidos, de escasa cultura, poco creativos y sin habilidades artísticas o que no han obtenido éxitos), y que uno debe ser perfectamente racional. Está en contra de cualquier absolutismo por muy buena que sea la intención o la razón.

En referencia a la religión, la TREC no da poder a un dios o a una deidad superior sino a la persona, y promueve la fortaleza del individuo, el control sobre su propia vida y un interés sano por sí mismo y los demás. No está en contra de la religión, pero sí de la religiosidad, la fe devota y dogmática. Considera que la fe devota y rígida en seres sobrenaturales conduce a una perturbación emocional, ya que el control sobre la vida pasa a depender de un factor externo. Esa visión extremista lleva a que se evalúe a las personas como buenas o malas en la totalidad de su esencia, en lugar de evaluar sus actos como buenos o malos.

De acuerdo con Ellis (2003): *«La TREC, como ya he dicho desde hace muchos años, es muy compatible con la religión liberal y no absolutista. De hecho, existen similitudes con la filosofía del dalái lama y la filosofía cristiana del amor al prójimo (“acepta al pecador pero no el pecado”), que sostienen la idea de que la aceptación incondicional de uno mismo y los demás lleva a reducir el miedo, a una mayor apertura y honestidad, y a unas relaciones más auténticas».*

En referencia a la espiritualidad, la palabra «espiritual» significa algo dirigido por el espíritu o el alma (a diferencia del cuerpo), que es sobrenatural o sagrado (Ellis, 2003). Esta idea de espiritualidad no puede ser falseada y, por lo tanto, no es científica, aunque puede tener efectos prácticos. Uno puede tener una vida espiritual o religiosa; el problema se deriva de la fe devota o rígida. Considera que la rigidez moral absoluta es la que conduce a la perturbación emocional.

Por otro lado, la espiritualidad puede ser concebida como una nueva forma mejor y más elevada de pensar, y en este punto coincide con la TREC (Ellis, 2003). La espiritualidad la encuentra principalmente en la aceptación incondicional (de uno mismo, los demás y la vida), en la búsqueda de un interés vital absorbente, en desarrollar una

integridad y honestidad (con uno mismo y los demás), en ser optimistas realistas y en la propia actualización (Ellis, 1994).

La creencia en la vida después de la muerte no es necesariamente irracional, siempre y cuando se sostenga de forma no dogmática (Ellis, 2005). La TREC no da un especial significado a la vida humana y al universo, pero anima a que cada uno construya su propio significado personal.

En cuestiones éticas, promueve usar el razonamiento en solucionar dilemas éticos (Kohlberg, 1976) sobre lo que está bien o está mal en diferentes situaciones, promueve la responsabilidad social y fomenta acciones que son a la vez prosociales y proindividuales. En esencia, sigue la regla de oro: «Actúa de manera que seas un buen ejemplo para la otra gente o como te gustaría que lo fueran contigo».

Como se ha visto, la filosofía de la TREC es posmodernista, abierta y multicultural, y puede utilizarse con personas muy diversas.

Filosofía racional personal

Una última característica esencial de la TREC es que trata que los terapeutas se preparen a sí mismos para poder ofrecer a sus pacientes un modelo de filosofía racional. Por ejemplo, frente al enojo que se puede sentir ante un paciente que ofrece resistencia al tratamiento, convendrá transformar este estado emocional para ayudarlo mejor.

Uno dará al otro la misma longitud de onda con la que ha profundizado en sí mismo, desarrollará unas creencias y hábitos congruentes, enseñará a las personas a ver que son falibles, que deben abandonar sus exigencias de perfección y desarrollar constructivamente una aceptación incondicional de sí mismos y los demás, y mostrará que la mejor forma de cambiar consiste en pensar más científica y lógicamente, lo que dará como resultado un cambio profundo en la actitud y en la filosofía de vida.

Teoría y práctica no pueden enseñarse por separado, y para ser un buen terapeuta TREC hace falta un trabajo personal. Por otra parte, la TREC es muy flexible con sus terapeutas, que pueden implicarse en mayor o menor grado en la teoría y en la forma de vida que supone este tipo de terapia.

Lo que NO es la TREC

Algunos de los errores más comunes en relación a la TREC incluyen:

No es estoicismo

Insta a las personas a sentir intensamente y a movilizarse por aquello que quieren y no promueve las emociones «neutras» o la insensibilidad. Considera que las emociones son parte intrínseca de la naturaleza humana y que los pensamientos y emociones están íntimamente relacionados. No solo anima a aceptar las cosas tal como vienen, sino que también tiene un acercamiento hedonista que busca el placer y el alivio del dolor a largo plazo.

Defiende que las personas experimenten emociones positivas y negativas, pero distingue unas de otras: las emociones negativas no saludables (disfuncionales) conducen a comportamientos destructivos y son producto de creencias irracionales, y las emociones saludables (funcionales), positivas o negativas, ayudan a conseguir los objetivos y son producto de creencias racionales.

El objetivo no es erradicar las emociones insanas, sino que estas sean cada vez menos frecuentes, intensas y duraderas, y no limiten los objetivos y metas personales. Ayuda a recuperar el equilibrio emocional al aplicar una metodología racional que busca una coherencia entre pensamiento y comportamiento.

No es resignación

Cuando uno se acepta incondicionalmente y acepta incondicionalmente la vida y a los demás no significa que se resigne y afronte pasivamente las situaciones que se le presenten, sino que distingue entre dos tipos de situaciones: las que se pueden cambiar y las que no. Es sabio aceptar y tolerar a la gente y las circunstancias desagradables cuando supone una ventaja práctica o no hay realmente otra elección. Insta a aceptar las condiciones temporalmente desagradables y a hacer todo lo posible por cambiarlas, si cabe.

En conclusión, la actitud racional no solo trata de aceptar la situación sino también de afrontar e intentar cambiarla si se puede, y, como diría Epicteto, hacer todo aquello que depende de uno. Más que hedonismo de corto alcance es estoicismo y hedonismo de largo alcance.

No es racionalismo

El concepto «racional» no significa «intelectualizar», es decir, enfatizar las actividades intelectuales y considerarlas superiores, pensar en los propios problemas

emocionales de una forma tan detallada y compulsiva que lleva a negar su existencia y a evitar resolverlos.

La TREC no considera que la única manera de obtener conocimiento sea mediante la razón, sino que cree que también se obtiene a través de la emoción y la acción. Las personas no pueden vivir solo de la razón, ya que los seres humanos son empíricos y realistas, pero también idealistas o fenomenalistas. La razón tiene sus limitaciones intrínsecas y es falible, pero, a pesar de ello, es uno de los mejores instrumentos de que disponemos para el cambio.

Ve a los seres humanos con cuatro procesos básicos estrechamente relacionados: pensamiento, emoción, sensación y conducta. Y considera que una de las causas principales de la perturbación emocional se debe al sistema de creencias. Aunque las emociones pueden condicionarse en estructuras subcorticales y tener un procesamiento automático, pueden verse afectadas por estructuras corticales, cambios en el pensamiento y tener un procesamiento controlado (Ellis, 1994).

Utiliza una relación terapéutica activa, directiva, lógica-persuasiva, y considera al ser humano como un animal simbólico y pensante. Enseña a identificar y cambiar las creencias irracionales mediante métodos intelectuales o de pensamiento, como la mayoría de las psicoterapias, pero también con métodos emotivos y conductuales, ya que considera que no hay una única manera o vía para el cambio y que la finalidad principal es el hedonismo, el placer y la felicidad.

Se opone a los racionalistas clásicos y al objetivismo (Rand, 1961), que tratan de enseñar lo que es lógico y verdadero como una guía de los actos de la vida. Por el contrario, la TREC asume una posición más humanista y existencial con el objetivo de razonar mejor. En definitiva, aplica la razón, el empirismo, y busca maneras de pensar flexibles y alternativas, pero también hace uso de la metáfora, la filosofía, la narración, el drama, el humor y otros métodos menos intelectuales de cambio.

No es racionalización

La «racionalización» es un mecanismo de defensa basado en la justificación de los sentimientos, pensamientos y comportamientos buscando para todo razones no necesariamente válidas, mientras que la «racionalidad», promovida por la TREC, es objetiva.

La TREC considera que para que se produzca un cambio no basta con cambiar las palabras y decirse «prefiero» en vez de «necesito», sino que tiene que ir acompañado de un cambio a nivel emotivo y conductual. Tampoco se trata de pensar en positivo.

Por ello, no solo busca el alivio de los síntomas, sino un cambio profundo en la

filosofía de vida al tratar de descubrir, analizar, debatir y cambiar las filosofías personales o los objetivos y estilos básicos de vida (Adler, 1927). Aunque en pocas sesiones los pacientes mejoren y se sientan bien, les anima a seguir trabajando para cambiar sus valores personales con la intención de que se produzca un cambio profundo de la personalidad y no solo de los síntomas.

Aplica la sugestión (o contrasugestión de una sociedad irracional), más para que la persona se convenza de las nuevas creencias racionales, que para que comprenda o las repita como un loro. No se trata solo de sugestionar, sino de proporcionar al paciente las herramientas necesarias para que él mismo se autosugestione.

3.1.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA

La teoría de la TREC se basa principalmente en siete principios generales (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014):

1. El principio básico es que la cognición es el determinante próximo más importante de la emoción humana. Es decir, que uno siente tal como piensa, y los acontecimientos externos pasados o presentes contribuyen pero no directamente inducen o «causan» las emociones humanas. En cambio, las percepciones, las interpretaciones y las evaluaciones sí tienen gran influencia en las emociones.
2. El segundo principio se basa en que el pensamiento irracional es el mayor determinante de la perturbación emocional. Considera que la psicopatología es el resultado de procesos disfuncionales en la forma de pensar.
3. A diferencia de otras teorías psicoterapéuticas, la TREC distingue dos tipos de reacciones emocionales ante los acontecimientos: la experiencia de emociones no saludables (o insanas) y la de emociones saludables (o sanas). Las primeras son producto de un pensamiento irracional, mientras que las segundas lo son de un pensamiento racional.
4. El pensamiento irracional y la psicopatología dependen de múltiples factores, entre ellos, los genéticos y ambientales.
5. Como otras de las teorías psicológicas actuales, pone el énfasis en la influencia del presente inmediato en las emociones y conductas, más que en las influencias del pasado (o historia personal). A pesar de que el pasado pudo haber contribuido en la adquisición de la psicopatología, el problema emocional se mantiene por lo que se está diciendo ahora.
6. La manera más efectiva de cambiar la perturbación emocional es poder averiguar lo que uno piensa y tratar de cambiarlo.

7. Las creencias pueden ser cambiadas, pero no resulta fácil hacerlo, y se requiere esfuerzo, práctica y mucho trabajo.

A partir de estos principios generales, que siguen la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales, la teoría de la TREC se fundamenta en los siguientes aspectos que la diferencian:

Tipos de cogniciones

La «cognición» se refiere a cualquier actividad mental, y puede manifestarse en forma de conceptos o ideas (Raimy, 1975), significados (Beck, 1976), imágenes (Lazarus, 1978) y creencias (Ellis, 1962).

La TREC distingue entre cuatro tipos de cogniciones: descripciones, interpretaciones, inferencias y evaluaciones (Wessler y Wessler, 1980):

Las descripciones son observaciones y definiciones de la realidad basadas en los conocimientos que uno tiene de la situación, y pueden ser exactas o inexactas. Por ejemplo: «Mi amigo Pedro no me ha saludado cuando nos hemos cruzado por la calle».

Las interpretaciones van más allá de los hechos y deducen cosas que no han ocurrido y, por lo tanto, no son observables. Por ejemplo: «No me ha saludado porque no me ha visto».

Las inferencias, a diferencia de las interpretaciones, contienen un componente emocional. Por ejemplo: «Mi amigo no me ha saludado porque se ha enfadado conmigo por lo que le dije ayer».

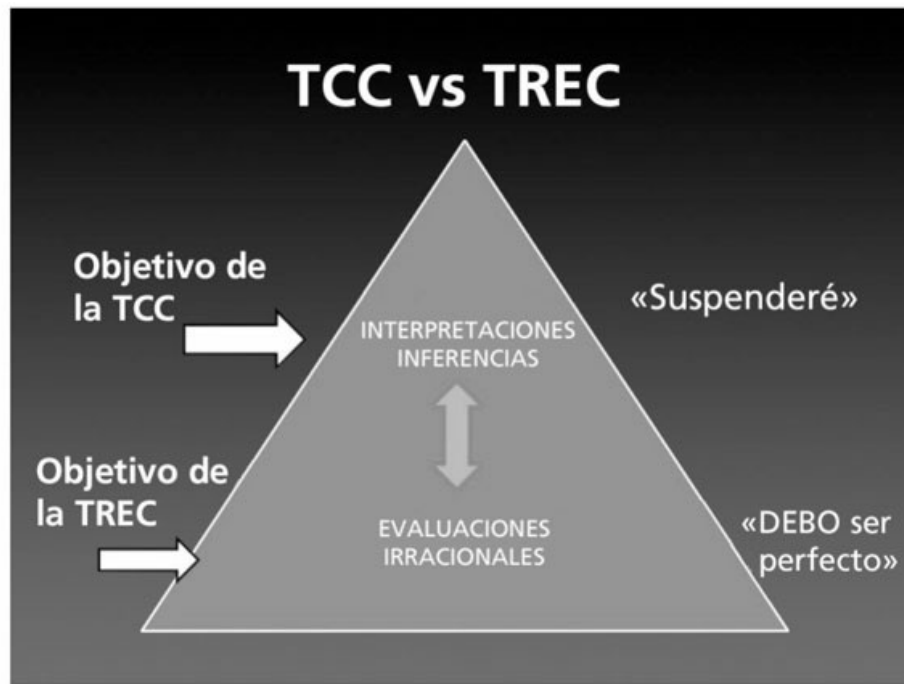
Por último, las evaluaciones son valoraciones o significados personales sobre los hechos interpretados e inferidos, y son el núcleo del componente emocional. Por ejemplo: «Necesito que mi amigo piense bien de mí; ¡es horrible que se lo haya tomado mal!».

Tales cogniciones están organizadas en tres niveles, y están formadas por representaciones proposicionales y esquemas. Algunas de estas cogniciones son más conscientes que otras (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

El primer nivel de cogniciones son observaciones y percepciones de la realidad y las inferencias derivadas de tal percepción. Son pensamientos automáticos (taquipensamientos), y pueden estar distorsionados (o no) y tener forma de: una anticipación de sucesos o eventos (Kelly, 1955), una creación de expectativas o locus control (Rotter, 1954; Kirsch, 1999), una anticipación del resultado (Bandura, 1969), atribuciones causales de la conducta propia y de los demás (Foersterling, 1980; Seligman, 1994) y distorsiones cognitivas (Beck, 1976; 1995). Estas cogniciones suelen ser

conscientes, superficiales, las podemos constatar empíricamente y suelen ser el objetivo de cambio en la mayoría de las terapias cognitivo-conductuales (TCC).

No obstante, todas estas cogniciones no dan como resultado reacciones emocionales, sino que van acompañadas de una valoración o evaluación significativa de esa percepción de la realidad, como ciertos estudios han demostrado (Dryden, Ferguson y McTeague, 1989; David, Lynn, y Ellis, 2010), y que suele ser el objetivo de cambio en la TREC.



El segundo nivel lo forman, entonces, las creencias evaluativas, que son el elemento principal de las emociones (Ellis, 1962; 1994).

Según Abelson (1958), hay dos tipos de cogniciones: las cogniciones calientes (*hot cognitions*) y las cogniciones frías (*cold cognitions*). Una cosa es conocer, que puede ser una información correcta o no, y la otra es la valoración acerca de lo que se conoce. Cuando se siente una emoción se produce una respuesta fisiológica o *arousal*, pero no podría existir esta respuesta sin una valoración cognitiva o *appraisal* (Smith y Lazarus, 1993). Cognición y emoción son en esencia la misma cosa técnicamente, aunque en ocasiones se las separe.

Estas cogniciones calientes son las que están conectadas a una respuesta fisiológica más o menos intensa. Cuando una emoción es sostenida o mantenida en el tiempo es, principalmente, consecuencia de la frecuencia, la duración y la intensidad de las creencias evaluativas. Estas cogniciones serían menos conscientes que las primeras, más profundas, y se tratarían de valoraciones o significados personales sobre la realidad percibida.

No obstante, las personas pueden sostener cogniciones contradictorias: por un lado,

tener y mantener cogniciones calientes perturbadoras, como creer que «necesita ser amado», mientras que de manera contradictoria sostiene cogniciones frías opuestas, como entender que «lo deseo pero no lo necesito». Cuando esto ocurre y se sostienen ambas cogniciones, tanto las calientes como las frías, las primeras se mantienen mucho más enérgicamente que las segundas (Ellis, 1986). Por esta razón, para que suceda el cambio emocional, no basta con entender o comprender lo que es racional (*insight* intelectual), sino en creer y sentirlo plenamente (*insight* emocional), es decir, cambiar la creencia evaluativa.

La investigación ha sugerido que existe también un procesamiento de la información no consciente o subcortical (Zajonc, 1984), pero que puede hacerse consciente, y representa un tipo de «disociación funcional» entre los procesos conscientes e inconscientes, determinados por la automatización de algunos procesos conscientes y/o por mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento. De hecho, la moderna psicología cognitiva considera que existe una «disociación estructural», como dos diferentes estructuras psicológicas y neurobiológicas, para el procesamiento consciente e inconsciente. Hay una doble vía en la respuesta emocional: en una vía, la información sensorial llega al tálamo y de ahí a la amígdala (memoria emocional), y en la otra, al neocórtex (memoria cognitiva). Esto hace que la respuesta emocional (amígdala) se active antes que el cerebro haya procesado la información o sea consciente de tal activación. Las emociones, antes de ser procesadas cognitivamente, reciben el nombre de «emociones precognitivas». Por lo tanto, existen vías directas que conectan este circuito y explican por qué se reacciona antes o de forma impulsiva, y es la clave en momentos críticos. La otra vía es la reflexiva o valorativa, que requiere más tiempo. Estas emociones se denominan «emociones poscognitivas» (LeDoux, 1996; 2000).

Esto significa que cierto procesamiento perceptivo y semántico puede no ser accesible a la conciencia. Ello comporta la incorporación, en la psicoterapia y la teoría de la TREC/TCC, del procesamiento no declarativo (procesual) o la memoria implícita. En resumen, la emoción no es mediada solo por las creencias (procesamiento de la memoria explícita), sino también por estructuras no conscientes, como asociaciones no verbales.

Las creencias evaluativas pueden ser generales o semánticas (reglas de vida o esquemas), como «Necesito el amor y la aprobación de otros significativos», y situacionales o episódicas (autobiográficas), como «Necesito que mi pareja me conteste el *WhatsApp* ahora». En función de si el cambio terapéutico se produce sobre el esquema general o sobre un hecho concreto, dará lugar a un cambio filosófico (solución elegante) o a un cambio inferencial (solución no elegante).



El tercer nivel de las cogniciones son los esquemas nucleares, que suelen ser no conscientes, profundos, y pueden ser rígidos (irracionales) o flexibles (racionales). Un esquema es una estructura mental que organiza y guía el procesamiento de la información, y se trata de: a) un conjunto almacenado de conocimiento con el que interactúa la información entrante; b) tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante de forma particular; c) engloba información genérica prototípica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado prototipo esquemático para imponer estructura; y finalmente, d) es de naturaleza modular, de forma que la activación de una parte tenderá a producir la activación de la totalidad. Los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos de la identidad personal y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información (Riso, 2006; Bertacco, 2011).

Creencias irracionales o racionales

Para la TREC, las creencias (evaluaciones y esquemas) pueden ser irracionales y/o racionales (Ellis, 2003):

«El término *racional*, según el diccionario, significa que pertenece o está relacionado con la razón. Es decir, un argumento es racional cuando se basa en la evidencia empírica y no en la fantasía y los buenos propósitos, cuando es lógico y coherente con sus

premisas básicas, y produce resultados que ayudan a los individuos y a los grupos a alcanzar sus metas e intereses. *Racional* no significa racionalista o racionalismo, pues esta doctrina acepta la razón como la autoridad única y absoluta para determinar nuestras opiniones o acciones que emprender, y es la creencia de que la razón por sí sola es la verdadera fuente de conocimiento. Por el contrario, ser racional supone ser razonable, práctico, moderado, abierto, dispuesto al cambio, escéptico acerca de lo sobrenatural e incapaz de juzgar o condenar a las personas que tengan puntos de vista opuestos».

«*Irracional* significa que aquellos argumentos que no están basados en la realidad son mágicos y supersticiosos, incoherentes e ilógicos, y además no ayudan a alcanzar metas y propósitos. Ser irracional supone ser rígido, cerrado, inflexible, dogmático, absolutista, fanático, supersticioso y juzgar o condenar a las personas con puntos de vista diferentes».

Las creencias irracionales suelen presentar unas características propias que se pueden reconocer (Lega, Caballo y Ellis, 2009):

- Radical/extremo: las cosas se ven en términos de «blanco o negro».
- Generalización: se extraen conclusiones a partir de pocos datos empíricos: «siempre/nunca» o «todo/nada».
- Exageración: se tiende a hacer una «montaña de un granito de arena».
- Muy negativo: se tienen en cuenta solo los aspectos negativos de una situación, soslayando los aspectos positivos de la misma.
- Distorsión: los pensamientos no se ajustan a la realidad.
- Poco científico: se ignora la evidencia empírica de los datos y se basa en la subjetividad.
- Negación: se convence de que los problemas no existen cuando estos son evidentes.
- Idealización: se produce una visión de la realidad exageradamente irreal o «romántica».
- Rígido: inflexible en su punto de vista, incapaz de ver otras formas de ver las cosas.
- Obsesivo: se trata de un pensamiento repetitivo, único y compulsivo.

En conclusión, los criterios para definir que una creencia es irracional son similares a los propuestos por Kuhn (1996): 1) es absolutista, dicotómica, rígida; 2) es ilógica; 3) es incongruente con la realidad; 4) es disfuncional para conseguir los objetivos personales; y 5) conduce a emociones no saludables o insanas (por ejemplo, la depresión) y comportamientos destructivos (por ejemplo, el abuso de alcohol).

Características

RACIONAL	IRRACIONAL
Internamente CONGRUENTE	Internamente INCONGRUENTE
Empíricamente VERIFICABLES	Empíricamente FALSOS
Contenido RELATIVO y CONDICIONAL	Contenido ABSOLUTISTA
Producen EMOCIONES SANAS	Producen EMOCIONES INSANAS
Conducen a CONDUCTAS CONSTRUCTIVAS	Conducen a CONDUCTAS DESTRUCTIVAS

Las creencias racionales por definición pueden ser consideradas lógicas, empíricas y/o pragmáticas. No obstante, no deben cumplir los tres criterios para ser racionales, sino solo uno de ellos (David, Lynn, y Ellis, 2010). Por ejemplo, en el caso de una persona religiosa que cree que existe un Dios que le acepta incondicionalmente: aunque esta creencia no es empírica ni lógica, no significa que a ella no le sea útil en su vida. Lo importante a la hora de definir la racionalidad es ver la funcionalidad y adaptación de la forma de pensar, y si contribuye a su salud y bienestar psicológico.

En investigaciones recientes se ha comprobado que la relación entre las creencias racionales y las irracionales parece ser más ortogonal que bipolar. Es decir, las personas no son racionales o irracionales como polos opuestos de una misma dimensión (por ejemplo, bajos niveles de creencias irracionales no significan altos niveles de creencias racionales), sino que pueden mantener creencias irracionales más o menos intensas y también creencias racionales más o menos intensas porque forman parte de dos dimensiones perpendiculares (David, Lynn, y Ellis, 2010). Así, ante un examen, uno puede mantener una fuerte creencia irracional en que «debe aprobar el examen», al mismo tiempo que sostiene un fuerte deseo racional de que «quiero aprobar el examen».

Las principales creencias irracionales tienen forma de condenación, baja tolerancia a la frustración y tremendismo, que son inferencias derivadas de las exigencias. Mientras que las racionales tienen forma de aceptación, tolerancia a la frustración y relativismo, que son inferencias derivadas de una actitud preferencial.

Los esquemas irracionales están formados por exigencias sobre uno mismo, los

demás y sobre la vida, mientras que los racionales están formados por preferencias sobre uno mismo, los demás y la vida. El contenido de los esquemas puede ser de exigencias de «aprobación/amor», «éxito/perfección» o «comodidad/justicia».

Exigencias versus preferencias

Las personas devienen perturbadas por razones ambientales y biológicas, pero la causa principal de sus perturbaciones emocionales y del comportamiento son sus exigencias absolutistas (el «debo»). En cambio, cuando piensan de forma flexible («preferencial») tienen sentimientos funcionales de preocupación, tristeza, decepción y frustración, cuando las cosas no salen como querían. Una vez que las personas convierten sus preferencias en exigencias, esto les causa sentimientos y comportamientos disfuncionales, tales como pánico, depresión, rabia, culpa y vergüenza (Ellis, 1985).

La TREC, eminentemente constructivista y existencial, considera que biológicamente el ser humano tiene una tendencia sana a preferir y tener deseos en función de sus valores y metas personales, pero también una tendencia insana (biológica y universal) a convertir mágicamente un fuerte deseo en una exigencia: «Puesto que lo deseo, lo tengo que tener absolutamente». La conversión es mágica (no empírica) e ilógica porque el concepto «deseo» o «preferencia» es distinto de los conceptos «obligación», «necesidad» y «exigencia».

La definición de «irracionalidad» se centra en la rigidez del pensamiento, en la inflexibilidad del «debo» absolutista, que es percibido como imposible de cambiar. Se diferencia de otros «debo» en que pueden ser advertencias («Debo llevar el paraguas si no quiero mojarme»), predicciones («Debería llover hoy») o condicionales («Debo estudiar para aprobar una asignatura difícil»), cuyos significados son racionales y pueden ser un prerequisite relativo para la obtención de una meta personal. Sin embargo, si la persona agregase: «... y debo aprobar dicha asignatura para demostrar mi valía personal, o de lo contrario soy un fracaso», la preferencia inicial se convertiría en exigencia rígida y absolutista.

En otras palabras, al problema práctico de tener que estudiar para aprobar la asignatura se le añadiría lo que Albert Ellis llamó «el problema sobre el problema», al generalizar la evaluación del valor total de la persona más allá de la evaluación de un simple comportamiento, como el desempeño académico, y es la fuente principal de la perturbación emocional de los humanos.

Se considera que bajo las diferentes y casi ilimitadas creencias irracionales subyace una filosofía dogmática, rígida y absolutista que se resume en tres exigencias: aprobación/amor y perfección/éxito (las exigencias hacia uno mismo) y

comodidad/justicia (exigencias hacia los demás y la vida):

- aprobación/amor: «DEBO ser amado y aceptado por prácticamente cada una de las personas importantes en mi vida».
- perfeccionismo/éxito: «DEBO ser competente y tener éxito en las áreas importantes de mi vida».
- comodidad/justicia: «DEBO obtener de la vida y de las otras personas lo que yo quiero y sea justo para mí, sin problemas y con poco o ningún esfuerzo».

Afortunadamente, también el ser humano está diseñado para pensar más racionalmente y ser consciente de sus elecciones, y creer solo aquellas ideas que coinciden con los hechos, de la forma más científica y verificable posible, con la libertad para cambiar sus exigencias en sanas preferencias y transformar sus emociones y conductas.

Inferencias irracionales versus inferencias racionales

Las personas tienen tendencias innatas para crear percepciones erróneas, falsas inferencias, generalizaciones y otros tipos de distorsiones cognitivas que conducen a sentimientos y acciones disfuncionales. Por lo tanto, fácil y naturalmente «terribilizan», tienden a la «no-soportantitis» o evalúan la totalidad de su persona sobre la base de comportamientos individuales, derivados todos ellos de los «deberías» implícitos (Ellis, 1986).

La perturbación emocional también es el resultado de estas creencias irracionales (como terriblez, baja tolerancia a la frustración, y condenación a uno mismo, a los demás y a la vida). Pero esta forma de creencias irracionales son inferencias o conclusiones derivadas de una exigencia implícita o explícita.

De estos «debo» o exigencias absolutistas se originan a su vez las siguientes tres inferencias o conclusiones:

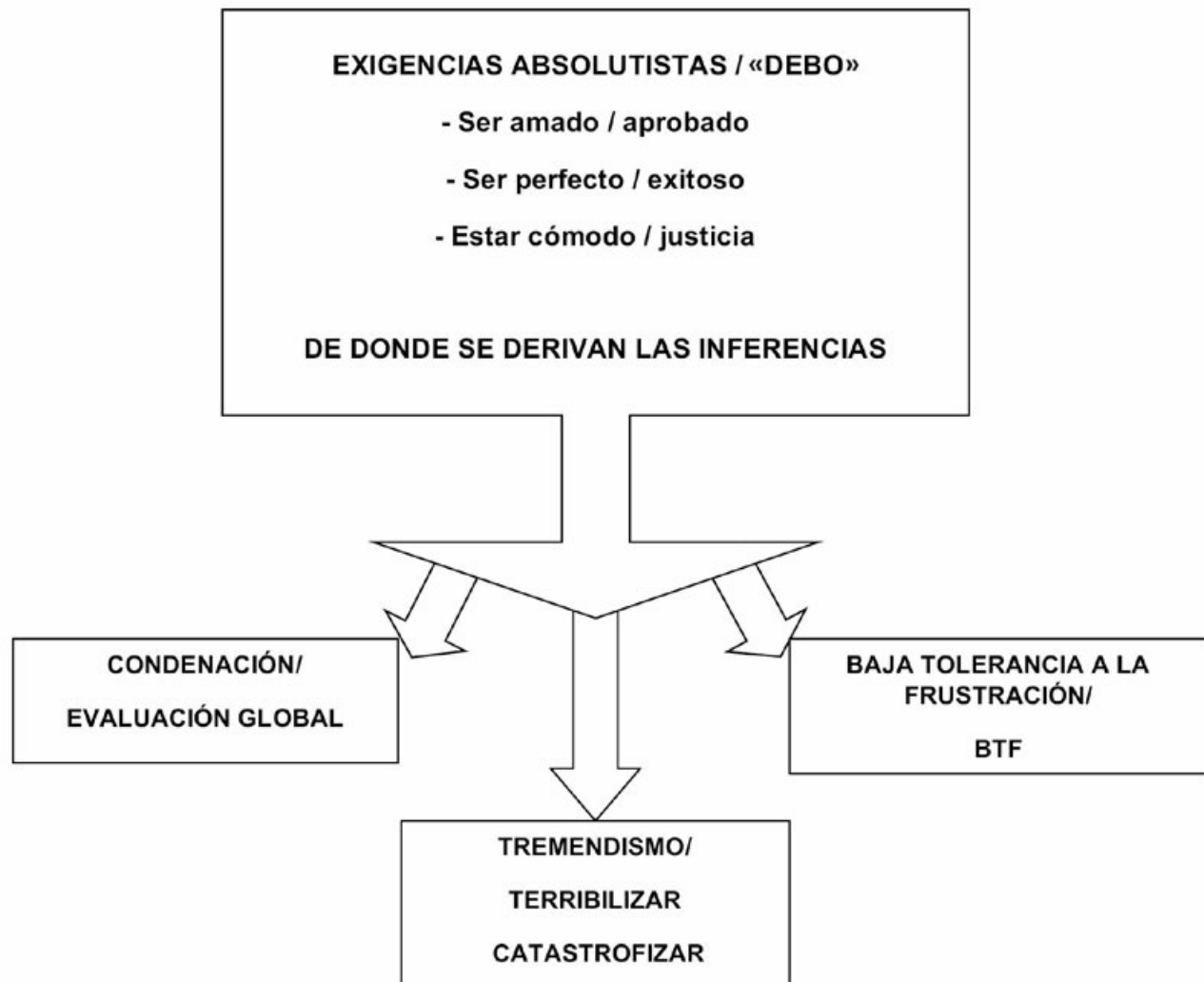
- a) Condenación o evaluación global, que es la tendencia a verse a uno mismo, a los demás y a la vida como «bueno» o «malo» basándose en algunos comportamientos, rasgos o hechos. Es la tendencia a condenar a una persona o la vida en su totalidad sustentándose solo en una o unas pocas de sus partes.
- b) Tremendismo o catastrofismo, que es la tendencia a ver la situación como 100 % mala o hasta peor, como lo peor que puede suceder en la vida.
- c) Baja Tolerancia a la Frustración (BTF) o «no-puedo-soportantitis», que es la

tendencia a exagerar la incomodidad de la situación y a evaluar la sensación de frustración que se experimenta durante ella como algo imposible de sobrellevar.

Las inferencias fueron inicialmente consideradas por Albert Ellis (1985) como procesos irracionales secundarios derivados del pensamiento dogmático y absolutista. El cuestionamiento posterior de dicha relación por otros teóricos (Wessler, 1980), quienes mantenían que es inversa, abrió la posibilidad de que se lo considerase más tarde (Ellis y Dryden, 1987) como dos caras de la misma moneda cognitiva. Sin embargo, el ataque de los «debo» dogmáticos continúa siendo la esencia de la intervención psicoterapéutica de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), por considerarlos Ellis como el núcleo filosófico de las creencias irracionales que conducen a la perturbación emocional, con consecuencias emocionales y de comportamiento que son disfuncionales a largo plazo.

De una carta escrita por Albert Ellis a Leonor Lega el 21 de noviembre de 1995 (Lega, Caballo y Ellis, 2009) provienen las siguientes explicaciones al respecto:

«Aunque otras teorías cognitivo-conductuales ven las inferencias como entidades independientes, yo creo que se derivan, implícitamente, del pensamiento absolutista [...]. Una vez establecida la filosofía básica irracional, a menudo se infieren, frecuentemente, percepciones erróneas de lo que llamamos “realidad” [...]. En cierta forma, las inferencias son conclusiones, aunque suelen ser, en gran parte, antiempíricas e irreales en lugar de fundamentarse en una base filosófica errónea. Los “pensamientos automáticos” de Beck y las “autoverbalizaciones” de Meichenbaum incluyen distintos aspectos, pero suelen ser, principalmente, inferencias o percepciones poco realistas. A menudo, omiten la filosofía absolutista de fondo y, con frecuencia, también las conclusiones sobre ella, como condenación de uno mismo y de los otros, baja tolerancia a la frustración y tremendismo/catastrofismo...».



Las exigencias absolutistas («debo») pueden manifestarse a través de cualquiera de las inferencias, como en el ejemplo anterior: al fracasar en el logro de una buena calificación en una asignatura muy difícil e importante, la exigencia absolutista: «DEBO tener éxito y mi desempeño académico DEBE ser perfecto» (perfección/éxito), puede manifestarse a través de la conclusión o inferencia de condenación/evaluación global («... o me convertiría en una persona sin valía»), o a través de la conclusión o inferencia de tremendismo/catastrofismo («... o sería lo peor que puede sucederme en la vida»), o a través de la conclusión o inferencia de Baja Tolerancia a la Frustración o BTF («... o sería demasiado incómodo y no podría soportarlo»). Sin embargo, si la exigencia absolutista no satisfecha fuese, por ejemplo: «DEBO ser amado y aceptado por mi pareja» (aprobación/aprobación), o: «DEBO obtener lo que quiero y que sea justo con poco o ningún esfuerzo» (comodidad/justicia), las conclusiones o inferencias a las que llegase el individuo podrían ser las mismas que en el ejemplo inicial: «No valgo» (condenación global), o «Es horrible» (catastrofizar), o «Es insoportable» (BTF).

En resumen, partiendo de cualquiera de las exigencias o «debo» absolutistas, que son la filosofía de base del individuo, puede derivarse cualquiera de las inferencias o conclusiones. Por ello, Ellis insistía a sus pacientes que buscaran e identificaran sus exigencias implícitas: «*Cherchez le should! Cherchez le must!*» (Ellis y MacLaren, 2004).

Condenación versus aceptación

La tendencia a condenar y despreciar, tanto a uno mismo como a los demás, es uno de los elementos centrales de la perturbación emocional, una perturbación que consiste en evaluar globalmente o juzgar su ser o esencia por tener ciertos rasgos, características o comportamientos, en lugar de evaluar solo los hechos, rasgos o comportamientos. Esta conclusión conduce a la ansiedad, a la depresión, a la vergüenza y a la culpa, y proviene de una filosofía exigente: «Debo ser aceptado y tener éxito, y si no lo consigo, no valgo nada». También genera indignación y muchos conflictos sociales, ya que puede proceder de una filosofía exigente: «Tienen que tratarme bien y ser justos, y si no lo son, son seres despreciables» (Ellis, 1994).

Esta creencia es irracional porque considera que las conductas o rasgos malos definen la totalidad o el 100 % de la persona, en lugar de considerar a los seres humanos como seres complejos que también presentan conductas y rasgos buenos o neutros. Si se considera que una persona es mala se da por supuesto que se trata de un estado que no es posible cambiar o mejorar y que su conducta siempre será la misma, en vez de entenderlo como un proceso en el que la persona puede cambiar, crecer y mejorar.

Para poder trabajar con personas antisociales o muy perturbadas que tienen conductas condenables es muy importante que, a pesar de sus comportamientos, sean considerarlos tan valiosos como el resto de las personas, y enfatizar que su conducta, no su esencia, sí es totalmente reprobable y tiene consecuencias.

En la TREC se pone el énfasis en distinguir claramente dos conceptos: la *autoestima* y la *autoaceptación* (Ellis y Grieger, 1986). La TREC ve la autoestima como perjudicial, ya que considera que la valía del ser humano está en función (condicionada) de sus logros y de la aprobación de los demás: «Tendré la autoestima alta si la gente me ama o aprueba y hago perfectamente las tareas; y la autoestima baja si la gente no me ama o me rechaza y ejecuto mal las tareas».

En la aceptación no se evalúa la naturaleza humana en su globalidad, sino solo los hechos, los rasgos o las conductas, y permite una visión más humanista y constructiva del ser humano que mejora la salud psicológica de las personas.

Baja tolerancia a la frustración versus tolerancia a la frustración

La TREC asume que las personas tienden a exagerar las situaciones (o condiciones de la vida) hasta definirlas como *insoportables* («no-puedo-soportantitis») en lugar de incómodas o difíciles. Esta conclusión conduce a sentirse angustiado o deprimido, a quejarse, lloriquear, compadecerse y victimizarse, y es fruto de una filosofía dogmática y exigente en que «las cosas tienen que suceder como yo quiero», y si no es así, no es posible vivir y ser feliz (Ellis, 1977).

Esta creencia es irracional porque considera que uno no será capaz (imposibilidad) de soportar la situación, los problemas o las condiciones que de hecho está soportando. La consideración de un suceso como insoportable infravalora las capacidades del individuo para hacer frente a estas adversidades, y la capacidad de experimentar placer y cierto grado de felicidad a pesar de la incomodidad y malestar de una situación (Ellis, 1986).

Los conceptos *horrible* e *insoportable* se han usado conjuntamente, pero presentan ciertas diferencias. Por ejemplo, los pacientes aquejados de dolor crónico pueden considerar que su dolencia es «horrible, pero se puede soportar». Esta distinción es clave para evaluar si se trata de «no-soportantitis» y/o de «terribilizar».

Mostrar tolerancia a la frustración aceptando la incomodidad de no obtener lo que se desea de forma fácil e inmediata mejora la salud emocional.

«Terribilizar/catastrofizar» versus relativizar

En 1962, Ellis formuló que la tendencia a «terribilizar/catastrofizar» es un determinante cognitivo de la perturbación emocional que consiste en que las personas tienden a ver los comportamientos propios o ajenos y los sucesos malos de la vida como «terribles» y «horribles», en vez de desafortunados y desagradables. Esta conclusión conduce a la ansiedad y la depresión, y está basada en la filosofía exigente de que ciertas acciones o cosas «no deberían pasar en absoluto» y, si suceden, devendrán en una catástrofe (Ellis, 1994).

Esta creencia es irracional porque considera que las conductas o las cosas son totalmente malas o un 101 % malas, en vez de ver que también hay cosas buenas o neutras. La consideración de un hecho como horrible conduce también a suponer que nada peor podría haber sucedido («Es lo peor que me podría suceder en la vida») o que la situación no puede mejorar en el futuro y que siempre será así (101 % malo), en vez de tomar la distancia adecuada respecto a las cosas, relativizar y verlo como sucesos temporales.

Generalmente, los conceptos «terribilizar» y «catastrofizar» se han usado como

sinónimos, pero presentan ciertas diferencias. Las tragedias humanas y las catástrofes son acontecimientos malos que suceden en la vida; lo que sí depende de la persona es el hecho de «terribilizarlo» o relativizarlo (Dryden, 1996).

Si se evalúa un suceso como malo o desagradable (en un *continuum* del 1 al 99 %), en vez de terrible u horrible (más del 100 %), se obtendrá una visión más realista y constructiva de la realidad, y eso ayudará a sentirse y estar mejor.

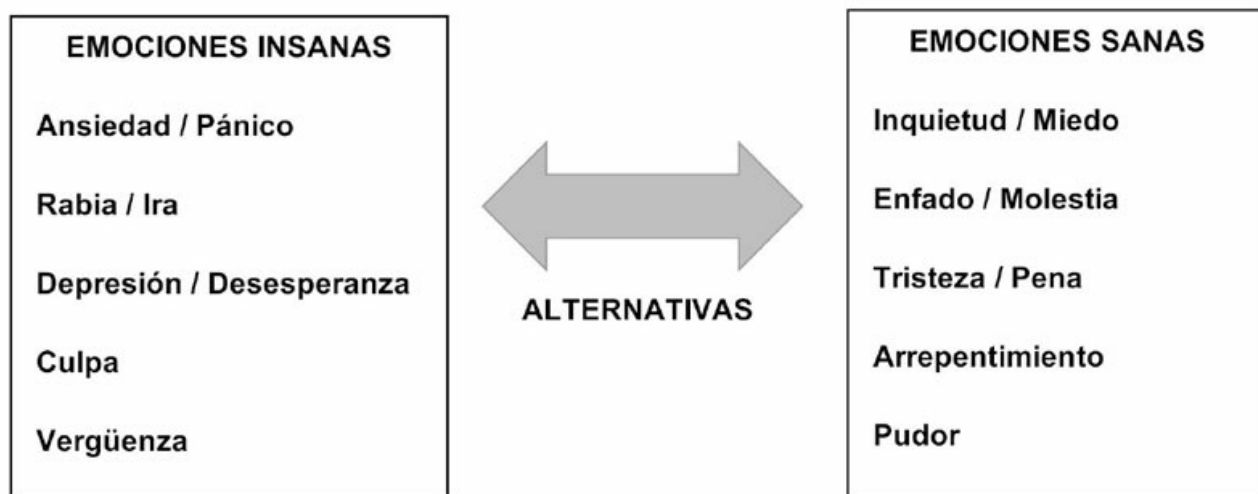
Modelo binario de las emociones

Todas las emociones se consideran igualmente válidas porque son humanas y tienen un significado personal (Sartre, 1968), y anima a ser conscientes de ellas y a expresarlas en lugar de negarlas o racionalizarlas.

La TREC distingue las emociones de manera cualitativa (modelo binario) en saludables (o sanas) y no saludables (o insanas), en lugar de manera cuantitativa (modelo unitario), como lo hacen otras terapias (Wolpe, 1990), que miden el malestar mediante una escala subjetiva de malestar (SUDS). Para Ellis (1994) no existe una línea continua en que la emoción es más o menos disfuncional (por ejemplo, más o menos ansiedad), sino que existen dos líneas continuas, una para las emociones no saludables y otra para las emociones saludables (por ejemplo, una para la ansiedad y otra para la preocupación). Esto significa que ante un acontecimiento negativo uno puede sentirse muy deprimido (emoción insana) y a su vez sentirse muy triste (emoción sana). El objetivo de la TREC no es cambiar la intensidad de la depresión, sino el cambio cualitativo de la depresión a la tristeza.

Las emociones saludables y no saludables se definen en función de los valores y objetivos del paciente y no de forma abstracta y por derecho propio. Es decir, las emociones sanas conducen a acciones y conductas adaptativas y son indicadores de buena salud, mientras que las insanas conducen a conductas desadaptativas y a estados peores de salud. Las investigaciones recientes dan soporte al modelo binario de las emociones y sostienen que las creencias irracionales conducen tanto a emociones no saludables como saludables, mientras que las creencias racionales conducen a emociones sanas (David, Lynn, y Ellis, 2010).

El siguiente cuadro (Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992) incluye algunas de las emociones negativas «insanas» más frecuentes y sus emociones negativas «sanas» alternativas, las que normalmente van acompañadas de conductas desadaptativas (problemas de conducta) y adaptativas respectivamente:



Así, por ejemplo, considera que la tristeza es una emoción saludable porque ayuda a asimilar una pérdida o un fracaso, mientras que la depresión sería una emoción no saludable porque impide asimilar la pérdida o el fracaso. Considera que ciertas emociones no son saludables porque provienen de pensamientos irracionales, de una filosofía ilógica y no realista, y conducen a conductas disfuncionales. Por lo tanto, estas emociones serían el objetivo terapéutico para el cambio.

También es importante aclarar que no todas las emociones producto de un pensamiento racional son positivas, ni que las derivadas de un pensamiento irracional son todas negativas.

Si tomamos el caso de las emociones positivas, la arrogancia o la euforia serían un buen ejemplo de emoción positiva no saludable, pues probablemente se deriva de una evaluación global «grandiosa», donde el individuo concluye que es verdaderamente un ser valioso y extraordinario. La alternativa sana sería el enorgullecerse de un logro, sin generalizarlo más allá de un comportamiento bien ejecutado.

Conductas adaptativas versus desadaptativas

Si el comportamiento ayuda a conseguir los objetivos y metas de bienestar y realización personal a largo plazo se trata de una conducta adaptativa, mientras que si no contribuye a ello se trata de una conducta desadaptativa.

El comportamiento de una persona tiene algún propósito o intención, más o menos consciente, de conseguir algo, y puede ser (Dryden, 1996):

- iniciar, parar, evitar, reducir, intensificar o mantener un estado emocional (por ejemplo, evitar ir a una reunión para no sentir ansiedad);

- provocar una respuesta en el ambiente o en otras personas, ya sea para castigar, culpar, obtener lo que uno quiere, sacar provecho, llamar la atención u obtener el cariño (por ejemplo, gritar para que le hagan caso);
- y/o actuar de un modo acorde con los propios valores, normas y metas (por ejemplo, mantener la educación a pesar de que los demás le estén gritando).

Cuando una persona siente una emoción, tiende a actuar de una determinada manera en función de lo que siente. Si siente una emoción insana, su primera reacción a corto plazo es protegerse para reducir o eliminar dicha emoción (por ejemplo, evita salir a la calle), pero resulta contraproducente a largo plazo (por ejemplo, cuando la persona que siente ansiedad por sufrir un ataque de pánico acaba por no salir a la calle y se deprime).

Las estrategias de comportamiento desadaptativas, de evitación y/o compensación tienen como finalidad mantener el equilibrio patológico, evitar la disonancia cognitiva (Festinger, 1957; Riso, 2006). Por ejemplo, ante el temor de ser rechazado por una mujer porque uno considera que no vale como hombre, le sigue la conducta evitativa de no acercarse a ninguna mujer. Esta conducta le sirve para sentirse mejor en el momento, pero no le ayuda a conseguir sus objetivos a largo plazo de estar con una mujer. A su vez, su conducta es una manera de validar o confirmar su creencia de que no vale como hombre. Un ejemplo de estrategia compensatoria sería la persona que ante el temor a fracasar profesionalmente porque se considera inferior, le sigue la conducta compensatoria de perfeccionar su trabajo. Esta conducta le hace sentir mejor en el momento al minimizar el error, pero no le ayuda a conseguir sus objetivos a largo plazo de sentirse realizado y relajado. Su conducta es una manera de compensar su creencia de que es inferior.

En cambio, las estrategias de comportamiento adaptativas tienen como finalidad el cambio, el mantenimiento y la promoción de los valores, las metas y las creencias racionales de la persona. Por ejemplo, si ante una situación de injusticia uno actúa asertivamente, en lugar de agresivamente, podrá manejar mejor y de manera más resolutive el conflicto, y reforzar la creencia de que «la gente no tiene que ser como yo quiero y puedo soportar esa incomodidad».

Existen diferentes tendencias de actuación según la emoción que experimentamos (Dryden, 2002):

Situación percibida	Emoción	Conducta	Pensamientos, creencias e inferencias	
		Evitación, huir Escapar		Sobrestimar las posibilidades de que ocurra el suceso temido: «ES PROBABLE». Infravalorar las

Amenaza o peligro	Ansiedad	Buscar seguridad Control Conductas supersticiosas Distracción Buscar tranquilizarse	Irracional	habilidades de hacer frente a la amenaza. Ver el evento más grande de lo que es. Verlo HORRIBLE. Preocupaciones irrelevantes para la tarea. Tener fuertes autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Miedo	Afrontar Protegerse Asumir riesgos	Racional	Estimar de un modo realista las consecuencias probables de que ocurra: «ES POSIBLE». Valorar adecuadamente las habilidades de afrontamiento a la amenaza. Verlo como DESAGRADABLE, no magnificarlo. Preocupaciones relevantes para la tarea.
Fracaso o pérdida	Depresión	Apatía Abandono Dejadez Anhedonia Conducta autodestructiva	Irracional	Ver solamente los aspectos negativos. Pensar en otras pérdidas o fracasos anteriores. Pensamientos de falta de ayuda. Pensamientos de desesperanza. Tendencia a condenarse a uno mismo por una conducta o rasgo: «SOY un fracaso». Tener fuertes autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Tristeza	Consuelo Actividad Expresar sentimientos Buscar refuerzos	Racional	Ver los aspectos negativos y positivos. Pensar menos en los fracasos y pérdidas anteriores. Pensar en la capacidad de ayudarse. Pensar el futuro con esperanza. Estimar lo negativo del hecho, sin juzgarse a uno mismo: «He fracasado en

				esta tarea». Autoaceptación incondicional de uno mismo.
Injusticia, frustración u ofensa	Rabia	Agresión Atacar Pasividad Oponerse Venganza	Irracional	Ver la acción del otro como deliberada. Ver intenciones malvadas en los demás. Verme como correcto y al otro verlo equivocado. Incapacidad de ver el punto de vista del otro. Pensamientos vengativos. Tendencia a condenar a los demás por sus conductas o rasgos: «ES malo». Exigir a los demás que se comporten como uno quiere (comodidad/justicia).
	Enfado	Asertividad Expresión sentimientos Negociar Pedir cambios Poner límites	Racional	No ver que los demás actúan deliberadamente. No ver intenciones malvadas en los demás. No verse como lo correcto y al otro verlo equivocado. Capacidad de ver el punto de vista del otro. No tener pensamientos vengativos. Juzgar la conducta, pero no a la persona: «SU CONDUCTA» es mala. Aceptación incondicional de los otros.
	Culpa	Castigo Humillación Conducta autodestructiva Autolesiones Prometer Excusarse	Irracional	Asumir que uno ha hecho algo imperdonable. Asumir toda la responsabilidad de la situación. Asignar menos responsabilidad en los demás. No pensar en factores mitigadores. Pensar que uno recibirá retribución. Condenarse a uno mismo por romper la regla «sagrada»: «SOY despreciable».

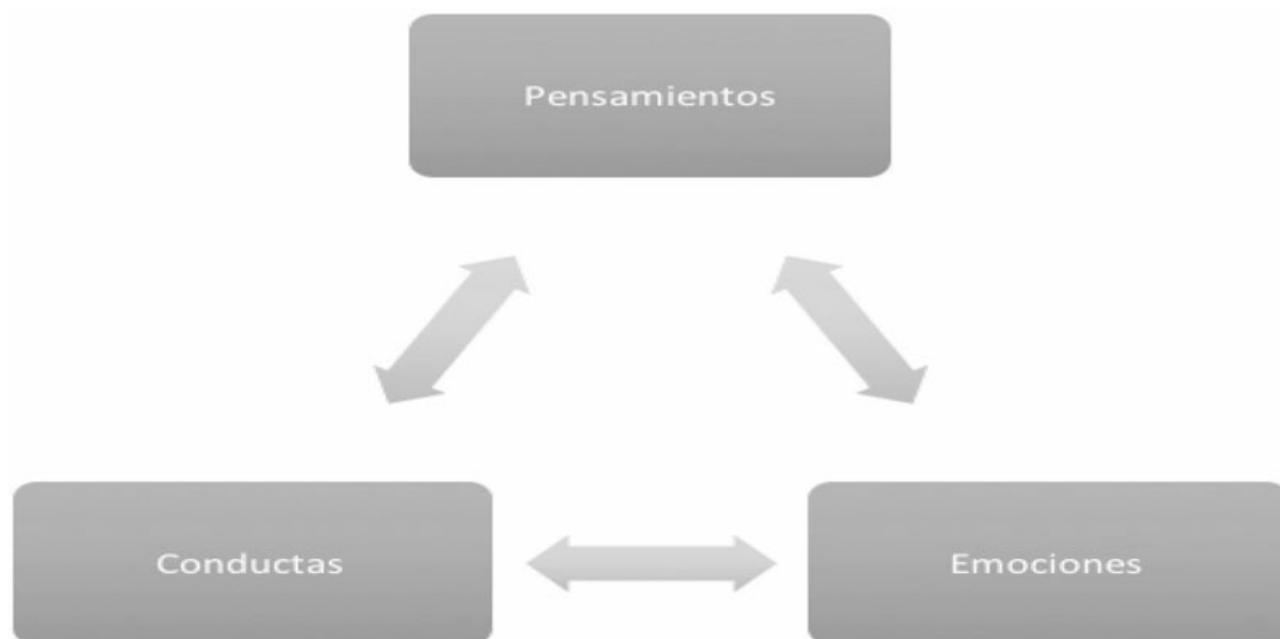
Hacer algo inmoral o poco ético				Tener fuertes autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Arrepentirse	Responsabilidad Hacer frente Asumir consecuencias Pedir perdón	Racional	Considerar la conducta en un contexto. Asumir cierta responsabilidad. Asignar responsabilidad en los demás. Tener en cuenta factores mitigadores. No pensar en recibir retribución. Juzgar la conducta, pero no la persona: «MI CONDUCTA fue despreciable». Autoaceptación incondicional de uno mismo.
Hacer algo incorrecto, estúpido o fuera de lo normal (ideal social)	Vergüenza	Inhibición Escondarse Evitar a los demás Mentir	Irracional	Sobrestimar lo vergonzoso de la información revelada. Sobrestimar el juicio crítico de los demás. Sobrestimar el grado de rechazo. Tendencia a condenarse por una conducta o rasgo fuera de lo normal: «SOY un bicho raro». Tener fuertes autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Incomodidad	Revelación Autenticidad Expresión sentimientos Ser congruente	Racional	Ver la aceptación de la información revelada. Ser realista en el juicio de los demás. Ser realista en el grado de rechazo. Juzgar la conducta, pero no la persona: «MI CONDUCTA es rara». Autoaceptación incondicional de uno mismo.
				Ver solamente los aspectos positivos. Pensar en otras

Ganancia o éxito	Euforia	Desprotegerse Riesgos no calculados Expansivo	Irracional	ganancias o éxitos anteriores. Pensamientos de omnipotencia. Ilusión de control. Tendencia a sobrestimarse a sí mismo por un logro: «SOY el mejor».
	Alegría	Compartir Expresión	Racional	Ver los aspectos negativos y positivos. Pensar tanto en los éxitos como en los fracasos anteriores. Ver nuestra falibilidad. Pensar en cierto grado de control, pero no absoluto. Estimar las conductas o rasgos positivos sin sobrestimarse: «MI CONDUCTA es buena».

Una visión holística o integradora del ser humano

A pesar de que la TREC considera que la cognición es el determinante más importante de la emoción, considera la interacción y la interdependencia entre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos. Así, por ejemplo, ante un helado uno puede pensar «de qué sabor es, si parece que está en buen estado, si gustará, las posibilidades que se tienen para obtenerlo, si se dispone de suficiente dinero, si conviene comerlo», y también uno puede sentir una emoción de «alegría» y manifestar una conducta como «comprarlo y comerlo». Todo ello está relacionado. Ya que cuando se opta por una conducta como «comerlo», también se tienen pensamientos como «Me gusta, qué sabor más agradable, tengo derecho a satisfacerme, lo que hago es correcto» y una emoción al respecto de «placer»; y también cuando se tiene una emoción como la «alegría», se suele realizar una acción como la de «comer el helado» y se tiene un pensamiento como «¡Qué bien me sienta el helado!».

Los pensamientos crean y afectan a las emociones y a las acciones, y los sentimientos y los comportamientos también crean y afectan a los pensamientos, y lo que se denomina *perturbación emocional* tiene aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, y no deriva puramente del pensamiento, a pesar de su importante influencia.



Por ejemplo, cuando las personas se deprimen, seleccionan y prestan atención a los aspectos negativos (abstracción selectiva), como «No puedo levantarme de la cama», y luego generalizan: «Soy un inútil total», y se deprimen aún más y siguen más tiempo en la cama. Su cuerpo también experimenta una reacción fisiológica, como una disminución de la serotonina, y afecta a su pensamiento, su sentimiento y su conducta. A su vez, su comportamiento derrotista hace que los demás dejen de ayudarlo y se alejen más, lo que influye en su percepción de «ser un inútil».

La TREC sostiene que el pensamiento «puro», la emoción «pura» y el comportamiento «puro» virtualmente no existen, pero están muchas veces interrelacionados, por lo que uno de ellos incluye importantes elementos de los otros dos. La conocida frase expresada por el filósofo Descartes «Pienso, luego existo», se podría matizar diciendo «Pienso, siento, actúo, luego existo» (Ellis, 2003).

Por lo tanto, ve a los seres humanos de manera holística, manteniendo un enfoque integrado entre el cuerpo y la mente, entre el yo y los otros, en interacción con los diferentes procesos de pensamiento, sentimiento y conducta. Todo se halla interrelacionado y es interdependiente, y considera la experiencia personal en su globalidad.

Así pues, la TREC observa virtualmente todos los pensamientos, sentimientos y comportamientos, cómo interactúan y se interrelacionan, y prácticamente nunca como independientes entre sí.

Nature versus nurture (*Lo innato versus lo adquirido*)

La forma de pensar, de sentir y de actuar irracionalmente parece tener una base biológica (o una predisposición innata). Por biológico se entiende una característica o rasgo que tiene unos orígenes marcadamente innatos, así como adquiridos, una predisposición del organismo a comportarse de una determinada manera; y por irracional se entiende cualquier pensamiento, emoción o conducta que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas para la persona, y que interfiere en su felicidad y su supervivencia.

La tesis del fundamento biológico de la irracionalidad humana se basa en los siguientes principios (Ellis, 1977):

1. Parece existir en casi todas las personas, pero no en la misma proporción. Algunas personas suelen ser más irracionales que otras, y están más perturbadas.
2. En casi todos los grupos sociales y culturales hay irracionalidad; lo único que cambia es el contenido de la misma, como han demostrado numerosos estudios transculturales (Lega, Caballo y Ellis, 2009).
3. Muchas de las irracionalidades que las personas mantienen van en contra del grupo social de referencia (padres, compañeros o medios de comunicación social). Uno puede haber crecido en un ambiente o en una sociedad racional y haber desarrollado sus propias irracionalidades.
4. Casi todas las irracionalidades son aplicables, tanto a personas ignorantes, estúpidas y muy perturbadas, como a personas muy inteligentes, educadas y casi nada perturbadas. Parece haber irracionalidad independientemente del nivel de inteligencia y educación.
5. La tendencia al extremismo parece ser un rasgo natural en los seres humanos. Cuando algo es bueno y lo queremos, lo convertimos en obligatorio y necesario.
6. Las personas que parecen menos aquejadas de pensamientos y conductas irracionales en ciertos momentos vuelven a ellos o recaen. Existe una disposición básica, innata, a comportarse así en situaciones de tensión y estrés.
7. El conocimiento o la reflexión parcial en torno al comportamiento irracional de una persona ayuda a cambiarla, aunque no totalmente. Tener creencias contradictorias, racionales e irracionales es parte de la condición humana.
8. Es excepcionalmente difícil cambiar las creencias por la tendencia innata a lo aprendido. Se condicionan fuertemente sus comportamientos contraproducentes a una temprana edad y hay que contracondicionarlos.
9. Ciertas ideas irracionales surgen de experiencias personales, no aprendidas, que las inventan o las crean. Muchas personas creen que sus sentimientos profundos son la prueba de su objetividad: «Si lo siento así, será cierto».

10. Las personas comienzan con una observación realista («He fallado en un examen») y terminan con una conclusión ilógica («Soy un desastre»).
11. La tendencia a la generalización en el uso del lenguaje parece ser una condición humana, como señaló Korzybski (1933). Tienden a calificar al «ser» a partir de las acciones particulares.
12. El pensamiento humano varía de modo significativo en relación a los niveles de inteligencia; también algunas formas de pensamiento se derivan en gran parte del funcionamiento del hemisferio izquierdo o del hemisferio derecho del cerebro. Estos niveles poseen un fuerte componente hereditario.
13. A las personas les resulta más fácil aprender la conducta autodestructiva (irracional) que la no destructiva (racional).

Aunque los seres humanos aprenden muchas de sus preferencias, normas y valores de su padres y la cultura (David, Lynn, y Ellis, 2010), y de sus primeras experiencias emocionales con otros significativos (Bowlby, 1969), tienen fuertes tendencias innatas para ser sugestionables y aceptar las exigencias de los demás, y parecen estar biológicamente predispuestos a inventarse sus propias exigencias sobre sí mismos, sobre los demás y sobre la vida.

Según Ellis, el 80 % de la perturbación emocional tiene una base biológica (o una predisposición innata) que pesa más que los factores ambientales o aprendidos del entorno. La TREC se adhiere al principio del constructivismo, el cual describe la idea de que las personas crean sus propias perturbaciones emocionales (Ellis, 1990). Las experiencias no conducen a la perturbación emocional, sino que son las personas las que llevan a sus experiencias sus tendencias innatas a exigir, y se perturban emocionalmente durante el proceso (Dryden, 1996).

Una posible explicación sobre la creación y el mantenimiento de la irracionalidad es de tipo evolutivo: durante miles de años, los seres humanos han creído fuertemente que debían actuar bien, comer bien, tener sexo, evitar el dolor y matar a sus enemigos porque así tenían más probabilidades de sobrevivir que los que lo creían con menor intensidad. No obstante, esta explicación es una hipótesis especulativa (Ellis, 1994).

Otras explicaciones sobre el mantenimiento de una conducta irracional es que esta parece verdadera por la reacción emocional («Si siento que es horrible es que lo debe de ser»); son tautológicas y no se pueden falsear empíricamente (no se puede probar que «Debo hacerlo siempre bien o soy estúpido»); son circulares («Si me equivoco soy estúpido y si soy estúpido entonces es que siempre me equivoco»); conducen a profecías autocumplidas («Si soy estúpido entonces creo que me equivocaré y cuando me equivoque esto demostrará que soy estúpido»); son semánticamente imprecisas («Soy un estúpido» en vez de «Me comporté estúpidamente»); se repiten y se realizan sin

cuestionar su validez y utilidad («Las cosas se tienen que hacer bien y punto»); y son implícitas o no conscientes (se mantienen sin que uno se dé cuenta) (Ellis, 1994).



A pesar de que las experiencias tempranas puedan influir o condicionar la manera de pensar, las personas crean su perturbación emocional y, en cierta manera, eligen «estar locos». En una conferencia, Ellis le dijo a Skinner *«Estás equivocado con tus teorías sobre el condicionamiento porque los humanos son distintos a los animales, tienen una corteza prefrontal más desarrollada, y son capaces de cambiar un estímulo positivo en negativo mediante su forma de pensar. Tienen el poder de reinterpretar los estímulos»*.

En conclusión, no es el pasado lo que influye, sino lo que uno se dice en el presente. Las personas poseen cierto grado de libre albedrío, no están determinadas. Por ejemplo, en el caso de personas que han sufrido estrés postraumático, el trauma no es el problema, sino lo que se están diciendo con respecto al trauma, la manera en cómo lo están gestionando. Los estudios demuestran que una de cada cinco personas tendría estrés postraumático crónico. Según Ellis, *«las personas que tenían estrés postraumático crónico estaban perturbados antes del trauma y no como consecuencia del mismo»*.

Los factores biológicos influyen en ciertos trastornos emocionales, como el trastorno de déficit de atención y/o hiperactividad, y existen diferencias innatas. No obstante, el hecho de que existan factores orgánicos que influyan no es motivo para justificar el comportamiento, sino que la persona tendrá que trabajar más duramente para contrarrestar estas tendencias y luchar contra ellas.



Los seres humanos poseen un arma de doble filo: por un lado pueden crear cosas increíbles (son constructivos), pero por otro pueden también hacer cosas muy desquiciadas (son destructivos). Esta es la esencia humana, constructiva (racional) y destructiva (irracional).

Sin embargo, las personas tienen la habilidad de trascender sus limitaciones biológicas y sociales. Es una posición optimista, porque empodera (*empowerment*) a la persona y le da la capacidad de cambiarse a sí mismo y reconstruirse.

Modelo diátesis-estrés de la TREC

El modelo de diátesis-estrés propone que los síntomas clínicos son generados por la interacción entre el estrés y la vulnerabilidad, ya sea biológica y/o psicológica. La teoría de la TREC también postula que las creencias irracionales y las racionales median entre los acontecimientos ambientales y la perturbación emocional. Las creencias irracionales actúan como factores de «vulnerabilidad cognitiva» (etiopatogénicos) en situaciones estresantes, mientras que las creencias racionales actuarían como «factores de

protección» (sanogénicos).

Las creencias irracionales y los síntomas se supone que se correlacionan solamente en situaciones estresantes. Las personas pueden tener altos niveles de creencias irracionales (cogniciones disponibles), pero si no se encuentran con situaciones estresantes pueden no aparecer los síntomas. Como Ellis afirmó, las creencias irracionales son a menudo latentes e inaccesibles durante períodos de bajo estrés (David, Lynn y Ellis, 2010). Por lo tanto, solo pueden estudiarse cuando aparecen situaciones de estrés, y se desarrolla la hipótesis de que estas activan las creencias irracionales (cogniciones accesibles).

Se han asociado los altos niveles de creencias irracionales a una serie de síntomas psicopatológicos generales y de perturbación emocional: depresión, ansiedad, problemas de asertividad y patrón de conducta tipo A. Las exigencias y la condenación global parecen ser esquemas evaluativos, y la baja tolerancia a la frustración podría ser conceptualizada como una cognición evaluativa pero que no está organizada como esquema (David, Lynn, Ellis, 2010).

El pensamiento racional no es la ausencia de pensamiento irracional, sino que son variables independientes. Las creencias racionales son factores de protección contra el desarrollo de la perturbación emocional y fomentan la resiliencia durante los momentos de estrés, además de ser indicadores de bienestar y salud. Para la teoría de la TREC, la esencia de la salud mental es la aceptación racional de la realidad (Ziegler, 2003), es decir, considera que las creencias racionales son fundamentalmente respuestas de adaptación a las situaciones de estrés mediante la aceptación de la realidad tal como es, en lugar de exigir que la realidad no debe ser como es. Existe la evidencia empírica que sostiene que las creencias racionales son factores de protección frente al estrés y previene o atenúa emociones y comportamientos disfuncionales en casos como: el estrés laboral, el estrés ante una operación quirúrgica, la adaptación general de los adolescentes en las escuelas, los problemas de relación, el control de la ira, la pérdida de un ser querido, el manejo de la discapacidad, el encarcelamiento y el maltrato infantil (David, Lynn, Ellis, 2010).

Creencias irracionales y problemas de salud

Existe una relación entre factores psicológicos y salud física, es decir, las variables cognitivas y emocionales contribuyen a síntomas y sensaciones físicas y al sufrimiento (Schnur, Montgomery y David, 2010).

Las creencias irracionales son predictores importantes de problemas de salud. Por ejemplo, la tendencia a ser catastrofista está muy relacionada con el incremento de las

experiencias de dolor (Susó, Ribera, Jornet, Camacho y Gallardo, 2013).

Asimismo, las creencias irracionales son predictores de los comportamientos saludables. Por ejemplo, se ha demostrado que los altos niveles de creencias irracionales están relacionados con comportamientos alimentarios inadecuados, como no seguir las pautas dietéticas en el caso de la diabetes, o con conductas adictivas, como el incremento del consumo de alcohol.

La eficacia de la TREC en la salud ha quedado bien demostrada. Por ejemplo, la TREC reduce la presión arterial en pacientes hipertensivos, mejora la fatiga en pacientes sometidos a la radioterapia contra el cáncer y controla la angustia de pacientes con asma (Schnur, Montgomery y David, 2010).

En resumen, las creencias irracionales pueden influir en la salud de manera directa (por ejemplo, incrementan las experiencias de dolor), y de manera indirecta a través de su efecto en las emociones (por ejemplo, al aumentar la ansiedad se incrementa el dolor) o mediante su efecto en las cogniciones (por ejemplo, la expectativa de no control incrementa el sufrimiento).

Tipos de insights para el cambio

La TREC (Ellis, 1994; Dryden, 2002) entiende que en casi todas las ocasiones, el cambio no vendrá dado por el hecho de que la persona comprenda el origen y las causas que le hayan podido conducir a la perturbación psicológica, sino más bien por la adquisición de tres *insights* básicos:

Primer *insight*: responsabilidad emocional. Consiste en entender que nuestra forma de pensar es el principal responsable de la perturbación emocional y conductual. Por ejemplo, si uno pasea por una calle oscura y ve la silueta de una persona caminando hacia uno puede interpretar que «le hará un daño horrible» y sentir pánico al respecto. No obstante, la interpretación podría cambiar y ser otra como, por ejemplo, «quizá se haya perdido», y sentir compasión en lugar de pánico. Esta premisa afirma que si uno cambia la forma de ver las cosas también cambia la emoción al respecto, pero tampoco no se trata de ver las cosas de manera mágica, supersticiosa y no realista. La TREC afirma que, en gran parte, la causa de la perturbación emocional se debe a una visión inflexible irreal e ilógica de las cosas, y que la función de la psicoterapia es enseñar a la gente a pensar de una manera más flexible, científica, realista y lógica, lo cual le ayudará a sentirse mejor y actuar con mayor eficiencia. Si la persona no adquiere este *insight*, raramente se podrá beneficiar de la terapia, ya que implica asumir la responsabilidad del cambio.

Segundo *insight*: la importancia del «aquí y ahora». Remarca que no es el pasado el

que determina el malestar presente, sino el mantenimiento de las mismas creencias irracionales que antaño. No es que la TREC no dé importancia a la influencia de las experiencias tempranas en la formación de las creencias irracionales, sino que estas no pueden seguir influyendo en el caso de que no se sigan manteniendo en el presente. Solamente se vive en el presente, y el recuerdo y las experiencias pasadas no pueden causar aflicción si uno no sigue nutriendo el presente con las ideas irracionales con respecto a él. Así, un niño puede haber creído que necesitaba el amor y la aprobación de sus padres y carecer de él. Pero si de adulto sigue traumatizado no es debido a la falta de amor de sus padres en la infancia, sino a que aún sigue creyendo que necesita el amor y la aprobación de los otros y que si no lo consigue carece de valor. Asimismo sucede con experiencias traumáticas como la muerte de un ser querido o ser víctima de una violación o de abusos, que no pueden influir en el presente si uno no sigue manteniendo ciertas creencias irracionales al respecto.

Tercer *insight*: el cambio no es fácil. Para dar un vuelco a estas creencias irracionales que se mantienen en el presente es importante una buena dosis de esfuerzo, práctica y mucho trabajo. Es como tocar el piano, hacer dieta o conducir un automóvil; uno sabe qué hacer, pero no es suficiente para automatizarlo. Es conveniente practicarlo a menudo para cambiar hábitos no saludables y generar nuevos hábitos. El cambio no es mágico y hay que trabajar de firme para conseguirlo: establecer metas y compromisos con uno mismo para alcanzarlos, llevar a la práctica lo aprendido, implicarse, ser repetitivos, enérgicos en lo que se hace, y mantener los cambios logrados y prever las recaídas (Dryden, 1996). Por esta razón, se asignan tareas para casa y se remarca el rol activo del paciente en el proceso de cambio.

A su vez, Ellis (1962) distinguió entre dos tipos de *insights* en la TREC que ocurren durante el proceso terapéutico y que son importantes:

- El ***insight* intelectual** ocurre cuando la persona comprende o sabe que su pensamiento es irracional, pero mantiene una creencia racional de manera poco convincente, lo que raramente le lleva a sentir emociones sanas y a comportarse firmemente según las creencias racionales. Por lo general, suele comportar expresiones del tipo «Lo veo, lo entiendo o lo pienso, pero no lo siento».
- El ***insight* emocional** ocurre cuando la persona no solo comprende y sabe de la irracionalidad de su pensamiento, sino que cree firmemente en su creencia racional. Se ha producido un cambio filosófico profundo que le suele llevar a un cambio emocional y a comportarse coherentemente según sus creencias racionales (Ellis, 2002).

La TREC está de acuerdo con la mayoría de las escuelas freudianas, neofreudianas,

adlerianas y junguianas que afirman que, adquiriendo el *insight*, especialmente el *insight* emocional, se consigue avanzar de forma notable en la enseñanza correctiva de la gente para superar su trastorno (Ellis, 1994).

La tarea fundamental del terapeuta es llevar al paciente del *insight* intelectual al *insight* emocional (Ellis y Dryden, 1987).

Para muchas personas este cambio suele tardar un tiempo, pues es preciso que la parte emocional esté en sintonía con lo que la razón «sabe». Ellis hacía uso de una analogía para explicar la dificultad del proceso para aprender nuevas maneras de pensar: *«Es como tener un carro de caballos que durante años ha tenido siempre el mismo cochero y los mismos caballos. Los caballos saben adónde ir sin tener que ser conducidos por el cochero. Pero cuando se cambia de cochero [nuevas maneras de pensar], los caballos tienden todavía a ir en la misma dirección [viejas emociones y conductas]; es el cochero quien tiene que forzar las riendas para producir el cambio de dirección [nuevas emociones y conductas]. El aspecto positivo de la tensión que se experimenta con la TREC es que demuestra que uno está aprendiendo nuevas maneras de sentir y comportarse, y que está dando un cambio en la dirección de su propia vida»*.

Enfoque integrador, ecléctico y multimodal

La TREC es multimodal (Lazarus, 1978) y utiliza un amplio abanico de métodos y técnicas cognitivas, emotivas y conductuales —algunas de ellas se han creado de nuevo y otras se han adaptado de diferentes terapias (Ellis, 1990)— que ayudan a cambiar las creencias irracionales y filosofías exigentes que causan la perturbación emocional. Todos ellos son igualmente importantes; no existe un «único camino» para su práctica, aunque se enfatice el aspecto cognitivo, ya que permite fortalecer un cambio más profundo y duradero.

La TREC, que tiene tradicionalmente un «eclecticismo selectivo», utiliza dos tipos de técnicas en el tratamiento de la perturbación emocional: las «generales», donde se toman estrategias psicoterapéuticas de otros sistemas, como puede ser el *role play* (Gestalt, Psicodrama), la desensibilización y la exposición en vivo, y que se adaptan a su modelo teórico (TREC general), y las «preferenciales o elegantes» (Ellis, 1977), desarrolladas exclusivamente dentro de su modelo psicoterapéutico en particular (TREC preferencial), y que incluyen el «Debate», las «Tareas para hacer en casa» y ejercicios emotivos entre los que destacan la «Imaginación Racional Emotiva (IRE)», «Las canciones humorísticas racionales» y los «Ejercicios para atacar la vergüenza». Por razones tanto teóricas como prácticas, es muy filosófica, pero también en gran medida emotiva y conductual.

Debido a que enfatiza la influencia de aspectos biológicos y sociales en la perturbación emocional, también está a favor de usar la medicación y las técnicas corporales de psicoterapia, que incluyen seguir una dieta, hacer ejercicio y usar técnicas de relajación.

Sin embargo, es importante resaltar que el propósito primordial de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la utilización de todas las técnicas, tanto generales como preferenciales, es el cuestionamiento del pensamiento rígido e irracional de base (los «debo» absolutistas) para el logro de una nueva filosofía de vida, donde las nuevas emociones y los comportamientos serán ahora el resultado de cambios en la forma de pensar.

La precisión en el uso del lenguaje

La TREC enfatiza la importancia del papel que tienen las autoverbalizaciones (lenguaje interno) en el pensamiento y la perturbación emocional. Cuando se piensa de forma imprecisa, el pensamiento distorsionado se introduce a su manera en el lenguaje y, después, el lenguaje disfuncional conlleva pensamientos más imprecisos; como afirmó Albert Ellis (1998): *«Desde que empecé a practicar la TREC, descubrí que las personas se acostumbran a hábitos deficientes de lenguaje que después interfieren con su aceptación de la realidad (por ejemplo, “No-lo-puedo-soportar”), y también que los individuos son responsables en gran medida de sus propios lenguajes, sentimientos y acciones disfuncionales y que, por lo tanto, pueden modificarlos».*

La obra maestra de Korzybski (1933), *Science and Sanity*, afirmaba, al igual que la TREC, que la neurosis y la perspectiva anticientífica son muy similares, y que la salud mental y la ciencia hacen migas particularmente del mismo modo que la ciencia emplea la lógica excluyendo la magia y las supersticiones. De hecho, Korzybski se anticipó a Ellis al afirmar que no hay percepción sin interpretación, y que el ser humano parece más capacitado para pensar y concebir que para percibir (Calvo, 1995, 2008). La mayoría de las personas, en todas las épocas y lugares del mundo, cometen graves errores semánticos, lo que contribuye a perturbarse a sí mismos.

La meta de la TREC, al igual que la de la Semántica General (Korzybski, 1933), es conseguir que las personas reflexionen sobre su pensamiento y minimicen su tendencia «natural» a generalizar y categorizar, a cometer «errores semánticos», para así librarse de sus limitaciones en el pensamiento y de imprecisiones del lenguaje, lo que les llevaría a alcanzar una vida más autorrealizada. La TREC tiene muchas semejanzas con la semántica general, pero se diferencia de ella en lo que respecta a la técnica, la teoría de la personalidad y el tipo de psicoterapia. Quizás el ejemplo más evidente de generalización es la utilización del verbo «SER», el cual conduce a pensar y hablar de forma imprecisa e irracional porque hace que las personas valoren y evalúen su ego, su ser y su totalidad,

en lugar de evaluar lo que hacen y no hacen. Los textos de Korzybski animaron a Albert Ellis a abordar el uso del lenguaje con mayor precisión a fin de ayudar de forma definitiva a sus pacientes. Así, cuando los pacientes afirman «ser personas buenas o malas», en la TREC se les corrige para que utilicen un lenguaje más preciso diciendo «Soy una persona que hace cosas “buenas” (actúo solidariamente) pero también hago muchas cosas “neutrales” (respiro) o “malas” (perjudico a otros)». Las personas nunca son completamente «buenas», «malas» o «neutrales», porque son, como seres humanos, demasiado complejas, multifacéticas y en constante cambio.

Puesto que las personas no pueden evitar por completo todos los errores lingüísticos o semánticos, la Semántica General y la TREC propusieron la utilización del *E-prime*, o la abolición de todas las formas del verbo «SER», además de otros cambios en el uso del lenguaje. No obstante, la dificultad de su aplicación ha hecho desistir del intento (Ellis, 1998).

El sentido del humor

La TREC aplica con frecuencia el sentido del humor en las terapias y da importancia a fomentar la diversión en nuestras vidas, ya que considera que una de las fuentes principales de la perturbación emocional es dar un sentido exagerado a las cosas, o tomarse la vida o a uno mismo demasiado en serio, exigiéndose el conseguir lo que uno quiere, dramatizando cuando los deseos se ven frustrados o postergados, y condenándose a uno mismo y a los demás en función de si lo hacen bien o mal.

El humor tiene como finalidad el reírse de lo absurdo de las ideas irracionales, pero no de las personas, con el fin de conseguir un cambio cognitivo, emocional y conductual. A nivel cognitivo, permite la flexibilidad, el distanciamiento y la desdramatización de las ideas rígidas de la persona y a aceptarse con sus debilidades e imperfecciones; a nivel emocional, conduce a sentimientos positivos y de diversión, y anula sentimientos negativos y de grandiosidad; y a nivel conductual, le lleva a uno a relajarse, a actuar mejor o de manera paradójica, y a buscar nuevas soluciones más creativas a los problemas.

Así, es frecuente el empleo del humor en psicoterapia y en los talleres mediante canciones humorísticas, chistes, paradojas, entre otras, que ayudan al paciente a desdramatizar, relativizar y a tomar la distancia adecuada de sus problemas. De aquí se deduce que una de las finalidades más importantes de la psicoterapia es trabajar la seriedad excesiva de las personas.

Solución elegante versus no elegante

En general, la TREC se esfuerza por lograr que los pacientes alcancen un cambio filosófico profundo, considerado por Ellis «elegante», un cambio que comporta no solo erradicar las inferencias irreales e ilógicas, sino también ver y erradicar las exigencias (Ellis, 1986).

Una de las principales diferencias entre la TREC y otras terapias cognitivo-conductuales es que la finalidad es crear una reestructuración cognitiva, un cambio filosófico, en lugar de eliminar los síntomas. Se trata no solo de sentirse mejor (solución no elegante), sino también de estar mejor (solución elegante), sustituyendo las creencias irracionales por las racionales. Es difícil cambiar la estructura, mucho más que los síntomas, pero el objetivo principal es intentar promover una solución elegante (Ellis y Dryden, 1987).

Se trata de darse cuenta de que los pacientes crean sus propias perturbaciones emocionales y que, aunque las condiciones ambientales influyan, se les otorga un papel secundario en el proceso de cambio.

- Reconocer que los pacientes poseen la capacidad de modificar sus propias perturbaciones.
- Comprender que su perturbación emocional es debida, principalmente, a sus creencias irracionales.
- Identificar dichas creencias y discriminar entre las irracionales y las racionales.
- Debatir las creencias irracionales mediante el método científico.
- Trabajar para interiorizar las nuevas creencias racionales empleando métodos multimodales.
- Continuar trabajando para mantener el cambio.

3.1.6. DIFERENCIAS CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Se tendrán en consideración tres grandes clases de enfoques psicoterapéuticos (las psicoterapias dinámicas, las psicoterapias humanista-existenciales y las psicoterapias cognitivo-conductuales) y sus principales diferencias con la TREC:

La TREC y el psicoanálisis

El psicoanálisis es seguramente el modelo de referencia de todas las psicoterapias

dinámicas, es decir, de las psicoterapias que consideran que la conducta humana tiene sus causas en la psique profunda o inconsciente. Dichas causas se deben en su gran mayoría a la dinámica existente entre las diferentes pulsiones psicológicas (determinadas genéticamente) y las primeras relaciones interpersonales. Para ayudar a un paciente resulta fundamental analizar de qué forma el pasado de este está incidiendo en su forma de actuar en el presente. La curación se define como aquel proceso gradual en el cual el terapeuta ayuda al paciente a tomar conciencia de las causas profundas de su comportamiento. De este modo, el paciente podrá tomar el control de su vida y actuar mejor en su contexto social (Bertacco, 2011).

La TREC está de acuerdo en que el origen de los problemas emocionales puede proceder del aprendizaje de ciertas ideas irracionales en el pasado, pero como dijo Ellis durante una entrevista por televisión: «*La principal afición que tenía Freud era la arqueología, mientras que a mí me interesa mucho más la filosofía*». Cree que las creencias irracionales son una predisposición biológica innata, en mayor o menor medida, que pueden ser exacerbadas por el aprendizaje social, en general, y por la educación de los padres, en particular, pero que las personas siguen manteniéndolas en el presente en vez de cambiarlas. En cuanto al inconsciente freudiano, Ellis considera que las creencias irracionales están bajo la superficie de la conciencia, son tácitas o implícitas, pero se pueden descubrir y tomar conciencia de ellas para poder cambiarlas.

El psicoanálisis clásico consiste en las técnicas de la asociación libre, el análisis de los sueños, el análisis de la relación de transferencia y contratransferencia, y en la interpretación directa del paciente por parte del analista. La TREC no utiliza las dos primeras técnicas, y con respecto a las relaciones de transferencia y contratransferencia, son directamente interpretadas, analizadas y tratadas por el terapeuta, buscando las creencias irracionales que subyacen a estas reacciones emocionales, como «Debo ser amado por mi terapeuta». Se considera más importante el estudio de las relaciones cercanas, familiares y sociales que forman el entorno del paciente, que no la relación terapéutica. En cuanto a la técnica, está más próxima a los neofreudianos (o neoadlerianos), como Horney (1950), Sullivan (1953), Alexander (1946) y Fromm (1950), porque utilizan una interpretación directa pero se dedica mucho menos tiempo a explorar el pasado del paciente, y utiliza la sugestión, la persuasión, las tareas en casa y otros métodos más directivos.

La TREC está más próxima a la terapia junguiana que a la freudiana, ya que sostiene con Jung (1954) que el objetivo de la terapia debe ser tanto el conocimiento y el desarrollo del individuo como la curación de la perturbación emocional, anima al paciente a dar pasos constructivos y enfatiza la individualidad y la realización de lo que quiere hacer en la vida (propia actualización). No obstante, no dedica mucho tiempo a analizar los sueños, las fantasías o los símbolos tal y como lo hace Jung. Cree que dicho análisis

del material arquetípico es informativo y fascinante, más que relevante, y que en muchos pacientes puede generar mayores confusiones a la hora de ver claramente lo que se dicen a sí mismos para perturbarse.

Con respecto a Adler (1927), coincide en enfatizar la importancia del estilo de vida, y que la vida psíquica de una persona está determinada por su objetivo, el sentimiento de inferioridad (o autocondena) en la perturbación emocional y la noción del inconsciente, no como algo oculto, sino como parte de la conciencia, pero cuyo significado no se comprende. También se asemeja en su enfoque activo y didáctico, y en el énfasis de la responsabilidad emocional en el cambio. No obstante, difiere en algunos puntos como en el de enfatizar el interés social. La TREC se dirige más a fomentar un autointerés saludable, ya que considera que tendrá como consecuencia un mayor interés social en crear una sociedad mejor para uno, mientras que Adler se orienta más en fomentar el interés social como uno de los requisitos para alcanzar la felicidad. También analiza exactamente lo que los pacientes se dicen a sí mismos cuando se perturban, haciendo hincapié en su lenguaje (Semántica General) y en el análisis filosófico, mucho más que los adlerianos.

La TREC está más próxima a la psicología del «yo» de Kohut (1971) por el énfasis que da a la valoración y el menosprecio de uno mismo en la perturbación emocional, y a las teorías de las relaciones objetales de Klein (1984) y Winnicott (1982), en el sentido de que buscan las creencias irracionales en las relaciones que mantienen con los demás (Ellis y MacLaren, 2004).

La TREC y la psicoterapia humanista-existencial

Otro tipo de psicoterapia que se ha desarrollado a partir del psicoanálisis y de la filosofía existencialista es la psicoterapia humanista-existencial. Este tipo de terapia considera que el ser humano es más que la simple suma de una serie de partes. La idea fundamental es que la conducta humana es intencional y global: sentimiento, pensamiento y acción forman un todo integrado. Además, lo que guía la conducta humana es la búsqueda de sentido y las motivaciones axiológicas (libertad y dignidad), y no solo las materiales. La existencia humana se desenvuelve en un contexto interpersonal. El hombre es autónomo, es decir, tiene la capacidad y la responsabilidad de tomar decisiones que dirijan su propio desarrollo. Este principio es complementario con el anterior: solo un individuo autónomo puede asumir su responsabilidad interpersonal. El hombre tiende a la autorrealización, esto es, la tendencia inherente del organismo hacia el crecimiento y la diferenciación. El ser humano está presente a sí mismo en términos de una experiencia interior de «identidad». Esta vivencia inmediata y el significado que le da la persona son

elementos fundamentales en la comprensión del ser humano (Bertacco, 2011).

El terapeuta debe mantener la consideración positiva de la naturaleza humana y, por ende, la actitud de aceptación del paciente. El objetivo es ayudar a la persona a descubrir los hechos, la verdad, la realidad y la naturaleza de la propia persona. Una finalidad importante es la expresión auténtica de la vivencia del paciente, o dicho de otra forma, se asume que la salud y el bienestar mental del paciente o los pacientes se alcanzan a través de su autenticidad y asertividad, el dejarse ver tal y como son: sin máscaras ni hipocresías. Otra cuestión importante en este tipo de aproximación es que «bajo condiciones óptimas el paciente moviliza su capacidad de autocurarse». La función del terapeuta será la de promover un contexto ambiental terapéutico (*setting*, en inglés) en el cual el paciente pueda manifestar su autenticidad y, por lo tanto, sus mecanismos de autocuración.

En este sentido, basta con pensar en cómo la premisa de capacidad de autocuración en condiciones óptimas lleva a dos grandes de la psicoterapia como Carl Rogers (1951, fundador de la psicoterapia humanista) y Fritz Perls (1951, fundador de la terapia Gestalt) a *settings* terapéuticos diametralmente opuestos: el primero, enfatizando el concepto de empatía y aceptación incondicional y el segundo, el de presión y desafío del otro (Bertacco, 2011).

Al igual que las terapias humanistas, comparte los objetivos que para una terapia eficaz sería conveniente conseguir: una menor tensión, ansiedad o vulnerabilidad; menor percepción de amenaza y de actitud defensiva; mejor adaptación a la vida; mayor autocontrol; y menos hostilidad y mayor aceptación hacia los demás. También muestra a los pacientes una consideración positiva incondicional, como Carl Rogers, pero en lugar de hacerlo de manera pasiva y no directiva, les enseña directamente que se acepten de un modo incondicional y dejen de culparse por sus errores. Anima a los pacientes, no solo a ver sus filosofías irracionales, sino también a hacer algo para cambiarlas.

Con respecto a las terapias existencialistas —como la terapia Gestalt de Fritz Perls—, coinciden en que ayudan a sus pacientes a definir su propia libertad, cultivar su propio individualismo, vivir en comunicación con sus semejantes y aceptar sus propias experiencias. La técnica que suele emplearse es la de mantener encuentros existencialistas abiertos, honestos y libres con los pacientes.

En el documental *Tres acercamientos a la psicoterapia* (1965) —realizado por Psychological Films y producido y dirigido por el doctor Everett Shostrom—, los terapeutas Carl Rogers, Fritz Perls y Albert Ellis entrevistan a la paciente Gloria y muestran sus diferentes métodos terapéuticos y sus teorías:

Carl Rogers: *«En mis años de experiencia terapéutica, me he dado cuenta de que si puedo crear el ambiente adecuado, la relación adecuada, las condiciones adecuadas, el proceso de movimiento terapéutico ocurrirá casi inevitablemente en mi*

cliente. Ahora bien, ¿cuál es ese ambiente?, ¿cuáles son esas condiciones?, ¿existirán en la entrevista con la mujer con la que estoy a punto de hablar y que nunca he visto antes? ¿Puedo yo ser real en la relación? ¿Valoraré a esta persona?, ¿me preocuparé por ella? ¿Seré capaz de entender el mundo interno de este individuo, desde dentro?, ¿podré ver a través de sus ojos?, ¿seré capaz de ser lo suficientemente sensible para moverme dentro del mundo interno de sus sentimientos?, ¿qué se siente al ser ella?... Si tengo éxito en crear las condiciones óptimas, probablemente seremos capaces de ver algunos de estos cambios en este paciente. Aunque sé de antemano que nuestro contacto va ser muy breve...».

Fritz Perls: «La terapia Gestalt trabaja en una ecuación: El “darse cuenta” (awareness) es igual al tiempo presente, que es igual a la realidad. En contraste con la psicología profunda, de lo que trata es de tomar lo obvio de la superficie, de la situación en que nos encontramos nosotros mismos y desarrollar la Gestalt emergente en las bases de la relación “Yo-Tú” y del aquí y del ahora... Ahora, en la emergente seguridad de la situación terapéutica, el paciente empieza a tomar riesgos y a transformar sus energías de manipulación del ambiente para obtener ayuda para desarrollar cada vez más y más la autosuficiencia y a confiar en sus propios recursos. Este proceso se llama maduración... La técnica básica es la siguiente: no explicarle las cosas al paciente, sino brindarle oportunidades para entenderse y descubrirse a sí mismo. Para tal propósito, manipulo y frustro al paciente de tal manera que se examine a sí mismo y en este proceso identifique su potencial perdido, por ejemplo, asimilando sus proyecciones al interpretar las partes alienadas de sí mismo...».

Albert Ellis: «La terapia racional-emotiva se basa en la idea de que el pasado no es crucial en la perturbación emocional, no importa lo que hayan aprendido durante su desarrollo; lo importante es lo que se están diciendo hoy mismo, en el presente, y mostrarles cómo están perpetuando el sufrimiento con sus mismas filosofías irracionales que adquirieron entonces [...], se centra en la experiencia actual, en sus emociones negativas y en sus comportamientos disfuncionales de ahora, y en sus autodiálogos internos que expresan verbal y no verbalmente, y en imágenes, y sostiene que los pensamientos irracionales, no empíricos y supersticiosos, son los que crean las emociones negativas y comportamientos disfuncionales como la ansiedad, la depresión, la culpa [...], pone el énfasis en lo que está pasando en el interior del paciente y no tanto en los sucesos externos y, a diferencia de otras terapias, trata de promover tres insights: somos responsables de lo que sentimos debido a nuestra forma de pensar e interpretar lo que nos pasa; no es el pasado lo que nos trastorna, sino lo que seguimos pensando ahora con respecto al pasado; y que para cambiar se requiere trabajo y esfuerzo, y por ello promueve tareas para casa y enseña activamente el método científico de cambio de pensamiento...».

La TREC tiene un punto de vista similar con ambas terapias al dar mayor importancia a las experiencias del aquí y ahora y a las capacidades actuales para cambiar los aprendizajes tempranos y los modelos emocionales y de conducta. Considera que las personas tienen cierto grado de elección y decisión, son capaces de cambiar y dirigir su futuro, y dar sentido y propósito a la vida.

Al igual que las terapias humanistas, proporciona una aceptación incondicional a los pacientes y enseña activa y directivamente a dársele ellos mismos.

Con respecto a las terapias existencialistas, aplica también métodos emotivos y vivenciales, como el *role-playing* o los encuentros maratonianos. No obstante, la TREC considera que estos encuentros son muy gratificantes a corto plazo, pero que suelen desviar al paciente de los objetivos terapéuticos a largo plazo, y al ser técnicas poco estructuradas y vagas pueden generar confusión y desorganización en personas seriamente trastornadas.

A pesar de compartir con las terapias humanistas y existenciales la idea de que los seres humanos aspiran al bienestar y a la salud, la TREC se considera, sin lugar a dudas, una terapia de tipo cognitivo-conductual.

Diferencias entre la TREC y otras terapias cognitivo-conductuales (TCC)

Generalmente, la TREC se considera un tipo de TCC. Ambas aproximaciones tienen en cuenta que la conducta disfuncional se debe a una disfunción en los procesos cognitivos. Los cognitivistas consideran la conducta humana como resultante de la representación mental de un acontecimiento o una situación, es decir, que las respuestas emocionales y conductuales dependen mayoritariamente de cómo se interpretan las cosas y no de las cosas o situaciones en sí. Además, igual que la TCC, hay muchas pruebas empíricas que apoyan la TREC y sus hipótesis principales. Se podría decir que la TREC general (o solución no elegante) es sinónimo de TCC, mientras que la TREC preferencial (o solución elegante) se diferencia de la TCC en algunos aspectos importantes. La TREC preferencial es más efectiva, completa, duradera y genera cambios más profundos de personalidad que la TREC general.

Las principales diferencias con otros tipos de TCC son:

La TREC y la Terapia Cognitiva (TC)

Una de las diferencias principales entre la TREC y la Terapia Cognitiva de Beck (1995) es el énfasis en las creencias evaluativas (o cogniciones calientes). La TREC

considera que las inferencias son percepciones de la realidad que pueden estar más o menos distorsionadas y pueden formar parte de la psicopatología, pero que el núcleo central de la perturbación emocional son las creencias evaluativas irracionales subyacentes (los significados o valoraciones personales) que los pacientes dan a sus percepciones e interpretaciones.

Para ver cómo las creencias evaluativas influyen en las percepciones de la realidad se llevó a cabo un experimento. Se formaron dos grupos: en uno estaban las personas que tenían fobia a las arañas (que las valoraban como horribles) y en el otro, personas que carecían de esa fobia (que valoraban a las arañas de manera neutral), y los pusieron en una habitación donde habían arañas. Luego, se preguntó a cada grupo sobre cómo habían visto a las arañas, cuántas habían, qué tamaño tenían y en qué dirección se movían. El grupo de personas con fobia a las arañas relató que les parecían peligrosas, que había muchas, que eran muy grandes y se dirigían hacia ellos. Mientras que el otro grupo dijo que eran inofensivas, que habían pocas, que eran pequeñas y estaban muy quietas. Los resultados de este experimento confirmaron que las evaluaciones (valoraciones subyacentes) influyen en las percepciones de la realidad y pueden llegar a distorsionarla (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992; Dryden, 1996).

Mientras que la TC se centra más en comprobar la validación empírica de las percepciones de la realidad, la TREC se basa más en comprobar la validación empírica y lógica de las evaluaciones o valores personales. Por ejemplo, en el caso de un padre que falla a su hijo y se deprime pensando que «es un mal padre», la TC se centraría en tratar de demostrar y hacer ver al paciente si realmente «es o no es» un mal padre, buscando pruebas empíricas que confirmaran su pensamiento depresivo. Mientras que la TREC dirigiría su interés más en buscar las creencias evaluativas irracionales subyacentes (o filosofías personales) que le llevan a pensar que «es un mal padre», como por ejemplo: «Debo ser competente y hacer las cosas bien en todo lo que haga, y si no lo consigo, no valgo nada». Intentaría hacerle comprender que aunque fuera preferible hacer las cosas bien como padre, no hay pruebas empíricas ni es lógico creer que «uno debe ser competente en todo lo que haga», y que aunque fuera un padre bastante desastroso, eso no lo convierte en «una persona sin valor», sino en una persona «imperfecta».

Existe también otro aspecto que diferencia la TREC de la TC, y es el que hace referencia al rol o papel de las exigencias en la perturbación emocional. Para Ellis, las exigencias son el núcleo central de la cual se derivan las demás cogniciones, mientras que para Beck, las exigencias son mediadores en la perturbación emocional, es decir, mantienen y agravan el problema, pero no son la causa principal.

La TREC y el constructivismo

Kelly (1955), en su Terapia de los Constructos Personales (TCP), consideró que el ser humano actúa como un científico que intenta poner orden en un mundo caótico. La búsqueda de la comprensión del mundo se convierte en el motor del desarrollo de habilidades y de ciertas estrategias para su supervivencia y adaptación. La terapia se centra en comprender el sistema de constructos individuales que forman la visión particular del mundo del paciente, y trata de ayudar a flexibilizar y revisar aquellos constructos que no sirven o fracasan a la hora de poder comprender el mundo adecuadamente y que conducen a conductas desadaptativas. Se implica en evaluar dicho sistema de constructos y ayuda a evaluar si dichos constructos son funcionales o ayudan a adaptarse al mundo eficazmente. Los métodos de tratamiento están basados en el razonamiento científico y en la corrección desadaptativa (Mahoney, 1974), y conceptualizan la terapia como una tarea para entender la epistemología o filosofía personal en la que se basa para comprender el mundo (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

La TREC considera que las personas son individuos únicos y a la vez criaturas sociales, y ellas mismas construyen y reconstruyen activamente sus ideas y comportamientos a lo largo de la vida, y no solo aceptan pasivamente lo que digan sus familias y la sociedad. Ellis consideró que los pensamientos automáticos y las actitudes disfuncionales emergen de esquemas o creencias (o constructos) que la gente desarrolló para entender sus acontecimientos vitales importantes. A pesar de ser criticada por Guidano (1983) y Mahoney (1974), que la consideraron racionalista, la TREC es mucho más constructivista que muchas terapias cognitivo-conductuales, y siempre se ha opuesto al racionalismo tradicional y a la noción de verdad absoluta (Ellis, 1994):

- La TREC considera que existe algún tipo de realidad por sí misma, pero solo uno se puede aproximar y la puede conocer mediante percepciones falibles, personales y sociales, diferentes y cambiantes. No se tiene una certeza absoluta de lo que es la realidad.
- Las opiniones de lo que es bueno o malo, moral o inmoral, son construcciones personales-sociales (Kelly, 1955).
- Guidano y Mahoney enfatizan las dimensiones activas, generativas e intencionales del proceso de conocimiento humano, el cual genera estructuras cognitivas profundas, y ayudan a adoptar modelos alternativos de uno mismo y del mundo para que dichas estructuras sean más flexibles y adaptativas. Para la TREC, las personas toman las preferencias y valores familiares y culturales y luego los convierten en exigencias y falsas necesidades; por lo tanto, enfatiza que las personas construyen activamente su propia visión del mundo e intenta ayudar y

enseñar a que flexibilicen esta visión.

- Al igual que el constructivismo, la TREC considera que las exigencias son estructuras cognitivas tácitas, implícitas y profundas, y no meramente pensamientos superficiales.
- Cree que las personas tienden a evaluarse y construyen su *self*, su personalidad o su ser. La mente no es un mero recolector de sensaciones, sino que sostiene que las personas nacen para construir abstracciones y generalizaciones de las sensaciones. Considera que la personalidad humana surge de elementos innatos y de las influencias del entorno relacional y social.
- Guidano y Bowlby (1969) sostienen que los apegos son importantes para crear el sentido de identidad. Para la TREC, los niños crean apegos, y construyen tanto exigencias como preferencias de ser amado, y continúan manteniéndolo de adultos.
- Guidano sostiene que los humanos raramente desarrollan la línea de vida desde un diseño racional consciente, sino que observan, crean e imitan. La TREC asume que todos los seres humanos tienen dos tendencias: una, constructiva; y otra, destructiva. El objetivo es enseñar a usar la razón y a ser más constructivos.
- La TREC intenta desarrollar una forma de pensar científica, flexible y abierta porque conduce a una vida emocional más saludable, y se opone a la visión rígida, dogmática y cerrada.
- Busca un cambio filosófico profundo o cambio actitudinal, y no la modificación de pensamientos automáticos.
- Tiene una visión holística del ser humano y considera que pensar, sentir y actuar son experiencias inseparables de la adaptación y el crecimiento. Para Guidano, las creencias irracionales son realmente racionales porque son coherentes con su forma de conocer del momento. En la TREC, lo irracional va de la mano de los objetivos de la persona, no en sí mismo.
- En la relación terapéutica, no solo muestra y da aceptación incondicional al paciente, sino que también le enseña a aceptarse de un modo incondicional, independientemente del terapeuta, y le anima a que elija y construya su propia aceptación.
- Guidano ve la resistencia como un rechazo a aceptar las actitudes razonables del terapeuta porque contradicen las construcciones del paciente sobre él mismo y los demás. La TREC está parcialmente de acuerdo, y considera también que el paciente tiene buenas razones para mantener los síntomas (ganancias secundarias). Los seres humanos se construyen para ser resistentes.
- La TREC difiere del constructivismo en varios aspectos. Primero, el constructivismo cree que el único criterio de evaluación de las creencias es su utilidad o viabilidad a la hora de comprender el mundo, y, en cambio, la TREC

evalúa las creencias usando un criterio empírico, lógico y pragmático. Segundo, el constructivismo emplea procedimientos no directivos y considera que el terapeuta debe examinar la viabilidad de los constructos, pero no sugerir alternativas, sino dejar que el paciente mismo construya una nueva visión de las cosas, ya que considera que las terapias activo-directivas interfieren en la habilidad natural para cambiar y ser constructivistas naturales. En cambio, la TREC aplica métodos activos y directivos, considera que hay creencias racionales alternativas que son saludables y trata de promoverlas y sugerirlas (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

La TREC y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1987) ve los pensamientos como conductas más que variables mediadoras que causan conductas. Argumenta que hay pensamientos, pero que no existen pruebas que causen conductas. Considera que los pensamientos son reacciones naturales e inevitables del mundo, más que las causas de los trastornos clínicos.

En lugar de cambiar los pensamientos, buscan que las personas los acepten como algo natural, fruto de su historia y de su herencia, pero no como obstáculos que deben superarse o controlarse, y que si tratan de controlarlos, ello les conducirá a crearse más problemas. Creen que es mejor abandonar las intenciones de modificar o controlar los eventos privados, tanto los pensamientos como las emociones, y perseguir experiencias y objetivos que enriquezcan la vida y le den más significado. Anima a aceptar, a darse permiso a que los pensamientos y emociones ocurran sin intentar controlarlos, junto con la articulación y la clarificación de los valores personales y un compromiso de vivir la vida según estos valores.

Ellis (1994) está de acuerdo en que los pensamientos y sentimientos no explican completamente el porqué las personas se perturban. Están presentes en la perturbación emocional, pero no son los determinantes únicos, ya que reciben la influencia de otros factores como la biología, la historia del aprendizaje y los factores ambientales. La explicación es compleja y multifactorial. Aunque se conociera la causa real, tampoco se sabe si eso ayudaría mucho. No obstante, considera que uno de los determinantes o influencias es la filosofía personal de vida. También está de acuerdo en que si se intentan controlar los pensamientos y las emociones, muchas veces se generan perturbaciones secundarias, el problema sobre el problema.

No obstante, no está de acuerdo en que los pensamientos sean reacciones naturales y que es mejor aceptarlos que controlarlos. La ACT está más centrada en el cambio de

conducta, mientras que la TREC se orienta más hacia el cambio tanto cognitivo como conductual, y promueve además la autoactualización y la adquisición de unos valores racionales.

En resumen, la ACT está de acuerdo con la TREC en que se requiere un profundo cambio filosófico, así como de conducta, para que se produzca una mejoría significativa en los pacientes, pero se diferencia en que hace hincapié en los métodos paradójicos y de manipulación, más que en los de reestructuración cognitiva (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

TREC y el mindfulness

Tal y como dice Kabat-Zinn (2001; 2005), el *mindfulness* o atención plena es «la conciencia que surge como resultado de centrar la atención en el momento presente y sin valorar las experiencias desarrolladas momento a momento». El objetivo es la percepción del momento presente, del aquí y del ahora, sin evaluaciones ni juicios al respecto. Implica una atención a las sensaciones, los pensamientos y las emociones, sin añadir juicios o valoraciones al respecto. En resumen, el *mindfulness* se centra principalmente en dos aspectos básicos:

- a) La suspensión del juicio o evaluación puede conducir a fluir más con el momento presente y por lo tanto eliminar toda anticipación ansiosa del futuro. Tiene que ver con usar una conciencia no evaluativa, un yo observador (metacognición).
- b) Atender plenamente a todas las experiencias, sensaciones y emociones (conciencia interoceptiva).

Si uno logra centrarse en estos dos aspectos, probablemente dejará de estar estresado y ansioso por múltiples aspectos de la vida cotidiana, y podrá disfrutar plenamente de las cosas presentes.

Considera que si se tiene conciencia plena, se podrá atender a nuevas cosas y desarrollar cambios de actitud ante la vida.

La TREC mantiene ciertas similitudes y diferencias respecto al *mindfulness*:

- No está completamente de acuerdo con suspender el juicio del todo, sino en cambiar la evaluación irracional por la racional. Entiende que la evaluación racional es constructiva y ayuda a conseguir los objetivos y ser más felices. No se trata de eliminar el deseo, sino más bien en eliminar la exigencia o falsa necesidad.
- Considera el *mindfulness* como una forma de meditar o de distracción cognitiva.
- El *mindfulness* entiende que cultivar la paciencia, la quietud y la pasividad son valores buenos y ayudan a tener una vida con conciencia plena en el presente. No

obstante, la TREC se centra más en fluir o estar absorto en la acción que en estar parado observando. Promueve una actitud de tolerancia a la frustración para metas a medio y largo plazo, y ayuda a perseguir activamente los objetivos personales.

- La mente de principiante que señala Kabat-Zinn permite explorar el mundo y las cosas con la mente vacía, sin conceptos previos o prejuicios. La TREC añade la mente crítica o flexible con uno mismo, es decir, estar siempre revisando y comprobando las hipótesis previas y no ir con verdades «absolutas».
- El *mindfulness* se basa en usar el conocimiento intuitivo y no racional. La TREC no está muy de acuerdo en esta cuestión porque la intuición es un conocimiento supersticioso y hay que ir con mucho cuidado y no considerarlo como «absoluto o sagrado». La TREC está más a favor de usar un conocimiento racional e intencional para la acción, aunque en ocasiones puede dejarse llevar por la intuición.
- El *mindfulness* se centra en que la acción viene de la no-acción, es decir, no forzar las cosas o buscar la espontaneidad. No considera el esfuerzo como algo positivo sino como contraproducente. En cambio, la TREC entiende que el esfuerzo no es dañino si está bien dirigido, sino que lo que perjudica es la actitud obsesiva-compulsiva de la acción.
- El *mindfulness* también considera la aceptación, es decir, el ver las cosas tal como son ahora. En eso la TREC está de acuerdo en parte, promoviendo la autoaceptación incondicional de uno mismo, de los demás y de la vida. No obstante, también busca promover activamente el cambio viendo las cosas que sí puede cambiar de la realidad.
- Por último, el *mindfulness* se centra en «soltarse», en no aferrarse a las cosas, en el desapego. En cambio, la TREC considera el debate de las exigencias y las falsas necesidades como la manera de desapegarse de las cosas.

En definitiva, la metodología del *mindfulness*, a diferencia de la TREC y otras terapias cognitivo-conductuales, es que no busca el cambio directo de pensamiento, ni positivo ni racional, sino aumentar la conciencia, el yo observador, atendiendo plenamente al momento presente y experimentando nuevas sensaciones. De esta forma, al cambiar la atención y la percepción de las cosas sugiere que habrá un cambio cognitivo o de valores.

En cambio, la TREC sostiene que, aunque pueda haber un cambio de pensamiento mediante el *mindfulness* y en ocasiones puede funcionar adecuadamente, considera que el cambio profundo y duradero vendrá dado por un cambio en el sistema de creencias. Por esta razón, puede aplicar el *mindfulness* de diferentes maneras:

- Para ayudar a los pacientes a que comprendan la conexión entre su pensamiento y su sentimiento, que tomen conciencia y que observen lo que están experimentando corporalmente cuando expresan para sí pensamientos irracionales.
- Lo pueden aplicar junto con el debate activo y enérgico de las creencias irracionales, que sientan la diferencia en lo que están experimentando cuando mantienen creencias irracionales y cuando mantienen creencias racionales, y eso puede motivarles al cambio.
- Para ayudarles a aumentar su tolerancia a la frustración frente a las sensaciones de incomodidad, como, por ejemplo, a la propia ansiedad. Cuando son plenamente conscientes de que pueden soportar estas sensaciones, su incomodidad disminuye.
- También se aplica como una técnica de distracción o relajación, que permite no centrarse en los «debería» y en las falsas «necesidades».

En resumen, la TREC considera el uso del *mindfulness* en psicoterapia como una técnica experiencial o método de distracción que puede ayudar en el cambio del sistema de creencias, pero no como un método único.

La TREC y otras terapias cognitivo-conductuales

En general, las diferencias entre la TREC y la TCC se pueden dividir en tres niveles: cognitivo, emotivo y conductual (Lega, Caballo, Ellis, 2009).

Terapia Racional Emotivo a Conductual	Terapias cognitivo-conductuales
Diferencias cognitivas Busca un cambio filosófico profundo. Realiza una aproximación humanista-existencial. Fomenta la autoaceptación incondicional. Aplica habitualmente el humor. Considera las exigencias (los «debo») como el eje central de la perturbación emocional. Utiliza frecuentemente el debate socrático. Se concentra más en el problema emocional que en el práctico.	Carecen de una filosofía específica. Son menos humanista-existenciales. Fomentan la autoestima. Aplican el humor solo ocasionalmente. No considera las exigencias como el eje central. Insisten más en otros métodos cognitivos. Se centran más en la solución de problemas y los estilos de afrontamiento. Están más orientadas en cambiar las autovaloraciones negativas.
Se centra más que las TCC en cambiar la baja tolerancia a la frustración. Se preocupa por los síntomas secundarios. Se especializa en la corrección semántica. Es más selectiva en la elección de métodos.	Se centran más en los síntomas primarios. No consideran la corrección tan importante. Son menos selectivas.
Diferencias emocionales	
Diferencia entre emociones «saludables» y «no	

saludables» (cualitativamente). Emplea muchos métodos emotivos. Otorga mucha aceptación incondicional a sus pacientes. Intervenciones más enérgicas.	(cualitativamente). Utilizan menos métodos emotivos. Prestan más atención en dar calidez y aprobación. Intervenciones más suaves.
Diferencias conductuales	
Fomenta las recompensas intrínsecas. Favorece la penalización de la conducta. Utiliza la desensibilización en vivo y la implosión como tarea para casa. Utiliza el entrenamiento de habilidades con un enfoque filosófico.	Favorecen el empleo del refuerzo social. Favorecen el refuerzo de la conducta. Utilizan la desensibilización imaginativa y gradual en la consulta. Utilizan el entrenamiento de habilidades sin tener mucho en cuenta la filosofía personal.

Diferencias cognitivas

- **Busca un cambio filosófico profundo.** Las TCC utilizan diferentes modelos teóricos para tratar diferentes síntomas; la TREC se presenta como una teoría de la personalidad que explica muchos síntomas heterogéneos. Además, busca un cambio en la filosofía de vida del paciente (solución elegante), mientras que las TCC buscan el cambio de los pensamientos y las opiniones puntuales asociados a un comportamiento disfuncional (solución no elegante). Se esfuerza más en un cambio emocional y conductual profundo (estar mejor) que en la eliminación de los síntomas (sentirse mejor).
- **Realiza una aproximación humanista-existencial.** Otro punto importante que diferencia la TREC de las TCC es su posición humanista-existencial al incorporar los puntos de vista de Alfred Adler (1927), Karen Horney (1950), Viktor Frankl (1946), Carl Rogers (1951), entre otros. Considera que todos los seres humanos tienen importancia por el simple hecho de existir y estar vivos, ofrece una visión holística del ser humano, se centra en sus experiencias y valores, y anima a las personas a alcanzar sus metas y sus deseos y a tener una vida más autorrealizada. Además, defiende un humanismo ético que anima a la gente a vivir de acuerdo con reglas que acentúan los intereses humanos, más que en la fe devota a poderes sobrehumanos.
- **Fomenta la autoaceptación incondicional.** Mientras que las TCC consideran el constructo teórico de la «confianza en uno mismo» o «autoestima» como positivo y útil, la TREC considera que todas las evaluaciones del «uno mismo» son generalizaciones. Anima a las personas a aceptarse a sí mismas de forma incondicional, independientemente de cómo actúen, y a valorar sus conductas o rasgos en función de sus metas personales, pero no a valorarse globalmente como

«seres humanos».

- **Aplica habitualmente el humor.** La TREC considera que gran parte de nuestras perturbaciones son debidas a que nos tomamos las cosas demasiado en serio, y que una de las principales maneras para luchar contra ello es utilizar el humor, que ayuda a desdramatizar y relativizar las cosas.
- **Las exigencias (los «debo») son el eje central de la perturbación emocional.** La TREC considera que las inferencias o pensamientos automáticos se derivan de creencias rígidas, mientras que las TCC no las consideran como nucleares.
- **Utiliza frecuentemente el debate socrático.** La TREC utiliza como método principal el debate empírico, lógico y pragmático de cuestionamiento de las creencias irracionales para conseguir una reestructuración cognitiva y un cambio filosófico profundo. Mientras que las TCC utilizan con mayor frecuencia otros métodos cognitivos como las autoinstrucciones, la distracción cognitiva, etc., para modificar los pensamientos disfuncionales.
- **Se concentra más en el problema emocional que en el práctico.** En lugar de intentar encontrar la solución a los problemas o mejorar los estilos de afrontamiento, la TREC trata primero de ayudar a resolver el problema emocional, antes de solventar el problema práctico.
- **Se centra más que las TCC en cambiar la Baja Tolerancia a la Frustración.** Muchas TCC se centran en las autovaloraciones negativas (o ansiedad del ego) por fallar o ser rechazados, mientras que la TREC enfatiza también la baja tolerancia a la frustración (o ansiedad situacional) como una causa de perturbación emocional y fomenta un hedonismo a largo plazo.
- **Se preocupa por los síntomas secundarios.** No tan solo busca las causas por las cuales la persona se siente perturbada (los síntomas primarios), sino que se concentra y busca también las perturbaciones por las cuales esa persona está perturbada (los síntomas secundarios), por ejemplo, se siente ansiosa por estar ansiosa o deprimida por estar deprimida.
- **Se especializa en la corrección semántica.** Modifica y corrige las imprecisiones en el uso del lenguaje. Por ejemplo, cuando la persona dice «Mi jefe me angustia» se la corrige por «Yo me angustio ante mi jefe», ya que no es el jefe la causa de la angustia, sino las creencias respecto a él.
- **Es más selectiva en la elección de métodos.** La TREC es muy ecléctica en la aplicación de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, pero es más selectiva a la hora de elegir aquellos métodos científicos que ayudan a conseguir un cambio más profundo y duradero, más que a usar métodos místicos o paliativos que hagan sentir bien a la persona pero no la ayuden a estar mejor. También suele utilizar métodos más potentes, como la desensibilización en vivo y/o implosión más que

gradual y/o imaginativa.

Diferencias emocionales

- **Diferencia entre emociones «saludables» y «no saludables» (cualitativamente).** Mientras que a nivel emocional las TCC establecen diferencias solo entre emociones negativas y emociones positivas (cuantitativamente), la TREC habla de emociones saludables y no saludables (cualitativamente). Considera que la tristeza profunda no es disfuncional, ya que se origina cuando no se consigue lo que se quiere, y ayuda a buscar nuevas soluciones pero, en cambio, la depresión sí lo es. Que una emoción sea saludable o no está en función de si ayuda a conseguir las metas a largo plazo.
- **Emplea muchos métodos emotivos.** La TREC trabaja directamente con la emoción, identificando cómo se siente el paciente, y utilizando diferentes métodos experienciales como la Imaginación Racional Emotiva (Maultsby, 1971), técnicas de encuentro y de maratón, para lograr el cambio profundo (*insight* emocional). En cambio, no utiliza técnicas emotivas como «soltar la ira» o fomentar la «autoestima» porque considera que produce más problemas que beneficios a largo plazo.
- **Otorga mucha aceptación incondicional a sus pacientes.** La TREC enfatiza la aceptación incondicional, más que dar calidez y aprobación a sus pacientes, y les enseña activamente y de manera directiva la filosofía de la autoaceptación incondicional.
- **Intervenciones enérgicas.** Anima a usar métodos enérgicos o vigorosos para cambiar las filosofías irracionales, ya que suelen estar fuertemente arraigadas y requieren un trabajo intenso. Utiliza, por ejemplo, técnicas de *role-playing* y ejercicios de ataque a la vergüenza.

Diferencias conductuales

- **Fomenta las recompensas intrínsecas.** Aunque es cierto que ambas terapias utilizan métodos para modificar la conducta, la TREC es escéptica sobre la eficacia del refuerzo social. Mantiene una perspectiva individualista-humanista fundamental, que anima a los pacientes a no dejarse condicionar tanto por el exterior y a dirigir sus conductas por ellos mismos (motivaciones intrínsecas).
- **Favorece la penalización de la conducta.** Las TCC pretenden reforzar la

conducta; en cambio, la TREC fomenta el otorgarse penalizaciones inmediatas cuando se realizan conductas disfuncionales.

- **Utiliza la desensibilización en vivo para casa.** Favorece el empleo de la exposición en vivo y la implosión como tarea para casa en mayor medida que las TCC, que la utiliza en la consulta.
- **Utiliza el entrenamiento de habilidades con un enfoque filosófico.** Enseña técnicas de asertividad, de relacionarse y de habilidades sexuales, junto con el cambio en las creencias irracionales. Enfatiza más que las TCC que el cambio conductual proceda de un cambio filosófico.

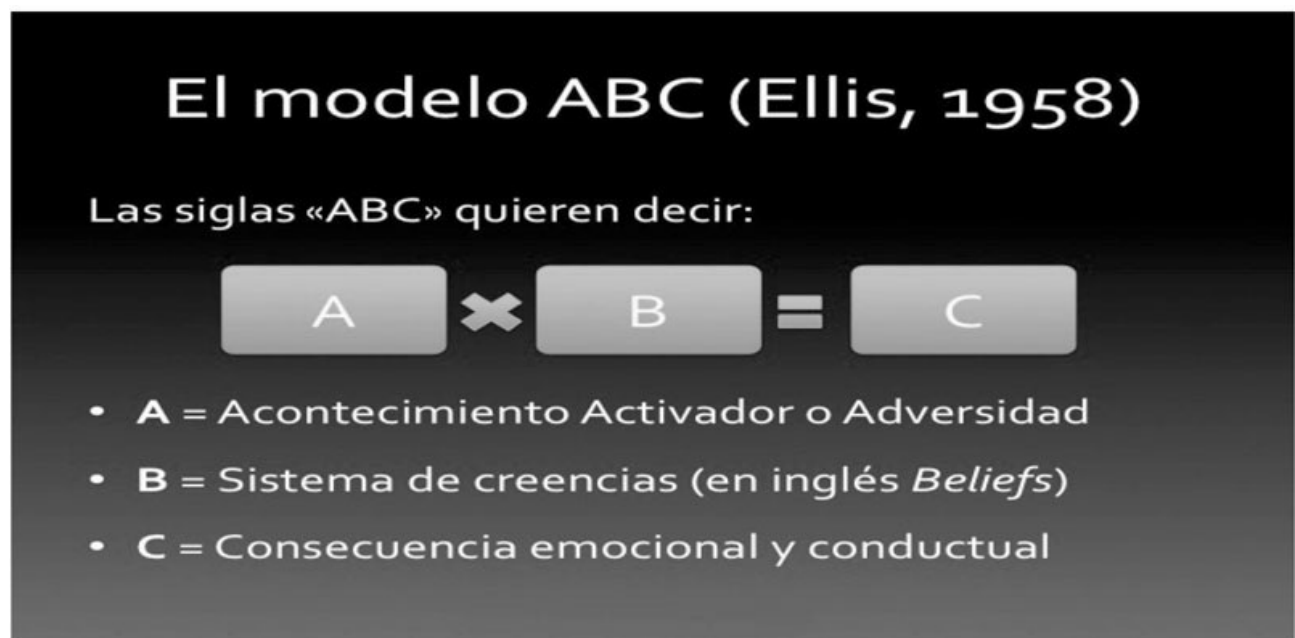
En conclusión, la TREC tiene aspectos constructivistas, integrativos, emotivos y conductuales, y difiere de otras terapias como Beck (1976), Maultsby (1971), Meichenbaum (1977). Además, contiene numerosos aspectos humanistas-existencialistas y es mucho más emotiva que otras terapias cognitivo-conductuales (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, Backx, 2014).

3.2. Modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual

3.2.1. MODELO ABC

El modelo ABC no es tan solo un modelo psicopatológico sino que también es una teoría de la personalidad o un modelo de funcionamiento.

Parte de la premisa estoica (Epicteto, siglo I d.C.) de que «*no nos perturbaban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas*». En el dicho popular sería algo así como «*Todo depende del cristal o la lente con que se mire*».



Las siglas ABC del modelo significan:

- **Acontecimiento Activador o Adversidad** (*Activating event*): se trata de la percepción del evento o situación que ha ocurrido y que ha sido el detonante de la perturbación emocional. Dicho acontecimiento puede ser un hecho externo (por ejemplo, un problema con el jefe) o interno (como un dolor físico o una imagen mental); una situación pasada (como un abuso infantil) o presente (como una discusión con alguien); un hecho objetivo (como un accidente de coche) o subjetivo (como un rechazo imaginado).

Ejemplo A: «Mi jefe me ha despedido del trabajo».

- **Sistema de creencias** (*Beliefs System*): es la percepción, interpretación, creencia o

pensamiento que se tiene sobre el «A». Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Una creencia es racional cuando es empírica, lógica y funcional, y suele tener forma de preferencia (deseos o esperanzas), aceptación, tolerancia y relativismo, e incluir significados tipo «sí/también», o «sí/pero» ante el «A» desagradable que están experimentando: *«Espero que no me ocurra tal desgracia, pero si sucede, podré enfrentarme a ella y todavía tendré oportunidades para ser feliz»*. Mientras que es irracional cuando es mágica, ilógica y disfuncional, y suele tener forma de exigencia, condenación, intolerancia y dramatismo, e incluir significados «tipo o/o» : *«Debo evitar que ocurra tal desgracia o seré un desgraciado toda la vida»*.

Ejemplo B (irracional): *«No puedo soportarlo. Soy un fracasado por haber perdido el trabajo. Es terrible lo que me ha sucedido. Necesito este trabajo. No tendría que haberlo perdido. Nunca encontraré otro trabajo igual»*.

- **Consecuencia emocional y conductual** (*Consequence*): es la reacción fisiológica, somática, y las tendencias de acción que se producen ante el «A». Existen emociones saludables (o insanas) y no saludables (o insanas) que conducen a comportamientos constructivos (o creativos) y destructivos (o derrotistas), respectivamente. Es de primordial importancia que el individuo comprenda que el «A» (el acontecimiento) no causa directamente la «C» (sus emociones y/ o comportamientos), sino que es la interpretación de dicha «A», los pensamientos que la persona tiene sobre ella («B»), lo que genera dichas consecuencias o «C».

Ejemplo C: *«Me siento culpable, enfurecido conmigo, ansioso y deprimido. No como. No duermo. Bebo demasiado alcohol. No busco ningún otro trabajo»*.

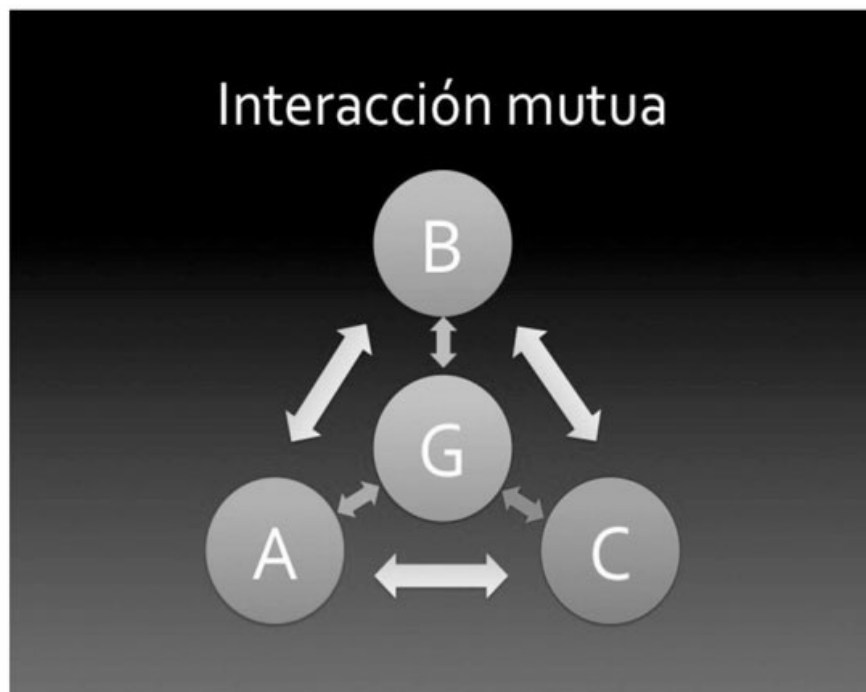
El modelo ABC fue formulado a raíz de la primera publicación en 1962 de *Reason and emotion in psychotherapy* de Ellis, y la teoría se convirtió en la Terapia Racional Emotiva o RET. Posteriormente se reformuló y se actualizó en la segunda edición de *Reason and emotion in psychotherapy: revised and updated*, en 1994, en la que Ellis incluyó la influencia de las metas y los valores en el ABC, y explicó las múltiples y complejas interacciones que existen entre los elementos que forman el ABC.

3.2.2. EL MODELO ABC ES CIRCULAR O CONTEXTUAL

Del modelo lineal del esquema original del ABC (Ellis, 1962), expuesto anteriormente, se ha pasado a un modelo circular o contextual (Ellis, 1994), donde las relaciones se consideran más complejas y todos los componentes (cogniciones, emociones y conductas) están relacionados y en constante interacción e

interdependencia.

El modelo ABC original es el modelo básico y el más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos, y puede ser de gran ayuda terapéutica y educativa. No obstante, presenta una serie de limitaciones epistemológicas, ya que los individuos no responden pasivamente a una realidad que es externa a ellos mismos, sino que activamente construyen su propia realidad y actúan a partir de ella (Mahoney, 1977). Entonces, más que una realidad objetiva que existe por sí misma, se trata de una realidad percibida, interpretada o construida por uno mismo y que forma parte de su sistema de valores y creencias. De esta manera, las personas no solo crean su «C», sino también su «A».



Metas, objetivos y valores («G» o «goals»)

El ser humano está motivado o se mueve por metas y valores. Tal y como dijo Albert Ellis (1994): «*Las personas controlan gran parte de sus destinos creyendo y actuando de acuerdo con sus valores y creencias*».

En general, el ser humano tiene como metas fundamentales y últimas el estar vivo y ser feliz. Las personas buscan su supervivencia y la felicidad, aunque muchas veces de forma poco inteligente o necia.

La persona neurótica es, como dice Ellis (1957) en *How to live with a neurotic at home and at work* (*Cómo vivir con un neurótico en casa o en el trabajo*, 2004), aquella

persona que es inteligente, pero que actúa en contra de sus intereses. Por ello, casi todas las personas lo son en mayor o menor medida en algún momento de su vida (o a lo largo de toda su existencia). Sin embargo, se define de manera imprecisa como «neurótica» a la persona que con frecuencia actúa de forma contraproducente y destructiva. La persona que se encuentra perturbada normalmente se centra en el *cómo* y no en el *qué*. Está muy perturbada por *cómo* lo está haciendo, pero no dirige la atención en el *qué* está haciendo, que sería la única forma o, al menos, lo que la ayudaría a no volver a cometer el mismo error. Al centrarse en el *cómo* lo único que consigue es no ver dónde se equivoca y no logra remediar el error, por lo cual es probable que vuelva a cometer la misma equivocación y se perturbe aún más.

Para conseguir estas metas fundamentales (supervivencia y felicidad), las personas crean submetas. Estas submetas están muy influenciadas por la cultura y la sociedad, así que pueden variar de un lugar a otro y de un tiempo a otro, así como por la experiencia personal. Las metas que se plantean y desean no son necesarias para ser feliz. De hecho, la persona las crea mediante su aprendizaje biosocial, en el que interviene tanto el propio individuo como la sociedad.

Por lo general, la gente quiere ser feliz en una o varias áreas: estando solo, estando con otros, relacionándose íntimamente con unas pocas personas, realizándose a nivel de conocimientos, a nivel vocacional, a nivel económico, y durante el tiempo libre y el ocio. Es cierto que cuantas más submetas (deseos) se consiguen, mayor felicidad se obtiene, y por el contrario, cuantas menos se logren, menor será la felicidad (Ellis, 1994).

Para la mayoría de la gente, ser más feliz consistiría en tener un trabajo que le permitiera sentirse realizado, alcanzar el éxito, la fama, poseer muchas cosas, una buena educación, el éxito en el amor, buen sexo, la amistad, el ocio, dinero, estar bien con los demás, la familia, el cuidado de los otros, sentirse satisfecho consigo mismo, buena salud, buen aspecto físico, estar inmerso en un proyecto vital, estar menos perturbados, obtener placer y evitar el dolor.

Pero la felicidad no depende de lo que se tiene o no se tiene, sino de una filosofía básica de vida, de la adopción de unos valores o actitudes racionales. Las metas serían los deseos de lograr una mejor existencia, y los valores, la forma de ir por la vida; los valores ayudan a ser más felices y a conseguir con eficacia los objetivos.

En definitiva, la TREC asume un modelo del ser humano motivado por metas y valores. Le da un papel activo en la creación de los mismos y con una mirada al futuro. Tiene un punto de vista humanista, constructivista y existencialista al fomentar los valores básicos y la búsqueda de la felicidad.

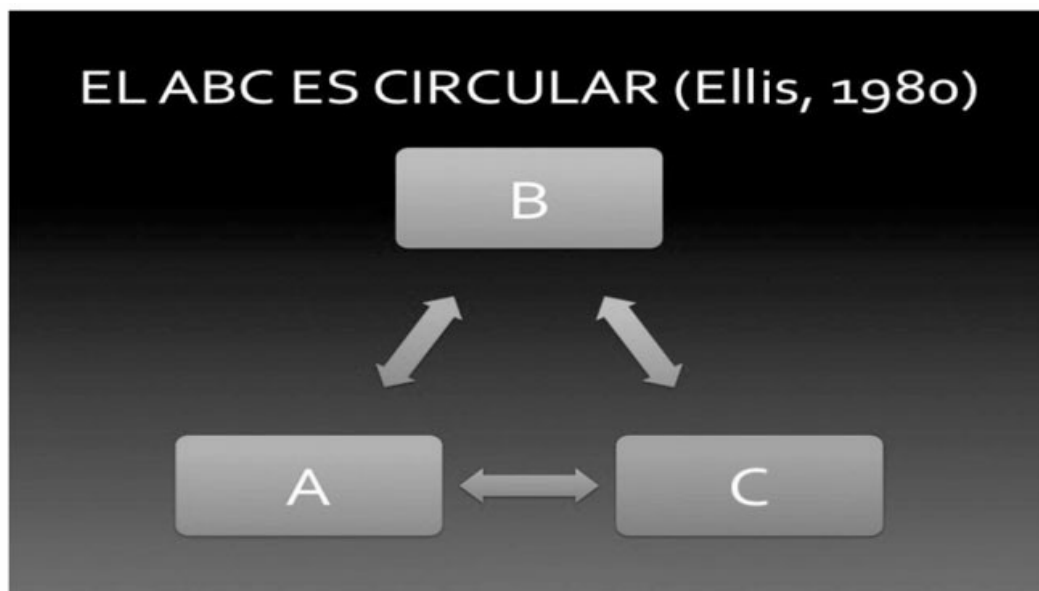
El tener unos valores y metas («G») influye en el «ABC» de la perturbación emocional. La mayoría de las metas incluyen elementos cognitivos, fisiológicos, emotivos y conductuales. En función de los valores básicos, la realidad será interpretada como

buena o mala («A»), se activarán ciertas creencias evaluativas, racionales e irracionales, de uno mismo («B»), y una consecuencia emocional y conductual determinada («C»), más o menos intensa en función de la importancia de la meta.

Por ejemplo, si un individuo tiene como objetivo conseguir un determinado trabajo, prestará especial atención a ciertas circunstancias de la realidad porque las considera importantes para conseguirlo, pero también porque podrían reflejar la visión que tiene de sí mismo. El hecho de perder ese trabajo será percibido como un fracaso, y es posible que se activen ciertas creencias irracionales al respecto como «Si no consigo lo que debo tener, eso prueba que soy un inútil». Esta evaluación de la situación produce ciertas emociones y comportamientos, como el deprimirse y beber alcohol.

Las metas influyen en el «ABC» y, a su vez, este sobre las metas y valores. Así pues, ante frustraciones («A») repetidas (como no conseguir un determinado trabajo) o ante ciertas circunstancias o «nueva A» (como la experiencia de padecer un cáncer), uno puede plantearse un cambio de metas y buscar nuevos objetivos, como valorar el estar más tiempo con la familia en vez de en el trabajo. Por otra parte, si uno cree que «es un inútil» («B»), puede decidir dejar de buscar ciertos objetivos y cambiarlos por otros más acordes con las creencias que tiene de sí mismo, como buscar un trabajo menos cualificado. Y, por último, si uno se siente deprimido y consume alcohol («C»), puede dejar de perseguir sus metas para evitar su dolor emocional o puede sustituirlas por otras que le ayuden a sentirse mejor.

En el nuevo modelo circular se reconocen las múltiples influencias e interacciones entre las metas y valores («G») y «A», «B» y «C» (Ellis, 1991).



3.2.3. LAS COMPLEJAS INTERACCIONES ENTRE «A», «B» Y «C»

El «A» (Acontecimiento Activador) es la percepción de la realidad y, por tanto, una realidad construida según sus creencias o esquemas («B») y sus metas y valores personales («G»). Por ejemplo, una mujer que dice: «Necesito ser madre y tener hijos para ser feliz, si no no valgo nada» («B»), tiende a percibir que a su alrededor hay más mujeres embarazadas y felices («A») que una mujer que no tiene esta creencia o esa meta. La realidad que uno atiende y selecciona está muy relacionada con la manera en cómo la evalúa. De ahí la ecuación $A \times B = C$ (Ellis, 2002).

La «C» (Consecuencia emocional y conductual) es la reacción emotiva y las tendencias de acción, que influyen y modifican las creencias («B») que se tienen sobre «A». Por ejemplo, cuando una mujer se siente deprimida por no tener hijos, su estado emocional influye en que tenga más pensamientos negativos como que «nunca lo logrará y será una mujer desdichada» y vea su realidad peor de lo que de hecho es. Las emociones y las conductas desempeñan un papel importante a la hora de confirmar o no confirmar las creencias y modificar la realidad percibida.

A su vez, la «C» puede convertirse en un nuevo «A». Es decir, que si una mujer se siente deprimida por no ser madre, este estado emocional puede convertirse en un nuevo acontecimiento activador (nuevo «A») y deprimirse por estar deprimida (perturbación secundaria).

Por último, ante determinados «A» puede haber una reacción emocional condicionada o automática («C»), precognitiva (LeDoux, 2000). Por ejemplo, ante determinadas fobias o ataques de pánico, el estímulo puede provocar una respuesta fisiológica antes de que el cerebro haya procesado la información («B»). No obstante, para que una emoción se mantenga en el tiempo, tiene que intervenir una creencia o valoración, poscognitiva.

3.2.4. EL MODELO ABC SECUNDARIO O PERTURBACIÓN SECUNDARIA (META CONSECUENCIAS)

La TREC considera que las perturbaciones secundarias (o metaconsecuencias) son, en muchas ocasiones, el origen y el mantenimiento del trastorno emocional, como puede suceder en el caso de las fobias. Asume que la perturbación secundaria sobre su perturbación primaria se produce con frecuencia y la busca de forma activa. Cuando descubre esa perturbación secundaria, la TREC trata primero de ayudar al paciente a superarla y luego trabaja para superar sus trastornos primarios (Ellis, 1985).

La perturbación secundaria se produce cuando la «C» inicial se convierte en un

nuevo «A», con su respectiva evaluación errónea, o nueva «B», y su correspondiente consecuencia o nueva «C». Por ejemplo, si el acontecimiento activador inicial («A») es quedarse encerrado en el ascensor, se evalúa en un primer momento como «horrible y espantoso» («B»), lo cual acarreará una serie de consecuencias emocionales, como la ansiedad («C»). Luego, el sentir ansiedad (al acercarse a los ascensores) constituirá un nuevo acontecimiento activador (o «nuevo A»), que será evaluado por el sujeto como «insostenible e imposible de sobrellevar» (o «nueva B», metapensamiento), lo que produce nuevas consecuencias emocionales, como puede ser más ansiedad o depresión (o «nueva C»). El siguiente ejemplo ilustra cómo funciona este esquema en el miedo a hablar en público (Dryden, 2006):

A	B	C		
Hablar en público	DEBO hacerlo muy bien	Ansiedad		
	¡Es HORRIBLE si sale mal!			
	¡Haré el RIDÍCULO!	Hiperactividad Sistema nervioso autónomo		
		Nueva A	Nueva B	Nueva C
		Ansiedad	No DEBO estar ansioso ¡Es HORRIBLE sentirse así! ¡Soy ESTÚPIDO!	Más ansiedad Más hiperactividad autónoma

Con frecuencia se observa cómo la persona se siente ansiosa por estar ansiosa, deprimida por estar deprimida e iracunda por estar iracunda, es decir, se producen metaemociones (problemas por tener problemas). Según DiMattia (Sorribes y Lega, 2013). existen diferentes tipos de perturbaciones secundarias en función de la emoción insana primaria:

Ansiedad

Si uno siente ansiedad («C») ante un hecho que se percibe como amenazante o peligroso («A»), puede además sentirse:

- Ansioso por estar ansioso («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Sería *horrible* si sigo ansioso.
 - *No soporto* estar ansioso.
 - *No puedo funcionar* cuando estoy ansioso.
 - Sería *terrible* si la gente se enterase de que estoy ansioso.
- Deprimido por estar ansioso («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Es *demasiado* difícil funcionar con ansiedad.
 - Mi ansiedad *prueba que como persona no tengo remedio*.
 - *Nunca puedo funcionar* efectivamente cuando estoy ansioso.
 - *No vale* la pena vivir con esta ansiedad.
- Iracundo por estar ansioso («nueva C»), pensando («nueva B»):

- *No debería* ser un ansioso.
- No es *justo* que yo sea tan ansioso.
- La vida *no debería* ser tan difícil.
- *No debería* ser tan débil.
- Culpable por estar ansioso («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Estar ansioso *prueba mi falta de valía*.
 - Si fuese *mejor persona*, no sentiría ansiedad.
 - *Soy un completo perdedor*.

Depresión

Si uno siente depresión («C») ante un hecho que se percibe como un fracaso o pérdida («A»), podrá sentirse también:

- Ansioso por estar deprimido («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Sería *horrible* si sigo deprimido.
 - *Nunca* dejaré de estar deprimido.
 - Esta depresión irá a *peor*.
 - Tendré que estar hospitalizado y eso será *horrible*.
- Deprimido por estar deprimido («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - *Soy una persona inútil* por estar deprimido.
 - *No hay forma* de sobreponerme a esta depresión.
 - Solo *los débiles* se deprimen.
 - *No puedo soportar* la vida estando deprimido.
- Iracundo por estar deprimido («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - *No debería* estar deprimido.
 - No es *justo* que esté deprimido.
 - La vida *no debería* ser tan difícil.
 - *No debería* tener que trabajar para superar mi depresión.
- Culpable por estar deprimido («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Mi depresión *prueba que soy un inútil*.
 - Solo *los débiles* se deprimen.
 - *No les sirvo* a mi familia y a mis amigos con esta depresión.
 - Soy un fracasado.

Ira

Cuando uno siente ira («C») ante un hecho que percibe como ofensivo e injusto («A»), también puede sentirse:

- Ansioso por estar iracundo («nueva C»), pensando («nueva B»):

- Si no puedo controlar mi ira, algo *terrible* va a suceder.
- Si no puedo controlar mi ira, *perderé* a mi familia.
- Me convertiré *en alguien violento* si pierdo el control de mi ira.
- Mi ira parece ser cada vez *peor*.
- Deprimido por estar iracundo («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Es *imposible* manejar mi ira.
 - Está en mis genes y *no tengo control* sobre mi ira.
 - Me veo *horrible* cuando me pongo iracundo.
 - No hay esperanza..., *estoy condenado* a la autodestrucción.
- Iracundo por estar iracundo («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Es simplemente *injusto* que otros no me acepten.
 - *Los otros no deberían* hacer cosas que me enfadan.
 - *Mis padres deberían* haberme enseñado a manejar mi ira.
 - *No debería* tener que trabajar tanto para manejar mi ira.
- Culpable por estar iracundo («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Mi ira prueba que *soy un inútil*.
 - *No soy una buena persona*.
 - *Soy una persona muy débil*, debería saber manejar mi ira.
 - *Soy un completo perdedor*.

Culpa

Cuando uno siente culpabilidad (C) ante la percepción de haber roto una regla moral o ética (A), puede también sentirse:

- Ansioso por sentirse culpable («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - *Siempre* me sentiré culpable y esto *es terrible*.
 - *No puedo soportar* la culpa.
 - *Nunca* me aceptaré a mí mismo ni disfrutaré de la vida.
 - *Nadie* me aceptará si no puedo aceptarme a mí mismo.
- Deprimido por sentirse culpable («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - Mi culpa *siempre* estará ahí por la forma en que me han educado.
 - No importa cuánto me esfuerce en obrar correctamente, *siempre* me sentiré culpable.
 - Si *valiese como persona*, no me sentiría culpable.
 - No hay esperanza..., *nada podrá cambiar* mis sentimientos.
- Iracundo por sentirse culpable («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - *No debería* sentirme culpable todo el tiempo.
 - *No es justo* que, por más que me esfuerce, siga sintiéndome culpable.

- *Mis padres deberían haberme enseñado a no sentirme culpable.*
- *Debería poder quitarme la culpa.*
- Culpable por sentirse culpable («nueva C»), pensando («nueva B»):
 - *Mi culpa prueba que soy un inútil.*
 - *Si fuese una buena persona, no me sentiría culpable.*
 - *Si fuese una mejor persona, no me sentiría culpable.*
 - *Mi culpa es mi castigo por no ser una buena persona.*

Como se puede ver, la sintomatología secundaria es un proceso complejo y un elemento clave en el éxito o el fracaso del proceso psicoterapéutico. Aunque no está presente en todas las situaciones, Ellis sugería que se explorase la posibilidad de si existe o no un ABC secundario, como lo ilustra la siguiente sesión con una mujer con problemas de soledad:

Ellis: *Sally, díganos con sus propias palabras, ¿cuál cree que es su problema?*

Sally: *Me he divorciado hace poco y tengo un hijo... En los dos últimos años, por primera vez he estado sola y he estado teniendo problemas con esos sentimientos de soledad... Mi forma irracional de manejar mis emociones y mis pensamientos me llevan a deprimirme durante un período de tiempo y me impiden dedicarme a mis estudios de posgrado y a mi hijo..., pues esas emociones y pensamientos son a veces muy intensos... En realidad, se intensificaron después de tener una bonita relación amorosa, que yo convertí en un amor necesario y desesperado. Él era un hombre casado y cuando se mudó a vivir fuera de la ciudad solo podía verle una vez al mes. No pude soportarlo, así que preferí no verlo más. Y me vuelvo irracional..., y tengo estas emociones y pensamientos ridículos... Por eso me deprimó. Anteriormente pensaba que siempre me sentiría así. Pero ahora sé que durará solo unas cinco horas...*

Ellis: *Veo que tiene dos problemas: el primero es la soledad, que siente como horrible, pero luego, por lo que me dice, veo un segundo problema: cuando se siente sola se autodevalúa por sentirse así... Muchas personas presentan dos síntomas: el inicial y luego la autodevaluación por sentirlo... En el primer caso, el «A», que está sola, y la «C», que se siente sola, pero luego convierte esa «C» en un nuevo «A», y el nuevo «A», me siento sola, genera otra «C», sentirse avergonzada; se autodevalúa...*

Sally: *Sí, me autodevalúo, y tengo un conflicto, pues quiero estar sola, pero quisiera hacerlo maravillosamente, en lugar de verme como una persona sin valía... Y aunque no me lo digo siempre, selecciono a veces pensamientos que llegan a esa conclusión...*

Ellis: *Por ejemplo, cuando se siente deprimida o culpable por sentirse sola.*

Primero sola y luego culpable y avergonzada por sentirse así. En las ocasiones en que se siente avergonzada por sentirse así, ¿qué se dice a sí misma? ¿Cuál es su «B»? Cuando se siente sola, o «A», y se siente culpable o avergonzada por ello, o «C», ¿qué se dice a sí misma acerca de sí misma, o «B», su sistema de creencias?

En caso de que exista un problema emocional secundario, la preferencia de Ellis y la TREC es hacer frente al problema secundario antes que al primario. Después de haber eliminado la creencia de que la persona no «debe» experimentar emociones disfuncionales por ser «demasiado incómodo o intolerable», es probable que el paciente sea más receptivo al cuestionamiento de que es un incompetente por generar dichas emociones, o de que la situación primaria es una verdadera catástrofe. En algunos casos, si los detalles específicos de una determinada sesión sugieren dar prioridad a la sintomatología primaria (como, por ejemplo, después de identificar ambos ABC, el paciente expresa que el primario «le causa mayor dificultad»), el ABC secundario puede abordarse después del primario, pero en la misma sesión de psicoterapia.

Algunos ejemplos «clásicos» de sintomatología secundaria son:

A) El caso de Andrés: culpa por sentir ira

Andrés era una persona responsable en su trabajo, generoso con su familia y, en general, alguien con quien era relativamente fácil relacionarse, a excepción de un par de veces al mes, cuando «se iba de parranda». En esas ocasiones consumía bebidas alcohólicas, y, a medida que las bebía, su incapacidad de controlar su agresión por cosas de escasa importancia era cada vez más evidente. Aunque no pasaba de insultos y gritos, este patrón de conducta comenzaba a tener impacto en sus amigos, quienes empezaron a evitar su compañía. Al día siguiente, Andrés se deshacía en excusas con ellos y se sentía terriblemente culpable por su comportamiento.

En su ABC inicial o primario, el «A» inicial fue «ir a un lugar distinto del que Andrés deseaba» y la «B» fue «Debo obtener de la vida y de otras personas lo que yo quiero» (exigencia absolutista de comodidad). La «C» inicial fue la ira (sentimiento) y los gritos (comportamiento).

En su ABC secundario, el «nuevo A» es la «C» inicial (ira y gritos) y la «nueva B» (secundaria) es: «No debería haberme comportado tan groseramente con mis amigos... Soy verdaderamente despreciable» (evaluación global). La «nueva C» (secundaria) es culpa.

Es importante recalcar que aunque la condenación está presente en la depresión y en la culpa, esta última es producto de haber roto normas o reglas éticas, sociales o morales, como, en este caso, tratar inapropiadamente a los amigos, lo que rompe una norma social preestablecida. Si Andrés hubiese sentido ira, más que culpa, el terapeuta trabajaría

únicamente con el ABC primario o inicial.

B) La ambivalencia de Amparo: ansiedad por sentir ansiedad

«¿Por qué tengo tanta dificultad en estar satisfecha con mi vida, si soy una mujer profesional y "liberada", y aunque me gusta vivir sola, también me disgusta...?», preguntó Amparo en una sesión. Después de explorarlo en terapia, este es el resumen de sus ABC para esa situación en particular:

En su ABC inicial o primario, el «A» inicial fue «ir sola a la boda de una amiga suya», pues no le agradó la pareja que sus amigos le habían asignado para la ocasión, y la «B» inicial fue: «Debo obtener de la vida lo que yo quiero, en mis propios términos, pues prefiero estar sola que mal acompañada» (exigencias absolutistas de comodidad y perfeccionismo). La «C» inicial fue ansiedad e indecisión.

En su ABC secundario, el «nuevo A» es la «C» inicial (ansiedad) y «la nueva B» (secundaria) fue: «¡Qué espantosamente desagradable sentirme así!... Es imposible disfrutar de esta ocasión si me siento tan ansiosa... ¡¡¡No lo soporto!!!» (Baja Tolerancia a la Frustración). La «nueva C» (secundaria) es mayor ansiedad.

3.2.5. EL MODELO ABCDEF

El objetivo de la TREC es ayudar a las personas a elaborar pensamientos más racionales y constructivos respecto a los acontecimientos. Establece que las personas no solo eligen activamente seguir y aferrarse a sus filosofías y comportamientos disfuncionales, sino que también pueden optar por un cambio en sus pensamientos, sentimientos y comportamientos si se les persuade y se les enseña cómo hacerlo (Ellis, 1986).

El eje central consiste en cambiar el pensamiento dogmático, «irracional» y frecuentemente implícito (los «debo», o exigencias absolutistas, o «B»), utilizando el Debate o Disputa («D»), con el propósito de reemplazarlo por una nueva filosofía racional («E»), más lógica, más empíricamente verificable y más eficaz a largo plazo en la obtención de las metas personales de los individuos, y que conducen a sentimientos saludables y comportamientos funcionales («F»).

Debate («D»)

El «debate» o cuestionamiento de las creencias irracionales («D») enfatiza el uso del método científico y el debate lógico-empírico de ayudar a las personas a cambiar sus

creencias irracionales que le llevan a la perturbación emocional.

Existen diferentes tipos de debate, y se puede clasificar según su estrategia y su táctica. Durante el debate, el terapeuta se servirá de una estrategia y escogerá una táctica (o estilo). Esta elección vendrá dada según las características y la personalidad del paciente.

Utiliza tres estrategias que se centran: (1) en el debate lógico/filosófico, (2) en el aspecto empírico/realista, y (3) en el aspecto pragmático/práctico (la primera de ellas es parte de la TREC preferencial); y cuatro tácticas posibles (mayéutica socrática, didáctica, humorística y metafórica). Esto representa doce posibilidades de debate por cada una de las creencias irracionales.

El debate lógico/filosófico

En muchas ocasiones, cuando se razona, se sacan conclusiones ilógicas e incoherentes con las premisas básicas. Por ejemplo, si se parte de la premisa «Si a Marta realmente le importo, me tiene que llamar» y lo que ocurre es que «no me llama», entonces, uno deduce que «no le importo». En este ejemplo se observa que la conclusión es incoherente porque no se deduce de la premisa básica inicial.

He aquí otro: «Como me gustaría ser capaz de hacerlo bien, tengo que lograrlo» (Si «P» entonces «Q») y sucede que «fracaso» (no «Q»); entonces, deduzco ilógicamente que «soy un inútil» (no «P»).

La TREC enseña a usar la dialéctica, el arte de razonar, para tratar de ver las incoherencias y conclusiones ilógicas, y para que salgan a la luz nuevas ideas más coherentes:

- *«¿Es lógico este pensamiento? ¿Del hecho de que pase esto se deduce lo otro? ¿Esta conclusión es lógica? ¿Que suceda esto significa lo otro? ¿Tiene sentido este pensamiento?».*

Debate empírico/realista

Cada uno actúa en la realidad bajo la influencia de una creencia o idea sobre lo que es cierto o verdadero (epistemología personal). Este conocimiento puede haberse adquirido mediante personas significativas o figuras de autoridad, o habérselo inventado uno mismo.

La TREC enseña a aplicar el método científico para que las personas tomen sus conocimientos como hipótesis y traten de verificar las creencias; de esta manera, podrán

ver si estas últimas son congruentes y concuerdan con los hechos de la vida, lo cual les permitirá formularse nuevas creencias empíricamente acordes con la realidad observable:

- *«¿Dónde está la evidencia de que la creencia es cierta? ¿Qué pruebas tiene de que tal creencia es verdadera? ¿Existe alguna ley que diga que esto es cierto?».*

Debate pragmático/práctico

Las creencias se mantienen, más o menos conscientemente, porque tienen algún beneficio para la persona. Así, por ejemplo, la creencia de que «Soy un desastre» puede ser útil a corto plazo para no enfrentarse a ciertas responsabilidades y evitar el temido fracaso.

La TREC enseña a aplicar el análisis coste-beneficio para mostrar que el mantenimiento de ciertas creencias no es conveniente a largo plazo. Es decir, genera más problemas que beneficios:

- *«¿Es útil mantener esta creencia a largo plazo? ¿A qué consecuencias le lleva pensar así?».*

Mayéutica socrática

Es una táctica excelente en la medida en que permite a la persona tomar conciencia por sí misma de sus ideas y de su racionalidad. Se trata de plantear preguntas que vayan conduciendo a la persona a dar los pasos mentales necesarios para desmontar sus creencias irracionales y construir alternativas racionales. Por ejemplo:

- *«¿Cree que es lógico que, simplemente porque usted lo desee, ellos tienen que obrar de otra manera?».*

Didáctica

Consiste en ofrecer una explicación al paciente de por qué las creencias irracionales no son realistas, ni lógicas, ni funcionales. Se puede hacer verbalmente o asignándole lecturas. Es importante ser breve y no extenderse demasiado para no confundir al paciente. También es importante confirmar que el paciente ha entendido la explicación. Es muy útil si se combina con el método socrático. Por ejemplo:

- *«Usted desearía que ellos obrasen de otra manera, pero no hay ninguna relación lógica entre este deseo y la exigencia de que deban hacerlo. ¿Puede decirme con*

sus propias palabras qué ha entendido de lo que acabo de decirle?».

Humor

Permite a menudo desdramatizar y tomar una distancia razonable con la gravedad de los problemas presentados. Naturalmente, esta táctica se utilizará cuando haya una buena alianza terapéutica, el paciente tenga sentido del humor y solo en un contexto que no hiera su sensibilidad. Para ello se podrá recurrir a la exageración, a las canciones y al uso de paradojas. Es importante que quede claro que de lo que se trata es de reírse de la creencia irracional, no de la persona. Por ejemplo:

- *«Si fuese suficiente con exigir que los otros se comporten de la manera que nos gusta para que esto se realice, yo podría exigirle que no se ponga furioso nunca más, y su problema estaría resuelto, ¿no cree?».*

Metáforas

Las metáforas permiten al paciente establecer por sí mismo las relaciones al apoyarse en las similitudes entre la metáfora y su propia situación. Se puede recurrir a las analogías, los poemas, los aforismos, las parábolas y las historietas. Por ejemplo:

- *«Desde siempre, los seres humanos dictan leyes que les permitan convivir, y prevén sanciones para los que no las respeten. Hagamos lo que hagamos, los seres humanos continuamos violándolas. Parece ser que no se puede cambiar a los seres humanos por decreto, ¿no?».*

Nueva filosofía racional («E») y nueva consecuencia emocional y conductual («F»)

Mediante el debate de las creencias irracionales («D») se pretende conseguir unas nuevas creencias racionales más flexibles, lógicas y coherentes, empíricamente congruentes y verificables y/o que sean útiles y convenientes para conseguir los objetivos personales («E»).

El eje central de esta nueva filosofía se caracteriza por la aceptación de la realidad y de una visión realista, no exagerada, flexible y no dogmática de las cosas. Las creencias racionales se manifiestan en forma de:

1. **Preferencias/Deseos:** creencias flexibles de uno mismo, de los demás y de la vida

sobre cómo nos gustaría que fueran, pero sin convertirlo en una «necesidad» o una exigencia que «debe suceder». Por ejemplo: «Prefiero su aprobación, pero no la necesito».

2. **Aceptación:** creencias no sensatas y creencias condenatorias acerca de uno mismo, los demás o la vida. Juzgar o evaluar las conductas, los aspectos, los rasgos o las características de las cosas, pero sin hacer evaluaciones globales de ello. Por ejemplo: «Su conducta es injusta, pero eso no significa que sea una persona mala».
3. **Tolerancia a la frustración:** aceptar las dificultades, los contratiempos, los malestares y las incomodidades de la vida, pero sin considerarlas como imposibles de sobrellevar. Por ejemplo: «Esta situación es incómoda, pero la puedo soportar».
4. **Relativizar o desdramatizar:** evaluar las posibles consecuencias malas o desagradables, pero sin exagerar la situación convirtiéndola en algo más grave de lo que en realidad es. No ver las consecuencias de una acción o un hecho como el fin del mundo o lo peor que podría pasar. Por ejemplo: «Es muy desagradable que me suceda esto, pero no es horrible ni terrible».

La adquisición de una nueva filosofía racional lleva consigo una nueva consecuencia emocional y conductual («F»), es decir, unas emociones más saludables (como la tristeza en lugar de la depresión), y unos comportamientos más constructivos y resolutivos (como comportarse asertivamente ante una situación, en vez de reaccionar agresivamente).

Ejemplo de un caso práctico

El caso de Toni

Toni trabajaba en una empresa textil, estaba casado y tenía tres hijos. Un día, volviendo a casa, sintió un fuerte dolor en el pecho mientras iba en el tren y se fue a urgencias pensando que era un ataque al corazón. En el hospital, los médicos le dijeron que lo que en realidad había sufrido era un ataque de ansiedad y le recetaron ansiolíticos. A partir de entonces, cada vez que iba a tomar el tren (o pensaba en viajar en él) sentía pánico ante la posibilidad de que le diera otro ataque cardíaco, y se tomaba sus medicamentos e intentaba distraerse y ocupar su mente leyendo durante el trayecto.

Durante la sesión de terapia se dio cuenta de que cuando iba a tomar el tren se decía: «¡No debo tener otro ataque! Debo hacer lo correcto para que esto no suceda. ¡Seré un idiota si tengo otro ataque!». Y que estos pensamientos le llevaban a estar ansioso («conexión B-C»).

A su vez, también se dio cuenta de que, debido a su ansiedad, se sentía más ansioso

por no poder controlarlo y tener que tomar pastillas (perturbación secundaria). Se decía a sí mismo: «¡No debo estar ansioso! ¡No debo tener pánico! ¡Es horrible e insoportable esta sensación».

En resumen, en este caso se pudieron identificar los dos «ABC», el primario y el secundario.

El «ABC» primario:

A - El tomar el tren para ir a trabajar o de vuelta de la oficina, e incluso, cada vez que pensaba en viajar en tren. La posibilidad de tener un ataque cardíaco.

B - Exigencia perfección/éxito + condenación: «Debo triunfar; debo ser perfecto. ¡Debo hacer lo correcto y no llegar a tener un ataque al corazón! Si no lo hago bien, seré un idiota».

C - Emocional: ansioso (por tener un ataque al corazón); y conductual: tomar medicación tranquilizante. Ocupar la mente en algo, como distraerse leyendo.

El «ABC» secundario:

A' - Ansiedad

B' - Exigencias de comodidad/justicia + baja tolerancia a la frustración: «¡No debo estar ansioso! ¡No debo tener pánico! Es horrible e insoportable esta sensación».

C' - Ansioso por la ansiedad.

En el proceso terapéutico se le enseñó a debatir cada una de las creencias irracionales («D») que le conducían a la perturbación emocional para que encontrara nuevas filosofías racionales («E»):

D - Exigencia perfección/éxito: «Debo triunfar; debo ser perfecto».

*Empírico: «¿Dónde está escrito que debe hacerlo bien?».

E - «En ningún sitio. Me gustaría hacerlo bien, pero si no lo hago, pues no lo hago. No tengo que hacerlo todo rápido o perfectamente bien. Lo haré lo mejor que pueda, y ya está.»

*Lógico: «¿Del hecho de que quiera hacerlo bien se deduce que tengo que hacerlo?».

E - «Me gustaría triunfar, pero no siempre tengo que conseguir lo que quiero.»

*Pragmático: «¿Adónde te conduce pensar que debes hacerlo bien?».

E - «A sentirme muy ansioso al subir al tren.»

D - Condenación: «Si no lo hago bien, seré un idiota».

*Empírico: «¿Puedes demostrar que el 100 % de tus comportamientos son idiotas?».

E - «No puedo demostrarlo. De hecho, aparte de la ansiedad, la mayoría de mis comportamientos son buenos.»

*Lógico: «¿Por tener ansiedad se puede deducir que eres globalmente un idiota?».

E - «Por tener ansiedad no se puede deducir que toda mi persona sea idiota. Hay

muchas personas que sienten ansiedad y eso no las convierte en menos valiosas que los demás.»

*Pragmático: «¿Te ayuda a conseguir tus objetivos decirte que eres un idiota?».

E - «No me ayuda en nada, solo para ponerme más ansioso aún.»

D - Exigencia comodidad/justicia: «No debo estar ansioso».

*Empírico: «¿Existe alguna ley en el universo que diga que no debes estar ansioso?».

E - «No existe tal ley. Si estoy ansioso, pues estoy ansioso ¡Mala suerte! Y si me empeño en ello y cambio mi filosofía, puedo hacer que apenas aparezca.»

*Lógico: «Porque no quieres estar ansioso, ¿entonces no debes estarlo?».

E - «Del hecho de que no quiera sentir ansiedad no puedo deducir que no deba sentirla.»

*Pragmático: «¿Es útil mantener la exigencia de que no debo estarlo?».

E - «No me es útil. Me conduce a sentirme más ansioso.»

D - Baja Tolerancia a la Frustración: «Es horrible e insoportable esta sensación».

*Empírico: «¿Tienes pruebas de que realmente no puedes soportar la ansiedad?».

E - «No las tengo..., de hecho la estoy soportando, pero es muy difícil e incómoda.»

*Lógico: «¿Del hecho de que sea difícil e incómoda se puede deducir que es horrible e insoportable?».

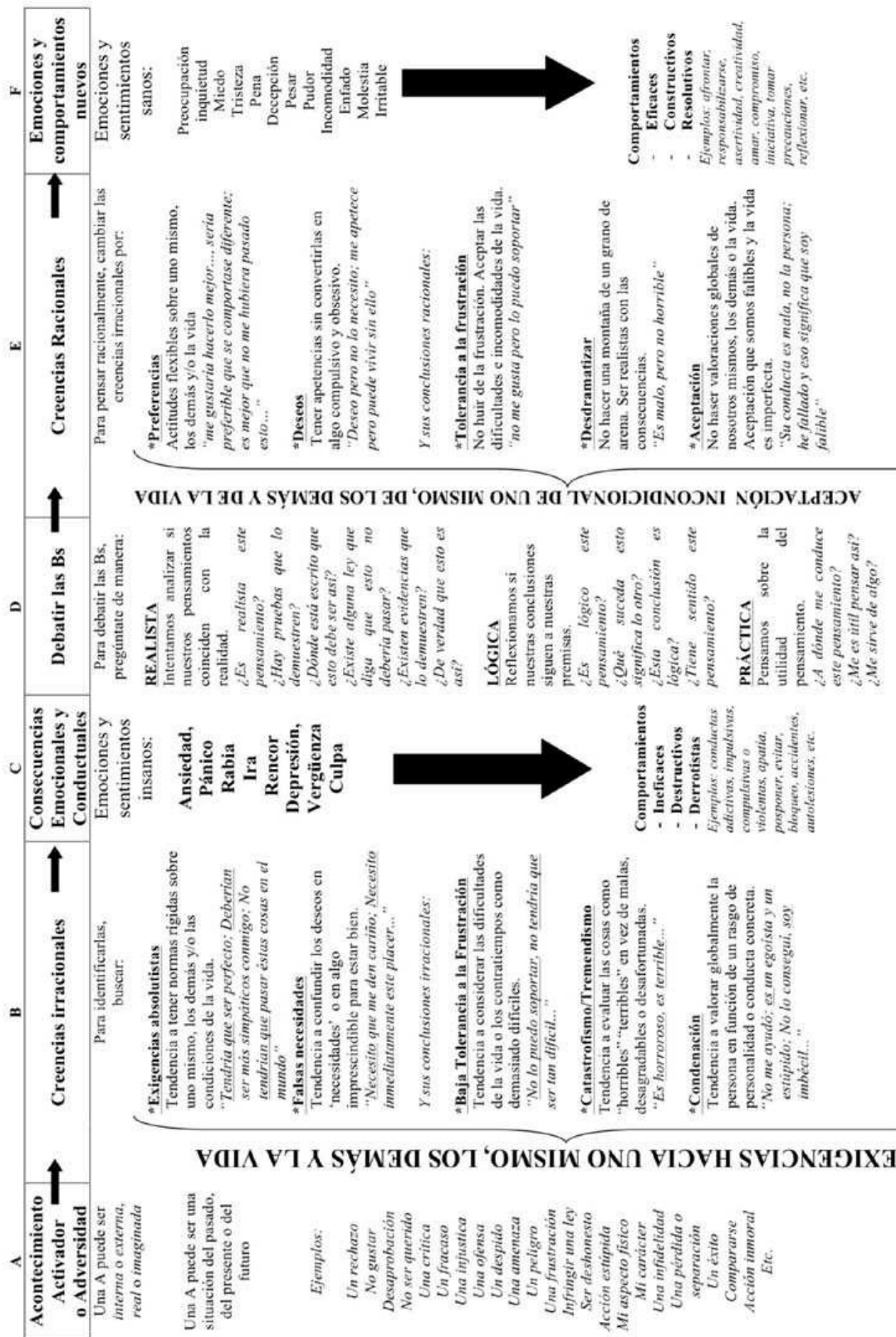
E - «No me gusta estar ansioso, pero si lo estoy, mala suerte, no me matará. Mala suerte, estoy ansioso. Simplemente es incómoda, pero no es el fin del mundo.»

*Pragmático: «¿Adónde te conduce pensar que es horrorosa e insoportable?».

E - «Me conduce a sentirme muy ansioso y a llevarlo peor.»

Este cambio en la forma de ver su problema de ansiedad al subir al tren y de su propia ansiedad le condujo a sentirse inquieto y preocupado, pero no ansioso, y pudo afrontar el hecho de ir al tren sin medicamentos («F»).

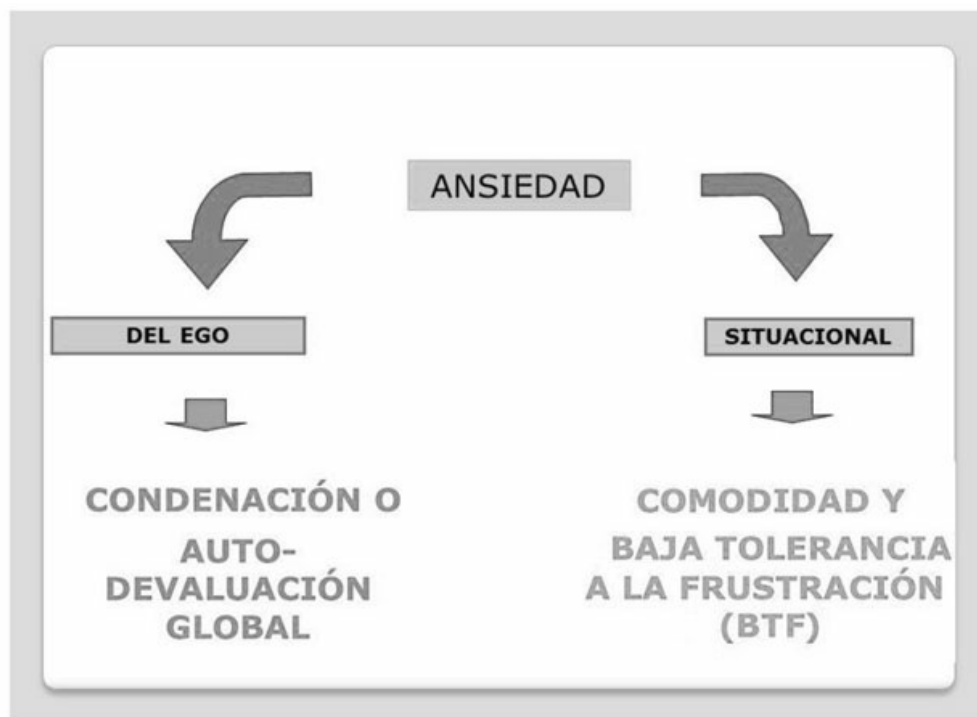
En la tabla adjunta se presenta un resumen esquemático del modelo «ABCDEF» completo de la TREC (Sorribes y Lega, 2013). Las flechas indican los pasos o caminos que seguir para llegar al cambio emocional y conductual:



3.3. Perturbación psicológica: ansiedad del ego versus ansiedad situacional

3.3.1. ANSIEDAD DEL EGO VERSUS ANSIEDAD SITUACIONAL

En las dos últimas décadas del siglo XX, Ellis identificó una clara distinción entre dos tipos de ansiedades que tienen una gran importancia epistemológica en la TREC: la ansiedad del ego y la ansiedad situacional (o ante la incomodidad), que pueden estar presentes, en mayor o menor medida, en todos los trastornos psicológicos, y se enfatiza la interacción común entre estas dos formas de ansiedad.



La **ansiedad del ego** está estrechamente relacionada con la condenación, la baja autoestima o la autodevaluación global, derivadas de exigencias absolutistas de aprobación/amor y perfeccionismo/éxito, y frecuentemente va acompañada de otros sentimientos como la depresión, la culpa y la vergüenza. En otras palabras, normalmente es la consecuencia de creencias irracionales («B»), donde el valor del individuo como persona está siendo amenazado, lo que se percibe como verdaderamente horrible, pues «debe» ser amado y/o «debe» tener éxito.

Por otra parte, la **ansiedad situacional** se relaciona con frecuencia con la baja tolerancia a las sensaciones de incomodidad y a la frustración, donde la «C» inicial se

convierte en un nuevo «A» y, aunque puede ser un síntoma primario, como el miedo a los ascensores (fobias), es con mayor frecuencia un síntoma secundario, como la ansiedad por sentirse ansioso en los ascensores. Como es menos dramática que la ansiedad del ego, la ansiedad situacional puede pasar desapercibida o ser diagnosticada erróneamente como ansiedad «generalizada», ya que la primera es específica de una situación concreta (el ascensor), mientras que la segunda puede manifestarse a través de varias posibles situaciones, desde imaginarse el ascensor y verlo representado (como en una fotografía) hasta estar dentro del mismo.

La ansiedad del ego versus la ansiedad situacional ayuda a explicar diferentes fenómenos de la perturbación psicológica, y muchas veces pueden interactuar de forma muy compleja y de manera rápida y no consciente. Ambas perturbaciones se pueden dar de manera concurrente, aunque una predominará más que la otra ante una situación o problema.

Por ejemplo, Sutton-Simon (1979) descubrió diferencias en la puntuación de la irracionalidad entre sujetos con fobia a las alturas y sujetos con ansiedad social; observó que los que tenían fobia a las alturas presentaban menos pensamientos irracionales significativos que los sujetos con ansiedad social, sugiriendo que los sujetos con ansiedad social tienen más ansiedad del ego y los fóbicos a las alturas, más ansiedad situacional. La ansiedad del ego puede estar relacionada más con una cualidad de la persona y ser intersituacional (se da a través de diversas situaciones), mientras que la ansiedad situacional puede ser específica de ciertas situaciones, de ciertas señales de una situación, pero no necesariamente relacionarse directamente con cualidades específicas del individuo (Sutton-Simon, 1979).

La ansiedad del ego es principalmente el resultado de la Condenación/Evaluación Global del «yo», y está estrechamente ligada a la depresión, la vergüenza y la culpa, mientras que la ansiedad situacional es principalmente el producto de la Baja Tolerancia a la Frustración (o BTF), está ligada a la ira, la depresión y la vergüenza y se manifiesta frecuentemente en las fobias (Ellis, 1980; Ellis y Bernard, 1985; Ellis y Dryden, 1987).

3.3.2. PROBLEMAS DE AUTOACEPTACIÓN: ANSIEDAD DEL EGO

La última revisión de la teoría, conocida actualmente como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC o REBT), se llevó a cabo a comienzos de la década de 1990 con la actualización del libro *Reason and Emotion in Psychotherapy (Razón y emoción en psicoterapia)*, Ellis, 1994), en el cual se pone énfasis en el aspecto humanista de la TREC, la importancia de diferenciar la «autoaceptación incondicional» de la «autoestima» en el desarrollo del potencial humano.

La autoestima tiende a confundir la valía extrínseca de uno mismo (aprobación o éxito) con la valía intrínseca (la del ser humano). Cuando la persona se evalúa globalmente a sí misma, su esencia, o su ser, realmente se está diciendo: «*Soy una buena persona porque funciona bien y soy digno de ser amado*». Todas las evaluaciones globales son generalizaciones.

Ellis considera la autoestima como una enfermedad, ya que conduce a muchos problemas psicológicos y por tanto se opone a ella. La autoestima fomenta las exigencias, ya que si la «valía» está en función del amor y la aprobación de los demás, no solo *se desea* que suceda, sino que se exige conseguirlo para poder ser valioso y sentirse bien con uno mismo. Por ello, y puesto que su autoevaluación es condicional y dependiente, se volverá ansioso, incluso cuando lo haga bien, y se deprimirá cuando lo haga mal. Dado que el ser humano es altamente falible, cualquier tipo de autoestima condicional que emplee creará frecuentes problemas emocionales.

Aunque uno logre hacer bien las cosas, si mantiene la tendencia a evaluarse, nunca será suficiente y se exigirá más. Las expectativas de perfección son poco razonables. Los seres humanos no son ni buenos o dioses, ni malos o demonios, ni seres perfectos o imperfectos, sino seres humanos con fallos, sumamente falibles, únicos e irrepetibles, que ejecutan conductas buenas y malas, mejores y peores. Tarde o temprano, uno falla o es rechazado y entonces la autoestima se viene abajo. Por ejemplo, es lo que les ocurre a muchos deportistas que han conseguido grandes éxitos: cuando fallan o descubren que hay otros que lo hacen mejor, comienzan a culpabilizarse y a deprimirse. Una sociedad que se basa en el éxito juzgará a las personas por los logros o por la aprobación.

Por esta razón, se enseña activamente a todos los pacientes (y a las personas en general) a adquirir una aceptación incondicional ilimitada, tanto si se comportan bien como si no. Los seres humanos no van a ser mejores o peores personas si consiguen logros o el reconocimiento, sino que serán personas con mayor o menor éxito. Ellis propone dos soluciones:

La primera solución y la más elegante consiste en no evaluarse globalmente, la esencia, el ego o el yo, en función de los actos; sino aceptarse como seres humanos y evaluar de forma precisa los pensamientos, las emociones y las conductas en función de si ayudan a conseguir (o no) los objetivos, las metas y los valores, sin juzgarse a sí mismos. Se trata esencialmente de no evaluar la naturaleza humana.

Una analogía que con frecuencia utilizó Ellis para aclarar este punto es la de una vasija que contiene frutos buenos y frutos descompuestos, total o parcialmente. Los frutos, que serían los reales y potenciales roles o conductas del individuo, apetitosos o rechazables, no definen el valor de la vasija que los contiene, que sería su naturaleza como ser humano, como «buena» o «mala», sino como un recipiente «neutro».

La TREC propone también otra alternativa, menos elegante pero igualmente útil, que

consiste en definirse como «valiosos porque existen, son únicos e irrepetibles». Los seres humanos tienen valor por el simple hecho de estar vivos, no tienen que probar nada. Esta definición es puramente arbitraria porque no hay razón alguna por la que uno sea valioso por estar vivo, existir y ser único e irrepetible, pero es práctica, ya que no hay razón alguna para menospreciarnos (Ellis, 1986).

Ejemplo de caso práctico

El caso de Pedro

Pedro era un empresario muy hábil, logró crear varias empresas y ganar mucho dinero con sus inversiones. Tenía una mujer encantadora y un hijo al que quería mucho, pero pasaba largas temporadas fuera de casa. Él creía que, por el hecho de ser un buen empresario, ya era una persona válida, especial, superior, y que su familia estaba encantada y orgullosa de sus éxitos. Se sentía eufórico, y cuando se hallaba junto a su familia solo hablaba de sí mismo y de sus empresas. Tenía la idea irracional siguiente: «Valgo más que los demás porque tengo grandes empresas y me manejo muy bien en los negocios y, por esta razón, tengo una familia perfecta que me admira».

Un buen día, cansados de sus largas ausencias, su mujer y su hijo decidieron dejarle. Le dijeron que estaban cansados de que estuviese tan poco con ellos y de que cuando estaba en casa solo hablaba de sí mismo y de sus empresas. Pedro no podía entender lo que estaba sucediendo. Él era maravilloso, tenía grandes empresas, y no lo podían rechazar. Cuando se vio solo entró en una profunda depresión. Se sentía la peor persona del mundo por dejar de lado una familia tan maravillosa, y se culpaba por ello. Tenía la idea irracional siguiente: «Soy la persona más estúpida del mundo porque no he atendido adecuadamente a mi familia y por esa razón la he perdido».

La terapia se centró en la distinción entre «Autoaceptación» y «Autoestima» porque él se valoraba en función de las cosas que hacía o conseguía. Es decir, cuando las cosas le salían bien se consideraba la mejor persona del mundo y cuando le salían mal, la peor.

Mediante el Debate de su creencia irracional se llegó a la conclusión de que él seguía siendo la misma persona, tanto si conseguía grandes empresas, como si su mujer y su hijo le abandonaban. Es cierto que el hecho de ser hábil en los negocios le hacía ser un buen empresario y ganar mucho dinero, pero ello no lo convertía en una persona maravillosa que todo lo que hacía fuese perfecto.

Se le reforzó la siguiente creencia racional: «Aunque me desenvuelva bien en los negocios, eso no me convierte en MEJOR persona que nadie, en alguien que TODO lo hace bien, ya que sigo siendo un ser humano que puede equivocarse». Asimismo, se llegó a la conclusión de que por el hecho de que su familia lo plantara no se convertía en una persona repugnante, ya que no todo lo que hacía estaba mal.

Se le reforzó la siguiente creencia racional: «Aunque mi familia me ha dejado, eso no

me convierte en PEOR persona que nadie, en alguien que TODO lo hace mal, ya que sigo siendo una persona falible, que puede equivocarse, y es mejor que aprenda de ese error».

También se le propusieron las siguientes tareas para casa:

- Lista de ventajas de «autoaceptarse» y desventajas de «autoestimarse» para su vida.
- Ejercicios de Ataque a la Vergüenza, como mostrarse en público de manera poco exitosa para reforzar la creencia de que «mostrarme ridículo no me convierte en una persona ridícula».
- Cometer errores estúpidos expresamente sin condenarse por hacerlo mal.

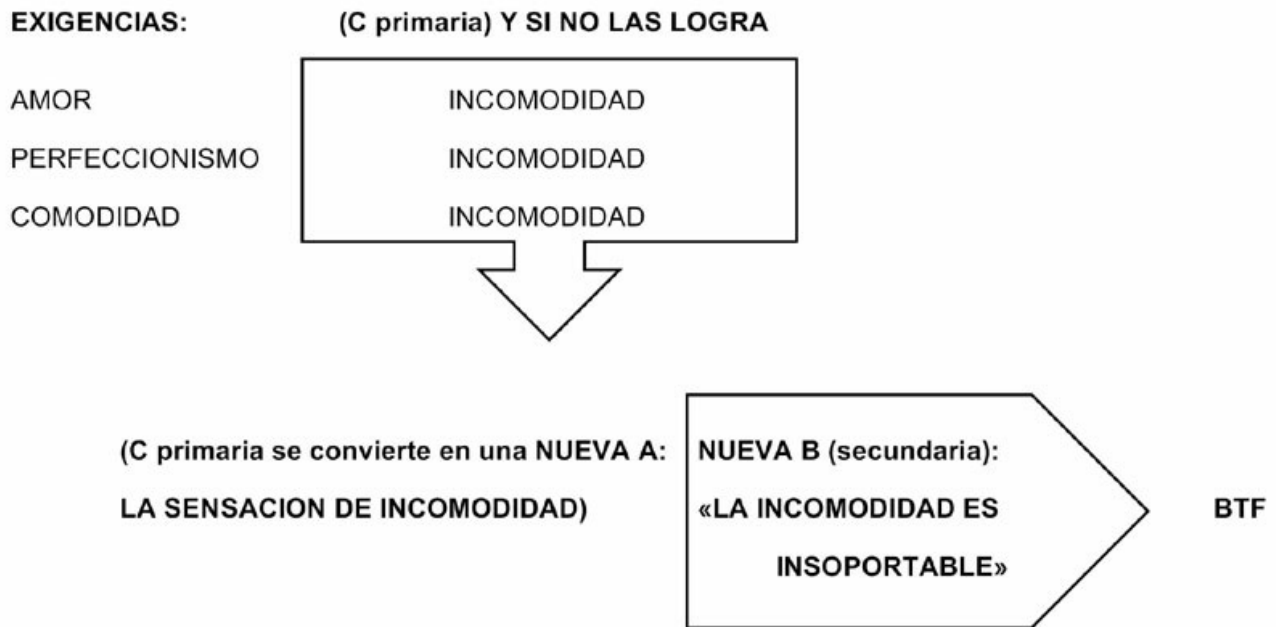
3.3.3. PROBLEMAS DE BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (BTF): ANSIEDAD SITUACIONAL

Una de las contribuciones más importantes de Albert Ellis a la psicología clínica es el constructo de Baja Tolerancia a la Frustración (o BTF), que podría ser definido como «impaciencia extrema», «hedonismo a corto plazo» o, en sus propias palabras «no-puedo-soportantitis». Es una creencia irracional que muchos mantienen, pero que rara vez ponen a prueba, donde la incomodidad o la frustración experimentadas en una situación difícil tiende a evaluarse como imposible de soportar. Paradójicamente, esta creencia evaluativa genera comportamientos encaminados a la obtención inmediata de placer y a la evitación de eventos frustrantes, lo que termina incrementando la frustración y el malestar a largo plazo.

Como se ha visto anteriormente en este capítulo, al partir de cualquiera de las exigencias o «debo» absolutistas, que son la filosofía de base del individuo, pueden derivarse cualquiera de las inferencias o conclusiones. Por ejemplo, si se dice a sí misma: «*Tengo que conseguir su amor, si no no lo podré soportar (BTF)*», las conclusiones a las que llegan son «lógicas» desde la perspectiva de una actitud exigente, ya que «si debo conseguirlo absolutamente», y no se cumple, entonces se deduce «lógicamente» que es insoportable, aunque en realidad estas inferencias o conclusiones sean ilógicas y no empíricas. Tal es el extremo, que la consecuencia de cuando se piensa que una situación es insoportable, es que se acaba exigiendo que «no debería sucederme a mí, ni debería existir en absoluto», y eso produce angustia y más depresión.

A pesar de que la «BTF» puede derivarse de cualquier filosofía exigente, probablemente está más directamente relacionada con la de: «*DEBO obtener lo que quiero y considere justo, con poco o ningún esfuerzo*» (comodidad/justicia), aunque en

algunos casos «*DEBO ser aceptado/perfecto...*» también podrían interpretarse como: «... y no lograrlo sería insoportable». Además, la «BTF» suele ser una perturbación secundaria (un ABC secundario), como en el siguiente ejemplo:



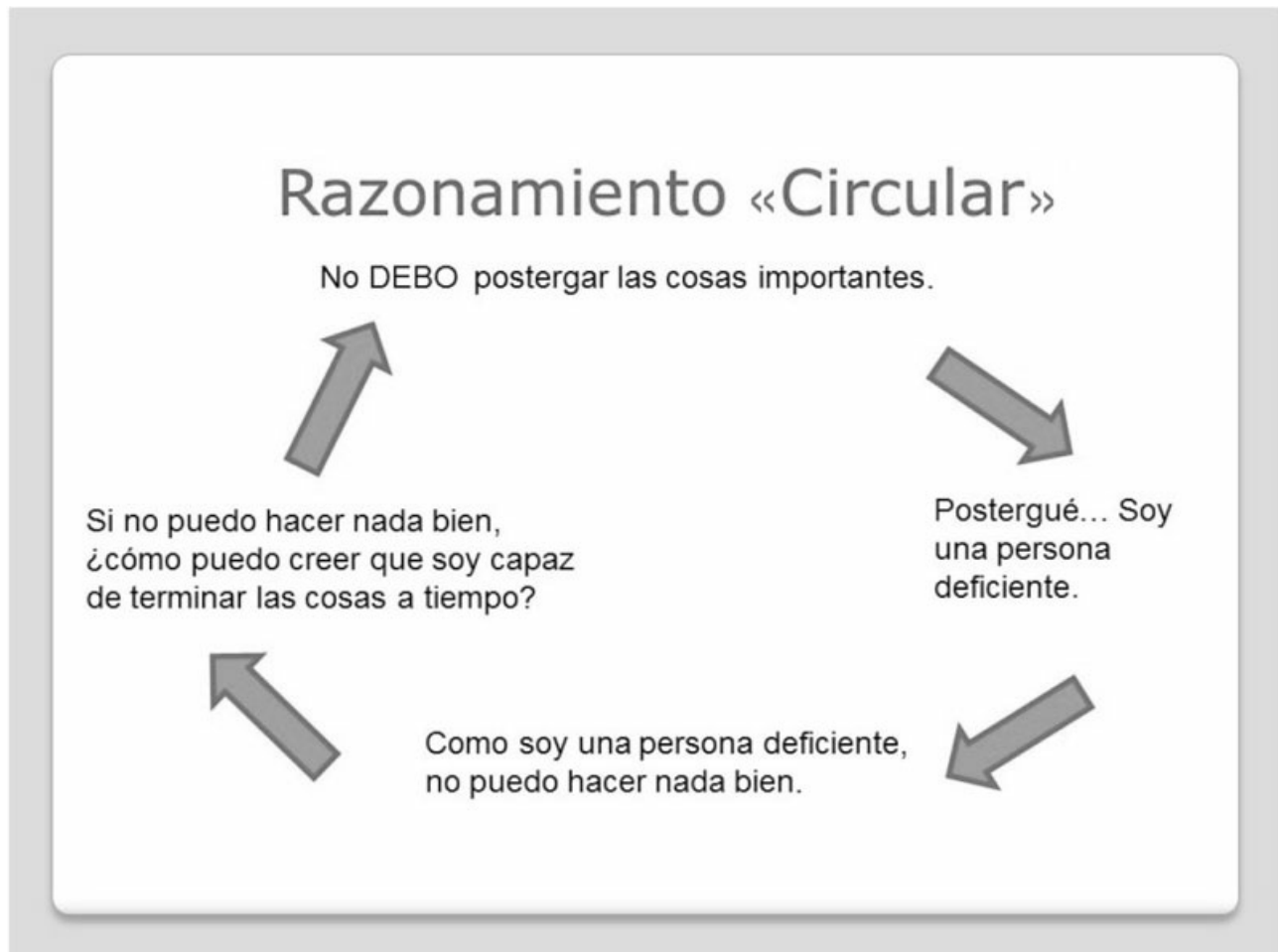
También la «BTF» está más estrechamente relacionada con la ansiedad situacional que con la ansiedad del ego y la depresión, causada en gran parte por la condenación o evaluación global, y desempeña un papel interactivo importante en los cuadros de pacientes hostiles, deprimidos y/o que tienden a procrastinar.

Algunas reacciones típicas producto de «BTF» son:

- Explotar fácilmente si las cosas no funcionan como se quiere.
- Comer harinas, grasas, beber alcohol en «episodios incontrolables» cuando se está a dieta.
- Hacer muchas preguntas, pero no prestar atención a las respuestas.
- Comprar «compulsivamente».
- Cuando se tiene que esperar:
 - pasearse de un lado al otro,
 - gruñir,
 - irritarse.
- No perdonar con facilidad lo que se considera «injusto»... Pensar en cómo desquitarse.

«BTF» y la procrastinación

No dejes para mañana lo que puedas hacer... ¡¡¡pasado mañana!!!

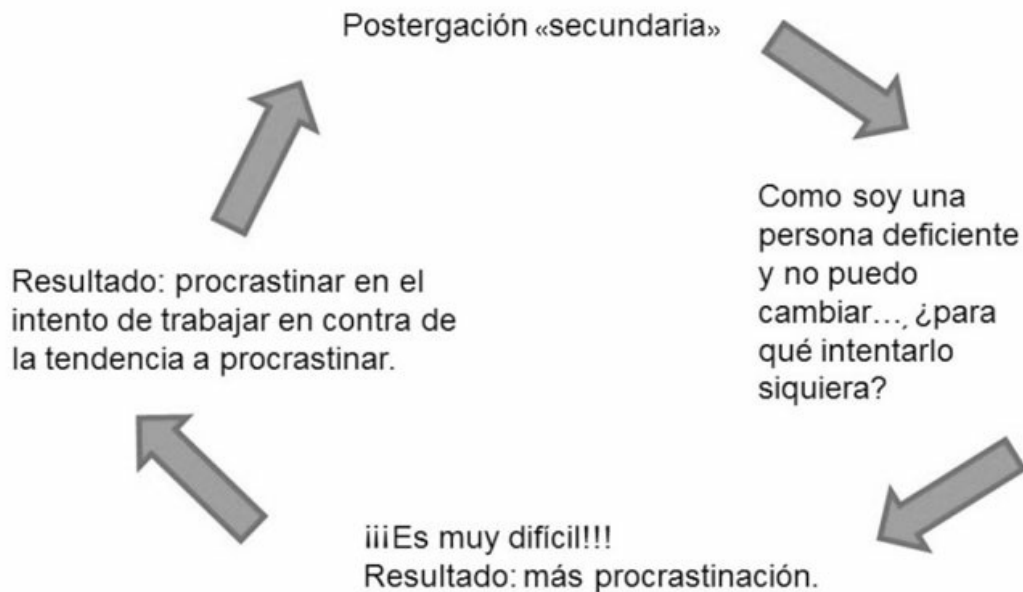


El pensamiento Irracional del paciente en estos casos funciona más o menos de la siguiente forma: en el fondo, existe un DEBO generalizado (Absolutista): «*DEBO ejecutar TODAS las tareas importantes PERFECTAMENTE para ganar el cariño y la aprobación de TODAS las personas que son importantes para mí. De lo contrario, me sumerjo en un total estado de AUTOCONDENA que me paraliza*».

Esta relación entre razonamiento circular y el DEBO generalizado genera como consecuencia («C») Ansiedad del Ego.

El postergar las cosas genera también sensación de pánico, que aumenta con el paso de las horas. Uno detesta esa sensación de pánico. Por consiguiente, tiende a EVITAR pensar en ello y a EXAGERAR la importancia de esta sensación de incomodidad. Esto se conoce como: Baja Tolerancia a la Frustración (BTF) y genera como consecuencia Ansiedad Situacional.

Razonamiento «Circular»: Problemas Secundarios



La BTF y la hostilidad

El DEBO generalizado (Absolutista), que en particular se relaciona con la hostilidad, se expresa así: «*Los otros DEBEN tratarme de forma justa y considerada y DEBEN hacer lo que yo quiero*». Este último «DEBO» conlleva sentimientos de ira, hostilidad, resentimiento, y, en ocasiones, venganzas y guerras.

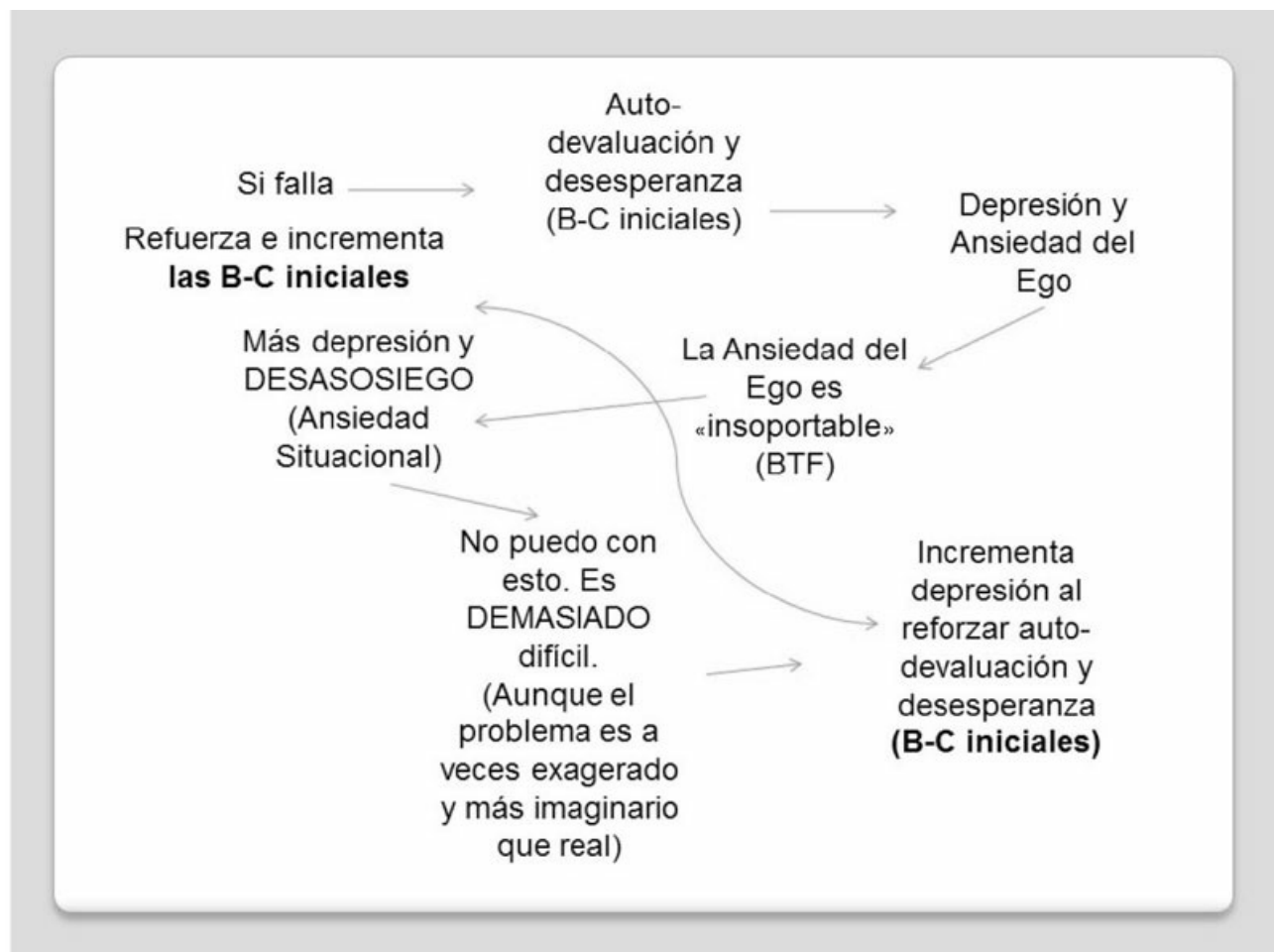
Por ejemplo, uno pospone un trabajo por miedo a hacerlo mal y argumenta como excusa el haber contado con poco tiempo. Y, en lugar de hacer frente a la situación, reacciona con hostilidad hacia las personas de su entorno por haberle pedido que haga ese trabajo. Por último, su «BTF» interpreta ese trabajo como demasiado difícil, injusto, casi imposible de ejecutar. Entonces, como consecuencia «lógica» odia a aquellos que se encuentran a su alrededor y al «sistema».

La BTF y la depresión

Esta relación fue inicialmente establecida en el artículo titulado: «Un elemento tristemente ignorado en la depresión» («A sadly neglected element in depression») escrito por Ellis en 1987, y se desarrolla de la siguiente manera:

La frustración ocurre cuando la obtención de una meta se bloquea. Hay un espacio entre lo que se quiere y lo que se logra. Aunque es motivacional, la frustración puede entenderse a veces como intolerable. En ese momento, se convierte en incapacitante. Motiva la evitación y, a largo plazo, la duda sobre la capacidad propia. Como las circunstancias frustrantes no se detienen con la desesperanza, los individuos se deprimen. La depresión trae fatiga. La fatiga empeora la capacidad de tolerar la frustración.

La mejor estrategia terapéutica es la de incrementar la tolerancia a la frustración en lugar de mejorar la autoestima.



Ejercicios prácticos para trabajar la «BTF»

- Inventario de «cosas terribles» versus «cosas normales (parte de la vida cotidiana)» en una semana.
- Evaluación (del 1 al 100) de estas «cosas terribles» versus algo realmente malo,

- como la muerte de un ser querido o una enfermedad incurable y dolorosa.
- Técnica del «porqué...»: «No puedo tolerar mi frustración porque...» (separando lo importante de lo trivial).
 - Romper la inercia: procrastinación y BTF van «de la mano». Una respuesta común ante la frustración es la evitación de la misma (refuerzo negativo). La inercia se desarrolla al seguir hábitos familiares pero autodestructivos, como el de evitar la frustración. Utilizar entonces: el «Plan de los 5 minutos» (frustrarse durante 5 minutos) con «Desensibilización Sistematizada» (gradual) o con «Implosión» (directa e intensa).
 - Practicar pensamientos alternativos.
 - Frases Alarmistas: «Me estoy volviendo loco...», «No lo soporto». Preguntarse: «¿El pensamiento presente representa UNA REALIDAD RAZONABLE (empíricamente correcta)?».
 - Frases de Autocompasión: «Siempre lo estropeo todo», «Nada me sale bien», «Nadie aprecia lo que hago por ellos». Preguntarse: «¿Hay una sobregeneralización, una proyección exagerada de desesperanza?» («¿siempre?, ¿nunca?»).
 - Frases de Ineptitud: «Nunca lo lograré», «Jamás hago las cosas bien». Preguntarse: «¿Alguna excepción a esta regla...?».
 - Frases de Autorreferencia / Rótulos: «Soy un imbécil», «Soy un inútil». Preguntarse: «¿Magnificación?», «¿Sobregeneralización de la evaluación global como ser humano?».
 - Practicar debates de la BTF:
 - DEBATE FILOSÓFICO: «¿Por qué no debo actuar o sentirme así, de ninguna manera y bajo ninguna circunstancia, es decir, por qué tengo que obtener algo, tener la garantía de que voy a sentirme cómodo, simplemente por desearlo con fuerza?».
 - DEBATE EMPÍRICO: «¿Cómo puedo probar que la incomodidad y la vergüenza que siento son realmente insoportables, si ya las he experimentado anteriormente con frecuencia y aún no me he muerto?».
 - DEBATE PRAGMÁTICO: «¿De qué me sirve pensar que no puedo soportar la incomodidad? ¿Adónde me conduce decirme que es insoportable?».

Ejemplos de casos prácticos

El caso de Jane. [Adaptado de *Una terapia breve, más profunda y duradera* (1995), de Ellis.]

Jane aceptaba la falibilidad propia y de los demás y no se enfadaba demasiado con la

gente ni se derrumbaba con facilidad. Sin embargo, en los atascos de tráfico o cuando no podía jugar al tenis porque la fila era muy larga, se ponía muy nerviosa, se quejaba amargamente y se deprimía ante un mundo que «no debería ser así». Aunque se daba cuenta de que sus quejas no resolvían nada y que aumentaban su desasosiego, no «podía hacer nada para dejar de hacerlo».

La terapia se centró en diferenciar sus «deseos» de las exigencias «arrogantes», y se propusieron los siguientes ejercicios durante la sesión y como tareas para hacer en casa:

- Lista de desventajas reales que encontraba al seguir exigiendo en lugar de preferir otras cosas de su vida.
- Identificar la sustitución de una obligación condicional (hacer algo por presionar a las autoridades para que revisen las leyes y organicen el tránsito) por otra impositiva y absolutista (aunque sean beneficiosas, las autoridades no «tienen que» cambiar).
- Ejercicio «en vivo» durante una sesión como la reversión de roles (*role-reversal*):

Terapeuta: «*Quiero que reconozca y cambie su estilo, ¡Tiene que hacerlo! ES UNA ORDEN... ¿Cree que funcionaría?*».

Por último, trató de identificar y debatir su abismal BTF que le impedía trabajar en su BTF.

El caso de Brenda. [Adaptado en *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors* (2001), de Ellis.]

Brenda había logrado autoaceptación incondicional y superado su tendencia a autodevaluarse si era rechazada por otros en una clase de baile. Sin embargo, continuaba evitando tener citas por su miedo a sentirse incómoda (BTF). Le «aterraba» encontrarse en situaciones aburridas sin saber qué hacer o cómo salirse de ellas.

La terapia se encaminó al cambio cognitivo (eliminar los «DEBO»), y se realizaron los siguientes ejercicios:

- Ejercicios Emotivos:
 - Juego de interpretación de roles (*role-playing*).
 - Imaginación Racional-Emotiva.
- Ejercicios Conductuales:
 - Buscar y quedarse en situaciones incómodas hasta incrementar su tolerancia a la frustración.
 - Usar refuerzos de Condicionamiento Operante.

3.4. Destrezas de Comunicación

3.4.1. ESTILOS DE COMUNICACIÓN

El Modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) considera que para desarrollar Destrezas de Comunicación se requieren:

- Entrenamiento «Conductual» para adquirir comportamientos ESPECÍFICOS que incrementen la probabilidad de una mejor comunicación.
- Entrenamiento «Cognitivo» para identificar y reemplazar pensamientos «irracionales» (disfuncionales) sobre uno mismo, las otras personas y el mundo en general, por otros «racionales» (más efectivos).

El Entrenamiento «Conductual» por sí solo no es suficiente, ya que la persona puede haber adquirido las habilidades sociales necesarias para actuar, pero no permitirse utilizarlas. De la misma forma, tampoco es suficiente el Entrenamiento «Cognitivo» sin el «Conductual», ya que el individuo puede pensar de forma «racional» y, sin embargo, carecer de las destrezas específicas para actuar eficientemente.

Existen varios estilos de comunicación, donde el estilo pasivo y el estilo agresivo, o una combinación de ambos (estilo pasivo-agresivo), dificultan las relaciones entre las personas, mientras que el estilo asertivo ofrece una alternativa eficaz y facilitadora.

Estilo Pasivo:

Conducta:

- Sacrifica la expresión de los deseos propios para evitar el conflicto.
- Manipula al hacer recaer la responsabilidad de las decisiones en la otra persona.

Pensamiento subyacente:

- Evita expresar sus sentimientos, su opinión y sus preferencias por miedo a ser rechazado, por ser demasiado incómodo, o por miedo a no expresarse perfectamente y herir al otro.

Estilo Agresivo:

Conducta:

- Resuelve el conflicto al imponer los deseos propios por encima de los de la otra persona.
- Manipula mediante el sarcasmo, la crítica y un estilo autocrático.

Pensamiento subyacente:

- Dificulta la expresión de los sentimientos, la opinión y las preferencias de la otra

persona a través de un estilo autocrático, porque no tolera la falta de respeto y consideración hacia su persona, o porque las cosas deben ser siempre como uno quiere.

Estilo Asertivo:

Conducta:

- Resuelve el conflicto respetando los derechos propios y los de la otra persona.
- Expresa sentimientos, opiniones y preferencias de forma directa y honesta.

Pensamiento subyacente:

- Tener el derecho a la expresión de los sentimientos, las opiniones y las preferencias, sin que esto sea a costa de uno o de los demás.
- Es posible lograrlo, aunque no guste. Se puede tolerar la incomodidad a corto plazo para un beneficio en la comunicación a largo plazo.

• **¿Por qué cambiar?**

Jakubowski y Lange (1978) resuelven esta pregunta de la siguiente manera:

Estilo Pasivo:

- Usted se siente: ansioso, desilusionado consigo mismo, resentido y enfadado después de la interacción.
- El otro siente hacia sí mismo: culpa o superioridad.
- El otro siente hacia usted: irritación o rabia, desprecio, lástima.
- Resultado: no obtiene lo que quiere; acumula rabia.

Estilo Agresivo:

- Usted se siente: superior, probablemente culpable, después de la interacción.
- El otro se siente: humillado y herido.
- El otro siente hacia usted: rabia, deseos de venganza.
- Resultado: probablemente obtiene lo que quiere a expensas de los otros; frecuentemente, ellos se sienten justificados a la hora de vengarse.

Estilo Asertivo:

- Usted se siente: seguro de sí mismo a corto y largo plazo.
- El otro se siente: respetado y valorado.
- El otro siente hacia usted: generalmente respeto.
- Resultado: sentirse bien, mejorar la seguridad en uno mismo, mejorar las relaciones con otros a largo plazo.

3.4.2. PROGRAMA PARA MEJORAR LAS DESTREZAS DE COMUNICACIÓN

El siguiente apartado es un programa práctico para desarrollar estrategias conductuales y cognitivas para mejorar las Destrezas de Comunicación en los pacientes. Puede utilizarse en terapia individual, en sesiones de terapia grupal o en un taller únicamente para personas con esta meta específica. Los detalles de estas posibles opciones están incluidos en el capítulo de este libro: «Terapia grupal» (véase pág. 273).

Primer paso: pida a su paciente que seleccione una situación ESPECÍFICA donde haya tenido dificultades de comunicación, y una vez que lo haya hecho, pregúntele en forma secuencial:

- *¿Cómo respondió de forma REAL (no imaginaria)?*
- *¿Cómo hubiese querido responder de forma REALISTA?*
- *¿Qué le impidió hacerlo?*
- *¿Cuál fue su Estilo de Comunicación en la situación previamente descrita?*

Si el paciente tiene dificultades para identificar su Estilo de Comunicación, ayúdele a encontrar una conducta específica.

Segundo paso: una vez hecho esto, continúe con la siguiente pregunta:

- *En la situación previamente descrita, puntúe en una escala del 1 (definitivamente no) al 5 (definitivamente sí): ¿expresó su expectativa de forma CLARA?*

Una vez obtenida la puntuación añada: *Revisemos la claridad en la comunicación a continuación:*

- *¿Describió el comportamiento ESPECÍFICO que desearía obtener?*
- *¿Lo describió en términos OBSERVABLES y CUANTIFICABLES?*
- *¿Lo hizo de forma POSITIVA, en lugar de crítica?*
- *¿Lo hizo de manera DIRECTA y HONESTA, sin esperar que el otro le «adivinase el pensamiento»?*
- *¿Lo solicitó como una PREFERENCIA en lugar de una orden?*

Regrese a la puntuación inicial y añada: *¿Cambiaría usted la evaluación de la claridad en su conducta? ¿Por qué?*

Tercer paso: una vez hecho esto, continúe con la siguiente pregunta:

- *En la situación previamente descrita, puntúe en una escala del 1 (definitivamente no) al 5 (definitivamente sí): ¿fue APROPIADA la forma en que se expresó?*

Una vez obtenida la puntuación añada: *Revisemos a continuación si su comunicación fue apropiada:*

- *Escogió el LUGAR adecuado.*
- *Escogió el MOMENTO propicio.*
- *Determinó la FRECUENCIA (repetición) adecuada para el individuo en particular.*

— *Decidió si dar o no dar EXPLICACIONES, de acuerdo con el individuo y con la situación en particular.*

Regrese a la puntuación inicial y añada: *¿Cambiaría usted la evaluación de su conducta como apropiada? ¿Por qué?*

Cuarto paso: una vez hecho esto, continúe con la siguiente pregunta:

— *En la situación previamente descrita, puntúe en una escala del 1 (definitivamente no) al 5 (definitivamente sí): ¿fue correcta su comunicación NO VERBAL?*

Una vez obtenida la puntuación añada: *Revisemos a continuación si su comunicación no verbal fue correcta:*

— *El «lenguaje» de su cuerpo (postura, expresión facial) fue congruente con el lenguaje verbal.*

— *Escogió la FIRMEZA y la INTENSIDAD en su tono de voz correspondientes a la situación en particular.*

— *Escogió el grado de ENTUSIASMO adecuado para la persona y el contexto en particular.*

— *Escogió si MIRA A LOS OJOS del interlocutor, dependiendo del individuo y de la situación en particular.*

Una vez identificados los puntos específicos donde podría mejorar la claridad, el estilo y el lenguaje no-verbal en su comunicación, intente PRACTICARLOS con su paciente utilizando la técnica de *role-playing*. Dígame:

— *Colóquese nuevamente en la situación descrita anteriormente y exprese verbalmente sus deseos, intentando cambiar su actuación anterior.*

Luego, el terapeuta proporciona retroalimentación al paciente de manera individual, y, en el caso de terapia grupal o de un taller de temas especializados, la retroalimentación también procede de otros miembros del grupo, utilizando las siguientes pautas:

— Comportamiento ESPECÍFICO, en términos OBSERVABLES y CUANTIFICABLES.

— Expresada de forma POSITIVA, DIRECTA y HONESTA.

— Expresada como PREFERENCIA en lugar de como una orden.

— FRECUENCIA (repetición) adecuada.

— Cantidad adecuada de EXPLICACIONES.

— «Lenguaje» corporal (postura, expresión facial).

— FIRMEZA e INTENSIDAD en el tono de voz.

— Grado de ENTUSIASMO adecuado.

— MIRAR A LOS OJOS del interlocutor.

Quinto paso: identificación de Ideas Específicas (Tipos de Pensamientos).

Continúe con la siguiente pregunta:

- *Regrese al ejemplo de la situación donde tuvo dificultades de comunicación... ¿Qué pensó durante ella? Describa su diálogo interno.*

Si el paciente tiene dificultad para identificar su Tipo de Pensamiento, ayúdele a encontrar una idea específica, diciendo:

- *En general, existen TRES posibilidades en cuanto a la forma en la que percibimos o interpretamos las situaciones donde tenemos dificultades de comunicación:*
 - *DEBO (en lugar de PREFERIRÍA) ser aceptado por quien es importante para mí, pues esto compromete mi valía como persona.*
 - *DEBO (en lugar de PREFERIRÍA) actuar de manera perfecta, pues cometer errores es espantoso, o señal de serias limitaciones personales.*
 - *DEBO (en lugar de PREFERIRÍA) sentir muy poca frustración e incomodidad; las cosas tienen que ser fáciles; merezco obtener lo que yo quiero... ¡o sería insoportable!*
- *¿Cuál cree usted que se aproxima más a su situación?*
- *¿Evitó expresar sus sentimientos, su opinión y sus preferencias por miedo a ser rechazado, por ser demasiado incómodo para usted, o por miedo a no expresarse perfectamente y herir al otro? (Estilo Pasivo.)*
- *¿Dificultó la expresión de los sentimientos, la opinión y sus preferencias de la otra persona a través de un estilo autocrático porque no toleró la falta de respeto y consideración hacia usted, o porque las cosas deben ser siempre como usted quiere? (Estilo Agresivo.)*

Sexto paso: destrezas para reemplazar el pensamiento «irracional» (disfuncional) por uno «racional» (más efectivo) mediante la utilización del Debate.

Continúe con las siguientes preguntas para ayudar al paciente en el Debate:

- *¿Por qué DEBE (de forma total y absoluta) ser aceptado por quien es importante para usted? ¿Cómo demuestra esta aceptación su valía como PERSONA (en lugar del valor, bueno o malo, de su COMPORTAMIENTO en particular)?*
- *¿Por qué DEBE (de forma rígida y absoluta) actuar de manera perfecta, pues errar es espantoso, o señal de serias limitaciones personales (en lugar de indicar un valor relativo, bueno o malo, de su COMPORTAMIENTO en particular)?*
- *¿Por qué DEBE (en cualquier lugar y circunstancia) sentir muy poca frustración e incomodidad? ¿Por qué las cosas SIEMPRE tienen que ser fáciles para usted (aunque lo haga difícil para los demás)? ¿Por qué MERECE obtener lo que usted quiere (aun a expensas del bienestar de los otros)?*
- *Teniendo en cuenta todo lo anterior, ¿cuál sería probablemente una mejor*

percepción (o expectativa) por su parte de la situación previamente descrita?

Séptimo paso: revisar si el hecho de reemplazar el pensamiento «irracional» (disfuncional) por uno «racional» (más efectivo) ha comportado también cambios en las conductas y emociones.

El comportamiento no asertivo o el agresivo pueden reflejar posibles ideas poco racionales. Aquí tenemos algunos ejemplos y sus contrapartidas más racionales y adaptativas.

- No digas cosas que podrían herir los sentimientos de otras personas (poco racional).
- Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice (racional).
- Si es importante, dilo, pero con tacto (racional).
- Generalmente, es mejor ser directo y claro que ir soltando indicios sutiles (racional).
- Los amigos o familiares desconsiderados se merecen un tratamiento de silencio (poco racional).
- La gente a la que quieres se merece comunicación, no silencio (racional).
- Si no hablas sobre ello, ¿cómo vas a solucionarlo? (racional).
- Si estos comportamientos te molestan, lo inteligente y maduro es hablarlo (racional).
- Guarda tus sentimientos para ti (poco racional).
- Construye en confianza e intimidad por medio de la expresión de tus sentimientos (racional).
- Las relaciones íntimas se apoyan en las revelaciones personales y la información compartida (racional).
- Ocultar constantemente nuestros sentimientos a los demás hace que uno también se desconecte de sí mismo (racional).
- La crítica es una buena forma de corregir los errores de la gente (poco racional).
- Concéntrate en solucionar el problema, no en criticar errores pasados (racional).
- Antes de corregir a alguien es mejor detenerse y pensar en la mejor manera de hacerlo (racional).
- Si me encontrara en el lugar de la otra persona, ¿cómo me gustaría que se dirigieran a mí? (racional).
- Es importante caerle bien a todo el mundo (poco racional).
- Mi valía como ser humano no depende de la aprobación de ninguna otra persona (racional).
- Es importante caerle bien a la gente por quién eres y cómo eres (racional).
- Es normal que a los otros no les agrade mi persona, mis ideas o mis

comportamientos; están en su derecho (racional).

- Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito (poco racional).
- La expresión clara y honesta de los deseos y expectativas es el mejor medio de lograr una comunicación íntima (racional).
- Es mejor expresar claramente lo que uno quiere y cómo se siente, en lugar de esperar a que los otros puedan leerle la mente (racional).
- Para cambiar, uno debe entender todas las razones de su conducta (poco racional).
- Para cambiar nuestra vida, es mejor hacer algo en el presente; no hay que esperar a entender el pasado (racional).
- La comprensión sola, no importa lo profunda que sea, raramente es necesaria o suficiente para el cambio psicológico (racional).
- Piensa en los otros primero y actúa en su favor, incluso si es malo para ti; no seas egoísta (poco racional).
- Si constantemente coloco las necesidades de otros en primer lugar, no podré satisfacer mis necesidades ni las de ellos (racional).
- Lo mejor es dar... y recibir (racional).
- Preocúpate de ti mismo de la misma forma en que te preocupas de los demás (racional).

Bibliografía del capítulo 3

- Abelson, H. (1958). *Persuasion*. New York: Springer.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Bartley (1984). *The retreat to commitment*, rev. ed. Perú, IL: Open Court.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, A. (1989). *Dinosaur brains*. New York: Wiley. (*Cerebro de dinosaurio*. Barcelona: Ed. Diana, 1992.)
- Bertacco, M. (2011). *Fundamentos epistemológicos del modelo cognitivo*. Barcelona: Institut RET. (En prensa.)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic books.
- Brun, J. (1995). *Sócrates*. Publicaciones Cruz O., S. A.
- Burgess, P. H. (1990). *Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4, 171-184.
- Calvo, M. (1987). *Trampas y claves sexuales*. Barcelona: Ed. Icaria.
- Calvo, M. (1995). *La Satisfacción sexual y el juego erótico*. Barcelona: Ed. Temas de Hoy.
- Calvo, M. (2008). *Sexualidad atlética o erotismo*. Barcelona: Ed. Icaria.
- Confucio (2009). *Analectas*. Madrid: EDAF.
- Dalái lama y H. C. Cutler (1998). *The art of happiness*. New York: Riverhead.
- David, D.; Lynn, S.; y Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford Press.
- Dewey, J. (1922). *Human nature and conduct*. New York: Modern Library.
- DiGiuseppe, R.; Doyle, K.; Dryden W.; Backx (2014). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. London: Oxford University Press.
- Dobson, K. y Kendall, P. (1993). *Psychopathology and Cognition*. San Diego: Academic Press.
- Dryden, W., Ferguson, J. and McTeague, S. (1989). *Beliefs and inferences: a test of a rational-emotive hypothesis*. 2: On the prospect of seeing a spider. Psychological Reports, 64: 115-23.
- Dryden, W. (1996). *Inquiries in Rational Emotive Behaviour Therapy*. London: Sage publications.
- Dryden, W. (2002). *Fundamentals of Rational Emotive Therapy: A Training Handbook*. London: Whurr Publishers.
- Epicuro (1994). *Letter on happiness*. San Francisco: Chronicle Books. (*Sobre la felicidad*. Madrid: Cátedra, 1995.)
- Ellis, A. (1958). *Rational Psychotherapy*. Journal of General Psychology, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Birch Lane. (*Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1980.)
- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *A new guide to rational living*. New York: Englewood Cliffs. (*Una nueva guía para una vida racional*. Barcelona: Ed. Obelisco, 2003.)
- Ellis, A., y Grieger, R. (1977). *Handbook of rational emotive therapy, vol. 1*. New York: Springer (*Manual de terapia racional-emotiva*, vol. 1. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1981.)
- Ellis, A. (1980). *Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct*. Rational Living, 15, 25-30.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1985). *Clinical applications of rational-emotive Therapy*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy. (*Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1990.)
- Ellis, A., y Grieger, R. (1986). *Handbook of rational emotive therapy, vol. 2*. New York: Springer. (*Manual de terapia racional-emotiva*, vol. 2. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1990.)
- Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. New York: Springer. (*Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. (1990). *Is rational-emotive therapy (RET) «rationalist» or «constructivist»?* En Dryden, W. *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1991). *The revised ABC's of RET*. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 9: 139-72. Springer.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: revised and updated*. New York: Birch Lane.
- Ellis, A. (1995). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: the rational emotive behavior therapy approach*. New York: Routledge. (*Una terapia más breve, profunda y duradera*. Barcelona: Ed. Paidós, 1999.)

- Ellis, A. (1998). *The Albert Ellis reader*. New York: Kengsinton. (*Vivir en una sociedad irracional*. Barcelona: Ed. Paidós. 2000.)
- Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance*. Segunda edición. Springer.
- Ellis, A. (2003). *Ask Albert Ellis*. Atascadero, CA: Impact Publishers (*Pregunte a Albert Ellis*. Barcelona: Ed. Obelisco, 2005.)
- Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Ferenczi, S. (1952). *Psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Foersterling, F. (1980). *Rational-emotive therapy and attribution theory: An investigation of the cognitive determinants of emotions*. British Journal of Cognitive Therapy 3 (1), 15-25.
- Foersterling, F. (1980). *Attributional aspects of cognitive behavior modification: a theoretical approach and suggestions for modification*. Cognitive Therapy and Research, 4, 27-37.
- Frankl, V. (1946). *Man's Search for Meaning*. (*El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder, 2003.)
- Froggatt, W. (1997). *GoodStress: The life that can be yours*. Auckland: Harper Collins.
- Fromm, E. (1950). *The sane society*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Guidano, V. F. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Hartman, R. S. (1959). *The measurement of value*. Crotonville, New York: General Electric.
- Hayes, S. (1987). *A contextual approach to therapeutic change*. En Jacobson, ed. Psychoterapists in clinical practice. New York: Guilford.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton. (*Neurosis y madurez*. Buenos Aires: Ed. Psique, 1967.)
- Jakubowski, P. A., y Lange, A. (1978). *The assertive option*. Champaign, IL: Research Press.
- Jung, C. G. (1954). *The practice of psychotherapy*. New York: Pantheon.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. London: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living*. New York: Random House.
- Kant, I. (1929). *Critique of pure reason*. New York: St. Martin's.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kirsch, I. (Ed.) (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Klein, M. (1984). *Envy and gratitude and other works*. New York: Free Press.
- Kohlberg, L. (1976). «Moral stage and moralization: the cognitive developmental approach.» En T. Leckona (ed.), *Moral development and behavior: theory, research, and social issues*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- Kuhn, T. (1996). *The structure of scientific revolutions*, 3.^a ed. Chicago: Press.
- Lao-Tse (2009). *Tao Te King*. Barcelona: Editorial Sirio.
- Lazarus, A. (1978). *In the mind's eye*. New York: Rawson.
- LeDoux, J. E. (2000). *Emotion circuits in the brain*. Annual Review of Neuroscience, 23, 155-184.
- Lega, L. I. y DiMattia, D. (2003). *Managing your Emotions: An REBT Approach*. New York: Albert Ellis Institute.
- Lega, L. I. y DiMattia, D. (2004). *Cómo Manejar sus Emociones: Un enfoque TREC*. New York: Albert Ellis Institute.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. (2009). *Destrezas de Comunicación: Un Programa Interactivo*. Barcelona: Institut RET.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Marco Aurelio (1899). *Meditations*. Boston: Little Brown. (*Meditaciones*. Madrid: Gredos, 1999.)
- Maultsby, M. (1971). *Rational Emotive Imagery*. Rational Living, 6, págs. 16-23.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum.
- Mishlove, J. (2009). *Thinking allowed. Albert Ellis: A guide to rational live*. Interview.
- O'Kelly, M. (2011). *CBT in action: A Practioner's Toolkit*. CBT Australia.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Liveright.
- Popper, K. (1962). *Objective knowledge*. London: Oxford.
- Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self: Cognitive psychoterapy and the misconception hyphotesis*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Rand, A. (1961). *For the new intellectual*. New York: New American Library.
- Rank, O. (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: Knopf.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Editorial Norma.
- Riso, W. (2010). *El arte de ser flexible*. Barcelona: Planeta.
- Rogers, Carl. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C.; Perls, F. y Ellis, A. (1965). *Three approaches to psychotherapy*. Corona Del Mar, CA: Psychological and Educational Films (producido y dirigido por el doctor Everett Shostrom).
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sartre, J. P. (1968). *Being and nothingness*. New York: Washington Square.
- Seligman, M. (1994). *What you can change and what you can't*. New York: Knopf/Random House.
- Schnur, J. B.; Montgomery, G. H.; y David, D. (2010). *Irrational and rational beliefs and physical health*. En David, D.; Lynn, S.; y Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford Press.
- Schopenhauer, A. (1844). *The world as will and representation*. Leipzig: Brockhaus.
- Sifton, E. (2003). *The Serenity Prayer: Faith and Politics in Times of Peace and War*. New York: Norton.
- Smith, C. A. y Lazarus, R. S. (2001). «Appraisal components, core relational themes, and the emotions.» In W. Parrott (Ed.), *Emotions in social psychology: essential readings*. New York: Psychology Press.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. London: Simon and Schuster.
- Sorribes, F. y Lega, L. (2013). *Una nueva guía para manejar sus emociones*. Barcelona: Institut RET.
- Spinoza, B. (1966). *Obras completas*. Madrid: Ediciones Ibéricas.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sutton-Simon, K. A. (1979). *A Study of irrational ideas of individuals with fears of heights, with social anxiety, and with fear of heights plus social anxieties*. *Cognitive Therapy and Research*, 3 (2), 193-204.
- Suso, C.; Ribera, M. V.; Jornet, M.; Camacho, L.; Gallardo, D. (2013). «Irrational beliefs in chronic pain: psychometric properties and relevance of the attitude and belief scale.» Comunicación oral presentada en el VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica.
- Suzuki, D. T. (1956). *Zen Buddhism*. New York: Doubleday Anchor Books.
- Tillich, P. (1953). *The courage to be*. New York: Oxford.
- Walen, S.; DiGiuseppe, R.; Dryden, W. (1992). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. London: Oxford University Press.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). *Conditioned emotional reactions*. *Journal of Experimental Psychology* 3, 1-14.
- Watts, A. (1974). *The essence of Alan Watts*. Celestial Arts. (Nueve meditaciones. Barcelona: Editorial Kairós, 1980.)
- Winnicott, D. W. (1982). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Wessler, R. A. y Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zajonc, R. B. (1984). *On the primacy of affect*. *American Psychologist* 39, 117-123.
- Ziegler, D. J. (2003). *The concept of psychological health in rational emotive behavior therapy*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 21-36.

4

PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

4.1. Pasos para llevar a cabo una sesión de la TREC

Durante una entrevista en la televisión norteamericana, Albert Ellis explicó que en un problema hay dos aspectos que considerar: el problema en sí (realidad externa) y el problema sobre el problema (interpretación que da el individuo de dicha realidad externa). Este último aspecto es el que se trabaja en psicoterapia.

Independientemente del modelo psicoterapéutico que se decida escoger, hay tres componentes del funcionamiento de los seres humanos: las emociones o sentimientos, las conductas o comportamientos, y las creencias, las percepciones o los pensamientos (Ellis, 2003). En este último componente centra su interés la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), porque considera que es el que origina los otros dos. Como dijo Epicteto: «No nos perturban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas» (*Disertaciones por Arriano*, edición de 1993).

Este capítulo describe los pasos específicos en una sesión de la TREC: el establecimiento de las metas psicoterapéuticas, la implementación del Modelo ABCDEF, las principales dificultades y los problemas que surgen en la práctica, y además incluye un ejemplo detallado de un caso ilustrativo.

Los pasos teóricos descritos se fundamentan principalmente en los libros de referencia que existen sobre la práctica de la TREC, así como en la experiencia personal de los autores: Walen, S.; DiGiuseppe, R.; Dryden, W. (1992). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. London: Oxford University Press; Dryden, W. (2002). *Fundamentals of Rational Emotive Therapy: A Training Handbook*. London: Whurr Publishers; Dryden, W.; DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2003). *A primer on Rational Emotive Behavior Therapy*. Segunda edición. Illinois: Research Press; Dryden, W. (2006). *First steps in REBT*. New York: Albert Ellis Institute; y el último y más reciente libro publicado: DiGiuseppe, R.; Doyle, K.; Dryden W.; Backx (2014). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. Tercera edición. London: Oxford University Press; entre otros.

4.1.1. PRIMER PASO: DEFINIR EL PROBLEMA Y ESTABLECER UNA META PSICOTERAPÉUTICA

La Terapia Racional Emotiva Conductual es una terapia centrada en la resolución de problemas de forma científica y objetiva. El primer paso que hay que tener claro es adónde se quiere llegar, qué se quiere conseguir, qué problemas se van a trabajar en la sesión y cuál es el camino que va a recorrer la terapia (DiGiuseppe, Doyle, Dryden y Backx, 2014).

Determinar una meta psicoterapéutica permite enfocar y dirigir la sesión, lo que

ayuda a ser activos y directivos, a mantener la atención y a dar una seguridad y una coherencia en lo que se está haciendo. También permite evaluar la eficacia de la intervención y los resultados de la misma. Sin una meta psicoterapéutica no se obtienen resultados claros y no se sabe exactamente qué procedimientos habrán llevado al cambio emocional.

Preguntar por el problema-objetivo

Cuando un paciente llega a la consulta, lo primero que debe preguntársele, una vez tomados los datos personales principales (nombre, edad, trabajo, residencia, estado civil), es sobre su problema principal:

— *¿En qué problema le gustaría que trabajemos hoy?*

La palabra «trabajar» invita al paciente a tomar parte activa en el proceso terapéutico y a entender que el cambio va a requerir un esfuerzo por su parte (DiMattia, 2011). Emplear el plural «nosotros» indica que el trabajo terapéutico será de colaboración entre el terapeuta y el paciente, y que existirá una implicación y un compromiso por parte del terapeuta. La palabra «problema» es un intento de centrar al paciente en la tarea y en el objetivo para evitar que se disperse o divague en explicaciones e informaciones innecesarias. También se puede emplear la palabra «motivo».

Uno de los errores frecuentes es empezar la terapia con una pregunta genérica y que se haría en un ambiente social y amistoso como por ejemplo: «¿Qué tal está?» o «¿qué me cuenta hoy?».

Definir y acordar el problema

El siguiente paso consiste en definir bien el problema. Es importante ser específicos y operativos, en cuanto se pueda formular en términos ABC. Por ejemplo: «*Me siento ansioso ante el hecho de tener que hablar en público el próximo martes*».

A menudo, el paciente viene con más de un problema en su cabeza; entonces se acuerda con el paciente con qué problema se va a empezar:

— *¿Qué problema le gustaría que trabajemos primero?*

Una de las condiciones para que un problema sea objetivo terapéutico es que sea un problema emocional y/o de comportamiento, y no un problema práctico (Dryden, DiGiuseppe y Neenan, 2003). Por ejemplo, un divorcio es un problema práctico que debe ser resuelto por un abogado que entienda de leyes. La labor del psicólogo se centra en si la persona se encuentra deprimida y tiene comportamientos disfuncionales ante el divorcio.

También se le puede ayudar a que comprenda que, si resuelve primero el problema

emocional y/o de comportamiento, será más eficaz a la hora de resolver el problema práctico. Por ejemplo, si un paciente tiene problemas en el trabajo, antes de tomar la decisión de abandonarlo, se sugiere ayudarlo a trabajar primero el problema emocional por dos razones:

- los problemas emocionales pueden interferir en el aprendizaje de habilidades y la solución de los problemas.
- el cambio emocional le ayudará en futuras situaciones similares.

Es importante también distinguir las «C» sanas (funcionales) de las «C» insanas (disfuncionales) y aclarar la diferencia. Las primeras (como la tristeza, el enfado, la preocupación) no serán objetivo de cambio, mientras que las segundas sí (como la depresión, la ira, la ansiedad).

Como la TREC define las emociones «sanas» y las metas psicoterapéuticas en función de los valores y objetivos del paciente, y no de forma abstracta o por derecho propio, una de las estrategias que se puede utilizar para evaluar la «C» significativamente es preguntarle:

- *¿Qué problemas le está ocasionado sentirse así?*

Acordar los objetivos en relación al problema

Una vez definido el problema en términos generales, se establece un objetivo concreto. Esta dirección general permite orientar la intervención y ajustar las expectativas del tratamiento para que sean realistas:

- *¿Qué le gustaría conseguir de nuestro trabajo terapéutico?*
- *¿Qué resultados le gustaría obtener durante este proceso?*

Es recomendable que entre el terapeuta y el paciente se establezca un plan sobre los objetivos a corto, medio y largo plazo. Por ejemplo, un objetivo a corto plazo no realista sería intentar conseguir que un paciente con un cuadro de ataques de pánico no tenga ningún ataque en el primer mes de terapia.

Dificultades durante el primer paso (establecer las metas y los objetivos)

Problema 1. Si el paciente quiere trabajar más de un problema a la vez, hay que pedirle que seleccione uno (problema objetivo).

Es frecuente que cuando un paciente viene a la consulta no presente tan solo un

problema, sino varios, que quiere solucionar. En este caso, se le explica que no se pueden trabajar todos a la vez, y que el objetivo es tratarlos de uno en uno. Por tanto, la primera tarea será seleccionar el problema que en ese momento le está perturbando más y quiere cambiar:

- *De todos los problemas que me ha comentado, ¿cuál vamos a poner en primer lugar?*
- *¿Cuál de ellos le está afectando más o creando problemas en estos momentos?*

Problema 2. Si el paciente quiere cambiar de problema-objetivo, acordarlo previamente.

En ocasiones, el paciente que acude a la terapia no tiene muy claro su principal objetivo, o tiene emociones que le perturban, como miedo o vergüenza, y empieza por hablar de un problema que no es su preocupación principal. Se le ofrece entonces la posibilidad de cambiar de objetivo en cualquier momento del proceso terapéutico, pero ello deberá ser previamente acordado con el terapeuta.

- *Esto que me está diciendo que es lo que más le preocupa no se corresponde con el problema-objetivo acordado previamente. ¿Quiere que cambiemos y acordemos de nuevo el problema-objetivo?*

Problema 3. Si el paciente plantea objetivos terapéuticos no realistas, ayudarle a reformularlos.

Si el paciente dice que quiere cambiar una situación o a otra persona (objetivo no realista) hay que explicarle que este no es un buen objetivo, ya que no depende de uno mismo, pero sí se le podría ayudar a cambiar cómo se siente y/o se comporta ante ello, lo que a menudo podría influir positivamente en lo otro.

- *Si pudiéramos cambiar una persona simplemente con nuestra actuación, yo ahora mismo le diría a usted: «Haga el favor de sentirse bien y deje de tener tantas dificultades, y ¡se habría solucionado el problema!».*

También es frecuente que el paciente exprese cosas como que «no quiere sentir nada por la persona que le ha dejado». Se le aclara que «no sentir» es imposible, pero que como objetivo realista puede uno sentirse «enfadado» en lugar de «iracundo».

- *No sentir nada no es realista, ¡puesto que solamente los que están muertos no sienten nada!*

Problema 4. Si el paciente viene a la consulta por otros motivos distintos del de lograr un cambio personal, confrontarlo.

Una de las condiciones de la terapia es que el paciente esté motivado para el cambio

y se responsabilice del mismo. Si no lo está, no es posible iniciar el proceso terapéutico, puesto que se necesita la colaboración activa del paciente. Pueden existir diversos motivos no terapéuticos por los cuales un paciente acude a terapia (Villegas, 1996):

- **Para hacer callar a un tercero:** *«¿Viene porque usted realmente quiere cambiar, o para que cambie su pareja?»*. Por ejemplo, una pareja fue a la consulta porque la esposa había descubierto que su marido adquiría pornografía y frecuentaba prostitutas. Él acudió a la consulta diciendo que era adicto al sexo, pero que no veía «nada malo» en ello. Iba para hacer «callar» a su mujer sometiéndose a tratamiento con la excusa de «estar enfermo» y así «ella no le generaría más problemas».
- **Para convencerse a sí mismo de lo acertado de su posición:** *«Yo no estoy aquí para darle o no darle la razón; esa no es mi función. Puedo tratar de ayudarlo a solucionar sus propios problemas emocionales y conductuales; ¿quiere hacerlo?»*. Por ejemplo, un paciente acudió para que se le ratificara que en la situación familiar él no era el «loco». Hablaba de lo «locos» que estaban su pareja, sus suegros y todo lo que hacían, pero no de él. Estaba convencido de su cordura y buscaba un aliado que lo corroborara.
- **Para confirmar la idea de que el terapeuta los «salvará» sin que él (ella) tenga que hacer nada:** *«Yo no practico magia ni hago milagros. Cambiar no es fácil, pero puedo ayudarlo a lograrlo si usted quiere trabajar de firme para conseguirlo; ¿se quiere comprometer?»*. Por ejemplo, una paciente fue a la consulta porque una amiga le había hablado muy bien de un terapeuta. Quería adelgazar y pensaba que si el terapeuta era tan bueno, lo haría «sin esfuerzo».
- **Para satisfacer sus falsas necesidades propias de apego o cariño, sexo o poder-dominancia:** *«Mi función no es la de salir, hacer amigos o enamorarme de mis pacientes, sino tratar de ayudarlos con sus problemas; ¿quiere que dejemos de vernos, o bien reconducimos la terapia adecuadamente?»*. Por ejemplo, una paciente fue a ver a un psicólogo para solucionar unos «traumas» con su familia. Al cabo de unas sesiones, confesó que venía porque se había enamorado de su terapeuta.
- **Para provocar la implicación de una tercera persona en la terapia:** *«Yo no puedo solucionar los problemas de su marido a larga distancia, pero sí puedo ayudarlo a trabajar cómo se siente usted ante los problemas de él; ¿le parece un objetivo realista?»*. Por ejemplo, una paciente fue a la consulta por un problema de erección de su actual pareja. Ella no estaba dispuesta a ir más, pero creía que si iba y daba el primer paso, su pareja la seguiría.
- **Para perjudicar a un tercero o a sí mismo por el diagnóstico o el**

tratamiento: *«Yo no hago informes o diagnósticos sin conocer a las personas implicadas; lo que sí puedo hacer es ayudarle a usted a trabajar sus problemas emocionales».* Por ejemplo, un hombre quería que le hicieran un diagnóstico psicológico de malos tratos para demandar a su mujer en el divorcio y quedarse con la custodia de los hijos.

Problema 5. Si el paciente tiene dudas sobre si quiere cambiar una emoción o conducta, motivarlo para el cambio.

En la situación en la que el paciente se muestra ambivalente y no sabe si quiere cambiar, se le puede ayudar haciendo un balance hedónico sobre las ventajas y desventajas (los «pros» y los «contras») de seguir manteniendo el problema versus las de cambiar. Se le pide que lo escriba, se revisa y se analiza conjuntamente.

- *¿Qué ventajas supondría cambiar su comportamiento a largo plazo? ¿Qué inconvenientes tendría si no cambia a largo plazo?*
- *Viendo las consecuencias a las que le está llevando su conducta, ¿no cree que es más fácil cambiar que no hacerlo?*

Problema 6. Si el paciente viene con un acontecimiento vital inesperado, darle la posibilidad de afrontarlo en la sesión.

En el transcurso de la terapia pueden aparecer cambios vitales importantes que perturben al paciente en ese momento y que no tienen que ver con el problema-objetivo acordados al inicio del tratamiento. Si el paciente lo desea, se puede dar un espacio en la agenda de trabajo de la sesión de ese día o incluso cambiar de problema-objetivo.

- *¿Quiere que hablemos hoy de lo que acaba de ocurrir y dejamos lo que estábamos trabajando para la próxima sesión?*

Problema 7. Si el paciente define en términos vagos el problema, pedirle especificidad (ser operativos).

Si el paciente expresa el problema-objetivo de una manera general y vaga, como, por ejemplo, «Quiero ser feliz», «Quiero sentirme bien», «Tengo una crisis existencial» o «Quiero conocerme», explíquele que esta terapia le pide ser concreto y operativo, de tal manera que el problema quede definido específicamente. Si encuentra serias dificultades en hacerlo, se puede sugerir que lleve un diario donde anote cada vez que se sienta «mal» durante la semana y escriba lo que le ha sucedido concretamente.

- *Yo me siento (emoción) y actúo (conducta)...; cuando (situación o hecho)...*

Problema 8. Si el paciente no acepta la palabra «problema», redefinirlo.

Hay pacientes que creen que no tienen problemas, o piensan que un problema es algo

muy grave, y cuando se les pregunta, no saben qué contestar. En cambio, cuando se sustituye la palabra por «reto», «mejora» o «desafío», lo aceptan sin ningún problema:

- *Entonces ¿qué conductas le gustaría ver incrementadas o disminuidas?*
- *¿Cuáles son los principales retos que tiene ahora mismo?*

Problema 9. El paciente no puede definir el problema.

Cuando esta situación ocurre, probablemente es porque la persona está muy perturbada por estar perturbada (problema emocional secundario) e interfiere en la focalización del problema. Entonces hay que preguntarle:

- *¿Cómo se siente acerca de.....? (estado del paciente acerca de su problema emocional/conductual primario).*

Si el paciente presenta un **problema emocional secundario** hay que decidir cuál de los dos problemas es el problema-objetivo, el que será el foco de la sesión. Normalmente se elige el secundario en los casos en que:

- el paciente quiere trabajar primero su problema emocional secundario.
- el problema emocional secundario interfiere a la hora de centrarse en el problema primario.
- la existencia del problema emocional secundario interfiere en el trabajo del problema primario.

También se le puede sugerir que lleve un diario donde pueda escribir los problemas que le vayan surgiendo en el día a día para determinar cuál sería la mejor elección.

Problema 10. El paciente habla de otros problemas que no son el objetivo.

Si el paciente se desvía, quiere hablar de otros problemas y elude hablar del problema-objetivo, se le puede sugerir trabajar primero el problema principal y reservar un tiempo al final de la sesión para hablar de otras cosas (aplicando el principio de Premack, según Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992).

- *Veo que tiene mucho interés en hablarme de cosas que pasan en el trabajo, pero deja para el final de la sesión los temas que realmente sí le perturban y no sabe cómo afrontarlos; ¿qué le parece si empezamos por hablar de estos temas al inicio de la sesión y dejamos para el final los otros?*

El caso ilustrativo de Marta

Marta acude a la consulta por sus problemas de ansiedad y se encuentra muy tensa durante todo el día. Tiene 25 años y trabaja en una empresa de empeños. Vive con su

pareja y no tienen hijos. Nunca había hecho terapia hasta entonces. Antes de empezar el proceso de tratamiento se le pregunta por sus expectativas sobre la terapia.

Pregúntele por el problema-objetivo.

Pregunte a Marta por el problema que le gustaría tratar. Ella comenta que en los últimos meses ha tenido dificultades para dormir, mucha ansiedad y conflictos con sus compañeros de trabajo. Dice que los problemas se incrementan desde su ascenso laboral como encargada.

Se le comenta que confeccione una lista de los problemas para tratarlos uno a uno, y queda de la siguiente manera:

1. Problemas con su relación actual.
2. Conflictos con sus compañeros de trabajo.
3. Problemas de sueño.
4. Ansiedad y tensión general.

Se le pregunta a Marta por cuál de los problemas le gustaría empezar y ella dice: «*El de ansiedad y tensión general*». Entonces, este se pone en primer lugar y se considera como el problema-objetivo.

Se define y se acuerda el problema.

Se pide a Marta que hable un poco más sobre su problema y, entonces, se define como problema «*Me siento ansiosa ante la posibilidad de equivocarme en el trabajo*»:

M: Bien, desde que me ascendieron, siento mucha ansiedad y me cuesta mucho conciliar el sueño. Estoy todo el día pensando en que algo ha salido mal, le doy vueltas y busco posibles errores.

T: ¿Y qué pasaría si cometiera errores?

M: Creo que pasaría algo terrible, que saldría en las noticias.

T: Parece que cuando le viene a la mente un posible error, usted empieza a sentirse angustiada por ello, y por la noche le cuesta conciliar el sueño.

M: Eso parece.

Se acuerdan los objetivos en relación al problema.

El objetivo seleccionado en este paso es normalmente provisional, porque la información relacionada con el problema-objetivo es a menudo insuficiente para obtener una visión clara de los determinantes del propio problema.

T: ¿Qué le gustaría conseguir?

M: Bien, sería de ayuda tener más control sobre mi ansiedad y no preocuparme

tanto sobre si lo he hecho bien o no.

T: Parece una buena idea.

4.1.2. SEGUNDO PASO: EVALUAR UN EJEMPLO CONCRETO DEL PROBLEMA-OBJETIVO

Se busca un ejemplo específico del problema-objetivo

Una vez definido el problema-objetivo, se ayuda al paciente a seleccionar un ejemplo concreto del problema. El trabajar con un ejemplo ayudará a identificar un Acontecimiento Activador o Adversidad («A») específico y una Consecuencia Emocional y Conductual («C») específica que más tarde servirá para identificar una Creencia Irracional («B») específica.

— *¿Puede darme un ejemplo concreto de este problema?*

Un ejemplo concreto es uno que ha ocurrido en una situación específica, en un tiempo específico y con una/s persona/s específica/s. Se trata de ver un fotograma de la película para poder analizarla detenidamente.

— *¿En qué momento exacto ocurrió?, ¿dónde fue?, ¿con quién estaba?*

Un ejemplo puede ser:

— Reciente: *¿Cuándo ocurrió exactamente este problema la última vez?*

— Típico: *¿Me puede explicar una situación en la que suele aparecer el problema?*

— Claro: *¿Me puede dar un ejemplo claro de este problema?*

Dificultades durante el segundo paso (evaluar un ejemplo concreto del problema-objetivo)

Problema 1. Si el paciente tiene dificultades en encontrar un ejemplo concreto.

Cuando esta situación ocurre, probablemente es porque la persona está muy perturbada por estar perturbada (problema emocional secundario) e interfiere en la focalización del ejemplo. Si el paciente presenta un problema emocional secundario, será el primer foco de la sesión. Se le pregunta:

— *¿Cómo se siente acerca de.....? (estado del paciente acerca de su problema emocional/conductual primario).*

También se puede sugerir que lleve un diario donde pueda escribir los problemas que le vayan surgiendo en el día a día, en el momento exacto en que ocurran.

Problema 2. El paciente tiende a divagar a la hora de definir el ejemplo concreto.

Si el paciente tiene la tendencia a ir de lo concreto a lo general a la hora de definir el ejemplo, se le pide que especifique el momento exacto en que ocurrió su perturbación emocional. No hay que intentar parar su discurso, sino reconducirlo al ejemplo concreto; se le puede explicar cuál es la finalidad de hacer esto.

— *Un momento, déjeme decirle una cosa. Al darme tanta información me confunde en lugar de ayudarme a entender su problema. Trate de explicarme un ejemplo concreto en pocas palabras; ¿qué es lo que ocurrió exactamente?*

El caso ilustrativo de Marta

Pregunte por un ejemplo concreto del problema-objetivo.

Hasta el momento, Marta ha hablado de unos sentimientos de ansiedad ante posibles errores. El próximo paso es especificar el problema-objetivo con un ejemplo concreto para conducir la terapia de lo general a lo concreto: «Hace un par días, en mi despacho, estaba sola, y me sentí ansiosa cuando entregué una documentación a mi superior».

T: ¿Puede darme un ejemplo concreto de este problema?

M: Por ejemplo, cuando le entregué la documentación a mi superior me puse muy ansiosa.

T: ¿Cuándo fue? ¿Dónde?

M: Hace un par de días en mi despacho.

T: ¿Estaba sola o con alguien más?

M: Estaba sola en ese momento.

T: Parece un buen ejemplo para empezar.

4.1.3. TERCER PASO: IDENTIFICAR LA «C» SIGNIFICATIVA

Identificar la «C» emocional y conductual

Por «C» se entiende la Consecuencia Emocional (Ce) y la Consecuencia Conductual (Cc), es decir, cómo se sintió en esa situación y qué es lo que hizo. Una vez que se tiene el ejemplo específico de una situación concreta, a continuación se quiere saber cómo se siente y qué es lo que hace durante ella.

— *¿Cómo se sintió cuando ocurrió exactamente esa situación? ¿Qué sintió durante ella?*

— *¿Y qué hizo cuando se sintió así? ¿Cómo fue su reacción?*

Cuando se intenta identificar la «C», es importante tener en cuenta lo siguiente.

Evítese un lenguaje «A-C»: no refuerce la idea de que «A» es la causa de «C». Esta cuestión es muy importante para no dar mensajes confusos (Dryden, 2002).

Errores típicos	Correcciones
¿Cómo le hace sentir esto? ¿Qué sentimientos produjo en usted la situación? ¿Le ofendió lo que le dijo? ¿Qué sentimientos le provocó?	¿Cómo se siente sobre esto? ¿Cómo se sintió en esta situación? Cuando se lo dijo, ¿se sintió ofendido? ¿Qué sentimientos tuvo ante ello?

Dedíquese un tiempo a explorar la «C»: la «C» es una parte muy importante del proceso terapéutico, y es conveniente invertir el tiempo suficiente para que el paciente pueda conectar con sus sentimientos en esa situación. Si no se comprende cómo se siente el paciente, no se puede sentir empatía con él, puesto que no se entra en su mundo fenomenológico, ni se pueden generar hipótesis sobre las posibles creencias irracionales que pueda estar teniendo.

— *Quiero que se concentre en esa situación, regrese a ella en su mente e intente conectar con lo que sintió en ese momento... Tómese el tiempo necesario para sentirlo en su cuerpo... Cuando lo logre, dígame qué está sintiendo.*

Asimismo, es muy importante examinar cómo actúa el paciente cuando se siente de esta manera, puesto que dará información sobre sus conductas de «seguridad», sus estrategias de afrontamiento (centradas en la emoción o centradas en la acción) y sus conductas compensatorias o de evitación.

— *Cada vez que se siente así, ¿reacciona de la misma manera?*

— *¿Qué pasaría si, cuando se sintiera así, dejara de comportarse de esa manera?*

— *¿Qué suele hacer para evitar sentirse así?*

Diferencie los tipos de «C»: según la TREC, las emociones sanas (saludables o funcionales) e insanas (no saludables o disfuncionales) se diferencian cualitativamente. Se considera que una «C» es sana o funcional cuando hace sufrir menos (fenomenológicamente), sus sensaciones son menos intensas (fisiológicamente), sus pensamientos son acordes con una visión racional o constructiva de la situación (cognitivamente), y ayuda a conseguir las metas personales (conductualmente) y minimizar los conflictos interpersonales. Se considera que la «C» es insana o disfuncional cuando genera mucho sufrimiento, sus sensaciones son intensas, sus pensamientos son irracionales y no ayudan a lograr las metas personales, y conducen a conflictos interpersonales. Es importante, entonces, distinguir las «C» sanas o funcionales de las «C» insanas o disfuncionales, y enseñar al paciente a diferenciar ambas:

— *Lo que siente es más bien tristeza o algo más..., ¿tal vez depresión?*

	«C» Emocional	«C» Conductual
<i>Insana o disfuncional</i>	Ansiedad Pánico	Evitación Huir Escapar
<i>Sana o funcional</i>	Miedo Preocupación Inquietud	Afrontar Protegerse Asumir riesgos
<i>Insana o disfuncional</i>	Depresión Desesperanza	Apatía Abandono Dejadez
<i>Sana o funcional</i>	Tristeza Pena	Consuelo Activo Aceptación
<i>Insana o disfuncional</i>	Rabia Ira Odio	Agresión Pasividad Venganza
<i>Sana o funcional</i>	Enfado Molestia Irritabilidad	Asertividad Expresión Negociar
<i>Insana o disfuncional</i>	Culpa	Castigo Humillación Condenación
<i>Sana o funcional</i>	Arrepentirse Apenado	Responsabilidad Aceptación
<i>Insana o disfuncional</i>	Vergüenza	Inhibición Mentir Evitar
<i>Sana o funcional</i>	Incomodidad	Autorrevelación Autenticidad Poder expresarse

Búsquese la «C» clínicamente significativa: si el paciente habla de varias emociones negativas, ayúdele a seleccionar una emoción negativa insana relevante o significativa.

— *Ante esa situación me dice que siente ira, culpa, depresión, ansiedad... ¿Cuál de ellas es la que le limita más o le perturba más?*

Las características que permiten diferenciar una emoción negativa clínicamente

significativa son: la intensidad, la frecuencia, la duración y el grado en que limita a la persona en su vida. La «C» significativa no necesariamente tiene que ser emocional; también puede considerarse una conducta como, por ejemplo, la compulsividad o la apatía.

Use un léxico común: es muy importante que el paciente y el terapeuta hablen en el mismo lenguaje y, por lo tanto, acuerden previamente un léxico común para referirse a las emociones insanas o sanas. Si no hablan el mismo lenguaje, el terapeuta podría confundir la tristeza como sana y el paciente, describirla expresándola como insana.

— *Veo que cuando me dice que se siente «nervioso», está refiriéndose a ira; ¿por qué no usamos la palabra «ira» en lugar de la de «nervioso»?*

Motive para un cambio de «C»: una vez identificada la «C» insana, el paciente tiene que estar motivado para cambiarla. Para ello hay que valorar la utilidad o funcionalidad de hacerlo de varias formas: ver las consecuencias de la emoción insana; entender que el cambio comporta reemplazar una emoción insana por una emoción sana, o ver las consecuencias de la nueva emoción sana en la misma situación.

— *La ira que está sintiendo, ¿cree que le ayuda a resolver mejor el conflicto que tiene con esta persona, o lo está empeorando?*

Dificultades durante el tercer paso (identificar la «C» significativa)

Problema 1. Si el paciente da una respuesta vaga acerca de «C», hay que concretar.

Es muy importante que la «C» quede bien definida, puesto que se parte de esa emoción y ese comportamiento específico para identificar las «B» irracionales. Un error común es usar términos vagos para definir emociones. Ejemplos:

— *Me siento mal.*

— *Me siento agobiado.*

— *Me siento tenso.*

Es importante concretar:

— *¿A qué se refiere exactamente con «mal», «agobiado» o «tenso»?*

Si no saben responder con claridad, se pueden usar técnicas donde se pide que lo describan corporalmente (expresión no verbal).

— *¿Me puede describir en qué parte del cuerpo lo siente?*

— *¿Puede expresarme corporalmente lo que siente?*

O bien usar la técnica de la silla vacía, para que puedan observar lo que están

sintiendo. Otro método que empleaba Ellis es el «juego de adivinanzas» (*«take a wild guess»*), que permitía obtener mucha información sobre la «C».

Problema 2. Si no queda claro si la «C» es insana, explorarlo.

Es frecuente que los pacientes describan que se sienten tristes o molestos pero, si se explora bien, uno se da cuenta de que están más bien deprimidos o iracundos.

— *Cuando dice que se siente enfadado, más bien parece un sentimiento de ira, puesto que si solamente sintiera enfado intentaría acercarse a esa persona y trataría de dialogar con ella sobre la situación. Pero lo que suele hacer es gritarle y perder los estribos, y eso es característico de la ira. ¿Ve la diferencia entre una emoción y otra?*

Una manera de saber si la «C» es insana (o no) es valorar la intensidad, la frecuencia y la duración de esa emoción y su grado de limitación, así como su comportamiento funcional o disfuncional.

Problema 3. Si el paciente no describe la «C» emocional, pero sí la «C» conductual, se empezará por esta.

En ciertas situaciones, como por ejemplo en el caso de compulsiones, el paciente no tiene tiempo de identificar la emoción, puesto que ya ha realizado la conducta compulsiva, evitando así la emoción. Se puede, entonces, empezar por la «C» conductual.

— *Cuando cierra una puerta, lo que hace es comprobar diez veces que está cerrada; ¿es esa la conducta que le gustaría cambiar?*

Problema 4. Si el paciente usa frases conectando «A-C», corregirlo.

En el lenguaje coloquial, es frecuente oír frases como: «Mi madre me enfurece», o «Mi trabajo me causa estrés». Como terapeutas, es importante corregir el lenguaje de los pacientes para que caigan en la cuenta de que son ellos mismos los que se enfurecen o se estresan ante las situaciones.

— *¿Su madre le enfurece, o usted se enfurece con su madre?*

Problema 5. Si el paciente tiene problemas a la hora de identificar la «C», enseñarle.

Si tiene problemas a la hora de identificar la emoción, darle una lista cerrada de emociones para que pueda ver con cuál de ellas se identifica más.

— *Observe este listado de emociones y trate de ver con cuál se identifica, ¿de acuerdo?*

Si es un paciente que tiene dificultades serias en identificar emociones, como los

pacientes alexitímicos, es importante dedicarle un tiempo a la psicoeducación emocional.

- *Como tiene dificultades para identificar las emociones, e identificarlas es muy importante para entenderle, vamos primero a definir los diferentes tipos de emociones posibles para que esto le ayude a reconocerlas; ¿le parece bien?*

Problema 6. Si el paciente siente culpa por sentir «C», ayudarle a aceptarla.

Hay pacientes que no aceptan y se culpan por sentir emociones insanas, y eso dificulta que puedan expresar lo que realmente sienten. Por consiguiente, es importante indicarles, como terapeutas, que todas las emociones son válidas y normales, y que uno no está para juzgar sino para ayudarles a manejarlas.

- *Entiendo que no le guste sentir rabia hacia su padre, pero las emociones no son ni buenas ni malas... Es mejor que las aceptemos tal cual son, para que podamos explorarlas y ver por qué suceden.*

También se puede usar otro tipo de técnicas como:

- La «silla vacía»: donde la persona representa a una o ambas partes del conflicto y se le insta a que mantenga un diálogo cambiando de sillas y de roles, con lo que se da cuenta de lo que siente realmente.
- El modelaje: se explicita al paciente cómo se sentiría uno en una situación similar.
- El humor: se exagera y dramatiza la situación, por ejemplo: «¡Es usted un santo! En esa situación, cualquiera se hubiera sentido iracundo».

Problema 7. Si el paciente siente vergüenza por sentir «C», ayudarle a expresarse en términos emocionales.

Otros pacientes suelen intelectualizar hablando de pensamientos, pero evitan hablar de sus sentimientos por varias razones: miedo a perder el control, verlo como signo de debilidad, o por su intento de racionalizar el problema. En ese caso habrá que ayudarlos a expresarse en términos emocionales, a que acepten lo que sienten.

- *Veo que siente vergüenza al hablar de sus sentimientos, y eso le genera dificultad... Lo que usted siente, aunque lo considere estúpido, no le convierte ni en mejor ni en peor persona; ¡somos humanos e inevitablemente falibles!*

Se pueden hacer ejercicios de expresión de sentimientos, donde el paciente escriba y complete frases, a lo largo de la semana, como «*Me siento...*».

También se pueden emplear las tres técnicas explicadas anteriormente: la silla vacía, el modelaje y el humor.

Problema 8. Si falta «C» en la sesión, enseñarle a abrirse y relajarse.

Algunos pacientes creen que deben ser serios, no llorar en la sesión, o que no deben expresar desacuerdo con el terapeuta. Parecen emocionalmente bajo efectos anestésicos. Es conveniente enseñarles a abrirse y relajarse durante la sesión.

- *Este es su espacio personal para que pueda mostrarse tal cual es, de manera auténtica, y por lo tanto, es conveniente que exprese cualquier reacción emocional que sienta, o si está en desacuerdo conmigo, para que las examinemos juntos.*

Problema 9. Si evita hablar de «C» durante la sesión, ayudarle a tolerar el dolor.

Hay pacientes que evitan hablar de «C» porque les duele mucho y creen que no van a poder tolerar el malestar que les ocasiona el hablar de ello. Tienen Baja Tolerancia a la Frustración o BTF. Habrá que ayudarles a aceptar y tolerar el dolor emocional, exponiéndolos y dándoles seguridad en el contexto terapéutico.

- *Entiendo que le duela mucho hablar de ello, y es difícil, pero también es una buena oportunidad para hacerlo en un contexto seguro como este, y trataremos de ayudarle a superarlo.*

Problema 10. Si la «C» es inapropiada o incoherente, se deberán explorar los estados psicóticos o depresivos.

Si un paciente transmite una «C» inapropiada o incoherente ante una situación como, por ejemplo, la de expresar alegría ante la muerte de su esposa, o decir que se siente muerto, habrá que explorar los posibles estados psicóticos o depresivos.

- *Veo que cuando me habla de la pérdida de su esposa está sonriendo; ¿qué es lo que está pasando por su cabeza?*

Problema 11. Si confunde la «B» y la «C» se deberá aclarar la diferencia.

En el lenguaje popular se tiende a emplear indiscriminadamente las mismas palabras para los pensamientos que para los sentimientos. Es muy importante que en el lenguaje terapéutico queden claras las diferencias para ayudar al paciente a estructurar el problema.

- *Sentirse tonto no es un sentimiento sino un pensamiento: «Soy tonto». Entonces ¿cómo se siente cuando piensa «Soy tonto»?*

Los errores más frecuentes son:

- Confundir «B» con «C»: por ejemplo, «Me siento un imbécil»; «Me siento

como un burro»; «Siento incapacidad».

- Confundir «C» con «B»: por ejemplo, *«Pienso que estoy ansioso»; «Pienso de manera triste».*

Otra de las confusiones puede ocurrir cuando se pregunta al paciente sobre cómo se siente y responde con frases largas como *«Siento que no vale la pena hacer nada»*. Es importante sugerirle, de manera directa, que este es un pensamiento, o bien de manera indirecta como:

- *Cuando piensa que no vale la pena hacer nada, ¿cómo se siente?*

Problema 12. Si le cuesta describir la «C», ayudarle a que acepte su estado de confusión.

El paciente no sabe muy bien qué es lo que está sintiendo en ese momento, lo que puede deberse a una mezcla de emociones ante un mismo «A». Entonces, habrá que ayudarle a aceptar su estado de confusión para que esto permita aclarar lo que siente.

- *Entiendo que en este momento esté confuso y no sepa cómo se siente. Lo primero que vamos a hacer es aceptar esa confusión para que nos ayude a identificar luego sentimientos que se ocultan tras la niebla.*

Problema 13. Si el paciente tiene pensamientos dicotómicos sobre la «C», habrá que enseñarle términos medios.

Hay pacientes que ven las emociones como dos polos opuestos: o sienten «mucho», o no sienten «nada». Es importante enseñarles que siempre están sintiendo, pero que las emociones tienen un rango continuo, que va de una intensidad leve, a moderada y a fuerte. También es importante mostrarles signos corporales que le permitan identificar emociones.

- *Las emociones siempre están presentes en nuestras vidas. Lo que a veces sucede es que hay emociones que no son tan intensas y no nos damos cuenta de que las sentimos. Por ejemplo, cierre los ojos y trate de concentrarse en su cuerpo; ¿cómo se está sintiendo ahora?*

Problema 14. Si comete errores en definir «C», corregirlos.

En ocasiones, el paciente confunde emociones y las mezcla, hablando de «rabia» cuando quiere decir «culpa», o de «ansiedad» cuando quiere decir «rabia». Es importante corregirlo y enseñarle a definir correctamente lo que siente.

- *Cuando siente angustia, más bien parece ser ira, por sus ataques verbales.*

Problema 15. Si hay signos no verbales de emoción en la sesión, detenerse y

preguntar por ellos.

Si durante la sesión aparecen signos no verbales de emoción, tenerlos en cuenta y preguntar por ellos. No hay que tener miedo a trabajar las emociones que surgen en terapia.

- *Veo que cuando he hablado de su pareja, ha mirado hacia abajo y sus hombros se han aflojado; ¿se ha sentido mal por algo?*

Problema 16. Si el paciente no quiere cambiar una «C», ayudarle a elegir.

El paciente es quien elige cambiar una «C». El terapeuta le ayudará sugiriendo un análisis del coste-beneficio del cambio. Por ejemplo, hay personas que piensan que la ansiedad es necesaria para hacer bien los exámenes. O bien piensan que la ira, la depresión o la culpa son funcionales. En estos casos, es importante enfatizar el beneficio a corto plazo versus a largo plazo. Por ejemplo, la ira puede ser muy efectiva a corto plazo, ya que ejerce presión sobre la otra persona, pero, a largo plazo, puede incrementar las probabilidades de un distanciamiento o una ruptura con la persona en cuestión.

- *No está obligado a cambiar lo que siente, pero podemos explorar si el mantener esa emoción realmente le ayuda a ser más eficaz en los exámenes. ¿Qué ventajas e inconvenientes tiene mantener la ansiedad?, ¿y cuáles son las ventajas e inconvenientes de cambiar esta ansiedad por un estado de preocupación?*

Problema 17. Si el paciente quiere cambiar una «C» que es sana.

Hay pacientes que quieren sentirse indiferentes o no quieren sentirse tristes ante determinados hechos. Sin embargo, la tristeza es una emoción negativa pero sana, ya que permite adaptarse a los cambios del entorno y ayuda a superar las pérdidas y los fracasos. En esta circunstancia, es importante explicarle al paciente que las «C» negativas sanas son funcionales y ayudan a conseguir las metas personales.

- *Lo que está intentando cambiar es dejar de sentirse triste por la pérdida de su marido, pero esta emoción es funcional, ya que le permite afrontar el proceso de duelo. Si sintiera alegría, quizá sería disfuncional, ya que no sería congruente con la situación de pérdida.*

Problema 18. Si confunde «C» con «A», conviene clarificar.

Otro de los errores frecuentes a la hora de expresar sentimientos es la confusión entre el sentimiento propiamente dicho y el Acontecimiento Activante («A»). Son errores típicos (Dryden, 2002):

- *Me siento rechazado.*
- *Me siento fracasado.*

- *Me siento abandonado.*
- *Me siento frustrado.*
- *Me siento impotente.*
- *Me siento utilizado.*
- *Me siento castigado.*

Es muy importante que el paciente vea claramente la distinción para no crear confusiones:

- *Cuando me dice que se siente rechazado, esto no es un sentimiento, sino una percepción u observación sobre lo ocurrido. «Me han rechazado»; ¿cómo se siente ante ello?*

Problema 19. Si el paciente quiere sentir una emoción insana con menor intensidad.

Hay pacientes que quieren sentir menos culpa o menos ira. Este no sería un objetivo válido en la TREC, puesto que tener menos culpa o menos ira significaría seguir manteniendo las creencias irracionales que llevan a la culpa o la ira. Por lo tanto, se trata de definir que el objetivo es reemplazar una emoción insana por una sana, sustituyendo las creencias irracionales por otras racionales.

- *Sentir menos ira no sería un objetivo terapéutico, ya que se deriva de la misma idea irracional de que las cosas tienen que ser como usted quiere. ¿No cree que le ayudaría más sentirte molesto en lugar de iracundo?*

Problema 20. El paciente quiere sentirse bien ante sucesos negativos o adversos.

Si el paciente quiere sentirse bien ante un suceso adverso habrá que ayudarle a ver que no es una expectativa realista. Además, se le sugerirá que es bueno sentirse con una emoción negativa sana porque eso le motiva a cambiar o modificar una situación desagradable.

- *Que le dé igual conseguir un trabajo no sería un objetivo terapéutico, ya que no le motivaría a buscar nuevas soluciones. En cambio, sentirse triste puede ayudarle a superar las frustraciones, ¿no le parece?*

El caso ilustrativo de Marta

Identifique la «C» significativa.

El siguiente paso es concretar estos sentimientos.

T: Ahora, vuelva al momento en que está sola en el despacho; una vez entregada la documentación, ¿cómo se está sintiendo en ese momento?

M: No estoy segura.

T: Bien, cierre los ojos y obsérvese en su despacho; realmente trate de visualizarse. ¿Qué está sintiendo?

M: ... Ansiedad.

T: ¿Y qué es lo que hace cuando siente ansiedad?

M: Le doy vueltas a las cosas, reviso y analizo todos los protocolos para asegurarme de que no me he equivocado.

4.1.4. CUARTO PASO: IDENTIFICAR UN «A» ESPECÍFICO

Identifique un «A» crítico o específico

Por «A» se entiende todo Acontecimiento Activante o Adversidad percibida, ante el cual la persona desencadena la emoción perturbadora y la conducta disfuncional («C»). Cuando se evalúa «A», hay dos preguntas que se pueden hacer:

— *¿En qué momento exacto de la situación («A» crítico) empezó a sentirse así («C»)?*

— *¿Qué fue lo que más le afectó («C») de la situación («A»)?*

Para identificar el «A» específico habrá que:

Asumir temporalmente que «A» es cierto. Una vez identificado «A», no cambiarlo, incluso si está distorsionado. Más bien, motivar al paciente a asumir que «A» es cierto temporalmente, porque ayudará más tarde a identificar su creencia irracional («B») subyacente (solución elegante). Otra opción sería cuando, una vez trabajada la creencia irracional, se vuelve al «A» percibido para ver la distorsión cognitiva y reducirla (solución no elegante).

— *Muy bien, vamos a asumir por el momento que «A» es cierto. Puede que no sea así, pero vamos a asumirlo como tal...*

Diferenciar el «A» general versus el «A» crítico. Cuando se analiza el «A» es muy importante diferenciar entre el «A» general, que es la descripción general de la situación, como «*Él rechazó mi invitación*», y el «A» crítico, que es el aspecto más relevante de la situación, el más significativo, porque corresponde al momento exacto de la perturbación, como «*... y esto significa que él no quiere estar conmigo nunca*». Una manera de encontrar el «A» crítico es usando el encadenamiento inferencial (Dryden, 2002):

— *T: ¿Qué es lo que más ansiedad le produce al hacer el examen?*

— *P: No hacerlo bien.*

— *T: Asumimos que no lo hace bien; ¿qué es lo que le angustia de no hacerlo*

bien?

— *P: Que mi director de máster me echará.*

— *T: Asumimos también que lo echan; ¿qué es lo que más le angustia de esto?*

— *P: No podría mirar a mi padre.*

— *T: Si le dice a su padre que le han echado; ¿qué es lo que le angustia?*

— *P: Su cara de decepción.*

— *T: ¿Y qué pasaría si esto ocurriese?*

— *P: Oh, ¡sería horrible! No podría soportar ver a mi padre de esa manera, me sentiría muy culpable.*

— *T: Entonces ¿qué es lo que más le angustia: no hacerlo bien, que el director de máster lo eche, o la cara de decepción de su padre?*

— *P: La cara de decepción de mi padre. («A» crítico.)*

También es importante comprobar que el «A» encontrado es crítico. Una de las maneras es haciendo la pregunta cambiando o eliminando el «A» crítico y ver si habría cambios en la emoción:

— *T: Si su padre no estuviera decepcionado, ¿se sentiría angustiado por el examen?*

— *P: Probablemente no. Estaría mucho más tranquilo si supiera que no afectaría a mi padre.*

Se puede usar la pregunta mágica (Dryden, 2002) para buscar de manera indirecta el «A» crítico. El opuesto de su respuesta sería entonces el «A» crítico:

— *¿Qué acontecimiento hubiera eliminado o reducido significativamente su perturbación («C») cuando estaba en esa situación?*

Es importante que el terapeuta no se obsesione por encontrar el «A» crítico. Si lo descubre, mejor, pero si no, se busca un «A» importante y se empieza a trabajar con él (Dryden, 2003).

Distinga el «A» descriptivo versus el «A» inferido. Cuando se quiere identificar el «A» se deberá hacer la distinción entre el «A» inferido («No le gusto») y el «A» descriptivo («Hace dos semanas que no me llama»).

— *Una cosa es encontrarse por la calle a su jefe, quien ha girado la cabeza, y la otra es que crea que no quería saludarle porque está enfadado con usted. Pero también podría ser que hubiera bajado la cabeza porque estaba bebido y le daba vergüenza que usted lo viera en ese estado. El encuentro con su jefe es un hecho, pero otra cosa es su interpretación de ese hecho; ¿ve la diferencia?*

Concrete los tipos de «A». Los «A» pueden ser de diferente tipo y es conveniente concretarlos. Según Dryden (2002):

- Criterios temporales:

Presente: algo que está ocurriendo en las circunstancias actuales de la vida. Por ejemplo «mi diabetes».

Pasado: algo que ocurrió hace un tiempo y que actualmente me sigue afectando. Por ejemplo, «cuando recuerdo que abusaron de mí cuando era pequeño».

Futuro: algo que se cree que va a ocurrir en un futuro y uno se perturba. Por ejemplo, «la entrevista de trabajo que tengo la semana que viene».

— *¿Lo que me dice es algo que le está ocurriendo ahora, que cree que pasará, o es algo que ya ha pasado?*

- Criterios internos/externos:

Externo: cualquier acontecimiento externo que ocurre a nuestro alrededor. Por ejemplo, «el ruido que hace mi nuevo vecino»

Interno: todas las sensaciones internas que le ocurren a uno. Por ejemplo, un dolor corporal; una obsesión, una imagen o un pensamiento recurrente; una emoción.

— *¿Lo que le enfurece es lo que le ha dicho su pareja, o se ha enfurecido por haberse sentido culpable?*

Véase la conexión «A-C». Según la emoción que está sintiendo en ese momento determinado se puede intuir cómo está percibiendo la situación o estímulo.

— *Normalmente, cuando nos enfadamos es porque vemos algunas cosas como injustas; ¿hay algo que le parece injusto de la relación con su jefe?*

La siguiente tabla puede ayudar a identificar el «A», ya que ciertos acontecimientos o adversidades están asociados con emociones negativas insanas (Dryden, DiGiuseppe y Neenan, 2003):

«A» Acontecimiento percibido	«C» Emocional	«C» Conductual
Amenaza Peligro	Ansiedad	Evitación Huir Escapar
	Miedo	Afrontar Protegerse Asumir riesgos
Fracaso Pérdida	Depresión	Apatía Abandono Dejadez
	Tristeza	Consuelo Actividad

Injusticia Ofensa Traición	Rabia	Agresión Pasivo-agresivo Venganza
	Enfado	Asertividad Expresión Negociar
Hacer algo inmoral Falta de ética Hacer daño a alguien	Culpa	Castigo Humillación
	Arrepentirse	Responsabilidad
Hacer algo estúpido o ridículo No estar a la altura que esperan los demás Quedarse lejos del ideal de uno	Vergüenza	Inhibición Esconderse Evitar Mentir
	Incomodidad	Revelación Autenticidad Expresión

Dificultades durante el cuarto paso (identifique el «A» específico)

Problema 1. Si el paciente da detalles innecesarios de «A», detenga el monólogo.

A menudo, el paciente quiere dar muchos detalles porque cree que si proporciona más información hará que lo entiendan mejor, o porque viene de otro tipo de terapias y está acostumbrado a hablar mucho. Es importante parar el monólogo del paciente con tacto, darle retroalimentación sobre lo que se espera y ayudarlo a concretar el «A».

- *P: Yo le explico, doctor. Todo empezó la semana pasada cuando fuimos a ver a su madre y luego quedamos que la semana siguiente haríamos una salida con los niños y entonces...*
- *T: Un momento, por favor... Entiendo que quiera darme la máxima información sobre la situación y el problema, pero es importante que ahora nos centremos en la situación o acontecimiento donde comenzó su perturbación...*

Problema 2. Si el paciente da demasiados «A».

Es muy importante trabajar con un solo «A» cada vez, y enseñar al paciente a ver cuál es la mejor manera de ilustrar su problema; se le explica también que más adelante se tratarán los otros «A».

- *P: Me sentí angustiado el martes cuando salí del trabajo, y el jueves cuando*

fui a casa de Raquel, y esta mañana también he estado muy angustiado.

— *T: Entiendo que se haya sentido angustiado en varias ocasiones, pero vamos a escoger uno de estos acontecimientos para empezar a trabajar con su problema. ¿Cuál fue el que más le afectó o cuál quisiera trabajar primero?*

Problema 3. Si el paciente describe de manera vaga el «A», conviene especificar.

El paciente puede definir el «A» de una manera vaga o abstracta. El terapeuta debe concretar el momento exacto en que ocurrió y transmitirle la importancia de ser precisos para una mejor evaluación y comprensión del problema. Entre sus causas están (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992):

- Actitud de defensa: es una manera de evitar las reacciones del terapeuta o de otras personas significativas.
- Estilo: ha aprendido a comunicarse de manera ambigua.
- Funcionamiento cognitivo: el paciente realmente no piensa con claridad.
- Funcionamiento vital: le falta concretar al carecer de relaciones significativas, actividad constructiva o entusiasmo.

— *P: me siento vacío, sin ganas de hacer nada, solamente tengo ganas de llorar y no sé por qué me pasa...*

— *T: En este momento en que está sintiéndose así, ¿hay algo que cree que no está funcionando bien en su vida o le gustaría que cambiara?*

Problema 4. Si el paciente no identifica el «A».

Si el paciente no encuentra ningún «A», sugerirle que lleve consigo un diario durante la semana, y anote cada vez que se sienta perturbado. De esta forma, se obtendrán ejemplos específicos de acontecimientos o situaciones.

— *Para que pueda ayudarle a controlar la ansiedad es conveniente saber en qué momentos le ocurre y saber qué pasó; ¿podría rellenar este diario cuando se sienta ansioso?*

Problema 5. Si el paciente quiere cambiar «A» y no «C».

Existen dos tipos de acontecimientos: los que se pueden cambiar y los que no (Epicteto, 2013). Generalmente, no resulta beneficioso tratar de cambiar primero los acontecimientos, puesto que la vida se deletrea como P-R-O-B-L-E-M-A (Ellis, 1988), y por lo tanto, es conveniente aprender habilidades para afrontarlos, ya que en el futuro probablemente vayan a seguir ocurriendo. Hay que ayudarle a entender que si resuelve primero el problema emocional y/o comportamental, será más eficaz a la hora de cambiar los «A», presentes y futuros.

- *Entiendo que quiera cambiar de trabajo por su mala relación con los compañeros, pero si no trabajamos primero la manera de afrontar este problema, lo que puede pasar es que le pase en otros trabajos, como le ha venido sucediendo en los últimos años. ¿Qué piensa si trabajamos primero el que aprenda a sentirse molesto en vez de iracundo cuando sus compañeros no hacen su trabajo?*

Problema 6. Cuando la «C» inicial se convierte en un nuevo «A».

La TREC clasifica las perturbaciones en: primarias y secundarias (DiMattia, 2011). Se define como perturbaciones primarias aquellas que se originan ante un desencadenante determinado (interno o externo); y las perturbaciones secundarias, como aquellas que se originan a partir de la primaria. En los casos de perturbación secundaria, lo que realmente perturba a la persona no es la situación inicial, sino su propia reacción ante dicha situación.

- *Cuando le dice a su amiga que no puede encargarse de los niños, entonces, si lo he entendido bien, ¿se siente rabiosa consigo misma por su comportamiento?*

El caso ilustrativo de Marta

Preguntarle por el «A» específico.

Marta ha sido capaz de identificar la ansiedad como «C» en la situación. El próximo paso es usar la inferencia para definir el «A» crítico que acompaña a la ansiedad.

T: ¿Qué es lo que más ansiedad le produce del hecho de entregar la documentación?

M: Que haya un error.

T: ¿Y qué le pone ansiosa del hecho que haya un error?

M: Que mi jefe se dará cuenta y me criticará.

T: Asumimos temporalmente que su jefe la criticará; ¿qué le provocaría ansiedad si él la criticara?

M: Significaría que él me vería como a una inútil.

T: ¿Y qué le daría ansiedad si el jefe pensara que usted es una inútil?

M: ¡Que yo también pensaría que soy una inútil por no haber hecho lo que debería!

T: Por lo tanto, ¿ante qué siente una fuerte ansiedad: ante el hecho de entregar la documentación, de no hacerlo bien, o que su jefe piense que es una inútil?

M: Que mi jefe piense que soy una inútil.

T: Entonces, si su jefe no la criticara y fuese benévolo usted, ¿se sentiría igualmente angustiada?

M: Creo que no.

4.1.5. QUINTO PASO: IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS EMOCIONALES SECUNDARIOS

Identificar la perturbación secundaria

Se origina cuando los pacientes que tienen perturbaciones emocionales, también tienen perturbaciones emocionales por el hecho de estar perturbados, cuando la «C» inicial se convierte en un nuevo «A», y el paciente desarrolla nuevas ideas adicionales en relación a lo que «siente por haber sentido o haber reaccionado inicialmente».

— *¿Cómo se siente acerca de.....? (estado del paciente acerca de su problema emocional/conductual primario).*

Hay que decidir si se empieza por el problema primario o por el secundario.

Una de las tareas del terapeuta es la de decidir por cuál perturbación empieza, si la primaria o la secundaria. Existen cuatro supuestos que ayudarán a optar por una o por otra (Dryden, 2002):

1. Si la perturbación secundaria está interfiriendo en el problema emocional primario durante la sesión. Por ejemplo, si el hecho de estar ansioso por estar ansioso no está ayudando a identificar los pensamientos que el paciente está teniendo sobre una situación, y la sesión no puede avanzar.
2. Si la perturbación secundaria está interfiriendo en el problema emocional primario en las tareas para casa. Por ejemplo, si el hecho de sentirse deprimido por estar deprimido está impidiendo que el paciente haga pequeñas tareas de la casa y se pase todo el día durmiendo.
3. Cuando el problema emocional secundario es clínicamente más importante que el problema emocional primario. Por ejemplo, en muchos pacientes con ansiedad generalizada, cuando dejan de sentirse ansiosos por estar ansiosos, manejan mucho mejor la ansiedad, y el problema deja de serlo.
4. Cuando el paciente ve que trabajar primero el problema emocional secundario antes del primario tiene sentido.

— *El hecho de que se sienta culpable cuando siente ansiedad le dificulta el poder controlarla, ya que está rechazando sentirla; ¿qué le parece si primero trabajamos el hecho que deje de sentirse culpable por tener ansiedad?*

Dificultades durante el quinto paso (identificar los problemas secundarios)

Problema 1. Si el paciente tiene problemas para abrirse durante la sesión.

Los problemas del paciente para sincerarse durante la sesión pueden deberse a que siente una gran vergüenza por el hecho de tener ciertos problemas emocionales primarios. Por ejemplo, es muy típico que pacientes con conflictos de tipo sexual se sientan avergonzados por su comportamiento y encuentren gran dificultad en abordar su perturbación durante la sesión.

— *Veo que tiene dificultades a la hora de concretarme sus problemas en la cama; ¿cómo se está sintiendo ahora ante el hecho de contármelo?*

Problema 2. Si el paciente dice que el problema es una emoción sana, investigue si existe un problema emocional secundario.

En ocasiones, el paciente habla de una emoción negativa sana y no se ven problemas emocionales primarios. No obstante, si se pregunta cómo se siente por sentirse así, se descubre que lo que sí existen son problemas emocionales secundarios. Es decir, lo que no acepta es tener ciertas emociones negativas como, por ejemplo, la tristeza:

— *¿Cómo se siente por sentirse triste?*

Problema 3. Si el paciente no quiere trabajar su problema emocional secundario.

Hay ciertos pacientes que son reacios a trabajar su problema emocional secundario a pesar de la evidencia de que está interfiriendo en el problema primario. Entonces habrá que explorar las creencias irracionales que subyacen y también sugerirle, mediante un balance hedónico, los pros y los contras de no trabajar sobre el problema secundario. Si aun así se resiste a trabajarlo, puntualice que los progresos serán más lentos y más pequeños.

— *Entiendo que lo que más le preocupa y quiere cambiar es no sentir ansiedad cuando habla en público, pero ¿qué cree que pasará si no trabajamos primero su ansiedad por sentir ansiedad?*

El caso ilustrativo de Marta

Identifique los problemas emocionales secundarios.

Marta ha sido capaz de identificar la ansiedad como «C» en la situación y el «A» crítico como «que mi jefe piense que soy una inútil». Ahora, habrá que identificar si existen o no problemas emocionales secundarios.

T: ¿Cómo se siente por sentirse ansiosa?

M: Avergonzada, porque creo que no debo sentirme así. Me digo a mí misma que

no pasa nada por equivocarme, pero es inútil; me sigo poniendo muy ansiosa cada vez.

T: Entonces, veo que tenemos dos problemas: uno de ellos es cuando se pone ansiosa ante el hecho de que su jefe piense que es una inútil; y el otro, es su sentimiento de vergüenza por ponerse ansiosa; ¿cuál cree que le está perjudicando más: su ansiedad o su sentimiento de vergüenza por estar ansiosa?

M: Creo que mi ansiedad me perjudica más.

T: Entonces empezaremos trabajando el problema primario.

4.1.6. SEXTO PASO: ESTABLECER LA CONEXIÓN «B-C»

Encuentre la conexión «B-C»

Este punto, de central importancia para la TREC, tiene como propósito ayudar al paciente a entender que sus reacciones en «C» no están determinadas por el acontecimiento o la situación, o «A», inicial o secundario, sino en gran parte por sus creencias acerca de él, o «B». Sin este paso, no podrá progresar en el proceso psicoterapéutico. Hay varias formas de hacerlo, pero es muy importante estar atentos a que el paciente no cambie el «A»:

Pregunta inductiva. Estas preguntas tratan de inducir a la persona, mediante ejemplos particulares, a que llegue a la conclusión de que su forma de pensar es la que determina su forma de sentir (conexión «B-C»).

— *¿Todas las veces que a usted le ha ocurrido exactamente lo mismo, siempre se ha sentido de la misma manera?* (se especifica cuál es la emoción en particular).

Si responde que no, entonces se le pregunta: *¿Cómo se ha sentido usted de manera distinta en EXACTAMENTE la misma situación?* (se identifica cuál es la emoción alternativa).

— *Veo que en EXACTAMENTE la misma situación, usted ha sentido emociones distintas como.....* (se identifican de nuevo ambas emociones); *¿qué cree que hace que ante un mismo hecho tenga usted emociones tan diferentes?*

Algunas veces se puede hacer más explícita la conexión «B-C». En el ejemplo anterior, se añade el siguiente paso:

— *En la misma situación, usted sintió una vez.....* (emoción inicial) *cuando pensaba* (especifique la «B» inicial), *pero también sintió una emoción distinta* (emoción alternativa) *cuando lo que pensó fue* (especifique la «B» alternativa). *Si la situación fue EXACTAMENTE la misma, ¿qué ocasionó el cambio en las*

emociones?

Pregunta directa. Esta pregunta es más cerrada y solo da opción a dos respuestas. Asegúrese de que el paciente entendió la pregunta y no respondió al azar, y de que se han identificado dos emociones distintas en un «A» idéntico.

— *¿Piensa usted que sus sentimientos, o «C», fueron debidos a «A», o a sus creencias acerca de «A», sus «B»?*

Si el paciente sigue insistiendo en que siempre se siente así y que es el «A» la causa directa del «C», emplee otras estrategias, como por ejemplo:

La pregunta sobre las cien personas (DiGiuseppe, Doyle, Dryden y Backx, 2014):

— *¿Si seleccionamos a cien personas de su misma edad, estatus y género, todas ellas se sentirían igual que usted, ante EXACTAMENTE el mismo «A»?*

Si el paciente dice no, entable una discusión directiva, similar a la anterior, cuyo propósito es ayudarlo a entender la conexión «B-C». Entonces pregúntele:

— *¿Cómo se sentirían de manera distinta algunas de estas personas en EXACTAMENTE la misma situación?* (se identifica la emoción alternativa).

Se continúa (añadiendo o no el paso intermedio descrito anteriormente):

— *Veo que en EXACTAMENTE la misma situación, ellos han sentido emociones distintas como.....*(se identifican de nuevo ambas emociones).

— *¿Qué cree que hace que ante un mismo hecho estas personas tengan emociones tan diferentes?, o*

— *¿Piensa que los sentimientos de estas otras personas, o «C», fueron debidos a «A» o a sus creencias («B») acerca de «A»?*

Otras estrategias para explicar la conexión «B-C» podrían incluir el uso de ejemplos indirectos o metáforas.

Dificultades durante el sexto paso (la conexión «B-C»)

Problema 1. Si el paciente se centra en el cambio de «A».

En cuanto a las dificultades para establecer la conexión «B-C», lo más importante es que el terapeuta esté muy atento a cualquier cambio en «A», por más sutil que sea, pues es de vital importancia que quede muy claro para el paciente que lo que piensa sobre «A» («B»), y no «A», es lo que DIRECTAMENTE causa «C».

— *P: Claro, si creo que no lo hace para fastidiarme, entonces me sentiría mejor.*

— *T: Es mejor que no cambiemos la situación. Ante el mismo hecho, que su*

vecino lo hace para fastidiarle, ¿todas las personas se sentirían iracundas?

El caso ilustrativo de Marta

Establecer la conexión «B-C».

Una vez identificado el problema primario, el siguiente paso es que la paciente comprenda que son sus pensamientos la causa de sus sentimientos y que este será el principal foco de atención durante el proceso terapéutico.

T: ¿Siempre se siente ansiosa ante el hecho de que su jefe pueda pensar que es una inútil?

M: Sí, siempre; me pasa muchas veces por la cabeza y cada vez me pongo muy ansiosa.

T: Y si seleccionásemos a cien mujeres de su misma edad, con su mismo jefe y con su IDÉNTICA situación, ¿TODAS las cien mujeres se sentirían ansiosas ante lo que pudiera pensar su jefe?

M: Creo que no; de hecho, tengo compañeras de trabajo a quienes les da igual lo que diga o piense el jefe...

T: Y en lugar de ansiosas, ¿cómo se sienten estas compañeras?

M: Más tranquilas, no les preocupa mucho.

T: ¿Y cómo hacen ellas para sentirse tranquilas, y hasta un poco preocupadas, pero no angustiadas?

M: ¡Se lo toman de otra manera!

T: ¿A qué se refiere exactamente?

M: A que piensan que si a su jefe no le gusta, ¡no les importa, es asunto suyo y no de ellas!

T: Entonces ¿su ansiedad se debe a lo que piense el jefe, o a lo que usted piensa acerca de la opinión de su jefe?

M: Ya veo, mi ansiedad se debe a cómo me estoy tomando las cosas.

T: ¿Y qué es lo que tenemos que cambiar?

M. Mi manera de pensar.

4.1.7. SÉPTIMO PASO: IDENTIFICAR «B»

Qué hacer para identificar «B»

Una vez identificados «C» y «A», el siguiente paso es evaluar «B», que son los pensamientos y creencias que el paciente tiene en una situación determinada, y que es el origen de la perturbación emocional y del comportamiento disfuncional. Mientras se

evalúa, téngase presente la distinción entre las creencias racionales y las irracionales, y ayude al paciente a diferenciar estas dos maneras de pensar. Se pueden evaluar las «B» con diferentes tipos de preguntas:

Preguntas abiertas:

- *¿Qué estaba usted diciéndose a sí mismo respecto a «A» que le condujo a sentirse «C»?*
- *¿Qué le estaba pasando por la cabeza en ese momento?*
- *¿Qué pensaba cuando se sentía así?*

La principal ventaja de este tipo de preguntas es que no se ponen palabras en boca del paciente y se pueden averiguar los pensamientos del paciente sobre la situación desde su propia perspectiva. La desventaja es que probablemente no dirá una creencia irracional, sino más bien una inferencia sobre «A». Por ejemplo:

- *T: ¿Qué le estaba pasando por su cabeza cuando se sentía ansioso?*
- *P: Que me iba a rechazar.*

Como lo que se busca es encontrar las creencias irracionales, hay que enseñarle didácticamente a que vaya más allá de las inferencias y busque creencias subyacentes.

Encadenamiento inferencial

Esta técnica consiste en «encadenar» inferencias para lograr llegar a un «A» crítico y una creencia irracional. Cuando se recurre a una pregunta abierta, una buena estrategia es seguir con el encadenamiento inferencial (Lega, Caballo y Ellis, 2009). Y ello se puede hacer de diferentes formas:

- Escalamiento para mover al paciente de un pensamiento inferencial o descriptivo a otro más evaluativo:
 - *¿Y qué significa para usted? ¿Y por qué es un problema para usted?*
- Proyección temporal, asumiendo la situación planteada:
 - *¿Y qué pasa si.....?; ¿Y si pasa, qué?*
- Añadir conjunciones para que complete el pensamiento:
 - *y si.....; entonces.....; por lo tanto.....*
- Completar la frase. El terapeuta completa lo que está diciendo el paciente añadiendo el componente irracional:
 - *si quiere...; entonces ¿debe...?; ¿no?*

Cuando se encadenan inferencias, no se debaten; se asumen como ciertas temporalmente para poder encontrar creencias irracionales implícitas.

Preguntas teórico-dirigidas

Las preguntas teórico-dirigidas se basan en la teoría de la TREC, y pretenden

encontrar exigencias e inferencias irracionales deducidas de su perturbación (Lega, Caballo y Ellis, 2009):

- *¿Qué se estaba exigiendo ante «A» que le condujo a sentirse «C»?*
- *¿Qué pensaba de usted mismo como persona cuando se sentía culpable?*

La ventaja de este tipo de preguntas es que ayudan al paciente a focalizar sus creencias irracionales y no se invierte tanto tiempo en preguntas. La desventaja, que hay que asegurarse de que no se ponen palabras en boca del paciente.

También se puede sugerir directamente una interpretación de lo que está pensando, pero siempre confirmando las hipótesis con el paciente:

- *En esta situación, si le he entendido bien, ¿se está exigiendo que debe hacerlo bien? ¿Es así?*

Preguntas teórico-dirigidas de elección múltiple

A diferencia de las anteriores preguntas, en este tipo de preguntas se establece la diferencia entre la creencia irracional y la alternativa racional, dejando que el paciente escoja cuál le conduce a sentir la emoción insana (Dryden, 2002):

- *¿Cuándo se estaba sintiendo «C» acerca de «A», se estaba exigiendo que....., o bien estaba prefiriendo, pero no exigiendo, que «A».....?*

Este tipo de preguntas presenta la ventaja de que introduce tanto la creencia irracional como la racional. La desventaja es que deja poco margen al paciente para responder.

Emplee un léxico común. Se puede usar la terminología de la TREC en el proceso, o bien emplear el lenguaje propio del paciente, pero es importante estar seguros de que ambos reflejan las creencias irracionales. Por ejemplo, en lugar de decir «Soy un ser inferior», utilizar el lenguaje del paciente y decir «Soy imbécil».

- *Entonces, cuando se siente deprimida por no tener trabajo piensa que es un «desecho de la sociedad», ¿verdad?*

Seleccione las creencias irracionales principales. Los pacientes pueden tener varias creencias irracionales ante un mismo problema: ansiedad del ego y ansiedad situacional. Entonces, habrá que seleccionar cuál es la exigencia nuclear y la inferencia más relevante.

- *¿Qué cree que le está perturbando más, la «insostenibilidad» de la incomodidad de estar ansioso, o que su valía como persona quedará reducida a cero si lo hace mal?*

Vea las creencias irracionales como hipótesis. No debe asumirse de inmediato que el paciente tiene una creencia irracional, sino que habrá que sugerirlo como una hipótesis

que se deberá verificar. A su vez, cuando se evalúan situaciones concretas, téngase en cuenta que las creencias irracionales serán específicas y no generales, y no se deberán deducir automáticamente unas de otras. Por ejemplo, cuando en una situación uno cree que «necesita la aprobación de sus compañeros», de ahí no se deduce la creencia irracional general de que «necesita conseguir la aprobación y el amor de las personas significativas en general». No obstante, se le puede preguntar si esta creencia es una filosofía personal de vida.

— *Tomemos la creencia irracional de que no debe sentirse incómodo como hipótesis sobre su tendencia a posponer y no hacer las tareas; ¿puede ver si esta forma de pensar está muy presente en su vida y le ha comportado muchos problemas?*

Vea la conexión de las «B» según los «A» y «C». Según las emociones y comportamientos que se observan ante un determinado acontecimiento o situación, se pueden tener hipótesis sobre las creencias irracionales que la persona tiene en ese momento (Dryden, 2002):

— *Cuando se sentía rabioso por su comportamiento, ¿exigía que no debían ser desconsiderados con usted?; ¿es así?*

La siguiente tabla puede ayudar a identificar la «B», ya que ciertos acontecimientos o adversidades están asociados con emociones negativas insanas (Dryden, 2002).

A Acontecimiento percibido	C Emocional	C Conductual	B Creencias	
Amenaza o peligro	Ansiedad	Evitación Huir Escapar	Irracional	Sobrestimar las posibilidades de que ocurra el suceso temido: «ES PROBABLE». Verlo HORROROSO. Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Miedo	Afrontar Protegerse Asumir riesgos	Racional	Estimar las consecuencias probables de que ocurra: «ES POSIBLE». Verlo como DESAGRADABLE. Autoaceptación incondicional de uno mismo.
	Depresión	Apatía Abandono	Irracional	Tendencia a condenarse a uno mismo por una conducta o rasgo: «SOY un fracaso».

Fracaso o pérdida		Dejadez		Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Tristeza	Consuelo Actividad	Racional	Estimar lo negativo del hecho, sin juzgarse a uno mismo: «He fracasado en esta tarea». Autoaceptación incondicional de uno mismo.
Injusticia, frustración u ofensa	Rabia	Agresión Pasividad Venganza	Irracional	Tendencia a condenar a los demás por sus conductas o rasgos: «ES malo». Exigir a los demás (incomodidad) que se comporten como uno quiere.
	Enfado	Asertividad Expresión Negociar	Racional	Juzgar la conducta, pero no a la persona: «SU CONDUCTA es mala». Aceptación incondicional de los otros y tolerancia a la frustración.
Hacer algo inmoral o poco ético	Culpa	Castigo Humillación	Irracional	Condenarse a uno mismo por romper la regla «sagrada»: «SOY despreciable». Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Arrepentirse	Responsabilidad	Racional	Juzgar la conducta, pero no la persona: «MI CONDUCTA fue despreciable». Autoaceptación incondicional de uno mismo.
Hacer algo incorrecto, estúpido o fuera de lo normal (ideal social)	Vergüenza	Inhibición Escondarse Evitar Mentir	Irracional	Tendencia a condenarse por una conducta o rasgo fuera de lo normal: «SOY un bicho raro». Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
		Revelación		Juzgar la conducta, pero no la persona: «MI

	Incomodidad	Autenticidad Expresión	Racional	CONDUCTA es rara». Autoaceptación incondicional de uno mismo.

Dificultades durante el séptimo paso (identificar las «B»)

Problema 1. Si el paciente tiene dificultades en identificar las creencias irracionales.

Si el paciente tiene dificultades en definir las creencias irracionales, sugerirle alguna como hipótesis, teniendo en cuenta el contexto y su emoción. Esto le puede servir como modelo, pero es muy importante validarlo siempre con el paciente:

— *Cuando está ansioso, ¿se puede estar diciendo algo así como que es horrible?*

Problema 2. Si el paciente no acaba las frases, sugerirle un final.

Cuando el paciente no acaba las frases y se queda a medias, como terapeutas debemos ofrecerles sugerencias para que las complete y se dé cuenta de su irracionalidad:

— *P: Bueno, es que si lo hago mal entonces...*

— *T: ¿... Entonces piensa que ES un estúpido?*

Problema 3. Si el paciente habla solamente en términos de creencias racionales, trate de deducir sus creencias irracionales.

Cuando los pacientes expresan su problema, verbalizan creencias tanto racionales como irracionales. Pero, según la teoría de la TREC, si el paciente está perturbado es porque tiene creencias irracionales y, por lo tanto, el foco de atención estará dirigido a buscar y encontrar dichas creencias. Muchos terapeutas creen erróneamente que deben esperar a que el paciente exprese su creencia irracional tal como aparece en los libros. En realidad, muchas veces habrá que deducirla de lo que está diciendo y sugerirla como hipótesis, ya que el paciente no dispone del lenguaje para distinguirlo.

— *T: ¿Qué se está diciendo a sí mismo?*

— *P: Que me gustaría hacerlo bien...*

— *T: Si se dijera eso, probablemente no se sentiría muy perturbado; ¿se estará diciendo algo así como que DEBE hacerlo bien?*

Problema 4. Si el paciente emplea términos como «eso, esto o aquello» trate de clarificarlo.

Cuando el paciente habla de creencias irracionales como, por ejemplo, «No puedo soportar aquello», el terapeuta no debe asumir que sabe de lo que habla, sino que debe

tratar de averiguar a qué se refiere exactamente.

— *¿A qué se refiere con que le horroriza esto?; ¿el qué exactamente?*

Problema 5. Si el paciente hace inferencias teóricas en el encadenamiento inferencial.

Uno de los problemas que surgen al aplicar el encadenamiento inferencial es que el paciente empiece a realizar inferencias teóricas que no son significativas ni relevantes para el problema. En este ejemplo podemos observar que si se hace el encadenamiento inferencial de forma mecánica puede conducir a situaciones hipotéticas que el paciente ni se había planteado, y que no son relevantes para evaluar el problema.

— *T: ¿Y qué pasa si no lo hace bien?*

— *P: Que me pueden echar.*

— *T: ¿Y si le echan?*

— *P: Me quedaré en la calle.*

— *T: ¿Y entonces?*

— *P: No podré comer.*

— *T: ¿Y si no come?*

— *P: Me moriré.*

— *T: ¿Y si se muere?*

— *P: ¡Estaré muerto!*

El caso ilustrativo de Marta

Pregunte acerca de sus «B».

T: Entonces, si su jefe pensara que usted es una inútil, ¿qué es lo que se está diciendo a sí misma por el hecho de que él lo piense?

M: Que quizá tenga razón...

T: ¿Razón en que es una inútil?

M: Bueno, para eso me pagan, ¿no?, para que no me equivoque y haga las cosas correctamente...

T: Concretamente le pagan por hacer su trabajo, y evidentemente prefieren que no se equivoque, pero ¿qué es lo que se está exigiendo a sí misma que le conduce a estar ansiosa?

M: ¡Pues que quiero hacerlo bien!

T: Y puesto que quiere hacerlo bien, ¿entonces DEBE hacerlo?

M: Sí, me exijo hacer las cosas perfectamente.

T: Y cada vez que se exige que debe hacerlo perfectamente, ¿cómo se siente?

M: Ansiosa.

4.1.8. OCTAVO PASO: PREPARAR AL PACIENTE PARA EL PROCESO DE DEBATE («D»)

La preparación para el Debate («D»)

El propósito del siguiente paso es reforzar nuevamente la conexión entre la creencia irracional («B») y la emoción insana («C»). El objetivo de este paso es que el paciente entienda que es mejor cambiar su forma de pensar y motivarlo para trabajar en esta línea. Si no entiende este paso, no estará preparado para el Debate («D»), y percibirá las preguntas como ataques a sus pensamientos en lugar de verlo como la manera de encontrar nuevas creencias racionales efectivas. La mejor forma de hacerlo es preguntarle si puede ver la conexión entre la creencia irracional y su emoción insana (Dryden, 2002):

Pregunta reflexiva:

— *¿Puede ver que cuando mantiene la creencia irracional («B»)....., luego se siente («C»).....?*

Si responde que sí, dígame: *¿Y entonces qué es lo que necesita cambiar primero?*

— *¿Cuál es la mejor manera de afrontar o cambiar el «A»: cuando está sintiéndose perturbado o cuando no está perturbado?, ¿y qué necesita cambiar?*

Pregunta teórico-dirigida:

También se pueden usar otros tipos de estrategias, como la pregunta teórico-dirigida (Dryden, 2002):

— *T: Permítame presentarle dos creencias, y quiero que me diga cuál de ellas le conducirían a la «C» disfuncional:*

a) *«A» DEBE suceder. Es TERRIBLE si «A» no sucede.*

b) *PREFERIRÍA que «A» sucediera, PERO no tengo que tener lo que deseo. Es DESAFORTUNADO si «A» no sucede, PERO no es el fin del mundo.*

— *P: La primera opción.*

— *T: Por lo tanto, usted puede ver que no es «A» lo que le conduce a sentimientos de «C», sino sus creencias acerca de «A». Por consiguiente, ¿qué es lo que necesita cambiar primero?*

— *P: Mis creencias.*

El objetivo de esta intervención es establecer ante un mismo hecho dos creencias, una racional y otra irracional. Es enfatizar la conexión «B-C», y que el paciente vea la relevancia de debatir estas creencias para conseguir sus metas personales. Es mucho

mejor suscitar esta conexión que decirle que existe.

Devolución

Una vez que el paciente entiende la importancia de cambiar sus creencias irracionales para conseguir sus objetivos, está preparado para el proceso de Debate, que implica (Dryden, 2002):

- *Una vez que ha comprendido la importancia de cambiar las creencias irracionales, la mejor manera de ayudarle es hacerle ver por qué estas ideas son irracionales. El terapeuta hará entonces una serie de preguntas con el objetivo de que aprenda a pensar por sí mismo, tal y como lo hacía Sócrates con sus estudiantes. Más que respuestas, suscitaba preguntas para que ellos encontraran las respuestas en sí mismos. Él ayudaba con sus preguntas, pero no trabajaba por ellos.*

Dificultades durante el octavo paso (preparación para el Debate)

Problema 1. Si el paciente presenta objeciones al cambio de creencias, responda a sus dudas.

Para ello habrá que identificar y responder a las reservas y objeciones del paciente. Por lo tanto, no hay que olvidar que, en este punto, el paciente necesita pensar racionalmente acerca de «A» antes de intentar cambiarlo, y hay que explicarle por qué esta es la mejor opción. Hay que ayudarle a que vea que la mejor manera de cambiar «A» es cuando uno no está perturbado por él, ya que interferirá en los intentos de cambio. Cuando entienda que la mejor manera de cambiar «A» es pensando racionalmente acerca de él, entonces estará preparado para debatir sus creencias irracionales.

- *Su pareja no se comporta como usted quiere y le gustaría que cambiara; no obstante, ¿cree que conseguirá mejor su objetivo estando perturbado? ¿El hecho de exigírselo ha dado resultados?*

El caso ilustrativo de Marta

Descubra la conexión de la creencia irracional («B») con la emoción insana («C»).

Después de identificar el ABC, el siguiente paso es establecer la relación entre las creencias irracionales y su ansiedad en «C».

T: Cada vez que se exige que debe hacerlo perfectamente y si no, es una inútil, ¿cómo se siente?

M: Ansiosa.

T: Entonces ¿qué necesita cambiar primero para dejar de estar ansiosa?

M: Mi creencia de que debo hacerlo perfectamente.

Prepare al paciente para el proceso de Debate («D»).

T: La mejor manera de ayudarlo a cambiar es hacerle ver por qué es irracional la creencia de que DEBE hacerlo perfectamente. El terapeuta hará una serie de preguntas con el objetivo de ayudarlo a pensar por sí misma, tal y como lo hacía Sócrates con sus estudiantes. Más que darle respuestas, hará preguntas para que pueda encontrar por sí misma las respuestas. Si tiene dudas sobre alguna de las cuestiones, se intentará aclararlas. ¿Tiene sentido lo que le he dicho?

M: Sí, mucho.

4.1.9. NOVENO PASO: DEBATIR LAS CREENCIAS IRRACIONALES («D»)

Debata las creencias irracionales («D»)

Una vez que el paciente está preparado para el debate, es el momento de pasar a la acción y ayudarlo a confrontar sus creencias irracionales mediante el diálogo terapéutico. El debate se basa en el método científico de análisis del pensamiento, y consiste en hacer una serie de preguntas que invitan al paciente a reflexionar de forma crítica sobre la irracionalidad de su forma de pensar y a obtener nuevas filosofías racionales más efectivas (Ellis, 1962; 1975; 1994; 1999; 2003).

El propósito del debate es hacerle ver por qué sus creencias irracionales son irracionales y por qué sus creencias racionales son racionales. Eso ayudará a fortalecer la convicción en sus creencias racionales y a debilitar su convicción en sus creencias irracionales.

— *¿En qué se basa para asumir que esta creencia es irracional? ¿Y qué es racional?*

El debate es el arte de hacer TREC, y es más un proceso que una técnica específica, siendo muy importante dedicarle tiempo. Existen dos fases en el proceso de Debate. En primer lugar, se examinan y se debaten las creencias irracionales; y en segundo, se desarrollan nuevas creencias racionales (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992).

Diferencie el debate inferencial del debate filosófico. El debate inferencial (empírico o no elegante) consiste en debatir las inferencias sobre «A» (o distorsiones cognitivas) como lo harían otras terapias cognitivo-conductuales; mientras que el debate

filosófico (lógico o elegante) consiste en debatir las filosofías y creencias irracionales de base. La TREC escoge preferiblemente esta segunda forma de debate porque genera cambios más profundos y duraderos.

- *¿Tienes pruebas que demuestran que todos sus comportamientos como padre son malos? (Debate inferencial.)*
- *Asumimos que realmente es un mal padre; ¿se puede deducir que por ser un mal padre su valía es menor como ser humano? (Debate filosófico.)*

Utilice diversos tipos de debate. Existen tres tipos de debate (Sorribes, Lega, 2013):

Debate empírico. El objetivo es demostrar que las creencias irracionales van en contra de lo que dice la realidad. No son realistas ni concuerdan con los hechos de la vida, y confunden la posibilidad con la probabilidad:

- *¿Es realista pensar que es una necesidad?*
- *¿Dónde está escrito que tenga la obligación?*
- *¿Hay una ley universal que diga que eso no debe ocurrir?*
- *¿Realmente es 100 % malo, horrible, terrible?*
- *¿Es verdad que me comporto así siempre?*
- *¿Que sea posible que suceda lo convierte en probable?*
- *¿Qué pruebas tengo de que no lo puedo soportar?*

Debate lógico o filosófico. El objetivo es demostrar que las creencias irracionales no siguen una secuencia lógica o son filosóficamente incongruentes, *non sequitur*. Las conclusiones no se corresponden con sus premisas:

- *¿De una preferencia se puede deducir una exigencia?*
- *¿Del hecho de desearlo se puede deducir una necesidad?*
- *¿Es lógico concluir que si algo es incómodo, no lo puedo soportar?*
- *¿Podemos evaluar a una persona en función de un rasgo, un rol o un comportamiento?*
- *¿Que sea desagradable lo convierte en horrible?*

Debate pragmático o práctico. El objetivo es demostrar que las creencias irracionales no ayudan a largo plazo:

- *¿Es útil mantener esta exigencia a largo plazo?*
- *¿Me beneficia en algo creer que no lo puedo soportar a largo plazo?*
- *¿Adónde me conduce pensar que va a pasar algo horrible a largo plazo?*
- *¿Me ayuda a largo plazo pensar que soy despreciable?*

Debata tanto la creencia irracional como la racional. Conocer que las creencias irracionales son irracionales y las racionales son racionales es un «*insight* intelectual», pero el paciente aún no ha hecho un cambio, no ha adquirido una convicción profunda que le conduce a una mejora de las emociones y conductas («*insight* emocional»). Para ello se tienen que debatir las creencias, tanto irracionales como racionales, para ver si el paciente comprende y puede argumentar por qué una es irracional y la otra es racional. Para alcanzar el «*insight* intelectual» existen tres opciones (Dryden, 2002):

Opción 1. Debata la creencia irracional y racional relevante a la vez.

— *¿Cuál es empíricamente más realista: que usted debe tener éxito o que prefiere tener éxito?*

Opción 2. Debata la creencia irracional y después la alternativa racional, de manera separada.

— *T: ¿Dónde está escrito que tenga que conseguir el éxito?*

— *P: No, no está escrito, solo está en mi cabeza. Lo prefiero.*

— *T: Entonces ¿es realista pensar que es preferible tener éxito, pero que no es absolutamente necesario? ¡Demuéstrémelo!*

Opción 3. Debata todas las creencias irracionales relevantes primero y luego sus alternativas racionales. Esta opción es recomendable cuando el paciente ya esté familiarizado con el modelo y pueda usarlo como un resumen de su trabajo psicoterapéutico.

— *¿Del hecho que quiera conseguir su aprobación se deduce que debe conseguirla?*

— *¿Es lógico concluir que usted no vale nada si le rechazan?*

— *Entonces ¿es lógico que de una preferencia de aprobación no se deduzca la obligación de conseguirlo?*

— *Y ¿es lógico deducir que, aunque le rechacen, su valor como persona no se ve afectado?*

Diferencie los deseos de las exigencias en la aplicación del debate. Este es un buen recurso porque permite al paciente ver la diferencia entre una preferencia y una exigencia. Además, afirma que su preferencia no se cuestiona y que solamente se confronta su exigencia:

— *¿Por el hecho de que lo PREFIERA, se deduce que DEBE conseguirlo?*

Debata solo una creencia irracional a la vez. Durante el debate es importante ser persistentes y mantenerse en una creencia irracional y debatirla hasta que se hayan aclarado todas las dudas y objeciones (Dryden, 2002). Luego, pase a la siguiente. Si no se hace así y se debaten varias creencias irracionales, el paciente puede mostrarse confuso debido a la excesiva información.

- *T: ¿Dónde está escrito que necesita que la quieran?*
- *P: En ningún sitio, pero sin su amor me muero.*
- *T: ¿Tiene pruebas de que se va a morir si no la ama?*
- *P: No tengo pruebas. Pero yo lo amo tanto y estoy tan bien con él...*
- *T: Entonces ¿del hecho que usted lo ama tanto y esté a gusto con él se supone que es una necesidad?*
- *P: Entiendo lo que me quiere decir; que por mucho que sea algo bueno para mí, no puedo convertirlo en una necesidad, puesto que no lo es.*

Debata ambas partes de la creencia irracional: la exigencia y la inferencia evaluativa. Según la teoría de la TREC, de una exigencia se deduce una inferencia evaluativa (condenación, tremendismo o baja tolerancia a la frustración). Por lo tanto, una vez que se debate la exigencia, se procede a debatir la inferencia relacionada.

- *¿Existen evidencias de que deben tratarle de otra manera?*
- *¿Del hecho de que le traten de esta manera se deduce que son malas personas?*

Aplique el debate socrático y el didáctico. Cuando se debate, se confronta una característica de la irracionalidad de la creencia (empírica, lógica, de utilidad). Es conveniente emplear diferentes tácticas que permitan que el paciente vea esa irracionalidad. La táctica preferencial es la socrática, puesto que intenta que el paciente saque conclusiones por sí mismo. Aunque sea la preferencial, no se da en todas las ocasiones. También se puede aplicar la didáctica.

- *¿Del hecho de que prefiera hacerlo bien se deduce que debe hacerlo? (Socrático.)*
- *De una preferencia no se puede deducir una exigencia; puesto que tienen diferente significado. (Didáctico.)*

Observe la respuesta no verbal del paciente a las preguntas. Al plantear las preguntas, el paciente responde con respuestas no verbales, y estas nos informan de su estado emocional. Estos gestos son de utilidad para ver posibles creencias irracionales del momento.

- *He visto que cada vez que le hago una pregunta agacha la cabeza y mira al suelo. ¿Cómo se siente cuando le pregunto?*

Repita el mismo debate, sesión tras sesión. Cuando se debate una creencia irracional en una sesión, no quiere decir que no haya que debatirla en otras. Normalmente, se repite el mismo debate sesión tras sesión, con diferentes estrategias y tácticas. Conviene que el paciente entienda que la TREC es rápida pero no mágica.

— *La semana pasada estuvimos debatiendo su creencia de que «no puede estar sola»; ¿qué piensa sobre lo que estuvimos diciendo?*

Ser enérgicos en el debate y mostrar entusiasmo en el diálogo. El debate no consiste en hacer una serie de preguntas de libro como si se leyera un formulario. Se trata de un proceso, donde el entusiasmo y la energía del terapeuta deben transmitirse al paciente. Emplee un lenguaje coloquial y expresivo, con una entonación y una gesticulación no verbal:

— *¿El hecho de que se comporte estúpidamente, le convierte en una basuuuura?*

— *¿Dónde está escrito que es HOOOORRIBLE su rechazo?*

Asegúrese de que el paciente le ha entendido. Una de las maneras para saber si el paciente ha comprendido el debate o simplemente respondió para ganar la aprobación del terapeuta, es pedirle autoinformes del debate. Aquí se aplica la inversión de roles (el paciente hace de terapeuta y el terapeuta de paciente) y se observan los signos verbales y no verbales.

— *Ahora vamos a invertir nuestros papeles y usted va a ejercer de terapeuta; ¿qué me diría si mantuviese la idea de que tengo que hacer bien este trabajo?*

Ser flexibles y creativos. No hay una forma correcta de debatir. No pregunte obligatoriamente «¿Dónde está escrito..?» o «¿Hay alguna ley que diga...?». Use su propio lenguaje para expresar lo mismo.

— *¿Hay algún manual del señor García que todo el mundo tiene que seguir?*

Errores más comunes en el proceso de debate

— Debatir la creencia racional en lugar de la irracional: «¿Dónde está escrito que las cosas deben ser como a usted le gusten?».

— Debatir la emoción en lugar de la creencia: «¿Por qué tiene que cabrearse?».

— Usar demasiados «¿por qué?». Normalmente, en este tipo de preguntas el paciente responde: «Porque es preferible», pero no cuestiona su exigencia. Por ejemplo: «¿Por qué debe hacerlo bien?»; «Pues porque las cosas me irían mejor».

- Limitarse a hacer solo una pregunta de debate. Es importante entender que es un proceso durante el cual se pretende persuadir al paciente de manera activa y directiva. Con una sola respuesta no es suficiente.
- Debatir de manera mecánica, de manual, en lugar de ser auténticos y entusiastas. Por ejemplo, cuando mecánicamente se emplea la pregunta «¿Existe una ley universal que diga...?».
- Debatir de manera rápida e impulsiva, en lugar de pausada y clara. De esta manera no se deja espacio para que el paciente piense y genera confusión.
- Argumentar más que debatir. No se trata de convencer ni luchar, sino de persuadir.
- Debatir inferencias sobre «A» en lugar de creencias irracionales.

Dificultades del noveno paso (debatir las creencias irracionales)

Problema 1. Si el paciente da una respuesta escueta (de «sí» o «no»), pedirle que la elabore, que sea más explícito.

Cuando el paciente da como respuestas monosílabos o responde con pocas palabras, pídale que argumente sus respuestas para comprobar qué es lo que ha entendido.

- T: *Entonces ¿tiene que tener lo que quiere?*
- P: *No.*
- T: *¿Qué quiere decir con «no»?*
- P: *Que no tengo que tener lo que quiero.*
- T: *¿Me puede dar una respuesta más elaborada?*

Problema 2. Si el paciente se muestra confuso, no se le deben plantear varias preguntas al mismo tiempo.

Otro de los problemas que puede presentarse es que el paciente manifieste un estado de confusión. Esto puede suceder cuando se han debatido varias creencias irracionales de forma sucesiva, y se ha pasado de debatir exigencias a debatir condenación, tremendismo o baja tolerancia a la frustración, o viceversa.

T: *¿Realmente necesita que la gente piense bien de usted? ¿Si no le aceptan es usted horrible?*

P: *No lo acabo de entender.... (se muestra confuso).*

T: *Vamos por partes. ¿Realmente es una necesidad que la gente piense bien de usted?*

Problema 3. Demasiados silencios.

Los silencios también comunican. Si el paciente presenta demasiados silencios, explore su estado emocional. Quizá se encuentre bloqueado debido a la pregunta y necesita un tiempo para procesar la información, o bien tiene ansiedad por dar una respuesta incorrecta ante el terapeuta. No insista en que responda a la pregunta, más bien explore cómo se siente.

— *T: ¿Tiene que hacerlo bien? ¿Me lo puede demostrar?*

— *P: (Silencio.)*

— *T: ¿Cómo se siente cuando le hago esta pregunta?*

Problema 4. No ve por qué el debate le vaya a cambiar sus sentimientos.

Hay pacientes que muestran impaciencia y no ven la utilidad de debatir las creencias irracionales porque no les cambia su emoción. Esta es, entonces, una buena oportunidad para explicarle la diferencia entre una convicción ligera y una convicción fuerte de las creencias racionales, y que para pasar de una a otra se requiere una buena dosis de trabajo y de práctica. El proceso de debate es el primer paso para el cambio, aunque aún no se lo crea fuertemente. Es un paso necesario pero no suficiente.

— *Entiendo que preguntarse «¿Dónde está escrito que no tenga que tener ansiedad?» no va a hacer que la ansiedad desaparezca mágicamente, ya que el cambio requiere también exponerse a las situaciones y mucha práctica. Pero sí le ayudará a afrontarlas mejor, con una nueva filosofía racional.*

Problema 5. El paciente responde perfectamente a todas las preguntas.

Si el paciente responde a los debates de una manera perfecta, de manual, sin poner trabas ni resistencias, explore su grado de convicción en lo que dice y vea si lo que busca realmente es la aprobación del terapeuta.

— *¿Realmente cree en lo que me está respondiendo? ¿Cuál es su grado de convicción y coherencia entre lo que piensa y lo que siente?*

Problema 6. Si responde incorrectamente a la pregunta, reformúlela.

Cuando el paciente no responde de forma adecuada a la pregunta, deberá interrumpirlo y decírselo. Quizá no entendió bien la pregunta y será necesario reformularla.

— *Quizás no haya expresado bien la pregunta... Cuando me refiero a «horrible» quiero decir que es la peor cosa que le podría pasar en la vida. Entonces ¿es realmente horrible tener dificultades para dormir?*

Problema 7. Si el paciente responde con otro tema, repítale la pregunta.

En ocasiones, el paciente no responde a la pregunta y da como respuesta otra

cuestión que no está relacionada con el tema que nos concierne. Esto puede ocurrir por dos razones. Si lo hace con frecuencia, quizá tiene problemas de concentración y habrá que realizar algunas pruebas neuropsicológicas. O bien la pregunta resulta para él tan amenazante que evita responderla.

— *No ha respondido a lo que le estaba preguntando, se lo vuelvo a preguntar...*

Problema 8. Si lo entiende pero no está de acuerdo, busque los motivos.

Si el paciente entiende la pregunta pero no está de acuerdo con los criterios de racionalidad e irracionalidad, entonces explore las objeciones y trate de discutir las conjuntamente sin ponerse a la defensiva.

— *P: Entiendo lo que me está queriendo decir, pero sigo sin estar de acuerdo con ciertas cosas.*

— *T: ¿Por qué cree que es racional pensar que su mujer no le tenía que haber mentido en absoluto?*

Problema 9. Si el paciente no responde bien a un debate socrático, cambie de táctica.

Hay pacientes que, debido a sus dificultades de comprensión, o porque les cuesta pensar por sí mismos, no consiguen entender las preguntas socráticas. En estos casos, resulta más útil utilizar la táctica didáctica. En cambio, si es un paciente inteligente y que suele pensar por sí mismo, resulta más útil aplicar el debate socrático para que extraiga él mismo las conclusiones. Habrá pacientes que respondan mejor a una táctica que a otra, y el terapeuta deberá explorar y ver cuál va mejor a cada cual.

— *T: ¿Del hecho de que se haya comportado de forma estúpida se deduce que es una persona estúpida? (Socrático.)*

— *P: Hum..., no sé a qué se refiere.*

— *T: Cuando dice «Soy un estúpido» se está juzgando en función de una conducta específica. Los seres humanos somos complejos y manifestamos cambios constantes, así que resulta difícil evaluarnos globalmente, ¿lo entiende? (Didáctico.)*

Problema 10. El paciente no responde bien al debate filosófico, cámbielo por el empírico.

Hay pacientes que responden mejor al debate empírico que al lógico o filosófico. Normalmente, el lógico es más difícil de entender y requiere un mayor grado de inteligencia. Es conveniente ver qué estrategia resulta mejor para cada paciente.

— *T: ¿Del hecho de que se haya comportado de forma estúpida se deduce que es una persona estúpida? (Filosófico.)*

- *P: Hum..., no sé a qué se refiere.*
- *T: Cuando uno piensa que es una persona estúpida está queriendo decir que el 100 % de su comportamiento es estúpido, pero no podemos demostrarlo. (Empírico.)*

Problema 11. Si el paciente no responde bien al debate de sus exigencias, altérnelo.

Hay pacientes que responden mejor al debate de la exigencia y otros al de las inferencias de condenación, baja tolerancia a la frustración o tremendismo. La solución elegante es el cambio de la exigencia. Pero si el paciente se resiste o tiene dificultades y logra un cambio en la inferencia, se trata de una solución menos elegante, pero puede ser de utilidad.

- *T: Supongamos que lo hace bien el 100 % de las veces; ¿cree que se convierte en una persona sin valor si lo hace mal?*

Problema 12. Si hay dificultades en conseguir que el paciente colabore, confróntelo.

Si el paciente no se muestra colaborativo en el proceso de debate, habrá que averiguar cuál es el motivo. Hay diferentes opciones que tener en cuenta: quizá no quiere abandonar la emoción, o quiere que trabaje el terapeuta, o desea cambiar el «A», o no entiende en qué consiste la «D», o tiene razones personales o de utilidad para no cambiar.

- *P: Eso que me dice de que no hay obligaciones no me lo acabo de creer... ¿Me puede demostrar que no hay? ¿De dónde saca su teoría?*
- *T: Mi función como terapeuta no es convencerle y decirle lo que es verdad y lo que es falso, sino buscar mediante el diálogo terapéutico nuevas formas de ver las cosas que le puedan ayudar a afrontar sus problemas. Si no está dispuesto a que pensemos juntos, nuestro debate no tendrá utilidad para usted; ¿lo entiende?*

Problema 13. Si el paciente lo argumenta todo, confróntelo.

Si ante la pregunta el paciente no para de argumentar sus respuestas y dar muchas explicaciones de por qué está en lo cierto, no trate de discutirlo y convencerle, puesto que de poco servirá. Es mejor ofrecerle la libertad que tiene de seguir pensando así, dándole la responsabilidad de su estado emocional y cuestionando si le sirve en el presente:

- *De acuerdo, usted tiene la libertad de seguir pensando que ellos tienen que obrar de esta manera, pero, dígame, ¿le ayuda ver las cosas de esta manera?;*

¿adónde le conduce?

También se puede recurrir a un estilo paradójico, como por ejemplo:

— *T: ¿Realmente es usted un fracasado?*

— *P: ¡Pues claro que lo soy! Y no me va a convencer de lo contrario...*

— *T: De acuerdo, me acaba de convencer, usted es un fracasado en toda regla. ¿Cómo se siente cuando le repito lo que está pensando sobre usted mismo?*

Problema 14. Si el paciente pone objeciones al estilo «Sí, pero no», confróntelo.

Cuando el paciente responde que lo entiende, pero que tiene objeciones al respecto, quizá tenga problemas con la figura de autoridad, o bien no quiere cambiar realmente.

— *P: Entiendo lo que me quiere decir, pero no lo voy a hacer.*

— *T: Percibo que se resiste a hacer lo que le propongo; ¿tiene algún problema con el hecho de que le proponga hacer cosas? ¿Le ha pasado otras veces que se resiste a hacer lo que le piden?*

Problema 15. Si el paciente intelectualiza, aplique técnicas más experienciales.

Cuando lo que el paciente hace es intelectualizar, entonces no cambia. Puede hacer debates elegantes y usar excelentes argumentos racionales, pero sigue igual. Es importante aplicar técnicas más experienciales.

— *Usted hace unos debates excelentes de sus creencias irracionales, pero en cambio sigue sintiendo mucha ira cuando no hace lo que espera de él. ¿Qué le parece trabajar con alguna técnica emocional que le ayude a interiorizar y aumentar su grado de convicción en sus creencias racionales?*

El caso ilustrativo de Marta

Debata las creencias irracionales.

T: Primero vamos a debatir su exigencia. ¿Dónde está la evidencia de que debe hacerlo perfectamente?

M: En ningún sitio.

T: ¿A qué se refiere con «en ningún sitio»?

M: Que está solo en mi cabeza, que me exijo hacerlo perfectamente y no debo hacerlo.

T: Me está hablando de que tiene una creencia irracional en su cabeza, y yo le estoy preguntando sobre las evidencias que tiene de que tiene que hacerlo perfectamente...

M: Evidencias tengo pocas; de hecho, me equivoco con más frecuencia de lo que querría.

T: ¿Qué creencia es más realista: que prefiera hacerlo bien, o que debe hacerlo perfectamente?

M: Hacerlo bien.

T: ¿Y por qué?

M: Porque realmente quiero hacerlo bien en mi trabajo y que mi jefe vea los resultados, y eso me ayudaría a ascender.

T: Correcto. Eso explica por qué prefiere hacerlo bien y no mal, pero cuando convierte esa sana preferencia en un deber, entonces ¿eso le ayuda a conseguir sus objetivos de hacerlo mejor?

M: ¡No! Me lleva a ponerme muy ansiosa e insegura, y hacer las cosas más torpemente.

T: Ahora vamos a debatir la condenación. ¿Del hecho de que su jefe piense que es una inútil, eso la convierte en una persona inútil?

M: No, porque lo que piense mi jefe no tiene por qué determinar lo que yo soy, pero eso es lo que yo pienso.

T: Exacto, eso es lo que usted se dice, pero ¿es lógico que a partir de un pensamiento que otra persona tiene sobre usted, pueda usted determinar lo que vale como persona?

M: Ya lo veo, no tiene sentido. De una cosa no se puede deducir la otra.

T: ¿Y por qué no se puede?

M: Porque si otra persona pensara diferente a él, entonces ¿quién determinaría lo que yo valgo? Lo que yo valgo no depende de lo que piensen los demás.

4.1.10. DÉCIMO PASO: AUMENTAR SU CONVICCIÓN EN SUS CREENCIAS RACIONALES («E»)

Identifique la creencia racional

Una vez que el paciente ha entendido que sus creencias irracionales no se sustentan ni empírica ni lógicamente y que, además, conducen a sentimientos insanos y comportamientos disfuncionales, es el momento de ayudar al paciente a fortalecer la convicción en sus creencias racionales:

— *¿Qué creencia quiere ver reforzada y cuál debilitada?*

— *¿Qué creencia racional podría estar diciéndose a usted mismo en lugar de esta creencia irracional?*

La Imaginación Racional Emotiva (IRE). Uno de los métodos más utilizados para fortalecer el cambio en las creencias racionales es la Imaginación Racional Emotiva

(IRE), creado por Maxie C. Maultsby Jr. (1971) y adaptado por Albert Ellis (1980; 1995; 2001). Se basa en la hipótesis neurofisiológica de que no solo las experiencias reales, sino también la imaginación, sirven para crear conexiones y circuitos del impulso nervioso. Por ello, la práctica mental puede servir para desarrollar nuevas creencias racionales (Lega, Caballo, Ellis, 2009).

Instrucciones para la aplicación de la Imaginación Racional Emotiva.

En primer lugar, el paciente deberá imaginarse una de las peores cosas que podrían sucederle, como fallar en un proyecto crucial o ser rechazado por alguien importante, y visualizador vívidamente este hecho desafortunado o Acontecimiento Activador («A»).

A continuación, pídale que sienta la emoción que suele sentir cuando imagina que el Acontecimiento («A») ocurre realmente. Que intente sentirla espontáneamente, y no que intente sentir lo que se supone que debe sentir.

Una vez que haya experimentado la emoción insana («C»), sugiérale que lo indique con un gesto (como levantar la mano sin abrir los ojos) y dígame que permanezca con esta emoción durante un tiempo (uno o dos minutos aproximadamente) y sienta el malestar en el cuerpo.

Una vez que lo haya hecho, pídale que cambie esa emoción insana por su correspondiente emoción sana y que lo indique con un gesto (como levantar la mano) una vez que lo haya realizado. Es decir, si se sentía deprimido, que trate de cambiar la depresión por tristeza; si en cambio era rabia o ira, que las cambie por enfado o molestia, o si era ansiedad, por preocupación.

Insista en que cambie la emoción insana por una sana, pero asegúrese de que no esté cambiando el Acontecimiento («A»), y permanezca con esta nueva emoción sana durante cinco minutos.

Si en este tiempo vuelve a sentir la emoción insana, que trate de cambiarla de nuevo por una emoción sana.

Cuando haya logrado reemplazar la emoción por algún tiempo, que permanezca en ese estado durante unos minutos más hasta que note que las sensaciones físicas molestas de la emoción anterior han disminuido o desaparecido.

Una vez finalizado el ejercicio, pídale que abra los ojos y pregúntele lo siguiente:

— *¿Qué es lo que ha hecho para cambiar la emoción?*

NUNCA se le deberá preguntar: «*¿Qué es lo que se ha dicho para cambiar la emoción?*», puesto que con esta pregunta se está induciendo a que responda lo que quiere el terapeuta y no lo que verdaderamente ha hecho para cambiarla.

También hay que asegurarse de que no ha intentado relajarse, ni distraerse con otra cosa, ni ha puesto la mente en blanco. Para que el cambio sea eficaz deberá proceder de un cambio filosófico, de un pensamiento irracional a uno racional. Si no lo ha hecho así,

se debe repetir el ejercicio hasta que lo logre.

Y si lo ha hecho bien, trate de ver cómo lo ha hecho y qué le ha ayudado a cambiar la emoción insana y que lo anote en un papel como recordatorio.

Sugiera acciones que sean congruentes con sus creencias racionales. Otro de los métodos más eficaces para fortalecer la convicción es animarle a realizar conductas ante una situación relevante mientras mantiene creencias racionales al respecto. Se anima a asumir riesgos y a exponerse a situaciones temidas con el objetivo de que se genere el cambio emocional y conductual. Ayudarle a ver que cuando su conducta y su pensamiento están sincronizados, maximiza los cambios y fortalece sus creencias racionales. Aplique la siguiente fórmula (Dryden, 2002):

Afrontar la adversidad + mantener creencias racionales + actuar de manera congruente con las creencias racionales = CAMBIO.

— *¿Qué situaciones podría afrontar para la próxima sesión para trabajar sus nuevas creencias racionales?*

Dificultades durante el décimo paso (aumente la convicción en las creencias racionales)

Problema 1. El paciente dice «Ya me lo digo, pero no cambio».

Que el paciente llegue a entender que una creencia es racional es importante pero no suficiente para generar un cambio emocional y conductual. El debate es un proceso que requiere un constante trabajo cognitivo entre sesiones, además de actuar en contra de sus convicciones irracionales. Por esta razón, las tareas para casa o entre sesiones son muy importantes para el proceso de cambio.

— *El cambio es como aprender a conducir. Uno puede saber la teoría, pero no es suficiente para manejar el coche. Se requiere una práctica constante para que se vuelva una acción automática.*

Problema 2. El paciente dice «Lo entiendo pero no lo siento».

A menudo, el paciente dice «Lo entiendo, pero aún no me lo creo» o «Lo creo intelectualmente pero no emocionalmente» o «Lo creo en mi cabeza, pero no lo siento en mi corazón». Utilice estas expresiones para animar al paciente a trabajar en el proceso de convicción realizando tareas para casa. Refuerce la importancia de debatir repetidamente y de manera enérgica las creencias irracionales y pensar racionalmente en

diferentes contextos vitales.

- *Si no es enérgico en su debate, no le llegará a su corazón para sentirlo y movilizarlo. Es como si un ciclista se dijera suavemente y en tono bajo que puede subir una montaña; no lo logrará si no es fuerte y enérgico para creer que sí puede.*

Problema 3. El paciente en la IRE evoca imágenes vagas, poco claras.

Quizás el paciente tenga una habilidad limitada para «pensar en imágenes». Quizá le sea más fácil «pensar en conceptos» y, por lo tanto, esta sea una herramienta más útil (Lega, Caballo, Ellis, 2009).

- *T: ¿Está teniendo problemas a la hora de imaginar el peor escenario, o hay algo que se está diciendo que no le ayuda a hacerlo?*

Problema 4. El paciente en la IRE genera otros pensamientos que sirven como sofisma de distracción.

En este caso se exploran estos pensamientos y se ve si hay algún pensamiento «mágico», donde el paciente cree que puede hacer que algo no ocurra si no piensa en eso. Una vez resuelto, se vuelve a utilizar la IRE (Lega, Caballo, Ellis, 2009).

- *T: ¿Qué pensamientos intrusivos o imágenes le han venido a la cabeza en este momento?*

Problema 5. El paciente no quiere afrontar la adversidad.

Si el paciente no quiere afrontar el problema, revise las posibles resistencias al mismo y vea si realmente quiere cambiar. Refuerce la importancia de la práctica con ejemplos:

- *El cambio es como aprender a jugar a tenis. Uno puede «saber» qué es lo que debe hacer, pero hasta que no empieza a practicar no «aprende» realmente a jugar a tenis.*

El caso ilustrativo de Marta

Fortalezca sus creencias racionales.

T: Entonces ¿qué creencia quiere fortalecer?

M: Lo que yo valgo no depende de lo que piensen los demás... Lo entiendo, pero me sigo sintiendo igual.

T: El cambio no es mágico ni fácil. Es como conducir un coche; puede entender cómo se hace, pero llegar a automatizarlo y hacerlo de manera espontánea requiere mucha práctica.

Aplice la Imaginación Racional Emotiva (IRE).

T: Ahora vamos a hacer un ejercicio de imaginación para ayudarle a fortalecer el cambio en sus creencias racionales, ¿de acuerdo?

M: De acuerdo.

T: Cierre los ojos y trate de imaginarse tan vívidamente como sea posible una de las peores cosas que podrían sucederle, como que su jefe pensara que es una inútil. Deje sentir la ansiedad en su cuerpo mientras sigue imaginando esta situación y cuando la sienta, me avisa levantando la mano y sin abrir los ojos.

[La paciente levanta la mano.]

T: Ahora sienta esta emoción insana durante un par de minutos; note todas sus sensaciones desagradables pero no intente irse de la situación.

[Se espera un par de minutos.]

T: Voy a pedirle que ahora intente cambiar la ansiedad por una emoción sana, como sentirse preocupada pero no ansiosa. Trate de cambiar la emoción sin cambiar la situación que se está imaginando. Su jefe sigue pensando que es una inútil, pero usted no se siente ansiosa sino sanamente preocupada. Cuando lo haya hecho, levante la mano sin abrir los ojos.

[La paciente levanta la mano.]

T: Ahora, mantenga esta nueva emoción en su cuerpo durante un par de minutos hasta que las sensaciones desagradables hayan disminuido o desaparecido.

[Al cabo de un par de minutos.]

T: ¿Qué es lo que ha hecho para cambiar la emoción de ansiedad por preocupación?

M: Pues he cambiado mi forma de ver las cosas.

T: ¿Y cuál ha sido su forma de verlas?

M: Me he dicho que lo que él pensara de mí es solo una opinión, no lo que yo valgo como persona.

T: Bien, anote pues esta nueva creencia racional en un papel como recordatorio.

Sugiera acciones congruentes con sus creencias racionales.

T: El cambio no se produce solo con pensar racionalmente, sino también al enfrentarse a situaciones y asumir riesgos ¿Qué cree que podría hacer ahora para trabajar esta creencia?

M: ¡Uf! No sé si podré no sentirme ansiosa...

T: El objetivo no es que no se sienta ansiosa cuando se enfrente a estas situaciones, sino que, aunque se sienta ansiosa, intente mantener sus creencias racionales al respecto.

M: Lo entiendo... ¿Podría preguntarle a mi jefe alguna duda que tengo sobre mi trabajo y asumir el riesgo de que piense que soy una inútil?

T: ¡Perfecto! Eso sería una buena tarea.

4.1.11. UNDÉCIMO PASO: NEGOCIAR LAS TAREAS PARA CASA

Negocie las tareas para casa

Es importante que lo aprendido durante la sesión de terapia se practique en el día a día, entre las sesiones. Para ello acuerde las tareas para hacer en casa:

— *¿Qué podría hacer durante esta semana para trabajar lo que hemos hecho durante la sesión de hoy?*

En realidad, no son tareas para «casa» sino más bien «entre sesiones» (Dryden, 2002). Algunas veces, ciertos pacientes reaccionan negativamente por asociarlo con el término «deberes», como si fueran a la escuela. Es importante, entonces, que tengan connotaciones positivas para motivar al paciente a realizarlas. Si no les gusta el término «tareas para casa», puede expresarlo en términos como:

- *Tareas entre sesiones.*
- *Tareas para mejorar.*
- *Tareas para el cambio.*
- *Ejercicios de autoayuda.*
- *Ejercicios para progresar.*

El principal objetivo es reforzar lo adquirido durante la sesión terapéutica, su nueva creencia racional o la habilidad para debatir (Lega, Caballo, Ellis, 2009). Al ensayarlo entre sesiones, facilita el proceso de aplicación de lo aprendido a la vida cotidiana. También permite al terapeuta revisar, de forma sistemática, el progreso del paciente. Entre las metas específicas están:

- Cambiar un comportamiento disfuncional por otro funcional.
- Reducir las creencias irracionales y aumentar las creencias racionales.
- Evaluar el grado de comprensión de los principios de la TREC.

Es conveniente que las tareas para casa tengan cuatro características (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992):

- Congruencia: ser relevantes con la tarea realizada durante la sesión.
- Especificidad: las instrucciones detalladas y claras.

- Seguimiento sistemático: repetir la tarea a lo largo de las sesiones, introduciendo variaciones en la misma.
- Eficiencia: la tarea más efectiva para generar cambios.

Clarifique las tareas para casa. Hay tres pasos importantes para que el paciente realice las tareas en casa:

1. Deje claro qué es lo que el paciente tiene que hacer exactamente.
 - *¿Cómo lo haríamos? ¿En qué momento? ¿Dónde? ¿Con quién?*
2. Clarifique cuál es el objetivo de la tarea.
 - *¿Cuál sería el propósito de hacer esta tarea? ¿Lo ve relevante?*
3. Clarifique el tipo de tareas para casa. Como la TREC se basa en un modelo de aprendizaje, si se emplean varias modalidades, se maximiza lo aprendido. Por lo tanto, es conveniente ser multimodales para promover el cambio:

Tareas cognitivas. Ayudan a entender el modelo ABC y el papel de las creencias en la perturbación emocional. Consisten en identificar y debatir creencias irracionales y ayudan a obtener un «*insight* intelectual», más que un «*insight* emocional». Son tareas muy importantes en las fases iniciales de la terapia. Algunas de las tareas cognitivas son:

- La biblioterapia, mediante la lectura de libros y artículos. Resulta muy positiva al principio de la terapia para introducir conceptos y principios.
- En las sesiones de terapia: que tome notas de lo que se explica.
- Registros ABCDEF.
- Escribir autoafirmaciones racionales.

Tareas emocionales. Sugiera al paciente que realice tareas experienciales o evocativas, ya que generan una fuerte carga emocional. Estas tareas ayudan a pasar del «*insight* intelectual» al «*insight* emocional». Las principales tareas son:

- La imaginación racional emotiva (IRE).
- Ejercicios para atacar la vergüenza.

Tareas conductuales. Estimule al paciente para que realice acciones en contra de sus creencias irracionales y a favor de las racionales. Esto le ayudará a aumentar la convicción en las creencias racionales. Las tareas principales son:

- Asumir riesgos.
- Exposición «en vivo». Utilice dos tipos de exposición: gradual o en implosión. Si el paciente está muy motivado lo mejor es la implosión. No obstante, en la mayoría de los pacientes es mejor la gradual: se le expone primero a situaciones de moderada intensidad para ir subiendo en la escala de incomodidad.

- Ejercicios de habilidades sociales.

Ser colaborativos. En lugar de imponer autoritariamente lo que tiene que hacer el paciente entre sesiones, como si fuera una prescripción médica, o esperar de forma pasiva que el paciente diga qué hacer, es más productivo invitarle o sugerirle la tarea que es más conveniente y negociar los detalles. A medida que avanza la terapia, con el propósito de que el paciente sea su propio terapeuta, hay que animarle cada vez a que asuma un papel más activo en la elaboración de las tareas para casa.

- *¿Qué le parece si para la próxima sesión nos proponemos hacer esto?, ¿o puede sugerirme otra tarea relevante?*
- *¿Ve algún problema que pueda surgir a la hora de realizarla?*

Dígale al paciente que no necesariamente ha de tener éxito en las tareas para casa. El paciente puede desanimarse si, a pesar de intentarlo, no ha podido hacer la tarea o no la ha realizado bien. Cuando esto ocurre, hay que explicarle que no existen fracasos en las tareas en casa, sino que más bien son oportunidades para mejorar y trabajar lo que ha pasado durante la sesión.

- *El objetivo de las tareas para casa no es hacerlas bien sino hacerlas y aprender de ello. Vamos a revisar lo que ha ocurrido cuando las hacía, ¿le parece?*

Asegurarse de que el paciente tiene las suficientes habilidades para realizar la tarea. Si se le pide que realice un registro ABCDEF completo, si no se le ha instruido en el debate, no lo podrá hacer y se desmotivará. Ténganse en cuenta las limitaciones intelectuales del paciente.

- *¿Me puede hacer un resumen sobre lo que le he explicado para ver si ha entendido bien el proceso de debate?*

Asegurarse de que el paciente crea que pueda hacer las tareas. Según definió Bandura (1969) el término autoeficacia, es más fácil que una persona haga la tarea si cree que la puede hacer. No importa que tenga la habilidad; si el paciente no cree que es capaz de hacerla, habrá menos probabilidades de que la haga. Una manera de ayudarlo es pidiéndole que se imagine que hace repetidamente la tarea antes de ejecutarla en la realidad.

- *Cierre los ojos y trate de imaginar que está haciendo la tarea que le hemos propuesto; ¿se ve capaz de hacerla?, ¿ve alguna dificultad a la hora de realizarla?*

Anímele a realizar las tareas para casa con fuerza y energía. Enseñe la importancia de ser enérgicos a la hora de realizar las tareas para llegar a un «*insight* emocional». Si se hace de manera muy suave, los cambios no serán profundos.

— *Durante los debates es importante que se hagan las preguntas de manera enérgica para que haya un cambio emocional.*

Darle suficiente tiempo para negociar la tarea para casa. Es preferible dar al menos diez minutos al final de la sesión para esta actividad.

— *¿Hay alguna duda o comentario sobre la tarea?*

Asegúrese de que la tarea para casa es congruente con el trabajo realizado durante la sesión. Según el objetivo trabajado durante la sesión, asigne una tarea u otra. Algunas sugerencias pueden ser (Dryden, 2002):

- Si se ha trabajado la conexión «B-C», las lecturas pueden ir muy bien.
- Si se ha centrado en identificar creencias irracionales y debatirlas, en el «*insight* intelectual», darle registros ABCDEF.
- Si se quiere aumentar la convicción en las creencias racionales, el «*insight* emocional», pedirle que haga la IRE, o ejercicios de ataque a la vergüenza.
- Si se busca fortalecer el cambio, sugerirle que asuma riesgos o tareas de exposición «en vivo».

— *¿Qué le parece si cada día practica la IRE que hemos hecho en la sesión para fortalecer el cambio emocional?*

Asegúrese de que entiende el propósito de la tarea. Una manera de ver si lo ha entendido es pedirle que haga un resumen de la tarea y que explique la finalidad de la misma.

— *¿Me puede resumir la tarea que hemos propuesto y cuál sería el objetivo de hacerla?*

Ayude al paciente a especificar dónde, cuándo y la frecuencia de las tareas. Si se ha concretado exactamente en qué lugar se hará, en qué momento del día y con cuánta frecuencia, las posibilidades de que la realice son mayores que si la definimos en términos vagos.

— *¿Me puede indicar dónde la hará y en qué momento? ¿Lo hará más de una vez?*

Promueva un compromiso firme para realizar la tarea. Cuando se está

negociando la tarea, es importante que haya un firme compromiso en hacerla, pues si el compromiso es débil no quedará claro si la realizará o no. No habrá que aceptar que diga «Intentaré hacerlo» o «Ya veré si puedo», sino pedirle que diga «Lo haré».

— *P: Voy a intentar hacerlo...*

— *T: ¿Lo va a intentar o lo va a hacer? Es importante estar comprometido cuando lo haga, ya que los «intentos», si no se hacen con determinación, no suelen funcionar. ¿Tiene alguna objeción o reserva a la hora de hacerlo?*

Anime al paciente a escribir una nota sobre la tarea y sus detalles. Si se ha acordado al inicio de la sesión o a la mitad de ella, solamente hará falta recordarlo. El paciente puede tener dificultades en recordar la tarea si no la escribe en una nota, por diferentes razones:

— Simplemente por olvido.

— La tarea es demasiada compleja para recordarla después.

— El paciente estaba demasiado ansioso durante la sesión y no pudo retener la información.

En la nota sugiera que escriba:

— La naturaleza de la tarea.

— El propósito de la tarea.

— La frecuencia de realización.

— Dónde la hará.

— Cuándo la hará.

— Posibles obstáculos.

— Cómo resolver los posibles obstáculos.

— *Es conveniente apuntar las tareas en una nota como recordatorios, ya que tendemos a olvidarnos de las cosas. Especifique todos los detalles sobre cómo lo hará, dónde, los obstáculos previstos...*

Dificultades durante el undécimo paso (negocie las tareas para casa)

Problema 1. Si el paciente cree que no las podrá hacer por falta de tiempo.

Es importante dedicar un tiempo a identificar los problemas y obstáculos potenciales, tratar de resolverlos y que no sean un contratiempo en las tareas. No obstante, uno de los principales obstáculos es la baja tolerancia a la frustración de los pacientes, que conlleva conductas como la de posponer o la de evitación que suelen reflejarse en forma de «No

he tenido tiempo» o «Lo he olvidado». Discutirlo con ellos ayudará a evitar tales obstáculos.

— *Usted dice que no tiene tiempo para hacer una tarea que le ocupa diez minutos; ¿qué se está diciendo cuando imagina que llega a casa y se pone a hacer la tarea?*

Problema 2. Si el paciente cree que no las podrá hacer por falta de habilidades.

Una de las formas de motivar al paciente a que realice la tarea es ensayarla primero en la consulta mediante el *role-playing*. Si no es posible de forma práctica, pídele que se imagine que la está realizando. Se observa, entonces, si existen obstáculos potenciales.

— *Vamos a ensayar la entrevista con su jefe. Imagine que soy su jefe y usted le pide un aumento de salario; ¿cómo lo haría?, ¿qué le diría?*

Problema 3. Si el paciente cree que no lo hará por falta de compromiso.

Pídale al paciente una lista de refuerzos o de cosas que le gusta hacer, y que, una vez realizada, se premie a sí mismo. Y también, una lista de tareas o de cosas que detesta hacer, y que se imponga una penalización cada vez que no la realice.

— *Usted no está obligado a realizar las tareas, pero son altamente convenientes. Para no reforzar su tendencia a «no hacerlas», podemos acordar una lista de refuerzos y penalizaciones a la hora de realizarlas, ¿qué le parece?*

El caso ilustrativo de Marta

Negocie las tareas para casa.

T: ¿Qué duda le podría plantear a su jefe esta semana?

M: Alguna sobre los procesos informáticos de listado de clientes.

T: ¿Cómo lo haríamos? ¿En qué momento? ¿Qué día?

M: Este viernes a primera hora de la mañana iría a su despacho y le preguntaría.

T: ¿Cuál sería el propósito de hacer esta tarea? ¿Lo ve relevante?

M: Enfrentarme al posible rechazo de mi jefe sin infravalorarme.

T: ¿Ve algún problema que pueda surgir a la hora de realizarla?

M: No veo ningún problema.

4.1.12. DUODÉCIMO PASO: REVISAR LAS TAREAS PARA CASA

Revise las tareas para casa

Desde el comienzo del proceso psicoterapéutico, la tarea se revisa al iniciar las

sesiones siguientes, y es un ingrediente central en el proceso de cambio.

— *¿Qué es lo que hizo como tarea para casa?*

— *¿Qué aprendió de la experiencia de la tarea para casa?*

El mejor momento de revisar las tareas para casa es durante el inicio de la sesión, por dos razones (DiGiuseppe, Doyle, Dryden y Backx, 2014):

1. En primer lugar, porque se considera parte integral del proceso terapéutico y debe valorarse en la sesión; además, es una consideración al trabajo realizado por el paciente. Si no se pregunta nada sobre las tareas, lo más seguro es que el paciente no las considere relevantes y no las hará para la próxima sesión.
2. En segundo lugar, porque se muestra genuinamente que se está interesado en el progreso terapéutico y en la mejora del paciente.

Hay dos excepciones para no revisar las tareas al inicio de la sesión:

1. El paciente está muy perturbado por un acontecimiento vital inesperado como, por ejemplo, la muerte de un familiar cercano.
2. El paciente se encuentra en una crisis suicida.

Compruebe si el paciente hizo lo que se pactó. Cuando se revisa la tarea, asegúrese de que se realizó tal como se pactó previamente. El terapeuta deberá estar atento a cualquier cambio, porque puede indicar conductas de evitación.

— *Cuando acordamos mirar fotos para trabajar su fobia, ¿miró las que pactamos, o seleccionó otras?*

Revise lo que el paciente aprendió al hacer la tarea. Explore si sirve para el aprendizaje del paciente, y si ve la utilidad para su mejora personal o si lo ha hecho para complacer al terapeuta.

— *¿Qué utilidad ha tenido para usted hacer la tarea?*

Refuércelo por haber hecho las tareas. Es muy importante reforzar al paciente por haber hecho la tarea, tanto si le ha salido bien como mal. Esto le anima a seguir realizándolas.

— *¡Qué bien que haya hecho las tareas!; aprovecharemos la sesión para trabajarlas.*

Dificultades durante el duodécimo paso (revise las tareas para casa)

Problema 1. El paciente las realizó, pero no afrontó el «A» crítico.

Cuando se revisan las tareas, téngase en cuenta si el paciente afrontó el «A» crítico. Por ejemplo, si se le pidió que acudiera a una fiesta e hiciera frente al rechazo de una mujer, pero resulta que la mujer no lo rechazó y aceptó su invitación; en este caso, no valdría como tarea. Entonces explicarle que ha cambiado el «A», y recordarle cuál era la naturaleza y el propósito de la tarea.

— *Está bien que haya hecho la tarea, pero la que acordamos no era exactamente esta; ¿recuerda cuál era?*

Problema 2. El paciente realiza la tarea para complacer al terapeuta.

Si el paciente no entiende el propósito de la tarea, revise si lo ha hecho por la necesidad de obtener la aprobación del terapeuta. Si es así, se debate con el paciente.

— *La finalidad de la tarea no es que yo le apruebe o le diga que lo ha hecho bien; ¿recuerda cuál era el propósito de hacerlo?*

Problema 3. El paciente no hizo la tarea.

Si no ha realizado la tarea, identifique las creencias irracionales que puedan estar influyendo. Una de las principales es la baja tolerancia a la frustración, como «*Es demasiado difícil*» o «*No he tenido tiempo*».

— *¿Qué es lo que se está diciendo cuando no hace las tareas acordadas?*

Problema 4. Hizo las tareas, pero no le salieron bien.

Si las tareas no salieron bien, hacerle ver que los errores son como oportunidades de mejora si se analizan los factores que han llevado a cometerlos. Es el momento de renegociar las tareas o proponer una similar, una vez que se hayan visto las razones. Estas pueden ser (DiGiuseppe, Doyle, Dryden y Backx, 2014):

- No hizo la tarea completa, sino solo una parte.
- La tarea era muy general.
- Paró cuando empezó a sentirse mal.
- Practicó creencias racionales equivocadas.
- Mantuvo creencias racionales de manera débil.
- Empezó a hacer la tarea, pero olvidó lo que tenía que hacer después.
- Empezó pero lo abandonó, porque no sabía qué tenía que hacer.
- Empezó y encontró un «A» crítico que desencadenó nuevas creencias irracionales que lo llevaron a abandonar la tarea.

— *Lo importante es que ha hecho las tareas, y los errores sirven para trabajarlo en*

la sesión; ¿qué dificultades han surgido a la hora de hacerlas?

El caso ilustrativo de Marta

Revise las tareas para casa.

T: ¿Qué es lo que hizo como tarea para casa?

M: ¡Ha ido bien!, puesto que finalmente le pregunté una duda a mi jefe y no me angustié mucho. ¡Fue perfecto!

T: ¿Y qué duda le preguntó?

M: Bueno, en lugar de preguntarle sobre el listado de clientes, le pregunté sobre un problema que tenemos ahora en la empresa y que no sabemos cómo resolver.

T: Está muy bien que haya hecho la tarea, pero no la ha hecho exactamente como dijimos que haría. ¿Qué motivó el cambio?

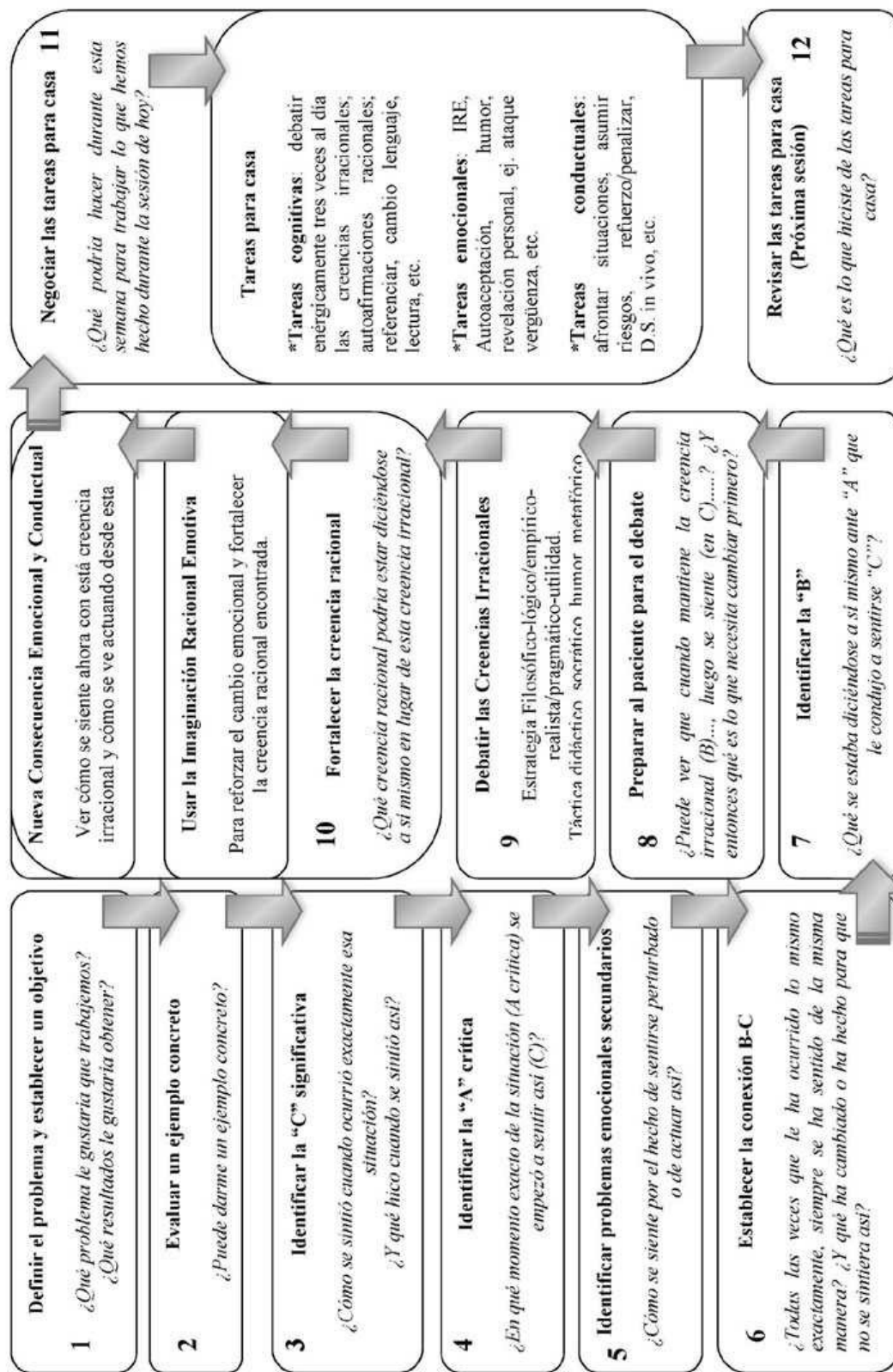
M: Bueno, al principio pensé en hacerlo tal como dijimos, pero después pensé que quizá quedaría muy mal y decidí consultarle otra duda.

T: Es importante que afronte el acontecimiento que más le perturba y no escoja otro «menor» para conseguir cambios. Entonces ¿qué queda pendiente de hacer para la próxima sesión?

M: Consultarle la duda sobre el listado de clientes a mi jefe.

4.1.13. RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LOS PASOS

En la tabla siguiente se presenta un resumen esquemático de los pasos para la implantación del modelo ABCDEF en la práctica. Las flechas indican los pasos o caminos que seguir para llegar al cambio emocional y conductual:



4.1.14. UNA DEMOSTRACIÓN DEL DOCTOR ALBERT ELLIS

A continuación, se transcribe un caso supervisado por Albert Ellis y en el que se pueden apreciar los diferentes pasos para llevar a cabo una sesión de la TREC.

El caso de Letty

Ellis: *Bien, Letty, ¿cuál es el problema que más le molesta?... ¿En el que quiere trabajar hoy?*

Letty: *Bueno, creo que te quiero hablar de sexo.*

Ellis: *¿Qué aspecto del sexo?... El área es muy extensa.*

Letty: *Prácticamente todos.*

Ellis: *¿Qué está haciendo en su vida que querría hacer mejor..., sexualmente?*

Letty: *Bueno, creo que no he llegado nunca al clímax y esto hace que no disfrute de las relaciones sexuales... A veces disfruto un poquito..., pero eso es todo.*

Ellis: *Cuando dice que nunca ha llegado al clímax, ¿se refiere al coito o bajo ninguna circunstancia?*

Letty: *Bajo ninguna circunstancia...*

Ellis: *No importa lo que practique, incluida la masturbación... Bien, examinemos la masturbación primero. ¿Qué sucede cuando se masturba?... Antes que nada, ¿se excita espontáneamente?*

Letty: *No mucho... Alguna vez me he excitado un poco..., casi nada, en realidad.*

Ellis: *¿Por qué lo hace si no la excita? Debe de sentir algo de excitación...*

Letty: *Por eso lo hago..., con la esperanza que voy a sentir algo..., pero no sucede... Entonces me canso y me doy por vencida...*

Ellis: *Sin embargo, nada le excita espontáneamente... Un libro..., un hombre atractivo... una película... ¿Nada la excita de manera espontánea?*

Letty: *Últimamente lo único que puedo recordar es que me despierto en medio de la noche sintiéndome muy excitada...*

Ellis: *Bien, examinemos esto... ¿Se despierta muy excitada?... ¿Se masturba entonces?*

Letty: *Lo intento..., sin embargo no...*

Ellis: *Partamos de aquí: se despertó, estaba excitada y comenzó a masturbarse.*

Letty: *Creo que parezco algo confundida porque no estoy necesariamente pensando en irme a la cama con un hombre... o con una mujer...; hay una diferencia, ¿no cree?*

Ellis: *¿Cuál es la diferencia? Supongamos que está masturbándose..., y regresemos a esto porque hace el ejemplo más fácil... Se excita y piensa en alguien... ¿Suele hacerlo pensando en un hombre?*

Letty: *No. Normalmente en una mujer...*

Ellis: *¿Qué está haciendo ella?*

Letty: *¿En mi fantasía?*

Ellis: *Sí.*

Letty: *A menudo imagino una larga escena en la que finalmente «llegamos al dormitorio»... y aquí es donde suelo sentirme confusa... Estamos en la cama, aún tenemos la ropa puesta, y puedo ponerme en el rol de estar siendo muy afectuosa con ella...*

Ellis: *A propósito, ¿cómo es ella? ¿Qué apariencia tiene?*

Letty: *Bueno, depende de la fantasía...*

Ellis: *¿Qué tipo prefiere en particular?*

Letty: *No lo sé...*

Ellis: *Bueno, es gorda, ¿por ejemplo?*

Letty: *No tan gorda como yo, pero tampoco flaca.*

Ellis: *Bien, es una mujer con senos grandes...*

Letty: *Sí.*

Ellis: *Y usted le está haciendo el amor... Está teniendo esta fantasía y ¿cómo se siente al respecto?, ¿cómo se siente al estar haciéndole el amor?*

Letty: *Normalmente me gusta... y luego... pienso que ella también está acariciándose... Y entonces me detengo en ese momento... porque...*

Ellis: *Ella está acariciándola en la fantasía y de pronto algo la bloquea. Un pensamiento interfiere..., ¿cuál es?*

Letty: *Que ella no quiere tocarme..., que ella piensa que tiene que hacerlo, pero...*

Ellis: *¡Qué interesante! Porque es su fantasía. Usted la escoge... Es usted quien la imagina... y en ella usted podría imaginar que le agrada mucho, que ella verdaderamente la desea, que quiere realmente satisfacerla, amarla... y, sin embargo, lo que imagina es que ella no la desea.*

Letty: *Supongo que se deriva del hecho de que como no me gusto a mí misma, asumo que tampoco gusto a otros...*

Ellis: *Está bien, asumamos lo que podría ser una buena suposición, y es que no se gusta a sí misma... ¿Cómo sabrían ellas eso? ¿Por qué no gustaría a otras simplemente porque no se gusta a sí misma?*

Letty: *Bueno, me digo a mí misma que no les gustaría sexualmente... porque tengo sobrepeso.*

Ellis: *Supongamos que a nueve de cada diez no les gustaría... y vamos a suponerlo*

porque probablemente nueve de cada diez preferirían a alguien menos obesa que usted..., pero ¿por qué está incluyendo a todas las personas en la misma categoría?... ¿No existen mujeres que prefieren exclusivamente mujeres gordas?..., incluso mucho más gordas que usted...

Letty: *No lo sé...*

Ellis: *¡Pues las hay!*

Ellis: *Hay dos cosas que podría sugerirle, una «elegante» y otra no... La «no elegante» es que si imaginase que está delgada, como querría serlo, ella disfrutaría estando con usted, porque no tiene sobrepeso, y usted también disfrutará, tanto de su placer como de la manipulación de su cuerpo. ¿Comprende lo que quiero decir?*

Letty: *Sí.*

Ellis: *Esto es «no elegante» porque presupone que tiene que estar delgada. Sería mucho mejor que en su fantasía imaginase que está siendo como es en la realidad..., que merece sentir el placer que ella quiere proporcionarle..., y que ella quiere que disfrute... porque en realidad a ella le importa un comino si está delgada o no..., y que usted también está disfrutando del placer que ella está sintiendo y, sobre todo, del que siente usted.*

Letty: *Sí, lo comprendo.*

Ellis: *Porque tiene que practicar dentro de su cabeza que puede disfrutar en lugar de practicar que no disfruta, como lo ha estado haciendo hasta ahora..., pensando «No merezco sentir placer; nadie, ni hombre ni mujer, querría en realidad darme placer..., pues no me lo merezco»; ¿no es así?*

Letty: *Sí.*

Ellis: *Déjeme utilizar la «Imaginación Racional Emotiva» para enseñarle lo que puede hacer al respecto. Piense en la imagen que evoca... Está con una mujer. Y usted la satisface..., y ella solo quiere usarla..., no le interesa darle satisfacción... Incluso piensa: «¡Oh, vaya!, ¡qué gorda es!». ¿Cómo se sentiría si pensara eso?*

Letty: *Terrible...*

Ellis: *Y «terrible» significa ¿deprimida?, ¿ansiosa?, ¿avergonzada?*

Letty: *Deprimida.*

Ellis: *Bien, cambie entonces ese sentimiento por solo tristeza y arrepentimiento... Tristeza únicamente..., ¿puede hacerlo?*

Letty: *Sí.*

Ellis: *¿Cómo lo ha hecho?*

Letty: *Curiosamente, a menudo me siento más triste que de otra forma porque pienso que hasta ahora no he podido lograr mucha satisfacción durante el sexo, pero que eso no quiere decir que nunca lo lograré.*

Ellis: *De acuerdo, pero creo que a menudo también se siente deprimida porque*

añade a su diálogo interno «Nadie me desea..., nadie me encuentra atractiva..., solo quieren usar mi cuerpo». Y, sin embargo, si practicase durante las próximas semanas sentirse solamente triste, veinte minutos, tres veces por semana, sería más fácil para usted deshacerse de este aspecto de su filosofía general (básica) donde piensa «Es horrible..., es espantoso..., no lo soporto..., soy una gorda..., ¡nadie me deseará nunca!». Usted siente ambas cosas: la tristeza y también la depresión..., porque la depresión la genera su autocondenación. Así que podemos ayudarla a que practique sentirse solo triste con el correspondiente cambio de filosofía: «Estoy decidida a hacer que me funcione a mí, a pesar de que a las otras les importe un comino si es o no es así».

Letty: *Sí, sí, de acuerdo. Lo entiendo.*

4.2. Entrenamiento y supervisión en la TREC

4.2.1. ENTRENAMIENTO EN LA TREC

La TREC, como la mayoría de las terapias psicológicas, requiere que el profesional adquiera no solo unos conocimientos teóricos y unos procedimientos prácticos, sino también una serie de destrezas y habilidades básicas de la terapia. Niveles básicos de entrenamiento como, por ejemplo, los cursos iniciales e intensivos *Primary* y *Advanced Training on REBT*, que utilizan un formato de conferencias teóricas por la mañana y grupos de práctica por la tarde («terapia entre iguales» o *peer-counseling*). El modelo ABC suele ser fácil de aprender a nivel teórico, pero a nivel práctico suele ser, a menudo, más complicado. Por esta razón, la supervisión por parte de profesionales especializados es una parte central de los requisitos básicos de entrenamiento en esta terapia.

El entrenamiento es una experiencia de aprendizaje que ayuda a mejorar habilidades y no pretende evaluar la valía del alumno. Es importante una actitud receptiva de principiante, aunque uno ejerza hace años la terapia, pues las destrezas psicoterapéuticas específicas varían mucho de un modelo a otro. La tensión y la incomodidad de ser supervisado son aspectos normales del proceso de supervisión. Equivocarse es uno de los requisitos para aprender y, raramente, perjudica seriamente a los pacientes o a otros compañeros (en el *peer-counseling*). A menudo, una gran parte de los errores que se cometen suelen ser imperceptibles por los que no están entrenados en este modelo.

Se puede practicar la TREC de diferentes maneras: con pacientes (población clínica), con conocidos, amigos y familiares (población no clínica) y con uno mismo, haciendo terapia o autoterapia (experiencia personal).

El entrenamiento del modelo teórico-práctico consta de cuatro elementos básicos (Dryden, 1996):

1. Adquirir conocimientos teóricos.
2. Adquirir habilidades terapéuticas en «terapia entre iguales» (*peer-counseling*).
3. Aplicación de la TREC a uno/a mismo/a (autoterapia o psicoterapia).
4. Aplicación de la TREC a poblaciones clínicas y no-clínicas (supervisión).

Como el componente teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual ya ha sido discutido anteriormente en este libro, este capítulo se centra en cuatro procedimientos básicos de entrenamiento: el *peer-counseling*, la autoterapia, la rejilla de debates y la supervisión.

La «terapia entre iguales» (peer-counseling)

El *peer-counseling* (o «terapia entre iguales») es un método excelente para aprender a interiorizar y practicar la teoría y las técnicas de la TREC. En estos grupos se crea un clima muy enriquecedor, tanto a nivel personal como profesional, y favorece la dinámica grupal.

Procedimiento

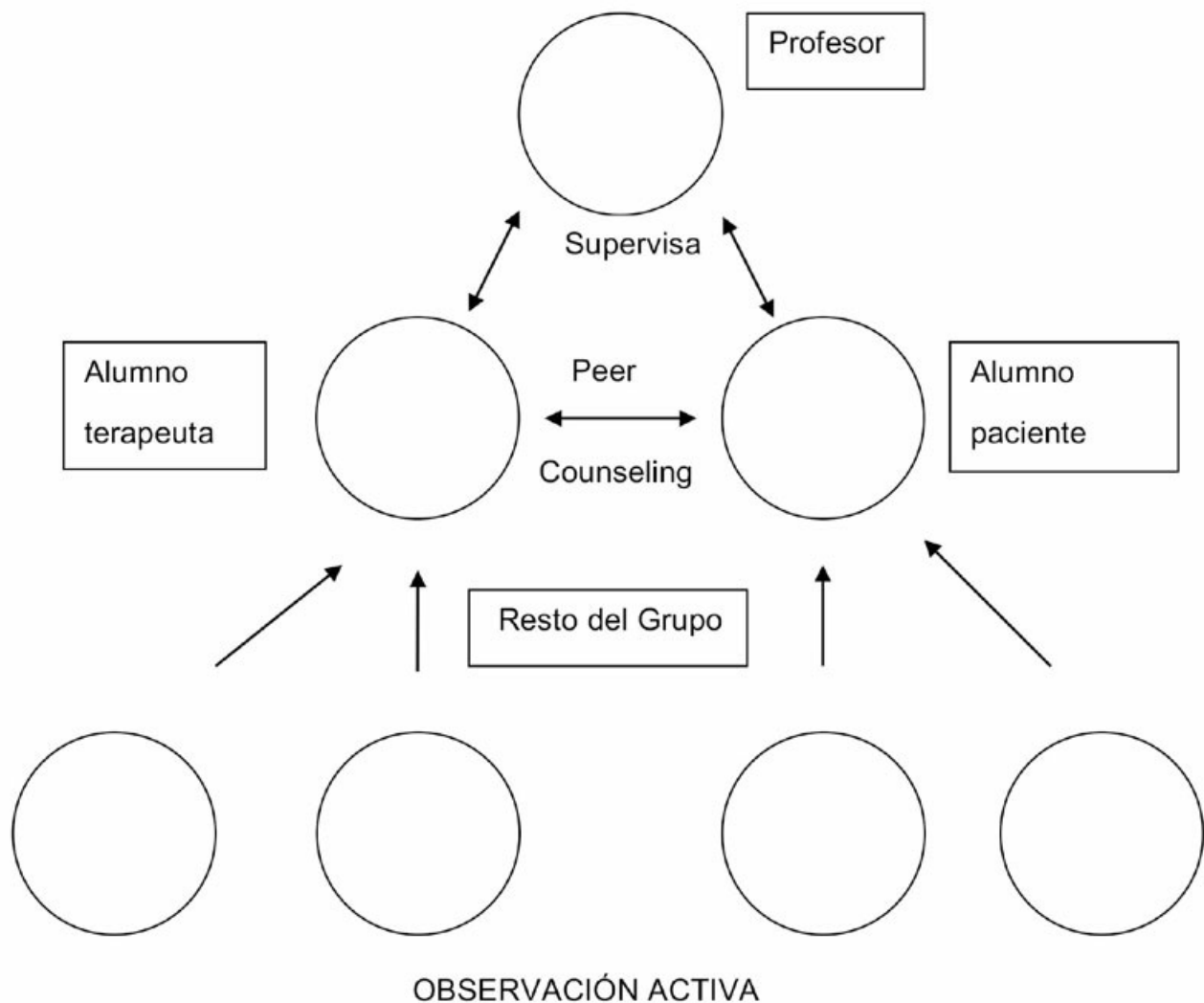
Los alumnos se dividen en subgrupos, normalmente no más de nueve personas durante el *Primary* y el *Advanced Training on REBT*, o de diez a doce en otros entrenamientos, como posgrados y maestrías. El propósito es el de favorecer un clima más íntimo, y cada subgrupo es dirigido por un profesor, que es un supervisor certificado en la TREC.

El *peer-counseling* no es un *role-playing* donde uno simula tener un problema emocional, sino que consiste en una actividad en la cual los miembros se dividen en parejas paciente-terapeuta. Para el papel de alumno-paciente, un miembro del subgrupo, durante un período de quince a treinta minutos, expone un pequeño problema emocional personal que le genera un malestar real pequeño o moderado. Otro miembro del subgrupo hará de alumno-terapeuta e intentará aplicar los pasos de la TREC con la ayuda del profesor y el resto del grupo. Al finalizar la sesión se procede a la retroalimentación (*feedback*) sobre su actuación, tanto de la persona que ha hecho de terapeuta como de la que actúa como paciente, aunque el énfasis se pone en la adquisición de destrezas en la aplicación del modelo. Este procedimiento se repite hasta que cada uno de los miembros del subgrupo haya ejecutado ambos papeles. Es muy importante asegurarse de que habrá confidencialidad y respeto en las sesiones.

Estructura de la sesión

La distribución estándar de los pasos de una sesión típica de treinta minutos en el entrenamiento de la TREC es:

- Los primeros cinco minutos ayudan a identificar el Acontecimiento Activador («A») y la Consecuencia Emocional y Conductual («C»).
- Los siguientes diez minutos permiten identificar las Creencias Irracionales («B») y hacer la conexión «B-C».
- Otros diez minutos se emplean en realizar Debates («D»), la Imaginación Racional Emotiva (IRE) y encontrar una nueva Creencia Racional («E»).
- Y los últimos cinco minutos sirven para negociar las tareas para casa y cerrar la sesión.



Ejercicios dinámicos en «terapia entre iguales» (*peer-counseling*)

A medida que se va consolidando el procedimiento básico descrito anteriormente, se pueden realizar otros ejercicios dinámicos para desarrollar y trabajar nuevas habilidades y destrezas terapéuticas:

- Para manejar habilidades en pacientes difíciles o resistentes, el profesor actúa como paciente difícil (simulación) y crea problemas para que el alumno-terapeuta los resuelva.
- Para entrenar el estilo socrático (el arte de preguntar), el alumno-terapeuta solo puede hacer preguntas durante el *peer-counseling*, y no puede hacer afirmaciones o dar explicaciones didácticas.
- Para practicar la técnica de inversión de roles, en primer lugar, el alumno-paciente expone un problema personal; una vez explicado, es interpretado por otro (alumno-terapeuta), quien se convertirá entonces en alumno-paciente, y quien tiene el problema original se convertirá a su vez en alumno-terapeuta.

- Para la práctica de la técnica del «zigzag» o ataque-respuesta (dos sillas), un alumno expone una creencia racional que tiene dificultades para creer e indica el grado de convicción del 0 al 100. Luego cambia de silla (silla irracional) y trata de contraatacar con fuerza y energía la creencia racional con argumentos irracionales. Posteriormente, se vuelve a cambiar de silla (silla racional) y debate cada argumento irracional. Finalmente, se mide si el grado de convicción en la creencia racional ha aumentado. Este procedimiento puede aplicarse varias veces hasta estar seguros de que lo está haciendo con fuerza y energía.
- Para la práctica del psicodrama racional, el alumno expone un conflicto personal que tiene con algunas personas, amigos o familiares. Este conflicto se representa en grupo, donde se escogen varios miembros para ejercer un papel en esta «obra». El alumno expondrá las creencias irracionales y los sentimientos que está teniendo en ese momento con cada una de las personas en conflicto, y luego establecerá un diálogo desde una postura racional.
- Para la práctica de la autorrevelación, se divide al grupo en parejas donde, uno a uno, cada alumno-paciente expone un problema personal que difícilmente revelaría con el resto del grupo presente. Esta práctica fomenta la intimidad y favorece la revelación de aspectos personales.

Evaluación y *feedback* del grupo

Una vez realizada la práctica, se hará la evaluación y el *feedback* de la intervención por parte del supervisor y el resto del grupo. Pueden utilizarse dos sistemas:

- Se graba la práctica en audio o vídeo; posteriormente se realiza el *feedback* grupal de la intervención, donde se pueden analizar aspectos verbales y no verbales.
- Se rellena el formulario de la TREC para el *peer-counseling*: Luego se analizan cada uno de los pasos realizados y el manejo de las habilidades adquiridas, como se ilustra en el siguiente ejemplo:

EVALUACIONES

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

EVALUACIÓN ESPECÍFICA

HABILIDADES	Poner V o X	¿Cuál fue?
A identificado eficazmente	X	A general: cuando mi hijo le duele la cabeza A específico: faltó concretar el momento exacto. Tampoco se exploraron otros A significativos como la imagen de su marido
Discriminación correcta de las C disfuncionales y funcionales	X	C funcional: preocupación, miedo NO QUEDA CLARO LA DISTINCIÓN ENTRE UNA Y LA OTRA C disfuncional: ansiedad
Identificación de la C clínicamente relevante (emocional y/o conductual)	X	C significativa: ANSIEDAD
Se exploró el ABC secundario	X	ABC secundario: NO SE EXPLORÓ
Identificadas las B irracionales y buena discriminación con las B racionales	X	B irracionales: SE QUEDA EN UN PENSAMIENTO AUTOMÁTICO. NO SE IDENTIFICA LA CREENCIA IRRACIONAL (NI EXIGENCIAS NI CATASTROFISMO)
Hubo conexión B-C	X	Conexión B-C: NO LE QUEDA CLARO. INSISTIR.

V – Habilidad adquirida adecuadamente

X – No consigue adquirir la habilidad

EVALUACIÓN ESPECÍFICA (DEBATE)

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

HABILIDADES	Poner V o X	¿Cuál fue? ¿Como se hizo?
Buscó el peor escenario posible	X	PEOR ESCENARIO: NO SE USARON LA CADENA DE INFERENCIAS. TE INSINUO QUE LA PESARA «ALGO» COMO SU MARIDO
Hubo DEBATE	X	DEBATE REALISTA: HUBO, PERO SUPERFICIAL DEBATE FILOSÓFICO: NO HUBO. FALTÓ LLEGAR A LA CREENCIA IRRACIONAL NUCLEAR DEBATE PRÁCTICO: HUBO. FALTÓ ACABAR LA FRASE
Se formularon nuevas creencias efectivas (E)	V	Nueva Creencia Racional: SÍ HUBO, PERO NO ELEGANTES
Se identificó la nueva C funcional	V	Nueva C funcional: PREOCUPACIÓN. PERO ESTUVO CONFUSO DURANTE LA SESIÓN
Hubo IRE	V	IRE: HUBO
Se asignaron tareas para casa	V	Tarea para casa: SÍ. FALTÓ CONCRETARLAS UN POCO MÁS

V – Habilidad adquirida adecuadamente

X – No consigue adquirir la habilidad

EVALUACIÓN GENERAL

EVALÚE AL PARTICIPANTE DE 1 A 5 (véase lista abajo)					
	1 MUY MAL	2 MAL	3 CORRECTO	4 BIEN	5 EXCELENTE
Rendimiento general durante toda la sesión		X			
ERRORES COMUNES					
P = demasiado pasivo	HUBO MOMENTOS QUE EMPATIZASTE MUY BIEN PERO FALTÓ SER MÁS ACTIVO Y DIRECTIVO				
I = Excesiva intervención					
A = Deja que el cliente explique la A con demasiados detalles					
F = La sesión fue técnicamente correcta, pero no se focalizó en el problema importante	LA ESTRUCTURA FUE CORRECTA PERO NO SE PROFUNDIZÓ				
OTRAS OBSERVACIONES	LA PACIENTE TODO EL RATO TE DICE «NO LO PUEDO EVITAR»; ES IMPORTANTE CONFRONTAR EL «NO PUEDO»				
NOMBRE DEL SUPERVISOR/A	FRANCESC				

Aplicación de la TREC a uno/a mismo/a (la autoterapia o psicoterapia)

Otra de las maneras de entrenarse en la Terapia Racional Emotiva Conductual consiste en trabajar uno mismo como paciente, mediante una terapia con un profesional de la TREC, o practicando en uno mismo las técnicas y procedimientos aprendidos. Este entrenamiento busca incrementar la profundización en el aprendizaje de este modelo psicoterapéutico, y es uno de los requisitos básicos en cualquier programa de entrenamiento.

Procedimiento

El procedimiento se lleva a cabo como si fuera una terapia grupal. Se le pide a cada miembro del grupo que busque un problema emocional o conductual que quiera mejorar o solucionar. Nadie es perfecto y todo el mundo tiene cosas que mejorar.

Respecto al problema planteado, cada uno establece objetivos personales propios a largo plazo, medio plazo (un año) y corto plazo (un mes) con los que evaluar el progreso.

Una vez expuestos los objetivos, los alumnos deberán rellenar registros semanales y aplicar técnicas cognitivas, emocionales y conductuales. Estos registros y tareas serán supervisados y analizados en grupo con el resto de los compañeros. De esta forma, el entrenamiento grupal se convierte también en una terapia de grupo, donde cada alumno/a puede ver el progreso personal de cada miembro, además del propio, y ayudar a los otros a la vez que se beneficia de la ayuda de los demás.

Un ejemplo de un registro sería el siguiente (Ellis y Dryden, 1987; Sorribes y Lega, 2013):

A (ADVERSIDAD o SITUACIÓN) ¿Qué es lo que ha pasado?		C (CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES) ¿Qué sientes y qué haces?	
B (CREENCIAS IRRACIONALES) ¿Qué es lo que estás pensando?		E (CREENCIAS RACIONALES) ¿Cómo piensas ahora?	
D (DEBATIR B) Poner los pensamientos en duda, cuestionar		F (EMOCIÓN/CONDUCTA NUEVA) Nuevas emociones sanas: ¿Cómo te sientes ahora? Conductas funcionales nuevas: ¿Qué has hecho ahora? o ¿Piensas hacer en el futuro?	
Para identificar B buscar: -EXIGENCIAS DOGMÁTICAS (deberías, tendrías que, obligaciones, necesidad) -CATASTROFISMO (es espantoso, terrible, horrible) -BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no lo soporto, no lo aguanto) -CONDENACIÓN (soy malo, tú eres despreciable, la vida es mala)		Pensar de manera más racional, esforzarnos por responder: -PREFERENCIAS (Desos, preferencias, apetencias) -DESDRAMATIZAR (eso es muy malo, pero no terrible) -TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (me incomoda pero puedo soportarlo) -ACEPTACIÓN (somos seres humanos falibles; la vida es imperfecta)	
Para Debatir preguntarse: -¿Adónde me lleva esta creencia? ¿Es útil? -¿Dónde están las pruebas a favor? ¿Es real? ¿Hay una ley? -¿Es lógico? ¿O es fruto de mis preferencias? -¿Es realmente horrible? -¿De verdad no lo puedo soportar?		Entre las emociones sanas destacan: -Inquietud-miedo-preocupación (En lugar de ansiedad o pánico) -Pesar-decepción (En lugar de culpa) -Incomodidad (En lugar de vergüenza) -Enfado-molestia (En lugar de rabia o ira) -Tristeza-pena (En lugar de depresión)	

La rejilla de debates

Es importante que un terapeuta de la TREC tenga una amplia variedad de argumentos para debatir cada una de las creencias irracionales del paciente. Una forma de desarrollar dicha habilidad es pedirle que haga su propia rejilla de debates, como se muestra en el siguiente recuadro (Vargas y Lega, 2010):

ESTRATEGIA ➡ TÁCTICA (o estilo) ⬇	Lógico ¿Se deduce de algo?	Empírico ¿En qué se basa, ¿son los hechos así?	Pragmático ¿Le ayuda a lograr su objetivo?
Didáctico			
Socrático			
Metafórico			
Humorístico			

4.2.2. SUPERVISIÓN EN LA TREC

La supervisión es un procedimiento básico en cualquier escuela psicológica y un requisito para poder ejercer la psicología clínica.

Procedimiento

En la TREC, se suele emplear con mucha frecuencia la grabación de la sesión por varias razones. Una de las ventajas es que permite ver detalles que se pueden pasar por alto, como alguna respuesta del paciente. Otra, es una reproducción fidedigna de lo que pasó durante la sesión y permite ver claramente las actitudes y destrezas de comunicación.

Cuando se graban las sesiones es importante informar al otro (paciente o compañero) de la grabación y del propósito de la misma, ya que tiene derecho a la privacidad. Es necesario obtener su consentimiento por escrito y firmado. También se eliminan los apellidos de las personas involucradas antes de presentar la cinta para la supervisión.

Es muy importante revisar y preparar las grabaciones para que se puedan escuchar bien.

Existen diferentes formas de supervisión:

A) Autosupervisión

Consiste en supervisar el propio trabajo, escuchando la grabación y reflexionando sobre la actuación. Al responder a las siguientes preguntas se analiza lo que se ha hecho, se aprende de los errores y se tratan de mejorar (Walen, DiGiuseppe, Dryden, 1992):

- *¿Estaba la sesión activamente estructurada y orientada a objetivos?*
- *¿Fui capaz de especificar los pensamientos y emociones del paciente?*
- *¿Pude identificar alguna creencia irracional importante?, ¿o pensamientos automáticos?*
- *¿Fueron DEBATIDOS estas creencias irracionales o pensamientos automáticos?*
- *¿Cuáles fueron los resultados del DEBATE? ¿Hubo creencias racionales efectivas?*
- *¿Di alguna tarea para casa? ¿Cuál?*
- *¿Ayudé al paciente a estar centrado en la tarea?, ¿o fue una sesión dispersa?*
- *¿Cómo me sentí en la relación con mi paciente?*
- *¿Quién conducía la sesión?, ¿yo o mi paciente?*
- *¿La sesión duró 45-50 minutos?*
- *¿He cerrado bien la sesión? ¿Le he pedido retroalimentación de la misma?*

B) Supervisión entre iguales

Otra de las formas de supervisar es mediante una reunión periódica con otros alumnos que previamente hayan practicado el entrenamiento en la TREC, en la cual se exponen casos y se analizan entre todos. La variedad de opiniones y consejos puede beneficiar tanto al que supervisa como al resto del grupo.

C) Supervisión con profesionales entrenados en la TREC

Las supervisiones con un profesional entrenado en la TREC pueden hacerse de manera individual o grupal, dependiendo del espacio, el tiempo y el presupuesto disponibles. Normalmente, la supervisión en grupo con un profesional favorece la interacción con otros psicólogos y reduce los costes, pero disminuye el tiempo de supervisión individual. Cuando uno está siendo supervisado en grupo se pide al resto de los participantes que estén atentos, y se les estimula a preguntar y a dar su *feedback*.

El objetivo de la supervisión puede incluir los casos clínicos particulares, donde se dan consejos sobre la intervención específica y el uso de las posibles técnicas, pero es importante que el énfasis o punto central sea la supervisión de las habilidades en la TREC del supervisado.

Los pasos que seguir durante la supervisión de un caso son:

1) Se presenta el caso que debe ser supervisado

Antes de escuchar un caso, el alumno introducirá al supervisor y al resto del grupo en el contexto terapéutico. Para ello presentará por escrito:

- Su propósito al presentar este caso.
- Los datos identificativos: nombre, edad, sexo, estado civil y grupo étnico del paciente.
- Un historial social: breve resumen de las relaciones sociales, familiares y amorosas, pasadas y presentes del paciente.
- Un historial laboral: breve descripción de sus estudios y trabajos del paciente.
- Un historial de tratamientos anteriores.
- Presentación de los problemas tal como el paciente los ve.
- Creencias irracionales del paciente que el alumno ha identificado.
- Comportamientos excesivos e inhibiciones del paciente.
- Comportamiento(s) inapropiado(s) del paciente.
- Estado afectivo (depresión, ansiedad, manía, euforia, normal) del paciente.
- Miedos y objetivos.
- Estrategias de afrontamientos utilizadas en el pasado.
- Problemas físicos, como una enfermedad, deformidades o medicación crónica del paciente.
- Si existe algún antecedente familiar del paciente con problemas psicológicos serios.
- El diagnóstico, recomendaciones de tratamiento y evaluación del trabajo hecho por el alumno.
- Tareas para casa asignadas por el alumno.
- Resumen de la evaluación actual del problema.

Una vez presentado el caso, el alumno también expondrá los siguientes puntos adicionales:

- Objetivo de la sesión en particular.
- Problemas y puntos positivos de la sesión.
- Cómo se sintió el alumno con el paciente: transferencia y contratransferencia.
- Objetivos que el alumno espera de la supervisión.

2) Se escucha la grabación

El alumno seleccionará los diez o veinte minutos de la grabación que quiere

supervisar. En la sesión hay muchos minutos que se ocupan en cosas que no son relevantes para la supervisión, y, por lo tanto, ir directo a lo que se quiere reduce el tiempo, y la supervisión se vuelve más eficiente.

3) Se rellena el formulario de supervisión

Si la supervisión es grupal, tanto el supervisor como el resto del grupo pueden utilizar el formulario de supervisión del *peer-counseling* para analizar las habilidades y la estructura de la sesión. Si la supervisión es individual, el supervisor puede utilizar el formulario diseñado por el Albert Ellis Institute de Nueva York (AEI), que incluye pautas completas para la supervisión de una sesión de la TREC (Vargas y Lega, 2010):

Formulario de Supervisión de la TREC - Adaptado del AEI de Nueva York

Nombre del supervisado _____
 Nombre del supervisor _____
 Fecha de la supervisión _____
 Grabación _____

Conductas terapéuticas generales

1. Meta clara para la sesión

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No fue clara Algo, pero no adecuada Sí, meta claramente establecida

2. Meta apropiada o relevante

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No era apropiada Algo apropiada Sí, muy apropiada

3. Paciente y terapeuta tienen la misma agenda

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Agendas distintas que chocaron No era claro Misma agenda Sin conflicto sobre las agendas

4. Lenguaje apropiado para la habilidad del paciente

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Lenguaje no apropiado Algo apropiado Lenguaje muy apropiado

5. Bien enfocado, uso del tiempo versus «A» o historia

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

No usó bien el tiempo Apenas buen uso del tiempo Eficaz uso del tiempo

6. Enfoque en una meta versus salta de una meta a otra

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

Salta Algo enfocado Bien enfocado

7. El terapeuta habla o pregunta demasiado el paciente sin tiempo para hablar

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

Muy didáctico Habla moderadamente Apropiado uso de la palabra para clarificar conceptos

8. El terapeuta resume periódicamente o cuando es necesario para asegurar que el paciente lo ha entendido

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

No resume Resume pero inapropiadamente Resume importantes puntos apropiadamente

9. El terapeuta pidió un resumen al paciente para asegurar que el paciente entendió

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

No resume Algo pero poco resumen Apropiadados pedidos de resumen

10. El estilo promueve la alianza terapéutica según los rasgos del paciente

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

No desarrolló la alianza Algo de alianza Muy buen desarrollo de la alianza

Diagnóstico y conceptualización

1. ¿Explicó «B-C»? Si no, está claro que la meta es cambiar «B»

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A

No trabajo en las B o la conexión B-C Trabajo poco en la conexión B-C Claro trabajo en las B y la conexión B-C

2. ¿Identificó «C» emocionales y conductuales?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No del todo Las identificó pero no claramente Claramente identificadas

3. ¿Evaluó para llegar a las Ideas Irracionales relevantes?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No evaluó II relevantes Moderada evaluación Excelente evaluación

Debate, intervención y tarea

1. ¿Ayudó el terapeuta al paciente a darse cuenta de la naturaleza disfuncional de sus «C»? (Debate Pragmático.)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No usó el estilo pragmático Uso moderado Muy buen uso del estilo pragmático

2. ¿Usó el terapeuta debates empíricos? Demostrarle al paciente que sus «B» no están basadas en la realidad.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No usó el debate empírico Uso moderado Muy buen uso del debate empírico

3. ¿Mostró el terapeuta buen juicio para enfocar el debate en las «B» del paciente?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Mostró mal juicio Juicio moderadamente bueno Muy buena habilidad de juicio

4. ¿Debatió filosóficamente la «B» en lugar de enfocarse en las inferencias, pensamientos automáticos o el «A»?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Usó debates no elegantes Usó ambos tipos Uso solo los debates elegantes

5. ¿Fue la intervención vaga y no estructurada versus la intervención específica?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Estilo no estructurado Moderada estructura Intervenciones claras y al punto

6. ¿Usó ejemplos y metáforas en su debate?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Inapropiado Moderado Muy apropiado

7. ¿Usó técnicas emotivas, vigorosas, como reversión de roles, imaginación, cambios en el todo de voz?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Monótono no evocativo Usó algunos estilos evocativos Estilo y estrategia muy evocativa

8. ¿Brindó ideas racionales alternativas o ayudó al paciente a generarlas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No del todo Moderado Bastante

9. ¿Debatí las «B» tanto abstracta como concretamente?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No del todo Moderado Bastante

10. ¿Revisó la tarea de la última sesión adecuadamente?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No la revisó Se revisó pero no claramente Se revisó de forma completa

11. Si hizo la tarea, ¿reforzó al paciente?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No lo reforzó Algún reforzamiento Fuerte reforzamiento

12. Si no hizo la tarea, ¿se evaluaron y discutieron las razones, «B», o emociones que lo impidieron?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 No se discutió Insuficiente discusión Adecuada discusión

13. ¿Mostró habilidad en asignar y renegociar la nueva tarea?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
 Pobre habilidad o no dejó tarea Moderada habilidad Buena habilidad y apropiada para la meta

14. Si aceptó la tarea, ¿ayudó el terapeuta al paciente a entender la relevancia para su meta y bienestar?
- 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
- No del todo Moderada claridad Muy claro y específico
15. La tarea fue específica versus vaga
- 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
- Muy vaga Moderadamente clara Muy clara y específica
16. ¿Evaluó las razones u obstáculos potenciales para lograr la tarea y debatió las «B» que pueden interferir?
- 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ N/A
- No del todo De alguna manera Muy bien

OTROS COMENTARIOS

Feedback *de la intervención*

Una vez escuchado y rellenado el formulario, se procede a dar retroalimentación sobre la intervención y a resolver dudas que se pueda tener sobre el caso.

4.2.3. APRENDIZAJE BASADO EN ERRORES

A la hora de aprender y practicar TREC, como en cualquier disciplina, se cometen numerosos errores. En vez de ver el error como una amenaza, un fracaso o una pérdida, es mejor verlo como una oportunidad, un nuevo descubrimiento, y como una parte muy importante de nuestro aprendizaje.

Por esta razón proponemos claves para aprender de ellos, ya que aceptar, corregir y pulir en la práctica cada uno de nuestros errores nos ayudará a convertirnos en unos terapeutas cada vez más completos.

Es conveniente ser autocríticos para detectar fallos, así como tratar de supervisar los propios errores con otros terapeutas que nos puedan hacer conscientes de ellos, ya que uno no es capaz de observarse a sí mismo completamente sin la ayuda del otro. Del mismo modo, observar y leer sobre errores ajenos puede ayudarnos a prevenirlos en el futuro.

El error más importante que uno puede cometer es tratar de no cometer ninguno. A pesar de mejorar nuestras habilidades, es importante no tratar de ser utópicos y pensar que uno va a estar libre de errores, porque somos seres humanos falibles e imperfectos.

No hay fracaso en la práctica cuando lo intentamos hacer bien, ya que siempre se

aprende algo. Cada error suma en nuestro grado de conocimiento, y es como ir escalando la montaña poco a poco con la meta de alcanzar la cima. Si no asumimos el riesgo de equivocarnos, no conseguiremos aprender de ellos ni acercarnos a nuestro objetivo de mejorar como terapeutas.

Neenan y Dryden (2001), en su libro *Learning from Errors*, detectaron ciento y un errores que categorizaron en siete: errores generales, errores en la evaluación, errores al establecer los objetivos, errores en el debate, errores en las tareas para casa, errores en el trabajo terapéutico y errores del terapeuta.

Hemos seguido esta clasificación, pero sugiriendo las claves que permitirán aprender de cada uno de estos errores.

A) Claves para corregir errores generales

1. Explorar por encima las expectativas sobre la TREC y sus experiencias previas de terapia
2. Empezar a trabajar con el problema sin necesidad de tener antes una buena alianza terapéutica
3. Optimizar el tiempo con una agenda terapéutica
4. Ser activo y directivo
5. Empezar a intervenir aunque no conozcamos todo acerca del paciente y su problema
6. Ver cómo mantiene el problema en el presente más que cómo lo adquirió
7. Tratar de que los pacientes se expresen siguiendo el modelo TREC
8. Escuchar activamente
9. Ayudar al paciente a que responda a las preguntas planteadas
10. Interrumpir la divagación del paciente
11. Hablar de manera corta y precisa
12. Obtener regularmente retroalimentación del paciente
13. Utilizar la confrontación cuando sea preciso hacerlo
14. Trabajar de manera colaborativa con el paciente
15. Adoptar un enfoque orientado al problema
16. Mantener a los pacientes centrados en el problema que hay que trabajar
17. Comprobar que los pacientes entienden correctamente la terminología TREC
18. Crear un vocabulario compartido con el paciente
19. Tratar de que abandone el «lenguaje A-C» y enseñarle la «conexión B-C»
20. Socializar al paciente en la TREC en la primera o primeras sesiones de la terapia

21. Enseñar el modelo ABC de manera adecuada
22. Combinar el estilo didáctico y socrático con los pacientes
23. Ser persistentes y repetitivos para enseñar los conceptos de la TREC
24. Explicar el propósito de lo que vamos a hacer durante la sesión

B) Claves para corregir errores en la evaluación

25. Buscar el aspecto del «A» clínicamente significativo
26. Ser específicos a la hora de describir el «A»
27. Centrar al paciente en analizar lo que piensa
28. Elaborar una lista ordenada de problemas
29. Preguntar por un ejemplo específico del problema objetivo
30. Tener una visión global y holística del problema del paciente
31. Concretar bien la «C» emocional
32. Explicar por qué las emociones perturbadoras son insanas y no nos ayudan
33. Explorar las reacciones del paciente a las emociones negativas sanas
34. Dar tiempo a los pacientes para que sepan lo que sienten
35. Ver la frustración como un acontecimiento adverso («A»), no como una emoción («C»)
36. Ser específicos con una «C» emocional y tratar de ver si se generaliza
37. Explorar la «C» conductual para encontrar una «C» emocional
38. Es importante, pero no necesario, tener el «A» crítico
39. Descubrir y debatir las creencias irracionales encubiertas
40. Buscar inferencias clínicamente significativas en el encadenamiento inferencial
41. Estar atento si la emoción-objetivo ha cambiado durante el encadenamiento
42. Ver si el paciente nos ha dado una «C» en lugar de una inferencia
43. Clarificar cuando el paciente dice «eso, esto o aquello»
44. Usar cuestiones teórico-dirigidas y abiertas-cerradas cuando evaluamos
45. Identificar la creencia irracional relevante de su problema
46. Distinguir adecuadamente entre «deberías» absolutos y «deberías» condicionales
47. Ser específicos con una «B» irracional y tratar de ver si se generaliza
48. Utilizar las propias palabras de condenación del paciente
49. Determinar si la ansiedad del ego o la situacional es el problema primario
50. Buscar el problema metaemocional (ABC secundario)
51. Pensar que no siempre hay problema metaemocional
52. Decidir si trabajamos con el problema metaemocional en primer lugar

C) Claves para para corregir errores al establecer los objetivos

53. Establecer bien objetivos terapéuticos específicos
54. Pensar en objetivos que ayuden al paciente a corto y a largo plazo
55. Plantear objetivos que ayuden a promover sus creencias racionales
56. Buscar objetivos que el paciente pueda controlar
57. Definir los objetivos del paciente en términos positivos
58. Concretar los resultados que esperamos obtener
59. Centrarse en objetivos tanto prácticos como emocionales
60. Promover *insights* intelectuales y emocionales
61. Fomentar sentimientos negativos sanos ante eventos negativos
62. Mejorar el manejo del problema más que buscar la curación
63. Acordar objetivos optimistas y realistas
64. Crear un compromiso firme para el cambio

D) Claves para corregir errores en el debate

65. Preparar a los pacientes para el proceso de debate
66. Hacerlo de manera enérgica y auténtica
67. Debatir tanto la exigencia como la inferencia derivada
68. Usar tanto el estilo didáctico como el socrático
69. Focalizarse en el tipo de estrategia que ayude más al paciente
70. Animar a los pacientes a que construyan la creencia racional completa
71. Ayudar a los pacientes a generar una alternativa racional
72. Debatir la creencia racional de la misma manera que la irracional
73. Usar la misma estrategia para todas las creencias irracionales
74. Debatir sin tratar de convencer
75. Debatir las evaluaciones y no las interpretaciones de la realidad
76. Utilizar apropiadamente el sentido del humor

E) Claves para corregir errores en las tareas para casa

77. Establecer y revisar las tareas para casa
78. Dar tareas para casa terapéuticamente potentes

79. Negociar tareas relacionadas con el trabajo hecho durante la sesión
80. Que las tareas sean específicas
81. Animar al paciente a ser enérgico cuando haga las tareas para casa
82. Utilizar métodos multimodales para el cambio
83. Asegurarse de que tiene habilidades suficientes para hacer las tareas
84. Alentar al paciente a «hacer las tareas», no meramente «intentarlo»
85. Acordar con tiempo las tareas
86. Empujar al paciente a seguir mejorando cuando haga bien las tareas

F) Claves para corregir errores en el trabajo terapéutico

87. Suscitar dudas y responder a las objeciones a la TREC
88. Animarle a convertirse en su propio terapeuta
89. Transmitirle expectativas realistas sobre el cambio
90. Anticipar las reacciones de disonancia cognitiva-emotiva durante el cambio
91. Explicar la diferencia entre el cambio filosófico (elegante) versus no filosófico (no elegante)
92. Descubrir pseudorracionalidades en el paciente
93. Ayudar a aplicar su aprendizaje a otras áreas de la vida
94. Buscar sus creencias irracionales nucleares
95. Enseñarle cómo mantiene sus creencias irracionales nucleares
96. Prevenir las posibles recaídas
97. Empujarle a la autoactualización (mejora de sí mismo)

G) Claves para corregir errores del terapeuta

98. Cuidarse física y mentalmente
99. Tratar de no perturbarse por las perturbaciones del paciente
100. Ver la TREC de manera crítica y escéptica
101. Practicar lo que se predica

H) Ejemplo de errores en la práctica de la TREC

Caso A: fobia a volar

T: *¿Qué es lo que quiere que empecemos a trabajar?*

S: *Tengo pánico a subirme a un avión. Siempre he volado, pero ahora no sé muy bien por qué de un tiempo a esta parte me da pánico.*

T: *¿Es capaz de acordarse desde qué momento empieza a sentir pánico?*

S: *No lo sé seguro, pero creo que desde hace un año y medio o dos años.*

T: *¿Qué sucedió hace un año y medio o dos? Descríbamelo con la mayor precisión posible.*

S: *No lo sé, a lo mejor fue cuando hace casi dos años ocurrió el accidente de avión en el que murió tanta gente; la noticia me impactó sobremanera.*

Error 1: Con esta pregunta, el terapeuta se centra en el pasado, en lo que sucedió, más que en el presente, y eso hace que busque información sobre el origen del síntoma, más que los factores que lo mantienen, que no necesariamente tienen que ser lo mismo.

T: *Por tanto, más que el miedo a volar por un temor suyo, el temor se deriva de una noticia que le ha impactado tanto que puede haberle provocado ese miedo; ¿es posible?*

S: *Es posible, porque como además se habló tanto en los medios de comunicación, eso me provocó pánico.*

Error 2: Con esta intervención, el terapeuta incide en que la causa de su miedo se deriva de lo que pasó, en lugar de lo que se está diciendo ahora con respecto a lo que pasó.

T: *Entonces, vamos a concentrarnos en esta situación, es decir, en este temor por el accidente de avión. ¿Cómo se siente realmente cuando se acuerda de este accidente?*

S: *Con mucha angustia, incluso por los familiares de las víctimas, que veían en una lista quiénes habían fallecido.*

Error 3: El terapeuta ha perdido el objetivo de la sesión, ya que se trata de su miedo a volar y no del recuerdo del accidente de avión.

T: *¿Cómo reacciona usted ante esta angustia?*

S: *Mi reacción es la de no querer subir a un avión, porque me da la sensación de que puede haber un accidente y me puedo morir.*

T: *Digamos que se produce un miedo derivado de una situación de angustia. ¿Cómo podríamos definir mejor esa angustia?, ¿poniéndole otro nombre?*

S: *Es realmente miedo a subir a un avión y a que se produzca un fallo técnico que provoque un accidente y me muera.*

Error 4: El terapeuta le sigue la corriente reafirmando que es el accidente de avión que vio por la televisión lo que le causa su gran miedo a volar en lugar de sus pensamientos. Además, la paciente no está respondiendo a sus preguntas y existe confusión entre el pensamiento y la emoción, y entre el miedo y la angustia. No comparten el mismo lenguaje y esto puede crear problemas de comunicación.

T: Si puntúa de cero a diez este miedo a volar, ¿cuál sería su puntuación?

S: En todo este tiempo, he vuelto a subir a un avión y no he sentido pánico. El problema es que este verano voy a tomar un vuelo de casi diecisiete horas y solo la sensación de estar encerrada me aterroriza.

T: ¿Cuál era su nivel de miedo en estos viajes más cortos?

S: Quizá un cinco en aquel entonces. Ahora solo de pensar en estar diecisiete horas en un avión, me entra angustia.

T: Valorando de cero a diez esa angustia, ¿en qué nivel está usted?

S: Estoy casi en ocho.

Error 5: El terapeuta está más pendiente de cuantificar la emoción que de valorarla cualitativamente y no escucha lo que le dice la paciente. Le ha dicho el «A» crítico: «Estar encerrada en un vuelo de casi diecisiete horas». Además, la paciente le introduce el pensamiento «Voy a tener un accidente y me voy a morir, me aterroriza», que el terapeuta no sigue encadenando y explorando.

T: Explíqueme eso de que tiene un temor de nivel cinco cuando vuela, aunque sean viajes más cortos, y al pensar en un vuelo más largo tenga un nivel ocho de angustia.

S: No lo sé, pero ahora se ha incrementado. Quizás en vuelos de dos horas no hay problemas, pero en un vuelo transatlántico me recuerda a otro accidente.

T: ¿Alguna vez ha cruzado el Atlántico?

S: Sí, muchas veces.

T: Entonces ¿por qué antes no le daba miedo y ahora sí?

S: Porque creo que esos accidentes me han impactado.

T: ¿Pero qué es lo que cambia sustancialmente para que antes no tuviera miedo y ahora sí?

S: Creo que ahora soy más consciente.

T: O quizá porque ahora está pensando en lo que puede pasar y antes no lo pensaba, ¿no?

S: Tengo mayor grado de conciencia.

T: Entonces, no es el nivel de seguridad del avión y ni siquiera el miedo en sí a volar, sino sus pensamientos de pánico y temor, ¿no es así?

S: Sí, es así.

T: Entonces, si sus pensamientos son los que provocan este temor, ¿qué cree usted que deberíamos hacer?

S: Pues cambiarlos.

T: ¿Y cómo cree que deberíamos cambiarlos?

S: No tengo ni idea. Tengo una creencia que no es correcta.

Error 6: El terapeuta ha tratado de establecer la conexión «B-C», pero no ha explorado si la paciente ha entendido lo que ha querido decir. Un estilo más

socrático en lugar de didáctico ayudaría a verlo. Tampoco se puede pedir a la paciente que diga cómo cambiarlos, ya que no lo sabe.

T: *¿Cuántas veces ha cruzado el Atlántico en avión?*

S: *Unas seis veces seguro.*

T: *¿Ha pasado algo?*

S: *Gracias a Dios, no.*

T: *¿Y por qué piensa que ahora va a pasar?*

T: *¿Qué pruebas tiene de que en este vuelo va a pasar lo que no ha pasado en sus vuelos anteriores?*

S: *Porque la probabilidad de que pueda suceder es muy pequeña, quizá de uno entre un millón, pero puede suceder.*

T: *¿Y por qué? ¿Cuántos vuelos cree que se realizan y no pasa nada?*

S: *Eso es una de las cosas que pienso constantemente, pero yo tengo que pensar en ese uno entre un millón.*

Error 7: El terapeuta trata de realizar un debate sobre el «A» (que suceda un accidente) y su grado de probabilidad, en lugar de centrarse en sus «B» irracionales. Está haciendo un debate inferencial, no elegante.

T: *Vamos a suponer que ese uno entre un millón sucediera. ¿Qué pasaría?*

S: *Que me muero.*

T: *Y si se muere, se ha terminado, ¿no?*

S: *Sí.*

Error 8: El terapeuta ha tratado de ir al peor escenario, pero se ha alejado del problema de la paciente.

T: *Pero está angustiada todo el tiempo por una probabilidad ínfima cuando la mayoría de las veces no sucede nada. ¿Qué obtiene teniendo esos pensamientos?*

S: *Lo sé, no obtengo nada.*

T: *¿Usted realiza otro tipo de actividad que tenga riesgo?*

S: *No.*

T: *Porque conduce un coche, ¿no?*

S: *Sí.*

T: *¿Estadísticamente existen más accidentes de coche que de avión?*

S: *Sí, también lo pienso y creo que me pongo más en riesgo en la carretera, pero el miedo sigue ahí.*

T: *¡Pero entonces no piensa que va a tener un accidente!*

S: *No, no sé por qué no.*

T: *¿Sube alguna vez a un barco?*

S: *Sí.*

T: *Estadísticamente hay más accidentes de barco que de avión.*

S: *Sé que es el medio más seguro, pero hoy por hoy tengo miedo a viajar en avión.*

T: *Si la probabilidad es de uno entre un millón, ¿por qué le tiene que tocar a usted?*

S: *¿Y por qué no?*

T: *Dígame qué prueba o evidencia hay para que pueda sucederle a usted.*

S: *No tengo ninguna prueba.*

T: *Entonces, si no tiene prueba alguna o evidencia, ¿qué obtiene con esos pensamientos que lo único que hacen es crearle ansiedad? Porque tiene ansiedad, ¿no es así?*

S: *Sí.*

T: *¿Cree que esas predicciones son realistas?*

S: *No.*

Error 9: El terapeuta sigue insistiendo en la baja probabilidad de que tenga un accidente. La paciente lo sabe, pero eso no le ayuda, ya que su problema son sus «B» irracionales.

T: *Supongamos que es ansiedad; y puntúelo de cero a diez.*

S: *Pues ocho.*

T: *Imagine que su ansiedad se reduce porque piensa que no va a producirse este hecho.*

S: *Por eso estoy aquí.*

T: *¿Cómo cree usted que puede erradicar ese pensamiento?*

S: *No lo sé.*

Error 10: El terapeuta sigue insistiendo en que la paciente diga cómo cambiar su pensamiento, y ella, evidentemente, no lo sabe.

T: *Imagine que va dentro del avión y está volando. Está dentro, bien, y se relaja y le dan una deliciosa comida y se queda dormida en su asiento. Ahora, cuando abra los ojos, el avión está aterrizando. ¿Por qué no lo piensa?*

T: *La tarea para casa es imaginar un vuelo apacible, que duerme y come bien, y que tendrá un vuelo fantástico.*

S: *Creo que lo voy a intentar.*

T: *Cómo es su nivel de ansiedad de cero a diez.*

S: *Ahora un cinco.*

T: *Pues hemos bajado de ocho a cinco, por lo que hemos vuelto a los niveles de normalidad de ansiedad, ¿no?*

S: *Sí, creo que es así.*

T: *Solo con una sesión y con un ejercicio de imaginación, ¿no cree que puede reducir su nivel de ansiedad?*

S: *Con tal de no tener ansiedad, yo estaría satisfecha.*

Error 11: El terapeuta emplea una visualización positiva, que se imagine en el avión pero que piense en cosas agradables y se relaje. Se siente mejor cuando piensa en positivo, pero no es un pensamiento racional alternativo.

T: *¿Qué cree que piensan los demás que toman un vuelo?*

S: *Pues que no tienen un trauma porque lo hacen de manera rutinaria.*

T: *¿Por qué no puede tener los mismos pensamientos que los demás?*

S: *Creo que alimento mi ansiedad con esos pensamientos.*

T: *Teme darse cuenta de que es usted quien alimenta su ansiedad con esos pensamientos.*

Error 12: El terapeuta vuelve a intentar establecer una conexión «B-C», pero al final interpreta algo que no ha dicho la paciente: «Teme darse cuenta...».

T: *Piense otra vez, con imaginación, pero esta vez controlando sus pensamientos, sin dejarse llevar.*

S: *Esta vez mejor.*

T: *¿Cuál es su nivel de ansiedad en este momento?*

S: *Baja a cuatro.*

T: *De ocho bajamos a cinco y ahora volvemos a repetir el ejercicio de Imaginación Racional Emotiva y baja a cuatro.*

T: *Creo que hemos logrado debatir sus creencias y que usted misma es capaz de controlarlas reduciendo su nivel de ansiedad a la mitad. Recuerde realizar estos ejercicios en casa.*

Error 13: El terapeuta vuelve a caer en el error de confundir la Imaginación Racional Emotiva con la visualización positiva. Además, propone las tareas para casa de forma muy vaga e imprecisa, y no tiene en cuenta posibles dificultades y problemas.

Bibliografía del capítulo 4

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- DiGiuseppe, R.; Doyle, K.; Dryden W.; Backx (2014). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. London: Oxford University Press.
- Dimattia, D. (2011). «Seminario clínico: La ira y la resistencia en pacientes difíciles». Barcelona: realizado en el Institut RET.
- Dryden, W. (1996). *Inquiries in Rational Emotive Behaviour Therapy*. London: Sage publications.
- Dryden, W. (2002). *Fundamentals of Rational Emotive Therapy: A Training Handbook*. London: Whurr Publishers.
- Dryden, W.; DiGiuseppe, R. y Neenan, M. (2003). *A primer on Rational Emotive Behavior Therapy*. Second Edition. Illinois: Research Press.
- Dryden, W. (2006). *First steps in REBT*. New York: Albert Ellis Institute.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Birch Lane. (*Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1980.)
- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *A new guide to rational living*. New York: Englewood Cliffs. (*Una nueva guía para una vida racional*. Barcelona: Ed. Obelisco, 2003.)
- Ellis, A. (1980). *Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct*. Rational Living, 15, 25-30.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. New York: Springer. (*Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. y Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: revised and updated*. New York: Birch Lane.
- Ellis, A. (1995). *Better, deeper, and more enduring brief therapy: the rational emotive behavior therapy approach*. New York: Routledge (*Una terapia más breve, profunda y duradera*. Barcelona: Ed. Paidós, 1999.)
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. 2nd edition. New York: Springer. (*Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. (1999). *Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy*. Psychotherapy, 36(2), 154-158.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, Getting better, Staying better. Profound Self-Help Therapy for your emotions*. Atascadero, CA: Impact Publishers. (*Sentirse mejor, estar mejor y seguir mejorando*. Bilbao: Mensajero, 2005.)
- Ellis, A. (2003). *Ask Albert Ellis*. Atascadero, CA: Impact Publishers. (*Pregunte a Albert Ellis*. Barcelona: Ed. Obelisco, 2005.)
- Epicteto (1993). *Disertaciones por Arriano*. Madrid: Gredos.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Maultsby, M (1971). *Rational Emotive Imagery*. Rational Living. 6, págs. 16-23.
- Neenan, M. y Dryden, W. (2001). *Learning from errors in Rational Emotive Behaviour Therapy*. London: Whurr Publishers.
- Sorribes, F. y Lega, L. (2013). *Una nueva guía para manejar sus emociones*. Barcelona: Institut RET.
- Vargas, C.; Lega, L. (2010). *Manual práctico Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*. Costa Rica: Ed. CETREC.
- Villegas, M. (1996). *El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática*. Revista de psicoterapia, vol. VII: 26-27.
- Walen, S.; DiGiuseppe, R.; Dryden, W. (1992). *A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy*. London: Oxford University Press.

5

OTRAS APLICACIONES DE LA TREC

5.1. Terapia grupal

5.1.1. TIPOS DE GRUPOS

La utilización de los grupos como una estrategia psicoterapéutica en el campo cognitivo conductual comienza probablemente con Albert Ellis en 1959, cuando este decide aplicar las ya existentes técnicas individuales de la TREC a este contexto en particular. El tipo de paciente en los grupos de la TREC abarca un rango amplio, con mayor incidencia de un diagnóstico a otro, y dependiendo del tipo de grupo en particular. Sin embargo, un paciente no puede convertirse en integrante del grupo sin un proceso de preselección, que se determina en una entrevista individual previa. Esto tiene un doble propósito:

En primer lugar, trata de asegurar que, de acuerdo con el perfil psicológico del individuo, este obtenga un beneficio mayor si participa en la terapia de grupo en lugar de en la terapia individual. Sería, por ejemplo, el caso de personas con problemas de timidez extrema.

En segundo lugar, que dicho perfil psicológico no interfiera en el funcionamiento del grupo. Por ejemplo, en el caso de un paciente esquizofrénico.

El rango de posibilidades dentro de lo que ha sido la estructura de los grupos de la TREC varía en función de:

1. **El tamaño.** Pueden ser desde conferencias de varias horas con miles de asistentes a nivel mundial (por ejemplo, la primera visita de Ellis a Australia) y maratones de uno o dos días (similares a los «encuentros» en las décadas de 1960 y 1970), hasta grupos de entre 8 y 12 participantes (terapias grupales, o grupos con temas específicos como asertividad o sexualidad femenina).
2. **La duración y frecuencia.** Varían desde una sola vez (como las conferencias con demostraciones, entre ellas el famoso Taller del Viernes por la Noche), a una vez por semana durante ocho semanas (grupos cerrados con temas específicos) o semanales con un período ilimitado (terapia grupal).

Encuentros maratonianos

En épocas anteriores existieron versiones de estas intervenciones de grupo de la TREC similares a «encuentros», con verdaderas maratones de uno o dos días seguidos y varias decenas de miembros. El siguiente ejercicio procede de uno de estos grupos, donde se dan las siguientes instrucciones:

«Bienvenidos.

»Esta experiencia de grupo es intensa y requiere algunas reglas básicas. Si usted

no desea seguirlas, no podrá participar. Después de revisar estas reglas, tendrá la oportunidad de abandonar el auditorio. Si, por el contrario, está de acuerdo con ellas y quiere acatarlas voluntariamente, permanezca en su silla.

»En las próximas horas [que varían de acuerdo con el formato de esa maratón en particular], los participantes no podrán salir del auditorio, a excepción de unos minutos para ir al cuarto de baño, en caso de ser necesario. Aunque estas interrupciones no serían horribles y espantosas, sí pueden ser una irritante distracción para los otros participantes.

»Por razones obvias, el uso de teléfonos móviles no está permitido en absoluto, no se puede llamar ni recibir llamadas, ni tampoco enviar mensajes, ni tenerlo en modo vibración. Es decir, deben estar totalmente apagados.

»Por favor, tomen unos minutos para prepararse, ir al servicio y hacer llamadas urgentes».

[Pasados unos minutos se anuncia el comienzo del encuentro maratoniano intensivo.]

«De ahora en adelante, apaguen los teléfonos y regresen a sus sillas o abandonen el auditorio.

»Por favor, pónganse de pie.

»Elijan un lugar para sentarse junto a alguien que no conozcan bien.»

[Se divide el auditorio en varios grupos, formando círculos.]

Primer ejercicio (conductual). Elogios

[Es un buen ejercicio para «romper el hielo».]

— *«Por turnos, y de manera secuencial, dirijase a la persona que tiene a su derecha y exprese un elogio.»*

[Al terminar, se analizan las respuestas de los participantes al dar y al recibir los elogios: ¿fue incómodo?, ¿agradable?, ¿por qué?]

Segundo ejercicio. Impacto (emocional)

[Se regresa a la estructura de un solo grupo general.]

— *«Busque algo que lo impacta en la actualidad (positivo o negativo).»*

— *«En MENOS DE UN MINUTO, cuente al público el acontecimiento (“A”) y su sentimiento (“C”).»*

Tercer ejercicio. Impacto (cognitivo)

— *«¿Qué piensa en este momento? (“B”). En MENOS DE UN MINUTO, compártalo con el público.»*

[Discusión y preguntas.]

Durante el resto de la maratón intensiva se utiliza este tipo de ejercicios y se va incrementando gradualmente el tiempo empleado en la identificación y el debate de los pensamientos irracionales que surgen durante ella.

Otros tipos de grupos

Aunque algunas veces las maratones intensivas se siguen celebrando, los tipos de grupos de la TREC que presentan mayor vigencia, y de los cuales se muestran ejemplos en una sección posterior de este capítulo, incluyen:

Grupo semanal de terapia con un promedio de entre 8 y 12 pacientes, que permite el ingreso de nuevos miembros cuando hay vacantes. Está destinado a personas que van desde individuos «límite» hasta aquellos sin perturbación emocional pero que quieren seguir desarrollándose psicológicamente. Estos grupos requieren de la preselección individual y de un compromiso por parte de los participantes de mantenerse un mínimo de tres meses.

Grupos preseleccionados para problemas específicos con un promedio de entre 8 y 12 pacientes, y cerrados a nuevos participantes una vez que se inicia el proceso. Dura de tres o cuatro horas diarias y de seis a diez semanas. Está destinado a personas con una problemática definida, como la asertividad, o para la mejora de la práctica sexual femenina (Wolfe, 1985). Requieren de preselección y de un compromiso de ocho semanas.

Talleres de cuatro horas para el público en general, como el Taller del Viernes por la Noche, o temas como relaciones interpersonales o la autoaceptación. No requieren preselección.

Talleres intensivos de ocho a diez horas, de uno o dos días, para grupos cerrados de entre 10 y 20 personas preseleccionadas, normalmente para tratar temas como la mejora de la autoaceptación incondicional, o para reducir la Baja Tolerancia a la Frustración. Este formato también se utiliza una vez al año para generar material de trabajo en los grupos semanales, o para grupos cerrados de mayor tamaño, como la TREC aplicada a la industria, con miembros de una empresa determinada.

El trabajo psicoterapéutico en grupo presenta ventajas y desventajas en comparación con el trabajo individual. Entre las ventajas de trabajar simultáneamente con otras personas cabe citar:

- Las distintas oportunidades de cada individuo de incrementar la identificación y el cuestionamiento de las ideas irracionales propias y de los otros miembros.
- La práctica del estilo directivo y de las técnicas utilizadas para reforzar el cambio, particularmente las tareas para hacer en casa.
- El respeto por los derechos propios y de los demás, al tiempo que se adquiere

también responsabilidad por uno mismo.

Entre las desventajas están:

- La necesidad de una cuidadosa preselección de los miembros para evitar perturbaciones psicológicas como la esquizofrenia.
- La constante monitorización para evitar la inclusión de miembros interesados únicamente en sí mismos, o extremadamente pasivos o agresivos, que impidan su funcionamiento en un contexto grupal.
- Es también de gran importancia el cuidado minucioso por parte del psicoterapeuta para reducir a un mínimo las intervenciones ineficaces de los miembros, como emplear gran parte del tiempo en sugerencias de tipo solo práctico, en consejos superficiales, a expensas de soluciones de alto nivel, como la identificación y el debate de las ideas irracionales.

Las siguientes secciones de este capítulo incluyen ejemplos específicos y detallados procedentes de sesiones reales de algunos tipos de grupos de la TREC, con sus comentarios correspondientes, donde se resalta la aplicación de algunos de los conceptos teóricos.

5.1.2. EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE GRUPO SEMANAL CON ALBERT ELLIS

El formato general del grupo semanal de la TREC, cuya sesión dura unas dos horas y media, incluye los siguientes pasos:

- Los pacientes entran en el recinto, y aquellos que desean exponer algún asunto individualmente, durante unos quince a veinte minutos, deben entregar a Ellis las solicitudes escritas por cada uno de ellos en un pequeño papel al comienzo de la sesión.
- A continuación, Ellis revisa las tareas para hacer en casa asignadas durante la sesión grupal anterior, o durante un período posterior adicional de media hora con un coterapeuta de Ellis (Leonor Lega desempeñó este rol durante varios años).
- Luego, Ellis comienza por dar el turno a cada uno de los miembros del grupo. Generalmente, interactúa algo más al comienzo y luego abre la participación a los otros miembros. Sin embargo, esto puede variar en función del tiempo que ellos lleven en el grupo y de las destrezas en la TREC, o del tipo de intervenciones, si

hay que encaminarlas hacia la identificación y el debate de ideas irracionales («D»), en lugar de un tiempo excesivo empleado en soluciones prácticas al acontecimiento o situación problemáticos («A»).

— Por último, el grupo cambia de recinto la media hora final con el coterapeuta.

Ana

En el siguiente segmento al comienzo de la sesión de la terapia grupal, y utilizando también como estrategia psicoterapéutica el sentido del humor que lo caracteriza, Ellis revisa la tarea para hacer en casa asignada a Ana al final de la sesión anterior y cuyo propósito es el de REFORZARLO en la paciente durante la semana: «la aceptación incondicional de su hijo como persona, mas no de su comportamiento reproachable» (pensamiento racional). De esta forma, su reacción de ira incontrolada sería REEMPLAZADA por el disgusto y la tristeza.

Ellis: Esto demuestra que anteriormente usted no pudo controlarse y le pegó, y que esto todavía le revuelve las entrañas... ¿Cómo podríamos lograr primero que usted deje de hacer esto y que después, tal vez, encuentre la forma de controlarlo a él?

Ana: ¿Así que tengo que aceptarlo completamente?

Ellis: ¡Tal como es él!

Ana: Medio perturbado...

Ellis: ¿Medio? (sonrisa).

Ana: Su comportamiento (sonrisa).

Ellis: De acuerdo. No está TOTALMENTE perturbado.

Ana: Obtuvo un 96 % en su examen final...

Ellis: Sí, en algunas cosas se desempeña bien. Si cuando se comporta mal, pudiésemos lograr que usted lo aceptase a él y no a su comportamiento, usted podría hacer algo más funcional al respecto..., y existe la posibilidad de que tal vez él, finalmente, cambie su conducta. Pero, aunque no lo hiciera, usted no estaría tan descontrolada.

Ana: Querría sentirme calmada frente a todo...

Ellis: O simplemente disgustada... No queremos que esté calmada o que le agrade. Esto no sería realista... Queremos que esté disgustada, triste, afligida..., pero no ENFURECIDA.

Al finalizar la revisión de las tareas, y siguiendo el orden de entrega de las solicitudes escritas individualmente en un pequeño papel al comienzo de la sesión, Ellis comienza a dar el turno a cada uno de los miembros del grupo para que expongan su caso individual.

Jack

Ellis: ¿Jack?... Quiere hablar de su relación con su exesposa y su hija...

Jack: Mi exesposa comenzó a perder la vista..., un glaucoma... Quedó ciega..., cayó por las escaleras..., se partió los dientes..., una cosa detrás de otra... Se ha convertido en una persona amargada...

Ellis: Tal vez... Aunque no sabemos si esto hubiese ocurrido aun sin esta serie de sucesos...

Jack: Sí, lo pensé... Ella me dio mucha pena durante el divorcio... Yo pago su seguro médico hasta que se jubile y debe figurar como si trabajase para mí, pero ella no quiere hacerlo. Quiere registrar su licencia como agente inmobiliario aparte, pues no quiere darme sus clientes... Está en un verdadero dilema.

Ellis: Ella podría trabajar para usted el mínimo necesario para el seguro...

Jack: No, tiene que registrarse con otra agencia como miembro de ese grupo. Y, por añadidura, el inquilino de una propiedad que obtuvo tras el divorcio, no quiere tratar con ellas sino conmigo...

Ellis: ¿«Ellas» son su mujer y su hija?

Jack: Mi hija, que también es agente inmobiliario, en nombre de su madre.

Ellis: ¿Y cómo SE SIENTE USTED acerca de esto? [identificar la «C»].

Jack: Inicialmente estaba muy preocupado y me mostraba condescendiente... Ahora quiero decirles: «¡A la porra!». ¿No era esto lo que querían y ahora me piden que les resuelva los problemas?

Ellis: ¿Deben afrontar las consecuencias?...

Jack: Claro que todavía no les he dicho nada, pues ocurrió hoy... Esto me dará la satisfacción de decirlo, pero aún no sé cómo hacerlo, pues no quiero ser un mal nacido... Quiero decirle a mi hija que no es asunto mío, sino de su madre, que quiere alquilarla sin avisar antes al inquilino actual en caso de que hubiese otro interesado. Lo quiere todo.

Ellis: Y esto es lo que su esposa ha querido hacer durante muchos años...

Jack: Quiero decirles que afronten las consecuencias...

Ellis: Pero usted aún no ha decidido qué hacer, ¿no es así?

Jack: Quiero decirles que no es mi problema...

Ellis: ¿Y se siente culpable?

Jack: Quiero trabajar en esto hoy. Cuando mi hija me habló esta mañana, quise responderle así, pero me sentí culpable y opté por la alternativa que utilizo siempre como defensa: le dije que me dejase pensarlo... Pero mañana le diré ¡que lo resuelva ella!

Ellis: Quiere decirles que querían la maldita casa... Ahora la tienen, resuelvan ustedes el problema.

Jack: Y que la registren con la otra firma y no conmigo... La estupidez de mi hija, pues yo le reembolsaba la comisión...

Ellis: Pero, entonces, ¿por qué se siente culpable si decide hacer esto mañana? Ellas escogieron la propiedad... Comprendo que sienta TRISTEZA, pero no CULPA... Es una pena que ellas estén teniendo estos problemas, pero usted no es el responsable... Ellas son quienes deben resolver esto.

Jack: Esa es exactamente la conclusión a la que llegué...

Ellis: Y si continúa con esa conclusión, no sentirá culpa. Sentiría lástima... ¿Qué opina el resto del grupo?... ¿Debe sentirse culpable? ¿Mantener su posición? ¿Qué piensan ustedes?

Diana: Jack, abriste este tema con una lista de las cosas horribles que le sucedieron a tu exmujer..., como si le debieses una compensación por ello...

Jack: Solo recordaba lo que le sucedió, lo que pasó por mi mente... Ella es una mujer muy fuerte y la pobre nunca tuvo una oportunidad en la vida..., y luego pensé: bueno, esa es su vida...

Linda (interrumpe): ¿Cuándo vas a divorciarte, Jack?

Jack: Estoy divorciado...

Linda: No, Jack, no lo estás.

Jack: ¿Pero cómo no pensar en todo esto cuando estoy interactuando con estas personas?

Linda: ¡Porque estás divorciado!

Diana: ¿No tenemos todas cosas que podrían amargarnos y enfurecernos? ¿Y también maneras racionales de gestionar las cosas? ¿Cómo es esto funcional a largo plazo?

Linda: ¡No es tu problema, Jack!

Jack: No lo es. Solo lo reviso...

Linda: Entonces ¿por qué lo sigues «revisando»? Yo me voy a casa y no pienso en los problemas de tu mujer, pues no estuve casada con ella... Tú tampoco estás casado ya... ¿Por qué continúas «revisando» todo esto?

Jack: Porque tengo buenos recuerdos...

Diana: Bueno, pero eso ha terminado... Y ella pudo haber escogido no sentirse amargada como resultado de las experiencias pasadas.

Linda: Y si estuviese enfurecida, ¿por qué también hacia su marido, quien ha sido bueno con ella y la ha cuidado?

Jack: Eso dicen mis amigos..., que fui un buen marido y un buen padre...

Diana: Entonces continuar «revisando» no le hace bien a nadie, Jack...

Linda: Tu primordial responsabilidad eres tú y tu propio futuro... Yo preferiría que vinieses al grupo y hablastes de ti y del resto de tu vida, en lugar de lo que está sucediendo en los asuntos de estas otras personas.

Jack: Sí, ahora solo tengo tres problemas: mi negocio, mi novia y yo mismo...

Linda: ¿Y no crees que es suficiente y podrías hablar de ello y no de lo que has estado discutiendo durante la sesión de hoy?

Betty [interrumpe]: Creo que Jack no está satisfecho con la razón por la que ellas se comportan así..., su enfado, su ira... No entiendo en qué se basan su mujer y su hija...

Jack: Yo tampoco lo comprendo... Nadie sabe lo mucho que trabajo para darles lo que quieren...

Linda: Pero es posible que si te ocupases de ti, en primer lugar y no en el último, ellas podrían cambiar porque, durante años, has manejado las cosas de esta manera y ellas se aprovechan de ello...

Jack: Estoy acostumbrado a ocuparme del mundo alrededor mío...

Diana: Creo que podrías dedicar el resto de tu vida a cuidar a todo el mundo, Jack, incluyendo a quienes están en contra tuya (sonrisa)... Pero lo más importante es que te ocupes de ti mismo y no te sientas culpable, a pesar de que ella haya tenido experiencias muy dolorosas...

Ellis: Y usted no tiene que condenarlas o perdonarlas TOTALMENTE [sugiere una alternativa racional]... ¿Por qué no se interesa más bien por Jack, Jack, Jack?

Jack: Sí, estoy interesado.

Ellis: Bien, siga trabajando en ello... Y ahora, continuemos con Betty.

Betty

Betty es la siguiente paciente de acuerdo con el orden de entrega de los papeles al inicio de la sesión de grupo.

Ellis: ¿Betty? Quiere renunciar a su ira y a su ansiedad hacia su padre, su sobrina, y hacia todos aquellos a quienes usted busca que la acepten... Y quiere conseguir un progreso.

Betty: Esta semana hice cosas que no he hecho desde los nueve o diez años de edad... Di un pequeño discurso frente a un gran grupo durante una graduación en el trabajo... Estaba preparada... No lo había hecho desde que tenía diez años y fue algo muy importante para mí...

Ellis: Y pudo hacerlo porque ¿qué se DIJO a sí misma? [identificar la «B»].

Betty (sonríe): A lo mejor me dije algunas tonterías como: aquí nadie es mejor que yo, así que ¿para qué preocuparme?

Ellis (también sonríe): Eso no fue una tontería...

Betty: Y luego añadí algo más: será un reto para mí, a pesar de que en la audiencia haya personas importantes, como un representante de la alcaldía... Estuvo bien..., diría que hasta divertido...

Diana: ¿Y te gustó hacerlo?

Betty: Sí, lo practiqué muchas veces... y ¡hoy me han llamado para otra

graduación!... No lo esperaba, pues no estaba incluida en el programa oficial, y alguien me pidió que dijese unas palabras... Esto es importante para mí, pues no recuerdo haberlo hecho desde hace mucho tiempo.

Ana: *No solo te animaste a hacerlo, sino que te sentiste bien por haberlo hecho.*

Betty: *Sí, ayer ayudé a una estudiante a preparar su discurso y, aquí se ve mi perfeccionismo negativo, ella decidió no leerlo. Creí que no era una buena idea... Es de Trinidad..., habla muy despacio..., repite cosas..., y personas alrededor mío casi no la aplaudieron. Me sentí muy decepcionada. Sin embargo, cuando la vi hoy en clase, me dijo que se sentía muy orgullosa, que había recibido muchos cumplidos.*

Ellis: *Entonces, el criterio que utiliza para usted y para otros es mucho más estricto que el que se aplican ellos...*

Betty: *Sí, es obvio.*

Jack: *¿Y no es bueno que ella no tuviese tu expectativa? Nunca hubiera disfrutado dando su discurso.*

Betty: *La admiro... Tiene suerte... Nada la perturba.*

Linda: *Hace unas semanas decías que no podías hacer esto y ahora lo has hecho...*

Betty: *¿Sobre hablar en público? [sonríe]. ¿Lo dije hace unas semanas?*

Linda: *Dijiste que tenías mucha dificultad con ello...*

Betty: *Sí, hay cosas que puedes decirte a ti misma al respecto... Pero creo que el punto central de esta terapia [TREC], lo que hace que uno venga al grupo, es nuestro diálogo interno, positivo o negativo... Estaba muy nerviosa y comencé a hablar conmigo misma.*

Ellis: *¿Y qué se dijo a sí misma para controlar sus nervios? [orienta la sesión hacia el CAMBIO COGNITIVO como elemento central del proceso terapéutico].*

Betty: *Lo que ya mencioné: ¿por qué ponerme nerviosa? Estoy frente a un grupo de mi mismo nivel...*

Ellis: *Y que si fracaso el mundo probablemente no se detendrá.*

Betty: *Sí, es cierto.*

Ellis: *¿En qué quiere trabajar a continuación?*

Betty: *No he pensado mucho en esto durante la semana... No lo sé...*

Jack: *¿Qué te trajo inicialmente a la terapia?*

Betty: *Este asunto horrible sobre la aprobación..., lo que piensen otros sobre mí...*

Ellis: *¿Pero ve cómo ha progresado en esto, simplemente hablando en público, sin preocuparse por los otros?*

Betty: *Y también no sintiéndome parte de las cosas..., estar a un lado...*

Ellis: *¿Y de qué le gustaría ser parte? [intenta ayudarla a aclarar la nueva meta].*

Betty: *Parte de una vida más plena que la que tengo ahora.*

Jack: *¿Y qué quiere decir «más plena»?*

Betty: *Tener más comunicación con la gente..., utilizar mis destrezas más a menudo...*

Jack: *Esa debería ser tu tarea para hacer en casa esta semana.*

Ellis: *Y creo que está en consonancia con lo demás. Cuanto menos EXAGERE lo que otros piensan de usted, su NECESIDAD de aprobación, más podrá ser parte de la vida [orienta nuevamente la sesión hacia el CAMBIO COGNITIVO].*

Betty: *No sé por qué me preocupo tanto por la aprobación...*

Diana: *Porque la aceptación de otros te define, en lugar de tener tu propia opinión sobre ti misma; te sientes bien si otros piensan bien de ti y mal, si piensan mal...*

Ellis: *Y esta vez dijo: piensen lo que piensen, estoy bien; soy dueña de mi persona.*

Ana: *Creo que esa es la filosofía general que de verdad vale. Desde que vienes al grupo estás más relajada, más abierta...*

Linda: *Recuerda el primer día... Te sentaste en esa silla y no abriste la boca..., y cuando fue tu turno, escogiste no hablar...*

Diana: *Has progresado mucho. Eres más espontánea. Comienzas a compartir tus sentimientos y eso te hace más auténtica.*

Ellis: *Tienen razón. Anteriormente era casi inaudible y hoy he podido escuchar todo lo ha dicho. En las semanas que lleva aquí ha cambiado, y puede seguir mejorando.*

Jack: *Y ves también cómo el resto de nosotros también estamos perturbados (sonríe).*

Ellis (también sonríe): *De acuerdo.*

Jeffrey

Al finalizar los turnos individuales restantes, y como el formato del grupo permite el ingreso de nuevos miembros cuando hay vacantes, Ellis se dirige a Jeffrey, quien asiste a la sesión grupal por primera vez.

Ellis: *¿Jeffrey? ¿Quiere hablarle al grupo sobre algunos de sus problemas? Básicamente, ¿por qué vino hoy al grupo?*

Jeffrey: *Estoy muy «bloqueado» cuando pienso en mis emociones... El tipo de terapia al que he asistido no ha sido muy productivo...*

Linda: *¿Y cuál fue ese tipo de terapia?*

Jeffrey: *Conductual..., pensamientos negativos..., búsqueda de aprobación... Y quisiera avanzar..., estar más cómodo con mi vida... Ese es el motivo por el cual hoy estoy aquí, en esta terapia.*

Ellis: *¿Podría ser más específico? ¿Qué desearía cambiar aquí que no logró hacer en la terapia anterior? [intenta ayudarlo a establecer una meta].*

Jeffrey: *Volví a mi antigua manera de pensar después de unos meses de haber interrumpido la otra terapia...*

Ellis: *¿Qué quisiera hacer que su forma de pensar le impide lograr?* [orienta la sesión hacia la identificación de «B», de pensamientos irracionales con poca funcionalidad a largo plazo]

Jeffrey: *Estoy incómodo... No soy feliz.*

Ellis: *Denos un ejemplo concreto de cuando se siente infeliz* [intenta entonces identificar un «A» específico].

Jeffrey: *Me estoy divorciando..., vivo solo..., sigo «bloqueado» en la misma m...*

Ellis: *¿Qué m... exactamente?*

Jeffrey: *Pensamientos negativos...*

Ellis: *¿Como cuáles?*

Jeffrey: *Que no valgo nada...*

Jack: *¿Por divorciarte?*

Jeffrey: *Eso y otras circunstancias...*

Ana: *¿Cuáles?*

Jeffrey: *Crecí en orfanatos, en conventos en la India, en Inglaterra y luego aquí... Muchas penurias...*

Diana: *¿Y cosas positivas en tu vida?*

Jack: *¿Cuándo y cómo llegaste a Estados Unidos?*

Jeffrey: *Cuando era adolescente... Mi madre era norteamericana y mandó llamarme.*

Jack: *¿Qué edad tenías?*

Jeffrey: *Diecisiete años.*

Diana: *¿Y en qué trabajas actualmente?*

Jeffrey: *Soy electricista.*

Jack: *¿Cómo adquiriste tu entrenamiento?*

Jeffrey: *Aquí. Soy miembro del sindicato local de electricistas. [En Estados Unidos hay que ser miembro del sindicato, lo que puede ser un proceso que toma tiempo y esfuerzo.]*

Diana: *¿Y no crees que esto es un logro?*

Jeffrey: *Sí. Es básico, pero quiero ser feliz ganando mi sustento. Esa es mi meta.*

Ana: *¿Y no te gusta tu oficio?*

Jeffrey: *Sí, pero no me gusta mi negativismo... No puedo ser más específico que esto.*

Ellis: *Denos un ejemplo de lo que está diciendo* [intenta nuevamente buscar un «A» o una «B» específicos].

Jeffrey: *Soy muy crítico conmigo mismo.*

Ellis: *Ese es un buen ejemplo.*

Jeffrey: *Soy infeliz si mis resultados no son inmediatos y perfectos.*

Jack: ¡Has venido al lugar perfecto!

Jeffrey: Eso creo...

Ellis: [sugiere entonces la «B» directamente para encaminar al grupo en la dirección correcta, que es identificarlas y debatirlas]: Tiene las dos ideas que más perturban a los seres humanos: (1) No valgo cuando hago las cosas mal y (2) La vida es difícil pero debe ser fácil... ¿Por qué tener que esforzarme tanto para vivir bien?

Jeffrey: No me importa trabajar para vivir... Simplemente quiero ser feliz haciéndolo.

Ellis: De acuerdo, pero ¿no dice que a veces es demasiado difícil vivir felizmente?... ¿Por qué no decir: m..., voy a intentar hacerlo de todas maneras?

Jeffrey: Sí, comprendo.

Ellis: Denos un ejemplo de cuando se autodevalúa... Un ejemplo SUSTANCIOSO (sonríe).

Jeffrey: Estoy soltero, intentando establecerme en un medio social muy complicado...

Jack: Es lo que todos dicen. No estás solo.

(risas)

Jeffrey: Y cuando me rechazan, me hundo emocionalmente.

Ellis: ¿Y eso lo convierte en una persona que no puede ser amada?

Jeffrey: Sí, algo así...

Ellis [inicia el debate utilizando el estilo socrático]: ¿Cómo puede el rechazo de unos pocos convertirlo en alguien que no puede ser amado?

Jeffrey: Intento analizarlo racionalmente... ¿Será que estoy buscando algo inalcanzable? ¿Busco a alguien demasiado joven o bonita? Cuando me rechazan, ¿por qué sucede?

Ellis: ¿Y si tal vez ella está deprimida y los rechaza a todos? ¿Cómo sabe que tiene que ver con usted en particular?

Jeffrey: Es verdad... Algunas son inalcanzables... o se requiere tiempo..., pero ¿por qué siempre considero que es por mí?

Ellis: Porque cuando algo no funciona usted cree que ES defectuoso, en lugar de explorar si tal vez usted ACTUÓ mal, o si fue ella quien hizo algo malo, o tiene mal gusto y usted no le agrada por ello.

(risas)

Jeffrey: Es la mejor forma de analizarlo..., pero aún no consigo hacerlo.

Ellis: Supongamos que usted hizo algo malo y por eso ella lo rechazó. ¿Lo convierte esto en una basura que no merece ser amado?

Jeffrey: No debería..., pero ocurre. Debería decirme que no sabe lo que se pierde...

Ellis: O que se alegra de haber actuado mal, pues puede aprender a hacerlo mejor

la próxima vez..., pero ¿cómo una mala actuación lo convierte a usted en basura?

Jeffrey: *Porque creo que debo ser perfecto...*

Ellis: *Usted y el resto de este grupo loco... Todos creen que ¡deben ser perfectos!*

(risas)

Ellis: *Tiene usted evidencia de no ser perfecto. ¿Por qué no aceptarse a sí mismo CON su imperfección?*

Jeffrey: *Tiene que ver con ser aceptado. Me querrán si soy perfecto.*

Diana: *Creo que es lo opuesto, Jeffrey. Muchos te aceptarían más si te vieran como imperfecto, pues te haría más real... Yo me sentiría muy incómoda, pues tu perfección enfatiza y pone en evidencia mi falta de ella...*

Jeffrey: *Nunca lo había pensado de esa manera...*

Ellis: *Ella tiene razón. Otros podrían llegar a odiarlo si usted fuese perfecto, pues los convertiría a ellos en m...*

(risas)

Ellis: *Usted es su peor crítico. Si comete un error, a los otros ni les importa... Y, como ellos se concentran en sus propias imperfecciones, las suyas no les importan. Hasta podría llegar a agradecerles que usted se equivocara.*

(risas)

Jack: *Hay muchos por ahí que también se sienten infelices y no intentan mejorar, mientras que tú, sí. Buscas la respuesta a tus problemas...*

Jeffrey: *Pero ellos parecen más cómodos que yo...*

Ellis: *Porque usted no ve su incomodidad. Usted solo ve la suya.*

Jack: *Ellos también la tienen... Soledad..., problemas matrimoniales...*

Ellis: *Lo que queremos que haga esta semana es que IDENTIFIQUE las frases ESPECÍFICAS que usted utiliza en su diálogo interno y las traiga para que podamos ayudarle a ver cuán erradas son. ¿De acuerdo?*

Jeffrey: *De acuerdo.*

Ellis: *Bien, el grupo continuará en la oficina contigua.*

El grupo cambia de recinto para la media hora final con el coterapeuta, donde se terminan de asignar las tareas para hacer en casa.

5.1.3. EJEMPLO DE UN GRUPO CON PROBLEMAS ESPECÍFICOS: SEXUALIDAD FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA

A Janet Wolfe, compañera sentimental de Ellis durante más de treinta y cinco años, se deben gran parte de las contribuciones en la aplicación de la TREC a grupos preseleccionados para problemas específicos en áreas como la sexualidad femenina o la

asertividad como estilo de comunicación. Durante varios años, Leonor Lega colaboró con Janet Wolfe como coterapeuta.

El siguiente ejemplo procede de unas sesiones de grupo de seis semanas de duración, cuya finalidad era mejorar la experiencia sexual femenina.

Metas del grupo

- Sentirse más cómoda hablando sobre sexualidad con otras personas.
- Incrementar el conocimiento de la anatomía y la fisiología femeninas, adquiriendo el permiso para facilitar la autoexploración y aumentar el repertorio sexual.
- Identificar y cambiar mitos sexuales y condicionamientos previamente adquiridos sobre el rol femenino en áreas sexuales y no sexuales.
- Derribar obstáculos para lograr la libertad y la asertividad sexuales (culpa, ansiedad, autodevaluación e ira y furia) a través del cambio de pensamientos disfuncionales.
- Desarrollar un plan para continuar mejorando la experiencia sexual después de que la sesión de grupo haya concluido.

Algunos ejemplos de problemas

- *«Mi pareja dice que yo debería tener orgasmos durante el coito... Que estoy privándolo del placer de darme un orgasmo.»*
- *«No sé si he tenido orgasmos... He oído decir que si uno no lo sabe con certeza es que la respuesta es... no.»*
- *«Debería poder expresar mis deseos sexuales, pero después de varios años fingiendo que tengo orgasmos con mi pareja, sería muy incómodo, poco femenino y terriblemente cruel herirlo de esa manera.»*
- *«Casi nunca me siento excitada... Me daría lo mismo vivir con o sin sexo.»*

El caso de Patricia

Sesión 1

Asunto central

Tiene 31 años, es «asexual», tímida. Sus padres le decían que era tan fea que no encontraría nunca a nadie que se sintiese atraído por ella. Con muy poca experiencia

«amorosa», no ha tenido relaciones de pareja en los últimos dos años. No llega al orgasmo a través de la masturbación, pero cree haberlo tenido una vez con una pareja.

Tarea cognitiva

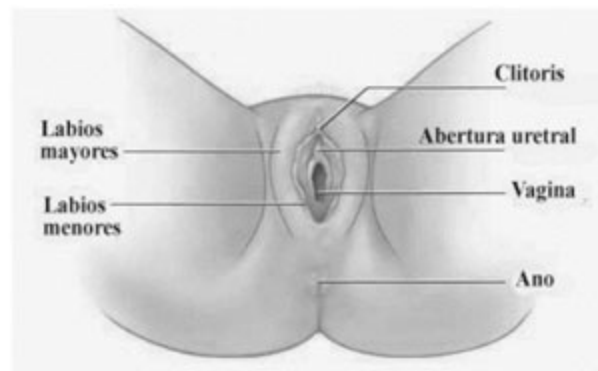
- Debatir la idea: *«Como mis padres creen que soy una chica fea con poco atractivo sexual, tiene que ser verdad».*
- Repetirse a sí misma el mensaje: *«Tengo el derecho y la capacidad de sentir placer sexual».*

Tareas conductuales

1) Hable durante diez minutos con una amiga y explore las actitudes durante su desarrollo como «entidad sexual». Para la exploración de actitudes durante su desarrollo como «entidad sexual», comparta con esa amiga, durante esos diez minutos, las siguientes experiencias:

- *¿Cuáles fueron las actitudes de sus padres hacia el sexo?*
- *¿Se las comunicaron?*
- *¿Cuándo supo por primera vez qué era el sexo?*
- *¿Le impactó?*
- *¿Cuáles fueron las circunstancias de su primera experiencia sexual real?*
- *¿Cómo se sintió?*

2) Exploración de los genitales. En casa, busque un momento sin interrupciones y con un espejo encuentre en sus propios genitales las estructuras señaladas en el diagrama siguiente:



Sesión 2

Asunto central

Descubrió que su amiga tampoco poseía la información adecuada sobre el sexo y no se sintió tan «antigua» como creía haber sido hasta entonces. Se sintió más libre de explorar su propio cuerpo y completó el correspondiente ejercicio conductual. Sin

embargo, continúa teniendo dudas sobre su «potencial orgásmico».

Tarea cognitiva

Reforzar las siguientes ideas:

- *«Tengo el derecho de proceder a mi propio ritmo sexual».*
- *«Que actualmente experimente dificultad en llegar al orgasmo, no quiere decir que nunca lo lograré.»*

Tarea conductual

Ejercicio de masturbación. Siga los siguientes pasos:

- Recuerde la importancia del compromiso consigo misma de mejorar la experiencia sexual propia.
- Escoja un mínimo de 4 sesiones de entre 20 y 45 minutos durante esta semana, donde esté relativamente relajada, cómoda, sin teléfono ni interrupciones, y donde pueda crear una atmósfera propicia (libros, fantasías, etc.).
- Recuerde cuáles fueron las zonas específicas de sus genitales donde sintió más placer en el ejercicio de la semana anterior y explore los detalles en su manipulación (masaje, presión directa sobre el área, etc.).
- Persevere, no se desanime. Este tipo de respuestas requieren tiempo y práctica.

Sesión 3

Asunto central

Comentó que creía ser la única del grupo que no lograría tener un orgasmo, pues cuando se acercaba, tenía pánico de *«perder el control, desmayarse o... incluso ¡caer muerta!»*.

Tarea cognitiva

Debatir las ideas:

- *«No puedo controlar mis emociones/comportamientos».*
- *«Si algo me asusta, debo sentirme terriblemente perturbada al respecto.»*

Tareas conductuales

- Antes de iniciar cada sesión de masturbación, llame por teléfono a otra persona del grupo (la que lo sugirió) y pídale que, a su vez, ella la llame también una hora y media más tarde para estar segura de que todo está bien.

Sesión 4

Asunto central

Dijo sentirse mucho más relajada durante el ejercicio de masturbación hasta el punto de no llamar al otro miembro del grupo, pero *«sintiéndose muy tranquila de saber que contaba con alguien que la ayudaría si tuviera un problema»*. También dijo haber estado cerca del orgasmo, tener miedo y, sin embargo, continuar durante un par de minutos más, antes de darse el permiso de parar.

Tarea cognitiva

- Refuerce las ideas «antitremendistas» sobre no tener (o sí tener) orgasmos; desarrollar imágenes eróticas para reemplazar las de su rol de «espectadora»; leer literatura erótica para adquirir más ideas al respecto.

Tareas conductuales

- Concentrarse en sensaciones eróticas; ensayar un par de técnicas de masturbación sugeridas por otros miembros del grupo.

Sesión 5

Asunto central

Comentó que al sentirse desanimada durante el ejercicio de masturbación, decidió animar a sus genitales como si fuese un partido de fútbol (el grupo la aplaudió). Además, dijo sentir tensión en sus piernas y luego una sensación de relajación, pero no estaba segura de si sería un orgasmo (miembros del grupo le dijeron que era muy probable que lo fuera, y que se «definiría» con más claridad conforme tuviese más práctica). También habló un poco de su miedo a conocer hombres y ser rechazada por ellos.

Tarea cognitiva

- Refuerce las ideas «antitremendistas» sobre «necesitar demasiado tiempo para llegar al orgasmo», ser rechazada y/o sentirse incómoda en situaciones sociales.

Tareas conductuales

- Continúe masturbándose y tal vez utilizar un vibrador. Asistir a un evento social y entablar conversación con dos hombres.

Sesión 6

Asunto central

Dijo tener orgasmos «más articulados» y estar preparada para explorar el sexo «en pareja». Practicó el *role-playing* durante la sesión para aprender a discutir con una pareja potencial sus deseos sexuales y cómo decir no, si no estuviese lista. Expresó que la experiencia del grupo la había ayudado a transformarse de asexual en una persona que

«no veía la hora de llegar a casa y practicar».

Tarea cognitiva

- Prepárese para tomar riesgos sexuales y no sexuales, reforzando la idea de que está bien ser imperfecto, y que los rechazos no son prueba de que es «inadecuada». Continúe con la biblioterapia.

Tareas conductuales

- Incremente las conductas asertivas, pida favores, y sea más espontánea en el trabajo y en las situaciones sociales.

5.1.4. EJEMPLO DE TERAPIA GRUPAL FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA

El formato de estos grupos es muy similar al de los grupos semanales de terapia con Albert Ellis, pero con un promedio de entre 8 y 12 mujeres (únicamente), lo que permite el ingreso de nuevos miembros cuando hay plazas libres. En la terapia grupal femenina, la terapeuta es Janet Wolfe; durante algunos años, la coterapeuta fue Leonor Lega. Algunos casos:

Ellen

Sesión 1

Recientemente ha comunicado a sus padres, quienes pagan sus estudios universitarios, que es lesbiana. Ellos no quieren que asista con su novia actual a la boda de una prima, y se siente ansiosa y deprimida.

También se siente «inadecuada» para las tareas académicas en la universidad por haber sido criticada por su supervisor en el trabajo.

Primero se incluyen las sesiones individuales y luego las de grupo.

Grupos de Terapia : ALGUNOS CASOS

Sesión 1 - INDIVIDUAL



Sesión 2-Individual

Las principales metas desarrolladas conjuntamente por Janet Wolfe y Ellen son:

Metas emocionales

- Reducir la depresión y autodevaluación por tener dificultades académicas y sociales.
- Reducir la ira y la Baja Tolerancia a la Frustración (BTF) por la intolerancia de otras personas hacia la homosexualidad.
- Reducir la ansiedad al escribir trabajos académicos.

Metas cognitivas

Debata las siguientes creencias irracionales:

- «No debería tener que esforzarme tanto... Mis padres y mis profesores deberían comportarse de otra manera... Es terrible tener que estudiar y trabajar al mismo tiempo y tener tan poco dinero».
- «Mi familia y la sociedad deben aceptar todo lo que hago... No soy suficientemente lista o disciplinada... No tengo remedio, soy un fracaso.»
- «Cometí tantos errores en el pasado que nunca tendré éxito.»

Metas conductuales

- Aprender a comunicarse asertivamente en lugar de agresivamente cuando otros le critican.
- Disminuir su «perfeccionismo» al intentar escribir trabajos académicos «perfectos».

Sesión 3-Individual

Ellen ha estado reticente a la reestructuración cognitiva porque:

A: *«Sería reforzar la idea de sus padres de que está perturbada emocionalmente».*

También duda si trabajar en su ira porque:

B: *«Sería injusto que ella tuviese que cambiar y no sus perturbados padres».*

Janet explica que hay una gran diferencia entre «preferencia» y «debo»:

- Ellen no tiene el poder de cambiar a sus padres.
- Cuanto más perturbada esté Ellen, más convencidos estarán sus padres de que ese es el motivo de su homosexualidad.

Sesiones 4 y 5-Individuales

Janet explica que:

- Su ira y su autodevaluación proceden en gran parte de que, a pesar de sus protestas, Ellen también cree lo que le dicen: que es «defectuosa» académica y personalmente.
- También trabajaron en su BTF hacia las tareas para hacer en casa, pues a pesar de tener mucho trabajo en otras áreas, es la única forma de mejorar.

Sesión 6-Individual

Consolidación de creencias RACIONALES que Ellen debe practicar varias veces al día:

1. *«Aunque tenga defectos y cometa errores, soy un ser humano con valía, con muchas cualidades y hago las cosas lo mejor que puedo».*
2. También deberá continuar trabajando en su BTF en las tareas para hacer en casa, pues aunque tenga mucho trabajo en otras áreas, es la única forma de lograr una mejoría a corto y largo plazo.

Sesión 7 y posteriores-Grupal

Ellen ingresa en el grupo de terapia solo para mujeres. La relación con otras personas en el contexto psicoterapéutico del grupo la ayuda a analizar sus problemas y avanzar de forma más real:

Ellen: «Me siento angustiada por asistir con mi novia a una cena con parejas heterosexuales de la universidad...».

Otro miembro: «Hay una diferencia entre sentirse angustiada y sentir aprensión...».

Ellen [explosión emocional]: «¿Estás diciéndome que no hay diferencia entre ser homosexual o heterosexual en una cena? ¡Esto sería lo último que podría esperarse en un grupo de terapia para mujeres!».

Tras dejar claro que no es esto lo que uno de los miembros del grupo está diciendo, Janet ayuda a Ellen a identificar las siguientes *ideas irracionales* que están también presentes durante su ira y su BTF dentro y fuera del grupo:

— «Otros miembros **DEBERÍAN** ser más empáticas y no restar importancia a los dilemas de las lesbianas... No debería ser más difícil para nosotras... El mundo debería ser justo, sin prejuicios».

— «Pobre de mí... ¡Tener que afrontar todas estas dificultades!»

También se sugiere (y luego se lleva a cabo) que bajo el «ambiente de protección» del grupo podrían practicarse estas situaciones utilizando el *role-playing*. Las tareas para hacer en casa fueron:

- Practicar en otras situaciones donde se hacen comentarios homófobos.
- Trabajar la ansiedad que Ellen siente si lleva un corte de pelo muy «masculino», que le da una «apariencia de chico».
- Hacer el balance coste-beneficio entre su derecho a llevar a su novia a la boda y el riesgo de perder la ayuda económica de sus padres.

Gena

Gena es una secretaria de 23 años muy propensa a la autodevaluación y que mantiene desde hace dos años una relación con «un hombre desconsiderado y dominante». Siente mucha rabia consigo misma por permanecer en un trabajo con un jefe extremadamente crítico.

Después de una entrevista inicial, Gena ingresa directamente en el grupo de terapia solo para mujeres.

Sesión 1 con el grupo

Asunto central

Angustia, depresión y comportamiento no asertivo.

Metas

Disminuir la angustia, incrementar la autoaceptación y ser más asertiva.

Tareas para hacer en casa

- Leer el artículo: «Desarrollando la autoaceptación incondicional», publicado en 1998 en el libro de Albert Ellis *How to control your anxiety before it controls you* (*Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*).
- Después de practicar aplicando el *role-playing* con el grupo durante la primera sesión, pida a su pareja que la llame por teléfono con antelación si va a retrasarse.

Sesión 2 con el grupo

Comenzó la segunda sesión con el anuncio de ser «el fracaso del grupo». Cuando le recordaron que una semana no era tiempo suficiente para conseguir ser asertiva, surgió el hecho de que había sido asertiva con su jefe cuando él le gritó, pero que hasta ese momento no lo había considerado como «un éxito».

Metas cognitivas

- Decirse diariamente tres mensajes positivos a sí misma.
- Debatir: «*No puedo manejar situaciones difíciles eficientemente*» y «*Soy una persona débil y esto no tiene remedio*».
- Leer dos capítulos de *The Assertive Woman*, de Phelps y Austin (1983).

Metas conductuales

- Escuchar la grabación de relajación tres veces antes de ver a su pareja.
- Practicar la asertividad en situaciones de baja ansiedad (como decir que no a una petición poco razonable, o comprar solo tres dólares de gasolina).

Sesión 3 con el grupo

Completó el ejercicio de relajación y expresó a su pareja la frustración que sentía por su falta de respuesta ante sus sentimientos. Experimentó ira frente a la reacción hostil de su pareja por este reclamo, y quiso romper la relación con él, pero sintió miedo de hacerlo.

Tareas cognitivas

- Para contrarrestar su ira hacia la respuesta inadecuada de su pareja, decirse a sí misma: «*Él no es una mala persona por comportarse mal... Simplemente es un ser humano falible*».
- Debata las ideas irracionales: «*Soy un ser débil por permanecer en esta relación y en este trabajo*» y «*Si los dejo (trabajo/pareja) nunca encontraré algo mejor*».

Tareas conductuales

- Practique con el grupo, con más autovaloración, el hablar de sus logros asertivos con su pareja y de la conversación que tuvo con su jefe sobre las maneras de establecer prioridades en el trabajo.

Sesión 4 con el grupo

Llegó al grupo más relajada que en ocasiones anteriores. Pidió a su pareja más estimulación del clítoris y le reveló que no tenía orgasmos durante el coito. Y por primera vez se vio a sí misma capaz de hacerlo.

Tareas cognitivas

Debata las creencias:

- *«Es horrible cuando las cosas no funcionan inmediatamente como quiero».*
- *«Soy una persona inadecuada si no logro que mi jefe y mi pareja me traten mejor.»*

Tareas conductuales

- Continúe siendo asertiva con su pareja, sin enfurecerse o deprimirse si él continúa respondiendo con ira o indiferencia.
- Ir a una fiesta y hablar con tres personas que parezcan interesantes (para adquirir práctica al iniciar relaciones nuevas, por si decidiese dejar a su pareja actual).

Sesión 5 con el grupo

Continuó expresando el progreso logrado en la semana y discutió, sin autodevaluarse, dificultades que no logró enfrentar. Pidió más estimulación del clítoris y se permitió disfrutar de ello, aun sin llegar a tener un orgasmo.

Tareas cognitivas

- Lea el libro *Why Do I Think I Am Nothing without a Man*, de Penelope Russianoff (1981).
- Debata la creencia: *«Soy un fracaso si no tengo a un hombre en mi vida».*

Tareas conductuales

- Asista a un evento sola o con una amiga.
- Continúe siendo asertiva con su jefe y con su pareja.
- Dos veces durante esta semana presuma de alguno de sus logros.

Sesión 6 con el grupo

Informó haber tenido el primer orgasmo «en pareja». Confrontó a su pareja (sin enfadarse) por no haberla llamado con antelación para decirle que llegaría tarde y él respondió bien: «*Él está cambiando e intenta escucharme más*».

Tareas cognitivas

Recordarse a sí misma:

- «*Tengo derecho a expresar mis sentimientos y mis preferencias*».
- «*No soy una persona débil y sin valía si mi pareja/jefe no se comportan como querría*».

Tareas conductuales

- Termine el libro «*Why Do I Think I Am Nothing without a Man*», de Penelope Russianoff (1981).
- Siga siendo asertiva con su jefe, su pareja y otras personas.
- Hable con su jefe de la posibilidad de ser promocionada.
- Complete un ejercicio escrito sobre sus intereses y destrezas en el trabajo, y considere otras opciones laborales si sigue insatisfecha.

5.1.5. EJEMPLO DEL TALLER DEL VIERNES POR LA NOCHE CON ALBERT ELLIS

Entre 1965 y finales de la primavera del 2007, en el salón de la planta baja del Albert Ellis Institute, antigua mansión situada en la calle 65 entre Madison Avenue y Park Avenue de la ciudad de Nueva York, Ellis llevó a cabo su famoso *Taller del Viernes por la Noche*, abierto al público en general. No está de más añadir que su sentido del humor fue uno de los elementos que más contribuyó a la numerosa asistencia, hasta el punto de tener que habilitar otra sala en la segunda planta para que aquellos que no consiguieran sitio en el salón principal pudieran observarlo por un circuito cerrado de televisión. El formato de este taller, cuya sesión duraba unas dos horas y media, constaba de los siguientes pasos:

- Con la colaboración de dos pacientes voluntarios del mismo público, Ellis ofrecía una demostración de una sesión de la TREC con cada uno de ellos, en la que, con frecuencia, incluía algunas técnicas como las *imágenes racionales emotivas* y las *tareas para hacer en casa*.
- Entre una sesión y otra, dejaba participar a la audiencia para que expresaran sus comentarios e hicieran preguntas.

- Al finalizar, aunque Ellis ya no estaba presente, animaba al público para que se dirigiera a la segunda planta durante una media hora adicional, donde se servía un ligero refrigerio, en general, café, té, gaseosas y galletitas, con el propósito de permitirles conocerse entre ellos. Durante mucho tiempo, esta actividad se realizó más de una vez como *tarea para hacer en casa* para pacientes individuales y de grupos generales de terapia con problema de timidez extrema, dificultades sociales, etcétera.

El siguiente segmento es un ejemplo de un *Taller del Viernes por la Noche*:

El caso de Ann

Ellis [después de preguntar su nombre a la voluntaria]: *Muy bien, Ann, ¿qué problema quiere resolver hoy?*

Ann: *Bueno, he estado fumando durante treinta años y no he podido dejar de hacerlo...*

Ellis: *Muy bien. Entonces, «C» es no poder DEJAR de fumar, y «A», los múltiples INTENTOS de dejarlo durante treinta años. ¿Qué está conectando ese «A» y ese «C»? Hay un «B» entre ambos; yo sé cuál es, pero tiene que ser usted la que me lo diga. ¿Qué está pasando por su cabeza? ¿Cuál es su «B» al no poder dejar de fumar?*

Ann: *Que tengo que hacerlo..., que necesito hacerlo..., pero que ¡quiero fumar!*

Ellis: *«Quiero fumar» es un pensamiento racional, porque da placer, relaja, pero usted le está AÑADIENDO un componente IRRACIONAL y es que como quiere hacerlo y aunque sabe que le hace daño a LARGO plazo, TIENE QUE tener esta gratificación INMEDIATA. No SOPORTA la INCOMODIDAD de no obtener lo que quiere, en el instante en que lo desea..., ¡aunque la mate! ¿Por qué tiene que obtener lo que quiere, en el momento en que lo quiere? No por qué lo PREFIERE, sino ¿por qué TIENE QUE tenerlo?*

Ann: *Es que intenté dejar de fumar y comencé a comer y a ganar peso...*

Ellis: *Pero eso es otro DEBO, porque no solo TIENE que fumar sino que también TIENE QUE comer si no está fumando. ¿Por qué TIENE QUE hacerlo?*

Ann: *Porque me pongo nerviosa...*

Ellis: *Y ¿por qué no DEBE sentirse nerviosa, ansiosa, incómoda? La respuesta está dentro de su cabeza. QUERER y TENER QUE no son la misma cosa... Usted adora el tabaco, pero el tabaco no la adora a usted... (risas).*

Ellis: *Y ¿qué quiere: fumar ahora, o tener una prolongada vida futura?*

Ann: *Por supuesto, tener una larga vida.*

Ellis: *Entonces, no va a ser solamente el dejar de fumar sino también aprender a VIVIR con la INCOMODIDAD de no hacerlo [estilo autorrevelador]. A la edad de cuarenta años me diagnosticaron diabetes y a mí me gustaba tomar café con*

muchísimo azúcar, pero tuve que renunciar a ello inmediatamente después de recibir el diagnóstico, puesto que las consecuencias futuras podrían ser nefastas... De hecho, esto parece ser una característica familiar (sonríe), pues a mi madre, a la edad de noventa y tres años, le descubrieron robando caramelos en un aula de preescolar que quedaba cerca de casa... (risas).

Ellis: *Lo que le sucede a usted es que quiere las ventajas de fumar pero sin ninguna de las desventajas... Lo que podría hacer [tarea] es sentarse y escribir una lista de las desventajas de fumar, lo que le tomará probablemente tres o cuatro días (más risas) y luego otra recopilando las ventajas, como ahorrar dinero o poder besar a un mayor número de personas, y revisarlas todos los días para recordar que existen ventajas y desventajas... Y voy a ayudarle con unas sugerencias adicionales para reforzar el comportamiento deseado: por ejemplo, cada vez que quiera fumar, encienda el tabaco con un billete de cien dólares..., o llévese el cigarrillo a la boca, pero por el extremo que está encendido, y puedo casi asegurarle que si no deja de fumar, por lo menos lo hará con muchísima menor frecuencia (más risas).*

En resumen, hay que tener en consideración dos cosas: primero, que al «quisiera fumarme un cigarrillo», usted añade Y TENGO QUE HACERLO, lo que es un error, y hay que cambiar esa convicción. Lo segundo es que cuando no fuma y no come, y se siente ansiosa, evalúa esa ansiedad como INSOPORTABLE, lo que llamamos Baja Tolerancia a la Frustración o BTF, y también tiene que ser reevaluada [alternativa racional]: lo PUEDO soportar aunque NO me guste.

Ann: *De acuerdo.*

Ellis (dirigiéndose a la audiencia): *Vamos a escuchar ahora sus comentarios y sus preguntas.*

Un ejemplo que procede del público incluye:

Público: *¿Usted da siempre prioridad al largo plazo sobre el corto plazo?*

Ellis: *En el caso de la Baja Tolerancia a la Frustración, sí. Las personas, dentro de la realidad inmediata, sienten dolor y pierden la perspectiva a largo plazo, donde el riesgo y el dolor serían mucho mayores. Prefieren ignorarlos, porque están concentrados en la realidad inmediata, en la supuesta incapacidad de soportar dolor en ese momento, lo que no es verdad.*

5.2. Medición y aplicaciones transculturales

5.2.1. ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS (O EAC)

Durante los últimos años, las investigaciones científicas en psicología, entre ellas la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), han aumentado la inclusión de variables multiculturales y multidisciplinarias. En psicología, la incorporación de estudios transculturales ha llevado a la revisión de teorías tradicionalmente basadas en formas de pensar europeas y norteamericanas. En el pasado, tanto los procedimientos para la administración de pruebas psicológicas, como sus resultados, se aplicaban a todas las poblaciones fuera de la Europa Occidental y Estados Unidos casi de forma automática. Hoy en día, esta ya no es una presunción científica. La psicología del nuevo milenio tiende a requerir que los investigadores exploren la validez y la confiabilidad multicultural de sus teorías, y determinen su relevancia dentro de un contexto cultural diferente de aquel en el que fueron formuladas inicialmente (Castillo, 1997; Matsumoto, 2000). Por añadidura, el uso del enfoque multidisciplinario como tendencia novedosa en el nuevo milenio (Kent y Mohamed Al'Abadi, 1996; Lotti *et al.*, 1995; Panconesi y Hautmann, 1992) permite a los investigadores desarrollar más a fondo un entendimiento completo de las variables a estudiar.

El propósito de esta primera parte es revisar algunos de los hallazgos (Lega *et al.*, 1998, 1999; Lega y Ellis, 2001) relacionados con la TREC (Ellis 1958; 1985; 1994) y discutir sus implicaciones en la aplicación de esta teoría. Incluye varias secciones: (1) el marco teórico histórico de la TREC; (2) la equivalencia de datos sobre *creencias irracionales* en estudios multiculturales; (3) el resultado de estudios transculturales que exploran las *creencias irracionales* de estudiantes universitarios y sus padres en Colombia, Costa Rica, El Salvador, España y Estados Unidos; (4) los resultados de estudios multiculturales que investigan la relación entre algunas variables demográficas (*Índices de Violencia* de la Organización Panamericana de la Salud, y grado de *Culturización*) y el grado de irracionalidad de la gente en varios países, y (5) los resultados de estudios multidisciplinarios sobre la relación entre condiciones sanitarias (enfermedades de la piel y severidad de los síntomas de la menopausia) y las creencias irracionales en muestras colombianas.

Creencias irracionales: antecedentes teóricos

El concepto de *creencias irracionales* o pensamiento ilógico o irracional acerca de uno mismo, otras personas y/o el mundo en general fue inicialmente conceptualizado por

Albert Ellis en 1955, en una conferencia dictada en la reunión anual de la Asociación Norteamericana de Psicología (Grieger, 1980), y fue publicada primeramente en 1958 bajo el nombre de *Psicoterapia Racional* (Ellis, 1958).

El *modelo ABC* fue formulado a principios de 1960, cuando se publicó por primera vez *Razón y emoción en psicoterapia* y la teoría se convirtió en *Terapia Racional Emotiva* (Ellis, 1962). De acuerdo con este modelo, «A», el evento, la situación o *acontecimiento activante*, se relaciona con «C», la *consecuencia* o respuesta emocional y/o de comportamiento del individuo, por causa de «B», la percepción, la interpretación o la *creencia* («*Beliefs*») que tiene dicho individuo sobre «A».

Durante la década de 1970, fueron identificadas las primeras doce *creencias irracionales*, caracterizadas por su rigidez u obligatoriedad (Ellis, 1973, 1975, 1976). En los años ochenta, estas doce *creencias irracionales* específicas fueron agrupadas dentro de tres *Inferencias*: *Condenación o Evaluación global*, *Tremendismo*, y *Baja Tolerancia a la Frustración* (BTF).

Se teorizó que estas *Inferencias* se derivan de la *Exigencia*, un pensamiento absolutista y rígido, el elemento central en los «*tengo que*» («*musts*») o «*debería*» («*shoulds*») de las personas, y su mayor fuente de perturbación emocional (Ellis, 1984a, 1984b, 1985).

Inicialmente, la *irracionalidad* fue vista como un concepto «global» que después evolucionó hacia la tendencia a identificar pensamientos o *ideas irracionales* específicas (Sutton-Simon, 1981). Más tarde, se separaron el *contenido* y el *proceso* de pensamientos irracionales. El *contenido* se refiere al área o tema donde la irracionalidad puede ser más preponderante en un paciente en particular, y este incluye la *aprobación*, la «necesidad» de ser aceptado por la gente que es importante para uno, el *éxito*, la «necesidad» de sobresalir, y la *comodidad*, la «necesidad» de ser siempre tratado justamente y tener la posibilidad de conseguir siempre en la vida lo que se quiere con poco o ningún esfuerzo. El *proceso* incluye las tres *Inferencias* de *Condenación/Evaluación global*, *Tremendismo* y *BTF* mencionadas anteriormente. Por último, en las dos últimas décadas, se identificó una clara distinción entre la *ansiedad del ego* y la *ansiedad situacional* en pacientes neuróticos: la primera es principalmente el resultado de la *Condenación/Evaluación global* del «yo», mientras que la segunda es prioritariamente el producto de la *Baja Tolerancia a la Frustración* o BTF (Bernard y Joyce, 1984; Campbell, Lowe y Burgess, 1983; 1988; Ellis, 1980; Dryden y Ellis, 1988; Ellis y Bernard, 1985; Ellis y Dryden, 1990). La última revisión de la teoría, conocida actualmente como *Terapia Racional Emotiva Conductual* (REBT), se realizó a comienzos de la década de 1990 (Ellis, 1994).

Equivalencia en estudios multiculturales

Probablemente, una de las metas más difíciles de alcanzar en los estudios comparativos multiculturales es la equivalencia en datos transculturales. Matsumoto (2000) define dicha equivalencia como una condición en la cual la comparación entre culturas tiene un significado conceptual y un método empírico similares, lo que hace que los resultados de estas comparaciones puedan llegar a ser significativos.

Los estudios de la TREC que se describen más adelante en esta sección se acercan a la equivalencia de dos maneras: (1) la equivalencia en las hipótesis teóricas que explorar en los grupos etnoculturales incluidos en el estudio; (2) la equivalencia en las definiciones operacionales de las variables y, consecuentemente, la equivalencia en los datos recogidos de esos grupos etnoculturales. Estos dos aspectos indican respectivamente la equivalencia en el significado conceptual y la equivalencia en el método empírico y los resultados.

Equivalencias en el significado conceptual

La hipótesis teórica general en estos estudios establece que, independientemente de la cultura, el pensamiento irracional existe en todos los individuos por el solo hecho de ser seres humanos (Ellis, 1973). Durante los últimos cincuenta años, muchos estudios, conferencias y talleres para profesionales y para el público en general dirigidos por Ellis y otros terapeutas de la TREC en culturas occidentales y no occidentales apoyan la idea de que el concepto de *irracionalidad* se aplica a gentes de distintas culturas, es decir, que esta variable parece estar universalmente presente (Ellis, 1976).

En otras palabras, la tendencia a ver el mundo de una forma rígida y absolutista parece ser el punto CENTRAL de la perturbación emocional de los seres humanos. Sin embargo, la forma en que esto se manifiesta o se operacionaliza, y la efectividad de técnicas e intervenciones terapéuticas específicas para ayudar a los pacientes a cambiar, puede estar influenciada por el contexto etnocultural particular del individuo.

Por ejemplo, un estudio anterior (Lega, 1993) comparó el deseo de realizar «Ejercicios para atacar la vergüenza» de los pacientes de alumnos del programa de posdoctorado del Albert Ellis Institute (antiguamente Rational Emotive Therapy Institute) de Nueva York, con los del Instituto de Terapia Racional Emotiva de México (ITREM). Durante este ejercicio, el paciente actúa deliberadamente en público de una forma vergonzosa pero inocua, al tiempo que trata de aceptarse a sí mismo, a pesar de su comportamiento, y a tolerar la molestia que él mismo pueda estar sintiendo. Todos los alumnos de programas de posdoctorado en México y Estados Unidos dijeron haber

encontrado que la tendencia de sus pacientes a ponerse en ridículo ellos mismos alimentaba su sentimiento de vergüenza y que, después de alguna sesión de terapia, los pacientes eran capaces de ver la conexión entre su pensamiento y sus sentimientos. Sin embargo, los resultados de un chi-cuadrado mostraron diferencias significativas ($p<0,05$) entre la voluntad de los pacientes de México y los de Estados Unidos para realizar los «Ejercicios para atacar la vergüenza». La razón para estar a favor o en contra de la aplicación de esta técnica parecía estar fuertemente influenciada por las diferencias en sus culturas, en lo que para cada una de ellas podría ser el «sentido del ridículo». En otras palabras, la conexión entre el pensamiento («Estoy haciendo el ridículo») y la consecuencia (el sentimiento de vergüenza), o conexión «B-C», fue equivalente en las muestras de ambos países, pero la percepción de los pacientes sobre los potenciales beneficios de esta técnica específica no fueron equivalentes para los grupos de México y Estados Unidos.

Fue entonces muy importante seleccionar cuidadosamente en este nuevo proyecto un marco teórico de referencia equivalente, en el cual pudieran ser probadas las hipótesis operacionales en una forma equivalente para cada entorno multicultural. El resultado final se resume de la siguiente manera: la irracionalidad parece estar presente en todos los seres humanos, quienes en su naturaleza parecen encontrar la tendencia a pensar de una forma rígida y absolutista. De estas exigencias absolutistas, obligaciones, pensamientos rígidos o «deberías», se derivan algunas *inferencias* o falsas percepciones y evaluaciones sobre uno mismo, las otras personas y/o la vida en general. La esencia de la intervención psicoterapéutica, sin importar la técnica específica, es atacar estas inferencias o conclusiones y, lo más importante, atacar el dogma interno, las exigencias absolutistas, los «debería», que algunas veces existen de forma implícita (Ellis y Dryden, 1990; Ellis y Lega, 1993; Lega, 1991; Lega y Ellis, 1991, 1997).

Equivalencias en la metodología de la investigación

En la metodología de la investigación transcultural, dos de los aspectos más importantes en el desarrollo y la implementación de la investigación son: (1) el mecanismo, los dispositivos o instrumentos de medición y (2) el diseño de investigación (Brislin, 1973). En esta sección se describen los pasos básicos para confrontarlos, donde el mismo diseño MANOVA 2 (generacional: estudiantes universitarios versus sus padres) por 2 (género/sexo: masculino versus femenino) de sujetos igualados con los puntajes/marcadores de las siete *subescalas de la Escala de Actitudes y Creencias o EAC* (Burgess, 1990) como variables dependientes, fue el diseño de la investigación para los países de Colombia, Costa Rica, El Salvador, España y Estados Unidos.

Mecanismo o dispositivos de medición

Las primeras mediciones del *pensamiento irracional* que a menudo se usaron en la década de 1960 y 1970 incluían el *Test de creencias irracionales* (Jones, 1968), el cual veía la irracionalidad como un concepto «global». Sin embargo, los estudios más recientes han tratado de operacionalizar el *pensamiento irracional*, de forma que el mecanismo o dispositivo que utilizar valide mejor las presunciones teóricas revisadas de la TREC, operacionalice mejor la evaluación de las *creencias irracionales*, y utilice muestras más apropiadas para probarlas (Campbell, 1990; Ellis, 1994; Ellis y Bernard, 1985; Ellis y Dryden, 1990). El *Attitudes and Beliefs Inventory* o *ABI* (Burgess, 1990), traducido y adaptado al español como la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (Caballo, Lega y González, 1996), parece adecuarse mejor a los cambios recientes.

El ABI tiene un total de 48 puntos o ítems, los cuales están organizados de acuerdo con el *Contenido y el Proceso*: el marcador está dividido en siete subescalas: *Aprobación, Éxito y Comodidad* dentro de *Contenido*, y *Condenación o Evaluación Global, Tremendismo y Baja Tolerancia a la Frustración (BTF)* dentro de *Proceso*. Una séptima subescala, la *Exigencia*, que indica el grado individual de rigidez de pensamiento o la tendencia a la utilización de los «*debería*» o «*tendría que*», también está incluida.

Una versión en español de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* fue preparada para cada uno de los siguientes países: Colombia, Costa Rica, El Salvador y España, ya que se demostró desde el comienzo del proyecto que una versión «genérica» de la prueba, inicialmente elaborada en España, podría presentar variables confusas debido a las diferencias locales en el uso del idioma español en los distintos países iberoamericanos. Por lo tanto, se tuvieron en cuenta los siguientes pasos en la preparación de cada una de estas versiones:

Primero, el instrumento se tradujo empleando el *Método de Traducción Inversa* o *Back Translation Method* (Brislin, 1973), según el cual una persona bilingüe traduce la versión original en inglés a la segunda lengua, en este caso el español; y esta versión en la segunda lengua se traduce de nuevo al inglés por otra persona bilingüe. Luego, los dos traductores identifican, discuten y resuelven los puntos en desacuerdo entre el original y la versión de la *traducción inversa*. Para este proyecto, las dos personas bilingües eran nativas de cada uno de los países donde se prepararon las correspondientes *traducciones inversas* en español.

En Colombia, Costa Rica y el Salvador, en los estudios piloto a pequeña escala que se realizaron posteriormente, se incluyeron entre 4 y 10 personas bilingües adicionales en cada país para aumentar la posibilidad del uso del español «local» en cada una de las

versiones traducidas.

El primer país donde se preparó la *traducción inversa* del ABI (la llamada *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC*) fue España. Los resultados de un *análisis factorial* (SPSS) de los datos obtenidos de las muestras de un estudio piloto de casi 300 personas mostró que las respuestas de la versión en español arrojaron factores muy cercanos a los reportados en la versión original del inglés, y que daban cuenta del 63 % de la varianza (Caballo, Lega y González, 1996).

En la versión original en inglés se organizaron un total de 48 ítems en la EAC de acuerdo con el *Contenido y Proceso*, y los resultados se dividieron en siete subescalas: *Aprobación*, *Éxito*, *Comodidad*, *Condenación o Evaluación Global*, *Tremendismo*, *Baja Tolerancia a la Frustración (BTF)* y *Exigencia*. A diferencia de la versión original en inglés (Burgess, 1990), los marcadores de *Racionalidad* e *Irracionalidad* totales no se usaron en la versión en español (Caballo, Lega y González, 1996), pues los resultados totales parecieron no producir ningún dato concluyente, ni tampoco desvirtuar claramente ninguna variable bien definida, ya que bajo el marco de referencia revisado de la TREC, la *Irracionalidad* ya no se consideraba un concepto «global».

Diseño de investigación

Otra de las dificultades para establecer equivalencias en los resultados de una investigación transcultural es la selección de variables que pueden ser operacionalmente definidas como multiculturales (Brislin, 1973; Triandis y Berry, 1980). Hollingshead y Redlich (1958) desarrollaron una forma de clasificar el *estatus socioeconómico*, ampliamente usado transculturalmente, y basado en la *ocupación y nivel de educación* del o de la cabeza de familia, más que en sus *ingresos*. Esta estrategia fue adoptada para el diseño de la investigación de este proyecto, con otras dos variables: *Género/Sexo* y *Edad/Generación*, las cuales son además equivalentes multiculturales. El *Género/Sexo* fue operacionalmente definido como *masculino* versus *femenino*, y la *Edad/Generación* como *estudiantes universitarios* (de 18 a 25 años) versus *sus padres* (de 45 a 75 años).

El diseño básico de la investigación y las estadísticas usadas en los cinco países, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España y Estados Unidos fue un diseño MANOVA 2 (*Generación: estudiantes universitarios versus sus padres*) por 2 (*Género: masculino versus femenino*) de sujetos igualados, con los siete puntajes/marcadores de subescala de la *EAC* (*Aprobación*, *Éxito*, *Comodidad*, *Condenación o Evaluación Global*, *Tremendismo*, *Baja Tolerancia a la Frustración [BTF]* y *Exigencia*) como las variables dependientes. La *Diferencia Menos Significativa* (LSD) se utilizó para comparaciones *post hoc*. Fue necesario un mínimo de 20 sujetos por nicho/celda para llegar a la

adopción de las estadísticas de análisis escogidas (Myers y Well, 1991). Así, el total del tamaño de la muestra por país oscilaba entre 120 (España, Costa Rica, y Colombia) y 399 (Estados Unidos).

Para evitar variables confusas potenciales (García y Lega, 1979) se requirió en cada estudio que el correspondiente país de origen de ambos padres y sus hijos universitarios fuera el mismo, y que todos residieran en ese país por lo menos los últimos diez años. La mayoría de los estudiantes universitarios en los cinco estudios provenían de universidades ubicadas en las cinco ciudades más grandes de sus respectivos países, y pertenecían a programas educacionales en Psicología, Salud y Educación.

Resultados de los estudios transculturales de la TREC

En esta sección se incluyen los resultados de cinco estudios transculturales bajo subsecciones para cada uno de los países involucrados: Colombia, Costa Rica, El Salvador, España y Estados Unidos. Para facilitar la equivalencia en sus resultados, para estos países se utiliza el mismo diseño de investigación y los procedimientos básicos para la recolección y el análisis de la información explicados anteriormente. En este capítulo, el orden de presentación ha sido organizado cronológicamente en vez de alfabéticamente, del más antiguo al más reciente, para que refleje mejor el desarrollo total del proyecto, que ha tardado casi diez años en ser completado.

Estados Unidos

Se recogieron datos para una muestra de 137 hombres y 137 mujeres, estudiantes universitarios y sus padres (64 madres y 61 padres), para un total de 399 sujetos «no hispanos» de varias universidades de la región nororiental de Estados Unidos (Picerno y Lega, 1998). Este grupo «no hispánico» incluyó cualquier individuo nacido en Estados Unidos cuyos padres y abuelos no proviniesen de América Latina o España. A todos los sujetos se les suministró individualmente el *Attitudes and Beliefs Inventory* o *ABI* (Burgess, 1990). No se incluyó en la información demográfica de los participantes, nombres, iniciales o ninguna forma que potencialmente pudiera identificarlos.

Los resultados del diseño MANOVA 2 2 de sujetos igualados indicó que, en general, los estudiantes universitarios tendían a marcar más alto que sus padres en todas las siete subescalas del *ABI*; estos resultados en *irracionalidad* son congruentes con las diferencias de edades reportadas anteriormente en la literatura (Ellis y Bernard, 1983). Sin embargo, las comparaciones *post hoc* muestran que gran parte de las diferencias ($p <$

0,01) en los resultados en *Aprobación*, *Tremendismo* y *Baja Tolerancia a la Frustración* o *BTF* fueron entre padres (hombres) e hijas, mientras que las de *Exigencia* fueron entre padres (hombres) e hijos. Las diferencias entre estudiantes universitarios y madres fueron no-significativas para ninguno de los géneros ($p < 0,05$). Estos resultados fueron congruentes con los de investigaciones anteriores en Estados Unidos, donde los padres más que las madres parecen fomentar y premiar comportamientos apropiados de acuerdo con el género (Lytton y Romney, 1991). Adicionalmente, las mujeres obtuvieron resultados más altos que los hombres en *Comodidad*, un resultado también congruente con la literatura, donde los estudios muestran que las mujeres tienden a desarrollar más ansiedad que los hombres (Alloy y Clements, 1998), una situación tal vez parcialmente influenciada por factores socioeconómicos de Estados Unidos, donde existe una mayor tendencia a que la mujer sea la cabeza única del hogar, y a tener salarios más bajos que su contraparte masculina (Primakoff, 1988).

España

Tal como se mencionó anteriormente, el estudio conducido en España fue el primero en requerir la versión en español de *Attitudes and Beliefs Inventory* (Burgess, 1990), la *Escala de Actitudes y Creencias* (Caballo, Lega y González, 1996). Su preparación requirió de dos pasos: (1) el uso del *Método de Traducción Inversa* (*Back Translation Method*) de Brislin (1973), y (2) un estudio piloto con un tamaño de muestra cercano a las 300 personas, donde el *Análisis Factorial* (SPSS) de los datos de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (Caballo, Lega y González, 1996) arrojó factores equivalentes a los encontrados en la versión original en inglés del *ABI* (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Cuando la versión de España estuvo preparada, la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* fue individualmente aplicada a una muestra de 40 estudiantes universitarios de una universidad del sur de España, 20 hombres y 20 mujeres, y sus correspondientes progenitores, 40 madres y 40 padres, para un total de 120 sujetos (Caballo, González y Lega, 1998).

Los resultados del diseño MANOVA 2 2 de sujetos igualados mostró diferencias generacionales en dos subescalas: *Comodidad* y *Condenación o Evaluación Global* ($p < 0,05$). Estas diferencias se intentaron explicar en términos de una tendencia de los padres españoles a criticar con frecuencia el comportamiento de sus hijos (*Condenación o Evaluación Global*), refiriéndose a ellos como «niños», ya que las hijas e hijos españoles permanecen durante más tiempo viviendo en la casa paterna que los hijas/hijos de otros países. Esta misma situación de responsabilidad sostenida para todos los miembros de la

familia puede adoptar un nivel más alto de *ansiedad situacional (Comodidad)* en los padres que en los hijos. No se encontraron diferencias totales de Género ($p > 0,05$).

Costa Rica

Costa Rica fue el primer país de América Latina donde se utilizó la versión de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* traducida y estandarizada en España. El intento inicial hizo que fuera necesario preparar una versión costarricense, debido a que los sujetos a los que se les aplicó la prueba piloto realizaron muchos comentarios como: «... ser un instrumento de los españoles». Consecuentemente, el procedimiento descrito anteriormente se siguió de nuevo, con la colaboración de personas bilingües de Costa Rica (González, Lega y Caballo, 1996; 1998).

Una vez preparado el instrumento, se implementó el diseño MANOVA 2 2 de sujetos igualados con los puntajes/marcadores de las siete subescalas EAC como variables dependientes, con una muestra total de 120 sujetos, 20 hombres y 20 mujeres provenientes de dos universidades en San José y sus respectivos padres ($n = 80$).

No se encontraron efectos principales en las variables *Género* y *Generación* ($p < 0,05$). Sin embargo, comparaciones *post hoc* (LSD) mostraron diferencias ($p < 0,05$) en la *Condenación o Evaluación Global* entre hijas y ambos padres, y diferencias en la *Aceptación* entre hijos varones y sus padres, pero no entre hijos varones y sus madres. La explicación de estos resultados se centra en las diferencias que los padres costarricenses establecen en la educación/formación de sus hijos en función de su género: las hijas reciben un cuidado más atento y son calificadas como «buenas» o «malas» por ambos padres (*Condena*), mientras que la aprobación o el reproche hacia los hijos varones parece darse primordialmente en los padres, ya que las madres parecen tender a aceptarlos casi incondicionalmente (*Aceptación*).

Colombia

La preparación de la versión colombiana de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (Basurto de García y Lega, 1998) inicialmente involucró a cuatro psicólogos bilingües, dos colombianos y dos ciudadanos de Estados Unidos, pero residentes en Colombia durante más de veinte años. Además involucró dos versiones del instrumento, el original *ABI* (Burgess, 1990), y la *EAC* estandarizada en España (Caballo, Lega y González, 1996). Como de costumbre, se utilizó el *Método de Traducción Inversa* (Brislin, 1973). Después, se realizó un estudio piloto en el que participaron 10 personas

bilingües más.

Como en España y en Costa Rica, se tomaron 20 hombres y 20 mujeres de universidades del oeste de Colombia y sus correspondientes padres para un grupo de un total de 120 individuos. Todos fueron evaluados individualmente.

Se utilizó también el mismo diseño de MANOVA 2 2 de sujetos igualados con los puntajes/marcadores de las siete subescalas de la *EAC* como variables dependientes para mantener la investigación y el análisis de datos equivalentes con los de los otros cuatro países involucrados en el proyecto. Los resultados mostraron diferencias significativas en *Exigencia*, *Tremendismo* y *Aprobación* ($p < 0,01$). La diferencia generacional en *Exigencia* indicó una mayor tendencia por parte de los estudiantes a verse a sí mismos, a otras personas y a la vida en general de una manera más rígida que sus padres, resultado congruente con las diferencias de edad en *Irracionalidad* reportadas en la literatura (Ellis y Bernard, 1983). Sin embargo, en *Tremendismo* y *Aprobación*, los resultados se revirtieron y los puntajes de los padres fueron más altos que los de los hijos. Las diferencias en *Tremendismo*, en el que los padres tenían puntajes más altos que los hijos, se explican parcialmente como influenciadas por diferencias en las condiciones socioeconómicas en Colombia durante el período en que ambas generaciones crecieron. Los tiempos en que las generaciones mayores fueron a la universidad eran menos violentos (Gutiérrez de Pineda, 1992). Estas diferencias en las circunstancias pueden originar también una tendencia mayor en los padres que en los hijos a percibir la estabilidad emocional y la aceptación de aquellos que son importantes para ellos (*Aprobación*) como «absolutamente necesarias». Como en España, no se encontraron en Colombia diferencias totales de Género ($p > 0,05$).

El Salvador

El último de los cinco estudios iniciales se llevó a cabo en El Salvador mediante el equivalente en la selección de la muestra, el diseño de investigación y los procesos estadísticos aplicados en los otros cuatro países. La muestra incluyó 55 hombres y 65 mujeres estudiantes universitarios, 31 madres y 30 padres, es decir, un total de 181 individuos, donde todos respondieron individualmente a una versión de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (Caballo, Lega y González, 1996) adaptada para El Salvador. Esta adaptación siguió el mismo *Método de Traducción Inversa* (Brislin, 1973) y los procedimientos del estudio piloto descritos en otras secciones (Lozano y Lega, 1998).

Los resultados del diseño de MANOVA 2 2 de sujetos igualados con los puntajes/marcadores de las siete subescalas de la *EAC* como variables dependientes

mostró diferencias generacionales ($p < 0,01$) en todas las siete subescalas, con mayor grado para padres que para hijos. Así como en el estudio colombiano (Basurto de García y Lega, 1998), estas diferencias fueron parcialmente atribuidas a la influencia de los cambios en los factores socioculturales en El Salvador en los diferentes momentos históricos (Blustein, 1979; White, 1973), incluyendo el impacto de la guerra civil en la generación mayor (López-Vigil, 1992; Russell, 1984). Como en España y en Colombia, no se encontraron diferencias totales de Género en El Salvador ($p > 0,05$).

Los resultados de los cinco estudios presentaron un argumento fuerte a favor de las equivalencias multiculturales del modelo REBT. En el nuevo milenio, no es únicamente posible hacer comparaciones transculturales significativas mediante la selección e implementación cuidadosa de diseños de investigaciones sólidas, procedimientos estadísticos y herramientas de medición, sino que también es PREFERIBLE (Brislin, 1973; Matsumoto, 2000; Triandis y Berry, 1980). Por añadidura, las respuestas a las preguntas multiculturales generaron más preguntas para la investigación transcultural futura descrita posteriormente en esta sección.

Otros países angloparlantes: India

Previamente, algunos intentaron aplicar directamente la teoría y práctica de la TREC a la India (Phadke, 1982; Phadke y Khear, 1998; Phadke y Chulani, 1999; Chulani, 2000), pero el énfasis en la utilización del método empírico en el logro de esta meta lo puso la contribución de Kumar, Lega y Baldiwalla (2008). Dicho estudio replicó aquellas investigaciones previamente descritas en esta sección para Estados Unidos, Costa Rica, Colombia, El Salvador y España (Lega y Ellis, 2001), y se llevó a cabo en una muestra que incluyó 20 estudiantes hombres y 23 estudiantes mujeres de la Universidad de Mumbai, con sus respectivos padres y madres, para un total de 129 sujetos, todos angloparlantes y nacidos en la India. Mumbai es la capital comercial del país, una de las ciudades más pobladas del mundo, con una población con una gran variedad de credos, culturas y religiones. Se utilizó también el mismo diseño de MANOVA 2 2 de sujetos igualados con los puntajes/marcadores de las siete subescalas de la *EAC* como variables dependientes para mantener la investigación y el análisis de datos equivalentes con los de los otros estudios.

Los resultados indicaron que no existen diferencias generacionales en el *pensamiento irracional*, pero sí una significativa diferencia de género en tres subescalas: *Tremendismo*, *Éxito* y *Baja Tolerancia a la Frustración*. Entre los factores culturales que pueden intervenir en estas diferencias en *Tremendismo* podría encontrarse la discriminación en el ámbito familiar de la educación/formación de hombres y mujeres,

donde se espera que estas últimas sean dependientes, sientan culpa con mayor frecuencia, y donde su carencia de habilidades en el manejo y la resolución de problemas puede conducirlos a la sobreexageración e importancia de las dificultades cotidianas. Sayeed y Kumar (2000) encontraron que las mujeres trabajadoras tienden a percibirse como menos eficientes en su desempeño laboral que sus contrapartes masculinas. En cuanto al *Éxito*, una posible explicación puede encontrarse en el cambiante escenario socioeconómico de la India, donde el gobierno ha tomado medidas para intentar corregir estas diferencias de género, como reservar para las mujeres el 33 % de las plazas de las instituciones educativas, lo que puede influir en el incremento de la aspiración femenina para sobresalir en el medio profesional. Por último, en la India, la visión tradicional femenina aún choca con la visión moderna, lo que genera más conflictos familiares e incomodidad en las mujeres que en los hombres, y podría influir en las diferencias de género en la *Baja Tolerancia a la Frustración*.

Variables demográficas y pensamiento irracional

Basados en algunos de los resultados de los estudios anteriores en épocas particulares, como en Colombia, durante el apogeo de los cárteles de droga, y en El Salvador, durante la guerra civil, emergieron nuevas preguntas acerca de la influencia potencial que las variables económicas, sociales y políticas de un país, en un período específico, puedan tener sobre la percepción, las ideas y la interpretación que las personas dan a sus propias realidades, al *Acontecimiento o Situación Activante* o «A» en el modelo ABC. Consecuentemente, se desarrolló un segundo proyecto general, diseñado para investigar las relaciones potenciales entre algunas variables demográficas y la *irracionalidad*. Sus resultados se describen y debaten a continuación.

Bajo este nuevo proyecto evolucionaron dos estudios: el primero exploró la posibilidad de la relación entre *Aculturación* (Brislin, 1973; Redfield, R., 1936; Sodowsky, 1992) y *Pensamiento Irracional*, mediante la comparación de una muestra de salvadoreños que vivían en El Salvador, con dos muestras de salvadoreños residentes en Estados Unidos (una durante menos de cinco años, la otra durante más de diez años), y una muestra equivalente de sus contrapartes «no-hispanas» en Estados Unidos. El segundo estudio investigó la relación entre las diferencias transculturales en el *Pensamiento* o las *Ideas Irracionales* y los factores demográficos, tales como el *Índice de Muertes Violentas* (Organización Panamericana de la Salud o PAHO) en varios países latinoamericanos.

Aculturación y *Pensamiento Irracional*: diferencias entre las *Creencias Irracionales* de salvadoreños que viven en Estados Unidos y en El Salvador

De los estudios anteriores se tomaron inicialmente dos variables independientes: Género (masculino versus femenino) y Generación (padres versus hijos universitarios). La equivalencia de niveles socioeconómicos de la muestra (Hollingshead, 1968) de estudiantes universitarios y sus padres también se mantuvo. Se adicionó una tercera variable independiente, el *Lugar de Residencia*, con dos niveles: Estados Unidos versus El Salvador. A los salvadoreños que vivían en Estados Unidos se les llamó «estadounidenses-salvadoreños» y requirió la preparación de su propia versión de *traducción inversa* «estadounidense-salvadoreña» de la *EAC* (Romero, Lozano y Lega, 1998).

La muestra consistió en un total de 306 individuos, dividida así: 126 estadounidenses-salvadoreños (38 hombres y 38 mujeres estudiantes universitarios, 25 madres y 25 padres), y 180 salvadoreños que vivían en El Salvador (60 hombres y 60 mujeres estudiantes, 30 madres y 30 padres). Los resultados de este estudio se presentaron en el Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y de Comportamiento en México en 1998 y el resumen correspondiente fue publicado en sus *Memorias/Procedimientos* (WCBCT, 1998).

Los resultados de un MANOVA 2 (Género: masculino versus femenino) 2 (Generación: padres versus hijos universitarios) 2 (Lugar de residencia: El Salvador versus Estados Unidos) con los siete puntajes/marcadores de subescalas de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (*Exigencia*, *Aprobación*, *Éxito*, *Comodidad*, *Condenación* o *Evaluación Global*, *Tremendismo* y *BTF*) como variables dependientes, mostraron únicamente una diferencia generacional ($p < 0,05$) en *Exigencia*. Comparaciones *post hoc* (LSD) indicaron que la misma se debió primordialmente a la gran diferencia ($p < 0,01$) entre los puntajes de *Exigencia* de las hijas y sus madres en la muestra estadounidense-salvadoreña. Estos resultados fueron explicados parcialmente por las diferencias transculturales de género en la juventud (Herr, 1996), ya que los padres emigrantes, en especial, las madres, tienden a reforzar los valores de sus países de origen en sus hijas, pero no necesariamente en los hijos varones.

Todo lo demás fue no-significativo ($p > 0,05$). Sin embargo, una mirada más cercana a la relación entre las variables *Generación* y *Lugar de Residencia* mostró un cambio interesante en los *Patrones de Irracionalidad* en cuanto a *Generación*, que pasó de grandes diferencias en los puntajes de todas las subescalas de *EAC* entre padres e hijos salvadoreños que vivían en El Salvador ($p < 0,01$), a prácticamente ninguna diferencia ($p > 0,05$) entre los puntajes de ambos grupos de salvadoreños residentes en Estados Unidos. Este cambio en el patrón puede haber sido la razón por la cual no se lograron

efectos principales totales en la variable *Generación* en la mayoría de las subescalas, ya que las diferencias opuestas en cada *Lugar de Residencia* pueden haberse cancelado la una a la otra.

El cambio en el patrón generó también algunas preguntas acerca de la influencia potencial sobre la *Irracionalidad* de factores relacionados con la migración de un país a otro, tal como la *Aculturación* (Brislin, 1973; Redfield, R., 1936; Sodowsky, 1992). Así que se diseñó un segundo paso para tratar de responder a estas preguntas.

Un nuevo estudio (Romero, Lega, Ventura, Lozano y Picerno, 1999) comparó los puntajes de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* de las muestras de salvadoreños que vivían en su país de origen y en Estados Unidos, y los puntajes del *Attitudes and Beliefs Inventory* o *ABI* de la contraparte «no-hispana» de Estados Unidos. La equivalencia de estos instrumentos ya ha sido previamente debatida en este capítulo.

La variable independiente *Lugar de residencia* fue reemplazada por *Grupo etnocultural*, con cuatro niveles: *salvadoreños que vivían en El Salvador*, *estadounidenses-salvadoreños residentes en Estados Unidos durante menos de cinco años*, *estadounidenses-salvadoreños que vivían en Estados Unidos desde hace más de diez años*, y «no-hispanos» en Estados Unidos. Se conservó la *Generación*, *estudiantes universitarios versus sus respectivos padres*. La razón por la cual se incluyeron estos dos grupos de estadounidenses-salvadoreños se puede encontrar en la literatura (García y Lega, 1979), donde los cambios drásticos debidos a la *Aculturación* de la migración hispánica a Estados Unidos parecen ocurrir entre los cinco y diez años de residencia en el país de adopción.

Los resultados de un MANOVA 2 (Género) 2 (Generación) 4 (Grupo etnocultural), con los puntajes/marcadores de las siete subescalas de *ABI* y *EAC* como variables dependientes, mostraron que los salvadoreños que vivían en Estados Unidos desde hace diez o más años tendían a presentar un patrón en las diferencias generacionales en *Irracionalidad* más cercano al obtenido en la muestra no-hispana en Estados Unidos, mientras que los salvadoreños que vivían en Estados Unidos desde hacía cinco o menos años, mostraron un patrón más cercano al de aquellos salvadoreños residentes en su país de origen. El cambio de patrón, de mayores puntajes en *Irracionalidad* en los padres en El Salvador a mayor puntaje en *Irracionalidad* en los hijos en Estados Unidos, parece ocurrir entre los cinco y los diez años de residencia en el país de adopción, lo que confirma los resultados previamente reportados por García y Lega (1979). Este resultado es, además, congruente con otro estudio previo realizado por Rogler (1992), quien sugirió que el patrón más común en emigrantes hispanos es el de adoptar en gran medida las creencias y costumbres más corrientes de la mayoría de los habitantes de Estados Unidos.

Relación entre el *pensamiento irracional* y los factores demográficos como el *índice de violencia* (PAHO) en varios países latinoamericanos

Los estudios multiculturales en el nuevo milenio tienden también a considerar a los países o culturas como *unidades de análisis*, en lugar de participantes individuales, donde los datos se obtienen de individuos de esos países, pero a menudo promediados y utilizados como punto de referencia para cada cultura. Son los llamados análisis de tipo *nivel ecológico* o *cultural* (Matsumoto, 2000).

Establecidas previamente las equivalencias entre sus metodologías y los resultados, se recogió un total de muestras de 819 individuos de los estudios realizados en Colombia (Basurto de García y Lega, 1998), Costa Rica (González, Lega y Caballo, 1998), El Salvador (Romero, Lozano, y Lega, 1998), y Estados Unidos (Picerno y Lega, 1998). Se introdujo en el estudio una nueva variable independiente, el *País de Origen*, con estos cuatro países como sus niveles.

Tal como se debatió previamente en este capítulo, la *Exigencia* refleja la tendencia del individuo a pensar de una forma rígida, absolutista, y es el factor principal en la perturbación emocional de los seres humanos, de donde se derivan todas las *Inferencias* acerca de uno mismo, los otros y la vida en general (Ellis, 1994; Lega, Caballo, y Ellis, 1997). Para esta investigación, dicha variable dependiente fue operacionalmente definida por el puntaje/marcador de la subescala *Demand* en el *Attitudes and Beliefs Inventory* o *ABI* (Burgess, 1990), y la *Exigencia* en las *traducciones inversas* de la *Escala de Actitudes y Creencias* o *EAC* (Caballo, Lega y González, 1996) en cada país.

Un estudio ANCOVA de una vía (con *Género* y *Generación* como covariantes) y los puntajes/marcadores de las siete subescalas de ABI y EAC como variables dependientes, mostraron diferencias totales de *País de Origen* ($p < 0,0001$) en la *Exigencia*. Otros efectos principales para la variable *País de Origen* estuvieron además presentes ($p < 0,0001$) para las otras 6 subescalas: *Aprobación*, *Éxito*, *Comodidad*, *Condenación* o *Evaluación Global*, *Tremendismo* y *BTF*.

Luego, se realizó un segundo análisis estadístico en el cual se introdujo como otra variable el *Índice de Violencia*. La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) establece el *Índice de Violencia* de un país según el número de muertes violentas al año por cada cien habitantes. Para evitar errores en las variables, este estudio utilizó los datos de las Naciones Unidas (PAHO, 1997) del mismo año en que se obtuvieron los datos del estudio de la TREC en Colombia, Costa Rica, El Salvador y Estados Unidos.

Un *coeficiente de correlación* (*Spearman's RHO*) entre los puntajes de *Exigencia* y el *Índice de Violencia* (PAHO) mostró una relación casi perfecta ($p < 0,001$) entre las dos variables. El orden de los países, basado en ambas variables, situó a Colombia en

primer lugar, con el grado de *Exigencia* y el *Índice de Violencia* más altos. En segundo lugar, y a escasa distancia, El Salvador dio resultados muy parecidos. En ambos casos estaba relacionado con la dura situación política y social del momento en los dos países. Estados Unidos ocupó el tercer puesto y Costa Rica, un país en el que no existe el servicio militar y que está considerado por muchos como «la Suiza de América Latina», se situó en el último lugar.

Es muy importante tener en cuenta que la interpretación de los resultados de la investigación del tipo *nivel ecológico* versus *individual* varía. La relación entre una variable cultural (*País de Origen*) y una variable objetiva (*Índice de Violencia*, PAHO) no necesariamente significa que tal relación siga la misma dirección, o que ni siquiera exista a nivel individual dentro de las culturas estudiadas (Leung, 1989; Matsumoto, 2000). En otras palabras, que los resultados son válidos para comparaciones entre países, pero no para comparaciones entre los individuos de cada país.

A pesar de que se necesitarían muestras más amplias y más heterogéneas para sacar conclusiones definitivas, el resultado de este estudio abre posibilidades exploratorias interesantes para el estudio de la *irracionalidad* a partir de *niveles de análisis ecológico-cultural*.

Hasta ahora, en este capítulo se han descrito varios intentos para explorar la relación entre variables multiculturales y el *Pensamiento Irracional*. Otra tendencia que ha tomado fuerza en el nuevo milenio es la de aplicar un enfoque multidisciplinario en las investigaciones. La siguiente sección de este capítulo discute/debate/expone algunos de los hallazgos más recientes en la relación entre *Irracionalidad y Salud*.

Pensamiento Irracional y algunas condiciones de salud

Se realizaron dos proyectos para investigar la relación entre las *Creencias Irracionales* (Ellis, 1994) y las condiciones de salud: uno de ellos, tomó como muestra una población femenina de pacientes en el período de la menopausia (Rebolledo, Lega y Basurto de García, 1999) y el otro, a una población de pacientes con enfermedades de la piel (Lega y Barona, 1998; Barona y Lega, 1999; Lega y Barona, 2001). Ambos proyectos de investigación se llevaron a cabo en Colombia.

Diferencias en niveles de Ansiedad del Ego y Ansiedad Situacional y severidad de los síntomas durante la menopausia en mujeres colombianas

Este proyecto de investigación, al que se le aplicó una perspectiva TREC, fue

diseñado para explorar la relación entre los factores psicológicos y la incidencia y severidad de los sofocos durante la menopausia (Rebolledo, Lega y Basurto de García, 1999). Estudios anteriores (Brannon y Feist, 1997) sugirieron una relación general entre los niveles rebajados del neurotransmisor norepinefrina y las técnicas psicológicas que reducen tensión, como los ejercicios de relajación.

En este proyecto se llevaron a cabo dos estudios utilizando los puntajes/marcadores de las siete subescalas de la versión colombiana de *Escala de Actitudes y Creencias o EAC* (Basurto de García y Lega, 1998) como la definición operacional de factores psicológicos o *Creencias irracionales* (Ellis, 1958), las variables dependientes.

El primer estudio comparó los siete puntajes derivados de la *EAC* de 40 mujeres pacientes, diagnosticadas con menopausia en varios centros médicos en la parte noroccidental de Colombia, con los siete puntajes derivados de la *EAC* de un grupo de control de 40 mujeres de la población general, de la misma edad y con las mismas condiciones socioeconómicas y las mismas características geográficas del grupo clínico, utilizando un análisis MANOVA de una vía. Los resultados mostraron puntajes significativamente más altos ($p < 0,01$) en el grupo clínico que en el grupo de control en las subescalas *Baja Tolerancia a la Frustración* o *BTF* (por ejemplo: «Es terrible cuando estoy tensa») y *Aprobación* (por ejemplo: «No puedo funcionar bien si no soy aceptada por la gente que es importante para mí»). En otras palabras, las pacientes parecen tener niveles más altos tanto de *ansiedad situacional* como de *ansiedad del yo* que sus contrapartes en la población general (grupo de control).

En un segundo estudio realizado solo con muestras de pacientes de los centros médicos, un MANOVA de una vía (*Severidad de Síntomas: muy fuertes versus no-existentes*) con los puntajes/marcadores de las siete subescalas de *EAC* como variables dependientes, mostró que el *Éxito* es significativamente más alto (por ejemplo: «Si no hago las cosas bien, significa que soy un fracaso») en pacientes con síntomas severos asociados con la menopausia que en su contraparte, que era casi clínicamente asintomática ($p < 0,01$).

Los resultados de ambos estudios fueron congruentes con los de la literatura (Brannon y Feist, 1997), y los autores sugirieron que si la relajación y otras técnicas pueden reducir los niveles de norepinefrina (noradrenalina) y bajar la severidad de los sofocos, la misma relación podría ser cierta respecto al factor cognitivo de la paciente. De acuerdo con la TREC, las consecuencias emocionales son el resultado de *Creencias irracionales* (Ellis, 1994). Una tendencia más fuerte a pensar irracionalmente podría aumentar los niveles de angustia y ansiedad, acrecentar la respuesta del sistema neurovegetativo y los niveles de norepinefrina, y, por consiguiente, la severidad de los síntomas durante la menopausia.

Problemas de autoaceptación y ansiedad situacional en pacientes colombianos con enfermedades de la piel

Las bases fisiológicas del estrés están en la activación de los factores endocrinos producidos por el sistema adrenomedular. La genética y las características perceptuales del paciente parecen tener una influencia fuerte en esta activación (Panconesi y Hautmann, 1992). Esta nueva área en el estudio de enfermedades de la piel se conoce actualmente como psiconeuroinmunodermatología (*Psychoneuroimmunodermatology*). Incluye enfermedades como la psoriasis, el prurigo nodular, la urticaria, el vitíligo y la dermatitis seborreica. Por su parte, la TREC (Ellis, 1980) identifica la *ansiedad situacional* como una consecuencia importante de las *Creencias Irracionales* de los pacientes, de sus percepciones erradas sobre sí mismos, otras personas y/o de la vida en general. Dos estudios con pacientes con estos problemas dermatológicos, de varios hospitales y clínicas privadas de Cali, Colombia, fueron diseñados como parte del proyecto para explorar esta relación.

Un estudio inicial en Colombia (Lega y Barona, 1998), aplicando un procedimiento ANOVA de una vía para comparar los siete puntajes/marcadores de las subescalas de la versión colombiana de la *EAC* (Basurto de García y Lega, 1998), de un grupo experimental de 20 de estos pacientes con los de un grupo de control de 20 personas «normales», identificó la *Baja Tolerancia a la Frustración o BTF* como el principal componente en el pensamiento del grupo de pacientes ($p < 0,01$).

Un segundo estudio (Barona y Lega, 1999; Lega y Barona, 2001) a partir de muestras más amplias (40 pacientes y un grupo par de control de 40), y el mismo análisis de estadísticas, confirmó los resultados del primer estudio. Adicionalmente, la *Aprobación* surgió como factor significativo ($p < 0,01$), con pacientes con marcadores más altos que los de sus contrapartes «normales». Entrevistas en profundidad con estos pacientes, mostraron también otro componente: la *ansiedad secundaria* (Ellis, 1980), la propensión a sentirse ansiosos por estar ansiosos.

Escala de Actitudes y Creencias (EAC): discusión y conclusiones

La tendencia del nuevo milenio a realizar estudios transculturales y multidisciplinarios da un nuevo e importante giro a la investigación psicológica, incluida la TREC. A pesar de la necesidad de continuar examinando los modelos establecidos, y continuar formulando y generando nuevas e interesantes posibilidades de investigación, se han extraído conclusiones iniciales tentativas en cuanto a la medición del pensamiento

irracional utilizando la Escala de Actitudes y Creencias (Burgess, 1990):

Los resultados de los estudios transculturales sugieren que el concepto de *Pensamiento Irracional* de la TREC, inicialmente formulado en Estados Unidos, se aplica también a varios países de América Latina, Europa (Lega y Ellis, 1997) y la India (Kumar, Lega y Baldiwalla, 2008). Sin embargo, parece haber diferencias significativas entre los países en el grado, nivel o intensidad del mismo, de los «*tengo que*» («*musts*») o «*debería*» («*shoulds*»). ¿Cómo explicar esto? Ellis (2000) plantea la hipótesis de que las diferencias en factores etnoculturales y biológicos de cada país influyen en el nivel o la intensidad de la *Irracionalidad* de sus gentes.

Además de las diferencias en el nivel o la intensidad del Pensamiento Irracional, el *Contenido y Proceso* de las *Inferencias* derivadas del mismo, medidas por el *ABI* (Burgess, 1990) y sus versiones equivalentes por *traducción inversa*, *EAC* (Basurto de García y Lega, 1998; Caballo, Lega y González, 1996), parecen también variar de un país a otro. El *Proceso y Contenido* de dichas *Inferencias* parecen ser flexibles, lo que hace que un factor como la *Aculturación* de un nuevo país se refleje en cambios en las mismas. Sin embargo, la TENDENCIA a pensar de una forma rígida y absolutista, el *Pensamiento Irracional* básico de donde se derivan estas *Inferencias*, probablemente permanece invariable. En otras palabras, las variaciones culturales únicamente parecen tener efecto sobre el *Contenido y Proceso* de las *Inferencias* derivadas de los «*tengo que*» («*musts*») o «*debería*» («*shoulds*»), pero no en su PRESENCIA.

Por último, los resultados de los estudios multidisciplinarios descritos en este capítulo, parecen identificar más específicamente los elementos en la relación entre factores psicológicos y condiciones médicas, previamente reportadas en la literatura. Esto es, parece existir una relación entre el grado o nivel de los «*tengo que*» («*musts*») o «*debería*» («*shoulds*») en los pacientes, y la severidad de sus síntomas físicos en condiciones médicas tales como calores repentinos durante la menopausia o manifestaciones como sarpullidos y picazón en algunas enfermedades de la piel.

5.2.2. O'KELLY WOMEN BELIEFS SCALES (O OWBS)

La *O'Kelly Women Beliefs Scales* (OWBS) o Escalas de Creencias de Mujeres (O'Kelly, 2010) fue construida originalmente en Australia con el propósito de medir las creencias de las mujeres sobre el rol femenino tradicional. Wolfe y Naimark (1991) sugirieron que a través de los *estereotipos* de género tradicionales, es decir, lo que una sociedad considera que *debería* ser el perfil ideal de un icono femenino, las mujeres pueden llegar a desarrollar creencias, pensamientos o percepciones disfuncionales sobre dicho rol femenino tradicional. Aunque existe un gran número de estudios en el área de

los estereotipos de género, Kranau, Green y Valencia-Weber (1982) cuestionan la fiabilidad y validez de instrumentos que miden actitudes y comportamientos hacia el rol tradicional femenino. Además, no existía una escala que midiese directamente las creencias, las ideas o los pensamientos disfuncionales de las mujeres sobre el rol femenino tradicional utilizando conceptos básicos del modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC (Ellis, 1958, 1975, 1980, 1994). La identificación de las mismas se basaba en una creciente necesidad en el tratamiento psicológico específicamente diseñado para el trabajo con mujeres, donde la utilización de modelos tradicionales como el freudiano parece presentar serias limitaciones (Ellis y Lega, 1993; Lega, Caballo y Ellis, 2008; Lega y Ellis, 1997; Lega y Velten, 2006). Los conceptos de la TREC más representativos aplicados a esta escala son: *Exigencia* o pensamiento absolutista y rígido, elemento central en los «debería» de las personas, y las *Inferencias* o procesos derivados del mismo, que incluyen: *Tremendismo*, *Baja Tolerancia a la Frustración (BTF)* y *Evaluación global negativa*.

La OWBS se desarrolló inicialmente en una muestra australiana de 2.562 mujeres. La *O’Kelly Women Beliefs Scales* utilizó un análisis factorial, en el que se aplicó un método de extracción de componentes principales, arrojó un factor principal al que O’Kelly llamó *Creencia General Tradicional*, e incluyó 64 de los 92 reactivos, con un porcentaje 18,2 % de explicación de la varianza total. El análisis alfa de Cronbach obtuvo una puntuación de 0,95 de congruencia interna de este componente.

La *O’Kelly Women Beliefs Scales* (O’Kelly, 2010) consta de 92 ítems, cuyo tipo de respuesta es un continuo tipo Lickert desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo). Los ítems reflejaron versiones de las inferencias *Tremendismo*, *Baja Tolerancia a la Frustración* o *BTF* y *Evaluación global negativa* (Ellis, 1980; Ellis y Lega, 1993) de las 23 creencias disfuncionales de las mujeres sobre el rol femenino tradicional propuestas por Wolfe y Naimark (1991). Estos 92 ítems iniciales fueron revisados por un panel de seis profesionales del Instituto Albert Ellis de Nueva York. La tercera parte de los ítems originales está escrita de manera «racional» para incrementar la habilidad discriminativa de la escala (DiGiuseppe, Robin, Leaf, y Gormon, 1989). O’Kelly (2010) aplicó el análisis de componentes principales y derivó una estructura unifactorial de la OWBS. La Tabla 1 incluye la versión genérica en castellano de los 92 ítems originales de la OWBS.

El propósito de esta parte incluye varias secciones: (1) revisión de los estudios de estandarización de OWBS en contextos culturales distintos al australiano, donde fue inicialmente diseñada, e incluye a Estados Unidos, la India, Colombia y México; (2) propiedades psicométricas de una versión de la OWBS que podría utilizarse multiculturalmente; y (3) los resultados de estudios multiculturales que investigan la relación entre algunas variables demográficas (por ejemplo, migración y diferencias

generacionales) en las creencias de las mujeres sobre el rol femenino tradicional.

Tabla 1. Versión genérica en español de la OWBS

Escala de Creencias de Mujeres

Esta escala contiene una lista de diferentes creencias a las que algunas veces se aferran las mujeres. Lea cada frase atentamente y decida en qué medida está usted en acuerdo o en desacuerdo con ellas.

Para cada una de las siguientes frases marque con un círculo el número de la respuesta que mejor indique su grado de acuerdo o desacuerdo. Asegúrese de escoger solo una respuesta para cada frase y sobre todo asegúrese de responder a cada una de ellas.

Si usted está **COMPLETAMENTE EN DESACUERDO** con la frase, marque el n.º **1**.

Si usted está **EN DESACUERDO** con la frase, marque el n.º **2**.

Si usted es **NEUTRAL** con la frase, marque el n.º **3**.

Si usted está **DE ACUERDO** con la frase, marque el n.º **4**.

Si usted está **COMPLETAMENTE DE ACUERDO** con la frase, marque el n.º **5**.

Como cada persona es diferente de las otras, no hay respuestas correctas o incorrectas. Se ruega responda a todas las preguntas. No hay preguntas repetidas, a pesar de que algunas de ellas parezcan ser las mismas. Es importante que su respuesta sea espontánea e inmediata.

Ejemplo:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Yo nunca debería llegar tarde.	1	2	3	4	5

La persona ha mostrado que ella está **DE ACUERDO** con el enunciado marcando el número **4**. Si la persona hubiera estado **COMPLETAMENTE DE ACUERDO** con el enunciado, habría marcado el número **5**.

		Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	No podría soportar no tener hijos.	1	2	3	4	5
2	No sería terrible si antepusiera otras cosas tales como el trabajo, antes que mi familia o mi pareja.	1	2	3	4	5
3	Debo tratar de ayudar a otros a llevarse bien en el trabajo.	1	2	3	4	5
4	Es realmente terrible si actúo de una forma que disguste a otros.	1	2	3	4	5
5	Sería desagradable pero no terrible si no ayudo a otros a llevarse bien en el trabajo.	1	2	3	4	5
6	Podría ser decepcionante no tener hijos, pero no sería terrible o la peor cosa del mundo.	1	2	3	4	5
7	Sería muy incómodo actuar asertivamente (expresar mi opinión de manera firme) frente a los hombres.	1	2	3	4	5
8	Podría tolerar cuidar de mí en vez de que todos lo hicieran.	1	2	3	4	5
9	No es terrible no ser capaz de tener la responsabilidad del cuidado de mis hijos todo el tiempo.	1	2	3	4	5
10	Sería terrible si las cosas fueran mal en mi familia.	1	2	3	4	5
11	Mi apariencia y mi conducta no debe ser de una forma que los que están a mi alrededor se sientan mal.	1	2	3	4	5
12	Si no satisfago los deseos de otros, particularmente de mi pareja, sería	1	2	3	4	5

	insoporable.					
13	No debería tratar de conseguir mejor sueldo o mejores condiciones de trabajo.	1	2	3	4	5
14	Puede ser incómodo anteponer mis deseos, pero si lo hago lo puedo tolerar.	1	2	3	4	5
15	Debería actuar pasivamente frente a los hombres.	1	2	3	4	5
16	Podría ser insoporable si no tengo a alguien fuerte en quien confiar o en quien apoyarme.	1	2	3	4	5
17	Podría ser insoporable si en el trabajo estuvieran disgustados o avergonzados porque sé mucho.	1	2	3	4	5
18	Podría ser un desastre si me tomo el trabajo muy en serio.	1	2	3	4	5
19	No soy nada sin un hijo.	1	2	3	4	5
20	Si actúo de una forma que haga disgustar a otros, muestra que soy una persona nula.	1	2	3	4	5
21	Si no asumo la total responsabilidad sobre mis hijos, podría ser insoporable.	1	2	3	4	5
22	Tengo que satisfacer los deseos de otros, particularmente de mi pareja.	1	2	3	4	5
23	No tener a alguien en quien confiar es una de las peores cosas del mundo.	1	2	3	4	5
24	Es insoporable si no ayudo a otros a estar bien en el trabajo.	1	2	3	4	5
	Debería hacer todo lo					

25	posible para verme más atractiva.	1	2	3	4	5
26	Como mujer podría ser/es terrible tener una posición superior en el trabajo.	1	2	3	4	5
27	Las cosas deberían ir bien en mi familia.	1	2	3	4	5
28	Si estoy mal o agresiva, podría ser/es lo peor del mundo.	1	2	3	4	5
29	Si mis hijos tienen problemas, eso muestra que yo estoy fallando.	1	2	3	4	5
30	Podría sobrellevar estar mal o agresiva.	1	2	3	4	5
31	Sería/es terrible no tener un esposo o compañero.	1	2	3	4	5
32	Sería insoportable si no hago todo lo posible para verme atractiva.	1	2	3	4	5
33	Yo debería cuidar de mis hijos todo el tiempo.	1	2	3	4	5
34	Sería/es insoportable no tener un esposo o compañero.	1	2	3	4	5
35	Aunque no satisfaga los deseos de otros, particularmente de mi esposo/compañero, yo aún valgo la pena.	1	2	3	4	5
36	Actuar de forma que disguste a otros quizás es incómodo, pero puedo lidiar con eso.	1	2	3	4	5
37	Debería ser/soy una persona valiosa aun sin tener a alguien con quien pueda contar.	1	2	3	4	5
38	Es terrible tener que hacer cosas que son muy difíciles de entender para mí como mujer.	1	2	3	4	5

39	Podría ser desafortunado, pero no un desastre, si los que están a mi alrededor se sienten incómodos por mi apariencia o mi conducta.	1	2	3	4	5
40	Siento que no valgo si no ayudo a los compañeros del trabajo a llevarse bien entre ellos.	1	2	3	4	5
41	Sería terrible si no hago todo lo posible para verme más atractiva.	1	2	3	4	5
42	No está bien si me muestro agresiva o demuestro que estoy mal.	1	2	3	4	5
43	No debo avergonzar o incomodar a los demás en el trabajo si demuestro lo mucho que sé.	1	2	3	4	5
44	Si no regreso pronto a la casa a lavar, limpiar o cocinar, podría ser una catástrofe.	1	2	3	4	5
45	No significa que soy inadecuada si no lo intento con aquellas tareas que son difíciles para mí como mujer.	1	2	3	4	5
46	No debería tomarme mi trabajo muy en serio.	1	2	3	4	5
47	Es aceptable sentirme mal o agresiva si es necesario.	1	2	3	4	5
48	Es decepcionante si alguna cosa va mal en mi familia, pero no indica que no estoy bien o no valgo.	1	2	3	4	5
49	Debo aceptar las decisiones y consejos de mi esposo/pareja.	1	2	3	4	5
50	No podría soportar la incomodidad si cambio las decisiones y consejos de mi esposo o compañero.	1	2	3	4	5
	Debo tener un hijo/hija para					

51	sentirme realizada.	1	2	3	4	5
52	Soy una persona desagradable si cambio y no acepto las decisiones y consejos de mi esposo o mi compañero.	1	2	3	4	5
53	Debo anteponer mi familia por encima de todo, especialmente de mi trabajo.	1	2	3	4	5
54	Si antepongo mis deseos primero, soy una persona antipática.	1	2	3	4	5
55	Sería terrible si no satisfago los deseos de mi esposo o mi compañero.	1	2	3	4	5
56	Si los compañeros de trabajo estuvieran enfadados o avergonzados porque sé mucho, no sería un desastre.	1	2	3	4	5
57	No podría tolerar el tener que presionar para obtener un salario o unas condiciones de trabajo mejores.	1	2	3	4	5
58	Si mis hijos tienen problemas podría ser desafortunado, pero acepto que esto pueda ocurrir.	1	2	3	4	5
59	Yo valgo la pena si presiono para obtener un salario y unas condiciones de trabajo mejores.	1	2	3	4	5
60	Podría no ser bueno para mí tomar mi trabajo seriamente, pero si lo hago, mi valor como persona no disminuye.	1	2	3	4	5
61	No puedo soportar hacer cosas —p. ej., estudiar matemáticas— que son muy difíciles de entender para mí como mujer.	1	2	3	4	5

62	Si no tengo un esposo/compañero podría incluso valer lo mismo que alguien que sí lo tiene.	1	2	3	4	5
63	Si los compañeros de trabajo están avergonzados o disgustados porque sé mucho, eso demuestra que soy una persona antipática.	1	2	3	4	5
64	Tratar de obtener mejor salario o mejores condiciones de trabajo podría ser terrible.	1	2	3	4	5
65	Soy una persona antipática si me esfuerzo por conseguir una posición de alta dirección en mi trabajo.	1	2	3	4	5
66	Si no cuido todo el tiempo a mis hijos, soy una persona despreciable.	1	2	3	4	5
67	Cambiar las decisiones y consejos de mi esposo es incómodo, pero no sería una catástrofe.	1	2	3	4	5
68	Reduzco mi valor como persona si antepongo mi trabajo a mi familia.	1	2	3	4	5
69	Debo tener un esposo o un compañero.	1	2	3	4	5
70	No soportaría anteponer mi trabajo a mi familia.	1	2	3	4	5
71	Debo tener alguien fuerte en quien pueda confiar.	1	2	3	4	5
72	No podría ser una persona valiosa si actúo asertivamente con los hombres.	1	2	3	4	5
73	Sería catastrófico si mis hijos tuvieran problemas.	1	2	3	4	5
74	No es terrible ser asertiva frente a los hombres.	1	2	3	4	5
	Fracaso si me cuido a mí					

75	misma antes que a los demás.	1	2	3	4	5
76	Sería terrible si antepongo mis deseos.	1	2	3	4	5
77	Mi valía no depende de hacer todo lo que pueda para verme atractiva.	1	2	3	4	5
78	Sería terrible si cuido de mí misma antes de que todos cuiden de mí.	1	2	3	4	5
79	No puedo soportar que algo vaya mal en mi familia.	1	2	3	4	5
80	Tratar de obtener una posición de alto rango en mi trabajo quizás es frustrante y demandante, pero puedo afrontarlo.	1	2	3	4	5
81	Se reduce mi valor si no me hago cargo del cuidado de la casa: limpiar, lavar, cocinar, etc.	1	2	3	4	5
82	Si mi apariencia y conducta es tal que otros se sienten incómodos, soy una persona fastidiosa.	1	2	3	4	5
83	Sería desafortunado y desagradable si mis hijos tuvieran problemas, pero puedo soportarlo.	1	2	3	4	5
84	Como mujer, está bien si me esfuerzo por obtener una posición de alto rango en el trabajo.	1	2	3	4	5
85	No debo tratar de hacer cosas que son muy difíciles de entender para mí como mujer, p. ej., estudiar matemáticas.	1	2	3	4	5
86	Es tan desagradable tomarme el trabajo muy en serio que no lo soportaría.	1	2	3	4	5
87	Si no hago las labores de la casa podría ser	1	2	3	4	5

87	casa podría ser desagradable, pero no insoportable.	1	2	3	4	5
88	Si mi apariencia y conducta hacen que otros se sientan mal, no podría soportarlo.	1	2	3	4	5
89	Está bien cuidar de mí misma antes de que todos lo hagan.	1	2	3	4	5
90	No tengo que tomar la responsabilidad por el trabajo de la casa: limpiar, lavar, cocinar, etc.	1	2	3	4	5
91	No siempre me preocupo por que otros se disgusten por lo que yo digo o hago.	1	2	3	4	5
92	Está bien anteponer mis deseos.	1	2	3	4	5

Estudios de estandarización de OWBS en contextos culturales distintos al australiano

Con el propósito de determinar su relevancia dentro de un contexto cultural diferente para el que inicialmente se formuló, se llevaron a cabo estudios preliminares sobre la estructura factorial de la escala en Estados Unidos, la India, Colombia y México (O’Kelly, Lega y Heman, *et al.*, 2010). Estos estudios indicaron la presencia de un factor general de *Irracionalidad*, totalmente diferente a otro de *Racionalidad* en cada uno de los países, pero con diferencias en los ítems específicos que formaron parte de las varianzas en cada país. El motivo inicial de dichos estudios pilotos fue establecer empíricamente la presencia transcultural de «irracionalidad», conformada de acuerdo con la teoría de la TREC (Ellis, 1958; 1994) por creencias y pensamientos empírica y filosóficamente incorrectos —en este caso, representaciones de rol de género en mujeres— que generan en gran parte emociones y conductas disfuncionales. En otras palabras, era necesario establecer el elemento central en los «tengo que» o «debería» en estos países, para luego proceder a explorar similitudes y diferencias etnoculturales específicas.

Dichos estudios utilizaron el *Método de Traducción Inversa* (Brislin, 1973) en un paso inicial de un idioma al otro. Cuando varios países compartían el mismo idioma, Lega y Ellis (2001) encontraron que existen suficientes variaciones que van más allá de la

simple traducción del inglés al castellano y que requieren una adaptación del instrumento a cada país en particular. Por este motivo, como con la *Escala de Actitudes y Creencias* (Burgess, 1990) descrita anteriormente en este capítulo, se dio un segundo paso, involucrando la preparación de una versión «local» y utilizando el mismo método.

- **Estados Unidos:** el objetivo del presente estudio exploratorio (Heman, Lega, O’Kelly, Friedman y Feinberg, 2012) determinó la estructura factorial de la OWBS en 202 mujeres nacidas en Estados Unidos. La rotación Varimax con punto de corte de autovalor en 3 arrojó que 37 ítems cargan en tres componentes que explican el 58,48 % de la varianza total. Los reactivos se agruparon en dos factores: *Irracionalidad*, con un total de 27 reactivos que se integraron en los componentes 1 y 3 ($r = 0,8$), y *Racionalidad*, con 10 fue de 0,91 para el Factor 1 y de 0,74 para el Factor 2. Los resultados indican que esta versión del instrumento puede utilizarse para evaluar tanto el contenido racional como el irracional de las creencias sobre el rol sexual de las mujeres nacidas en Estados Unidos.
- **India:** el presente estudio exploratorio (Kumar, Lega y Heman, 2010) determinó la estructura factorial de la OWBS, en 226 mujeres nacidas y residentes en la India. La rotación Varimax con punto de corte de autovalor en 3 arrojó que 25 ítems cargan en cuatro componentes que explican el 48,829 % de la varianza total, con un Alfa de Cronbach de 0,909. Se revertió la puntuación de los ítems racionales. Por consiguiente, los resultados indican que esta versión del instrumento puede utilizarse para evaluar el contenido *irracional* de las creencias sobre el rol de género femenino tradicional de las mujeres en la India.
- **Colombia:** la versión colombiana de la escala fue preparada (Lega, Heman y Paredes, 2011) utilizando el *método de traducción inversa* y administrada individualmente a una muestra de 931 mujeres colombianas entre 17 y 70 años de edad, en doce ciudades del país. El análisis factorial exploratorio con rotación Varimax arrojó 5 factores, que explicaron el 45,57 de varianza explicada, con base en la agrupación de 37 reactivos, con cargas factoriales superiores a 0,30. Posteriormente fueron agrupados en dos factores principales. Un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax arrojó 37 reactivos (con cargas factoriales superiores a 0,30), con un porcentaje de varianza explicada de 45,57. Cinco factores iniciales con Alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,82 fueron compilados luego en dos factores principales: un factor llamado *Creencias Irracionales Generales sobre el Rol Femenino Tradicional* en relación a la agrupación de 37 preguntas (compuesto por los componentes originales 1,2,3 y 5, con coeficientes Pearson de correlación entre sí de más de 0,7), y otro factor

(compuesto por el componente 4, con coeficientes Pearson de correlación entre 0,56 y 0,63 con los demás componentes). El K-M-O fue de 0,93 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 27679.33 con $p = 0,000$. Estos resultados establecen la equivalencia entre la versión colombiana de la OWBS y la versión australiana original.

- **México:** la versión mexicana de la O’Kelly Women Beliefs Scales australiana fue administrada a una muestra de 363 mujeres nacidas y residentes en México. El análisis factorial con rotación Varimax y con autovalor de 3 mostró 36 reactivos de los 92 originales en el estudio de Australia, y con el 40,138 % de la varianza total explicada. Como en el estudio en Estados Unidos, al agrupar los reactivos en dos factores: uno de *Racionalidad*, con 14 reactivos, y otro de *Irracionalidad*, con 22 reactivos, se obtuvo una correlación baja ($r = 0,119$) entre ellos. Estos resultados confirman la equivalencia entre la versión mexicana y la versión original australiana de la OWBS como instrumentos para identificar la presencia de creencias absolutistas y rígidas en las mujeres sobre el rol femenino tradicional.

En conclusión, dentro del campo de la evaluación cognitiva, y específicamente dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual, es importante contar con instrumentos válidos y fiables para poder determinar la presencia de las creencias irracionales que validen y representen la idiosincrasia particular de las poblaciones estudiadas.

Propiedades psicométricas de una versión multicultural de la OWBS

El propósito de este estudio (Lega, Heman, O’Kelly y Kumar, 2014) es el de explorar la posibilidad de una versión multicultural de la OWBS utilizando el mismo procedimiento estadístico en datos obtenidos de muestras estandarizadas respectivamente en Estados Unidos, la India, Colombia, México y comparar sus propiedades psicométricas con las de la versión original australiana, donde 64 de los 92 reactivos dan un porcentaje 18,2 % de explicación de la varianza. La rotación Varimax con punto de corte de autovalor en 3, y sin revertir puntajes en ningún ítem, arrojó que 43 ítems cargan en dos componentes (*Irracionalidad y Racionalidad*) que explican el 38,43 % de la varianza total. La Tabla 1 muestra la correspondencia entre estos reactivos multiculturales y aquellos en la versión original australiana. En conclusión, la equivalencia entre ambas versiones corrobora empíricamente que la versión multicultural de la OWBS es un instrumento fiable para la medida del pensamiento irracional de las mujeres sobre el rol femenino tradicional desde la perspectiva de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

- **Estados Unidos:** el objetivo del presente estudio exploratorio (Heman, Lega, O’Kelly, Friedman y Feinberg, 2012) determinó la estructura factorial de la OWBS, en 202 mujeres nacidas en Estados Unidos. La rotación Varimax con punto de corte de autovalor en 3, arrojó que 37 ítems cargan en tres componentes que explican el 58,48 % de la varianza total. Los reactivos se agruparon en dos factores: *Irracionalidad*, con un total de 27 reactivos que se integraron en los componentes 1 y 3 ($r = 0,8$), y *Racionalidad*, con 10 fue de 0,91 para el Factor 1 y de 0,74 para el Factor 2. Los resultados indican que esta versión del instrumento puede utilizarse para evaluar tanto el contenido racional como el irracional de las creencias sobre el rol sexual de las mujeres nacidas en Estados Unidos.
- **India:** el presente estudio exploratorio (Kumar, Lega y Heman, 2010) determinó la estructura factorial de la OWBS, en 226 mujeres nacidas y residentes en la India. La rotación Varimax con punto de corte de autovalor en 3 arrojó que 25 ítems cargan en cuatro componentes que explican el 48,829 % de la varianza total, con un Alfa de Cronbach de 0,909. Se revertió la puntuación de los ítems racionales. Por consiguiente, los resultados indican que esta versión del instrumento puede utilizarse para evaluar el contenido *irracional* de las creencias sobre el rol de género femenino tradicional de las mujeres en la India.
- **Colombia:** la versión colombiana de la escala se preparó (Lega, Heman y Paredes, 2011) utilizando el *método de traducción inversa*, y se administró individualmente a una muestra de 931 mujeres colombianas entre 17 y 70 años de edad, en doce ciudades del país. El análisis factorial exploratorio con rotación Varimax arrojó 5 factores que explicaron el 45,57 de varianza explicada, con base en la agrupación de 37 reactivos, con cargas factoriales superiores a 0,30. Posteriormente fueron agrupados en dos factores principales. Un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax arrojó 37 reactivos (con cargas factoriales superiores a 0,30), con un porcentaje de varianza explicada de 45,57. Los cinco factores iniciales con Alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,82 se compilaron luego en dos factores principales: un factor llamado *Creencias Irracionales Generales sobre el Rol Femenino Tradicional* con base en la agrupación de 37 preguntas (compuesto por los componentes originales 1,2,3 y 5, con coeficientes Pearson de correlación entre sí de más de 0,7) y otro factor llamado *Creencias Irracionales sobre el Rol Femenino Tradicional en Pareja* (compuesto por el componente 4, con coeficientes Pearson de correlación entre 0,56 y 0,63 con los demás componentes). El K-M-O fue de 0,93 y el test de esfericidad de Bartlett fue de 27679,33 con $p = 0,000$. Estos resultados

establecen la equivalencia entre la versión colombiana de la OWBS y la versión australiana original.

- **México:** la versión mexicana de la australiana *O'Kelly Women Beliefs Scales* fue administrada a una muestra de 363 mujeres nacidas y residentes en México. El análisis factorial con rotación Varimax y con autovalor de 3 mostró 36 reactivos de los 92 originales en el estudio de Australia, y con el 40,138 % de la varianza total explicada. Como en el estudio en Estados Unidos, al agrupar los reactivos en dos factores —uno de *Racionalidad*, con 14 reactivos, y otro de *Irracionalidad*, con 22 reactivos—, se obtuvo una correlación baja ($r = 0,119$) entre ellos. Estos resultados confirman la equivalencia entre la versión mexicana y la versión original australiana de la OWBS como instrumentos para identificar la presencia de creencias absolutistas y rígidas en las mujeres sobre el rol femenino tradicional.

En conclusión, dentro del campo de la evaluación cognitiva, y específicamente dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual, es importante contar con instrumentos válidos y fiables para poder determinar la presencia de las creencias irracionales que validen y representen la idiosincrasia particular de las poblaciones estudiadas.

Tendencias desarrolladas en el campo de la Psicología en las últimas décadas incluyen: (1) los estudios sobre roles de género (Bem, 1981; 1974); (2) la validez y la confiabilidad multicultural de teorías y modelos con el propósito de determinar su relevancia dentro de un contexto cultural diferente de aquel en el que fueron formulados inicialmente (Castillo, 1997; Lega y Ellis, 2001; Lega, Vernon y DiMattia, 2004; Matsumoto, 2000). Por este motivo, la OWBS también se ha utilizado con el propósito de explorar la relación entre algunas variables demográficas (por ejemplo, aculturación y diferencias generacionales) y las creencias de las mujeres sobre el rol femenino.

Diferencias generacionales en la OWBS de mujeres inmigrantes en Estados Unidos

El propósito de este estudio ilustra la influencia interactiva de componentes etnoculturales generacionales y las creencias sobre el rol tradicional femenino de mujeres nacidas y residentes en Estados Unidos pero provenientes de familias con un número diferente de generaciones en el país (Locher, Lega y Kumar, 2012). La OWBS fue administrada a 388 participantes, dos muestras de la misma edad pero pertenecientes a distintas generaciones de inmigrantes de 51 países, primera y tercera generación.

Los resultados son congruentes con los descritos en la literatura respecto a patrones de inmigración, donde a mayor tiempo en el país de adopción, mayor tendencia a adoptar

de inmigración, donde a mayor tiempo en el país de adopción, mayor tendencia a adoptar las actitudes respecto a rol de género del mismo (Phinney y Flores, 2002; Soto y Shaver, 1982; Su *et al.*, 2010; Valentine y Mosley, 2000). La idea de que «una misma talla sirve para todos» es cada vez más obsoleta, inclusive dentro del mismo lugar geográfico.

Diferencias de aculturación en la OWBS de mujeres inmigrantes en Estados Unidos

La influencia hispana en los cambios en el patrón de aculturación de inmigrantes en Estados Unidos, desde la tradicional asimilación de la cultura del país de adopción, a una asimilación cultural donde se adoptan el idioma y las costumbres de dicho país pero sin perder la tradición y la cultura del país de origen (García y Lega, 1979; Marín, 1994). Para ello, se llevaron a cabo dos estudios exploratorios sobre las creencias o pensamientos acerca del rol de género femenino tradicional en mujeres hispanas residentes en su país de origen: Colombia y Ecuador, y fuera del mismo, Estados Unidos (Lega, *et al.*, 2009; Lega y Procel, 2013). La adaptación del instrumento a cada país se llevó a cabo utilizando el *Método de Traducción Inversa (Back Translation Method*, Brislin, 1976), descrito anteriormente en este capítulo.

- **Colombia:** la versión colombiana de la OWBS (Lega, Heman y Paredes, 2011) fue aplicada a colombianas residentes en Cali y a estadounidenses no colombianas y colombianas residentes en el noreste de Estados Unidos. Para este estudio se realizaron 120 encuestas (20 pares de madres e hijas mayores de 17 años en cada grupo), y se encontró que existen *diferencias transculturales* ($p < 0,05$) en los puntajes totales de los grupos (SPSS), lo que sugiere que la presencia de Irracionalidad en dichas representaciones trasciende las barreras geográficas. Las comparaciones *post hoc* (LSD) indicaron que las diferencias significativas se encuentran entre las hijas colombianas residentes en Estados Unidos versus las madres colombianas residentes en Colombia ($p < 0,05$), y las madres ($p < 0,05$) e hijas ($p < 0,05$) estadounidenses no colombianas residentes en Estados Unidos, quienes, siguiendo el patrón de aculturación de los hispanos en este país, han asimilado la cultura del país de adopción sin perder la del país de origen.

Los resultados de este estudio exploratorio inicial son congruentes con aquellos reportados en la literatura en varios aspectos. En primer lugar, las *diferencias transculturales* totales en los puntajes de las Escalas de Creencias de Mujeres de O'Kelly en las tres muestras, colombianas en Colombia, colombianas en Estados Unidos y estadounidenses no colombianas en Estados Unidos, sugiere

que la presencia de irracionalidad en las representaciones del rol de género femenino tradicional tiene también relevancia dentro de un contexto cultural diferente de aquel en el que fuera formulada inicialmente por Wolfe (1985) en Estados Unidos. El «movimiento de liberación femenina», originado en los sesenta y setenta, provocó en las mujeres una mayor dificultad para establecer un rol satisfactorio para sí mismas, al generar un nuevo grupo de conflictos internos e interpersonales. La importancia psicoterapéutica de la identificación y el debate de estas creencias, que muchas mujeres mantienen como producto de los mensajes recibidos en su proceso de socialización, trasciende las barreras geográficas.

En segundo lugar, como pudimos observar en el resultado de las comparaciones *post hoc*, los pensamientos acerca del rol de género femenino tradicional en hijas colombianas residentes en Estados Unidos reflejan el patrón tradicional de aculturación de los hispanos, cuya asimilación cultural adopta el idioma y las costumbres del país de adopción entre los cinco y los diez años de residencia, pero sin perder la tradición y la cultura del país de origen. Sin embargo, hay variaciones en este proceso aún por explorar. Aunque las hijas colombianas residentes en Estados Unidos difieren significativamente de las madres en Colombia, quienes representan la posición cultural extrema del país de origen, y de mujeres estadounidenses no hispanas (madres e hijas), quienes representan la cultura del país de adopción, no existe diferencia generacional entre ellas y sus madres (quienes residen más de diez años en Estados Unidos). La influencia de variables transculturales arroja, entonces, un giro interesante a la definición y estudio de términos tradicionales. Examinemos, por ejemplo, el concepto tradicional de «diferencias generacionales». Los pensamientos acerca del rol de género femenino tradicional en hijas colombianas residentes en Estados Unidos no son diferentes de los de hijas colombianas que viven en Colombia, quienes pertenecen a su misma «generación» cronológica. Sin embargo, tampoco son distintos de los de sus madres residentes en Estados Unidos, quienes a pesar de diferir en edad, comparten la misma experiencia bicultural migratoria de sus hijas. ¿Significa, entonces, que las barreras de edad desaparecen al tener que enfrentar hábitos, costumbres y situaciones nuevas en el país de adopción, en contraste con las previamente adquiridas en el país de origen? Vásquez Rosado (2006) sugiere que los grupos sociales que son identificables por rasgos que los hacen totalmente únicos y distintos y que vienen a caracterizar toda una época en el tiempo, con diferencias marcadas en sus antecesores, es lo que llamamos «generación». Sin embargo, aclara, esta es una categoría abstracta que establece una medida de tiempo arbitraria.

investigaciones posteriores que examinen estos procesos de cambio en las representaciones de rol de género femenino, en donde también puedan diferenciarse elementos etnoculturales particulares en cada uno de los diversos países que en este momento se agrupan bajo el epígrafe de «hispanos». Por este motivo, se llevó a cabo el siguiente estudio con muestras ecuatorianas.

- **Ecuador:** actualmente, la minoría más grande de Estados Unidos es la hispanoparlante (12,5 % de la población), y aunque este grupo comparte un sinnúmero de características etnoculturales (Schwartz, Unger, Zamboanga y Szapocznik, 2010), existen también diferencias «locales» (como el país de procedencia) que no permiten una generalización automática de los resultados a todos los hispanos (Lega y Ellis, 2001; McGoldrick, Giordano, y Garcia-Preto, 2005). El cuestionamiento de la edad cronológica, como variable central en la definición de diferencias generacionales en las representaciones de rol de género femenino en madres e hijas colombianas residentes en Estados Unidos, ha sido previamente sugerido como posible resultado de la desaparición de las diferencias en función de la experiencia bicultural migratoria de ambos grupos (Lega *et al.*, 2009). ¿Ocurre esto mismo en otras mujeres hispanas en Estados Unidos? Muestras equivalentes procedentes de un país que no fuese Colombia, en este caso Ecuador, ayudarían a explorar respuestas a esta pregunta. El propósito de este estudio es el de investigar si las muestras ecuatorianas confirman o no la desaparición de diferencias generacionales en las representaciones de rol de género femenino (O’Kelly, 2011).

Su versión original australiana ha sido adaptada a varios países, entre ellos Colombia (Lega, Heman y Paredes, 2011), México (Heman, Lega, Villasenor y Alva, 2010) y la India (Kumar, Lega y Heman, 2010). Los resultados de los análisis factoriales en cada una de las versiones confirmaron la existencia de un factor general de irracionalidad encontrado en la versión original. Para conservar el concepto de equivalencia transcultural en los resultados (Matsumoto, 2000) y para la preparación de cada una de las nuevas versiones del instrumento de medición, en este estudio se incluyó el método de traducción inversa (Brislin, 1973). Este método se utiliza también para la eliminación de los problemas causados por la utilización local de un lenguaje común a varios países (Lega y Ellis, 2001; Prieto, 1992). Colombia y Ecuador comparten el idioma castellano, pero es necesario tener en cuenta las variantes idiomáticas locales propias de cada país, y, como se explica en el apartado del método, la versión adaptada del instrumento para Colombia sirvió a su vez para la elaboración de una versión ecuatoriana. Los estudios sobre el rol de género femenino tradicional en las

mujeres residentes en Ecuador sugieren que sus creencias respecto a un estilo de vida en el que el matrimonio y los hijos son prioritarios y donde la mujer está obligada a soportar las condiciones, por muy malas que sean (Gómez y Speizer, 2009), son comportamientos interpretados como reflejo directo de su valía como personas. Los estudios realizados en el Ecuador (Schoenfeld y Juarbe, 2009) sugieren que aunque las mujeres participan de forma muy activa en la legalización de las tierras y la obtención de servicios públicos y de salud para la comunidad, su rol como esposas y madres continúa siendo el eje central en dicha participación. Al migrar a Estados Unidos, las mujeres ecuatorianas, como otras mujeres procedentes de Latinoamérica, comienzan a estar expuestas a otros modelos del rol femenino más liberales (Kranau, Green y Valencia-Weber, 1982; Leaper y Valin, 1996; Phinney y Flores, 2002). Como parte de la asimilación cultural hispana del país de adopción (Rogler, 1992), madres e hijas deben enfrentarse a costumbres y hábitos nuevos y contrastantes. Como en el caso de las colombianas en Estados Unidos, ¿desaparece la diferencia generacional entre madres e hijas ecuatorianas?

Al comparar el pensamiento irracional de madres e hijas ecuatorianas residentes en Estados Unidos en relación con el rol del género femenino tradicional, los resultados de este estudio confirman aquellos previamente reportados en colombianas residentes en el mismo país (Lega *et al.*, 2009) en cuanto a la aparente desaparición de la variable «generación» en función de la edad, debido en gran parte al proceso de aculturación de ambas muestras. Phinney y Flores (2002) sostienen que la aculturación es un proceso que se refiere a una amplia variedad de cambios que ocurren en un cierto período de tiempo. Aunque inicialmente fue conceptualizada como unidimensional (Gordon, 1964), posteriormente se vio como un proceso donde las creencias y los valores del país de origen no eran automáticamente descartados en el país de adopción (Berry, 1980; García y Lega, 1979) y, por último, como un fenómeno de biculturalismo, al referirse a la categoría donde se da una integración (Berry y Sam, 1997) de aspectos procedentes de la cultura original con su tradición y de la nueva sociedad con sus nuevas oportunidades. Dichos aspectos incluyen puntos de vista sobre la educación, la utilización de ambos lenguajes (Barona y Miller, 1994) y los roles de género tradicionales (Gowan y Treviño, 1998; Mayo y Resnick, 1996; Soto y Shaver, 1982). En esta muestra, el biculturalismo de madres e hijas parece tener un efecto directo en la eliminación de diferencias generacionales definidas en función de la edad. Sin embargo, son necesarios otros estudios, en particular sobre la relación entre los aspectos específicos de la aculturación y el pensamiento irracional femenino mediante la utilización del

modelo de la TREC.

Una revisión de la literatura sobre la aculturación de las mujeres hispanas en Estados Unidos (Kranau *et al.*, 1982) en poblaciones de emigrantes mexicanas, cubanas y puertorriqueñas sugiere grandes cambios en las actitudes y valores tradicionales, donde los roles tradicionales masculinos y femeninos están bastante delimitados y restringidos (Gowan y Treviño, 1998; Mayo y Resnick, 1996; Soto y Shaver, 1982) hacia un estilo estadounidense, donde dichos roles presentan diversificación y aspectos en común entre ambos géneros. Es de gran importancia encontrar que estos cambios también suceden en poblaciones colombianas y ecuatorianas de Estados Unidos, ya que se han efectuado muy pocos estudios sobre ellas. Hoy en día, cada vez más se cuestiona el concepto de que «una misma talla sirve para todos» (Rudmin, 2003).

En conclusión, los resultados de este estudio en muestras ecuatorianas corroboran los reportados previamente por Lega *et al.* (2009) en muestras colombianas: aunque las madres e hijas que residen en Ecuador presentan diferencias significativas de generación, el proceso de aculturación en Estados Unidos parece influir en la tendencia a que desaparezca la diferencia generacional, definida en términos de diferencia cronológica en el pensamiento irracional de madres e hijas sobre el rol del género femenino tradicional. En otras palabras, y según Vázquez Rosado (2006), las diferencias generacionales definidas únicamente en términos de diferencias cronológicas son en realidad una categoría abstracta que establece una medida de tiempo arbitraria. Sin embargo, sigue vigente la necesidad de un mayor número de investigaciones con muestras de otros países, y, para ello, el modelo multidimensional de aculturación propuesto por Schwartz *et al.* (2010), donde se integren las costumbres, los valores y las identificaciones de ambos países, el de origen y el de adopción, parecería el más adecuado.

- **Filipinas:** un tercer estudio (Lega, Alcid, Quedding, y Kumar, 2011) comparando los puntajes de la OWBS de madres e hijas estadounidenses y filipinas residentes en Estados Unidos muestra diferencias de cultura, pero no de generación, particularmente en la subescala de *Exigencia*. Los resultados se explican en términos de diferencias entre contextos etnoculturales individualistas versus colectivistas respectivamente (Agbayani-Siewert, 1994), donde existe una gran presión cultural sobre la mujer filipina para que anteponga los intereses de la familia por encima de los propios (Napholz y Mo, 2010), tal vez exacerbando la tendencia a conservar estos valores de forma rígida al verse expuesta a un entorno diametralmente opuesto al propio, como es el de Estados Unidos.

O'Kelly Women Beliefs Scales. Debate y conclusiones

La hipótesis propuesta por Ellis (2000) para el ABI (Burgess, 1990) puede aplicarse también a la OWBS en cuanto a cómo las diferencias en los factores etnoculturales y biológicos de cada país influyen en el nivel o intensidad en la *Irracionalidad* de sus gentes de la siguiente forma:

- Los «debo» y «tengo que» en la TREC, formulados inicialmente en Estados Unidos, generalmente se aplican también a varios países de Latinoamérica, de Europa y de Oriente Medio. Sin embargo, parecen existir diferencias etnoculturales CUANTITATIVAS en el GRADO DE RIGIDEZ de los mismos.
- El CONTENIDO y el PROCESO de los «debo» medidos por el ABI, la EAC, y las diversas versiones de la OWBS también parecen variar de una cultura a otra. Sin embargo, la TENDENCIA a pensar de manera rígida y absolutista, la FILOSOFÍA DOGMÁTICA de fondo, NO CAMBIA. En otras palabras, las variaciones culturales parecen solamente tener efecto en el *Contenido y Proceso* de las *Inferencias* derivadas de la filosofía rígida de base, los «debo», pero no en su PRESENCIA, que parece ser universal.

Bibliografía de la sección 5.1.

- DiMattia, D. (1996). *Reaching their minds*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1962). «Rational Group Therapy.» En Ellis, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Birch Lane. (Capítulo 17: «Terapia grupo racional». *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1980.)
- Ellis, A. (1986). «Rational Group Therapy.» En Ellis, A., y Grieger, R. *Handbook of rational emotive therapy*, vol. 2. New York: Springer. (Capítulo 18: «La terapia racional-emotiva de grupo». *Manual de terapia racional-emotiva*, vol. 2. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1990.)
- Ellis, A. (1987). «Group Therapy.» En Ellis, A. y Dryden, W. *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. New York: Springer. (Capítulo 7: «Terapia de Grupo». *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. (1987). «Maratonian Meeting.» En Ellis, A. y Dryden, W. *The practice of Rational-Emotive Therapy (RET)*. New York: Springer (Capítulo 8. «Encuentros maratonianos racional-emotivos». *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989.)
- Ellis, A. (1997). *REBT and Group Therapy*. En Yankura, J., Dryden, W. *Using REBT with common psychological problems and special applications of REBT*. New York: Springer. (Capítulo 13: «REBT y su aplicación a la terapia grupal». *Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT). Casos ilustrativos*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000.)
- Ellis, A. (1998). *How to control your anxiety before it controls you*. New Jersey: Carol Publishing Group. (*Cómo controlar su ansiedad antes de que ella le controle a usted*. Barcelona: Paidós, 2000.)
- Lega, L. (1991). Traducción de una sesión de grupo inédita con Albert Ellis en NYC.
- Lega, L. (1991). Traducción de una demostración inédita de Albert Ellis del *Taller del Viernes por la Noche*.
- Phelps, S. y Austin, N. (1983). *The Assertive Woman*. Nebraska: Impact Publishers.
- Russianoff, P. (1981). *Why Do I Think I'm Nothing without a Man*. London: Bantam Books.
- Wolfe, J. L. (1985). «Women.» En Ellis, A. y Bernard, M. E. (Eds.). *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 153-180). New York: Plenum. (Capítulo 5: «La mujer.» *Aplicaciones clínicas de la TREC*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1990.)
- Wolfe, J. L. y Naimark, H. (1991). *Psychological messages and social context*. in M. E. Bernard (Ed.). *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 265-301). New York: Plenum.
- Wolfe, J. y Lega, L. (2014). *Técnicas grupales* (panfleto). New York: Albert Ellis Institute.

Bibliografía de la sección 5.2.

- Agbayani, P. T. y Enrile, A. (2007). *Differences in attitudes towards women among three groups of filipinos: Filipinos in the philippines, filipino american immigrants, and u. s. born filipino americans*. Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 16(1/2), 1-25.
- Agbayani-Siewert, P. A. (1994). *Filipino american culture and family: Guidelines for practitioners*. Families in Society, 75(7), 429-438.
- Almirol, E. B. (1981). *Chasing the elusive butterfly: Gossip and the pursuit of reputation*. Ethnicity, 8, 293-304.
- Alloy, I. B. y Clements, C. M. (in press). *Hoplessness theory of depression: Tests of the symptom component*. Cognitive Therapy and Research.
- Barona, M. y Lega, L. (1999). «Problemas de aceptación y de angustia situacional en pacientes con alteraciones de la piel: Un enfoque racional-emotivo conductual.» En *Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada: APICSA/FUENVECA.
- Barona, A. y Miller, J. A. (1994). *Short acculturation scale for Hispanic youth: A preliminary report*. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 16 (2), 155-162.
- Basurto de García, S. y Lega, L. (1998). «Diferencias de generación y sexo en el pensamiento irracional de estudiantes universitarios colombianos y sus padres.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Bem, S. L., (1974). *The Measurement of Psychological Androgyny*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1981). *Bem Sex Role Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Bernard, M. E. (1990). *Validation of general attitude and belief scale*. Paper presented at the meeting of the World Congress on Mental Health Counselling. Keystone, CO.
- Bernard, M. E. y Joyce, M. R. (1984). *Rational emotive therapy with children and adolescents*. New York: Wiley.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H. y Pandey, J. (Ed.) (1996). *Handbook of Cross-cultural Psychology*. Volume 1, Theory and Method. Boston: Allyn and Bacon, Inc.
- Berry, J. y Sam, D. (1997). «Acculturation and adaptation.» En J. W. Berry, M. Segall, and Kagitcibasi, C. (Eds.). *Handbook of cross-cultural psychology: Social behavior and applications* (Vol. 3, pp. 291-326). Boston: Allyn and Bacon.
- Berry, J. W. (1980). «Acculturation as varieties of adaptation.» En A. M. Padilla (Ed.). *Acculturation: Theory, models, and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview.
- Berry, J. W., Marshall, H., Segall, H., Poortinga (Eds.) (2002). *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge: Cambridge University.
- Blustein, H. T. (1979). *El Salvador: A Country Story*. Washington, D. C.: US Government Print Office.
- Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health Psychology* (3rd. ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Brislin, R. (1976). *Cross-cultural research methods*. New York: Wiley.
- Burgess, P. M. (1986). *Belief systems and emotional disturbance: An evaluation of the rational-emotive model*. Unpublished doctoral dissertation, University of Melbourne, Victoria, Australia.
- Burgess, P. H. (1990). *Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in rational-emotive therapy*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4, 171-184.
- Caballo, V., González, S., y Lega, L. (1998). «Diferencias de generación y sexo en el pensamiento irracional de universitarios españoles y sus padres.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Caballo, V. E., Lega, L. I. y González, S. (1996, noviembre). *Factor analysis of a back translation Spanish version of the Scale of Attitudes and Beliefs (SAB)*. Paper presented at the 30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Campbell, I. M. (1985). «The psychology of homosexuality.» En A. Ellis y M. E. Bernard (Eds.). *Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy* (153-180). New York: Plenum.
- Campbell, I. M. (1990). «La psicología de la homosexualidad.» En A. Ellis y M. E. Bernard (dirs.). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Campbell, I. M., Lowe, B. y Burgess, P. M. (1983). *RET anatomy of neuroses*. Unpublished manuscript, University of Melbourne.
- Campbell, I. M., Lowe, B. y Burgess, P. M. (1988). *A reformulation of the rational emotive model of emotional disturbance: A heuristic for therapists*. Unpublished manuscript, University of Melbourne.

- Castillo, R. J. (1997). *Culture and Mental Illness*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Choi, N., Faqua, D., y Newman, J. (2007). *Hierarchical confirmatory factor analysis of the Bem Sex Role Inventory*. Educational and Psychological Measurement, 67, 818-832.8.
- Choi, J. B., y Thomas, M. (2007). *Predictive factors of acculturation attitudes and social support among asian immigrants in the US*. International Journal of Social Welfare, 18, 76-84.
- Cimmarusti, R. A. (1996). *Exploring aspects of filipino American families*. Journal of Marital and Family Therapy, 22(2), 205-217.
- Del Prado, A. M., y Church, A. T. (2010). *Development and validation of the enculturation scale for filipino americans*. Journal of Counseling Psychology, online first publication, 1-15.
- Díaz-Martínez, A. (1999). *An exploratory study of Hispanic clinicians' perceptions of Hispanic women in therapy*. Unpublished doctoral dissertation, Rutgers the State University of New Jersey.
- DiGiuseppe, R., Robin, M., Leaf, R. y Gormon, B. (1989). *A discriminative-validation and factor analysis of a measure of irrational/rational beliefs*. World Congress of Cognitive Therapy Proceedings, Oxford, England.
- DiGiuseppe, R. A. y Millar, N. J. (1985). «Una reseña de los estudios del resultado de la terapia racional emotiva.» En A. Ellis y R. Grieger (1985). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- DiGiuseppe, R. (1996). *The nature of irrational and rational beliefs: progress in rational emotive behavior theory*. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 14(1), 5-28.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1988). «Rational-emotive therapy.» En K. S. Dobson (dir.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford.
- Ellis, A. (1958). *Rational psychotherapy*. Journal of General Psychology, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The RET approach*. New York: McGraw Hill.
- Ellis, A. (1975). *How to live with a neurotic (rev.ed)*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A. (1976). *RET abolishes most of the human ego*. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 13, 343-348.
- Ellis, A. (1980). *Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct*. Rational Living, 15, 25-30.
- Ellis, A. (1984a). «Expanding the ABC's of RET.» En A. Freeman y M. Mahoney (dirs.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1984b). *The essence of RET*. Journal of Rational-Emotive Therapy, 2, 19-25.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: RET with difficult clients*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1989). «Comments on my critics.» En M. E. Bernard y R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside Rational emotive therapy* (pp. 199-233). San Diego, CA: Academic Press.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane.
- Ellis, A. (1999). *Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy*. Psychotherapy, 36(2), 154-158.
- Ellis, A. (2000). *Personal communication*.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1983) (dirs.). *Rational emotive approaches to the problem of childhood*. New York: Plenum.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1985) (dirs.). *Clinical applications of rational emotive therapy*. New York: Plenum.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- Ellis, A., y Lega, L. (1993). *Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general*. Psicología Conductual, 1, 101-110.
- Enrile, A., y Agbayani, P. T. (2007). *Differences in attitudes towards women among three groups of filipino: Filipinos in the philippines, filipino american immigrants, and US born filipino americans*. Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 16(1/2), 1-25.
- Espiritu, Y. L. (2001). *We don't sleep around like white girls do: Family, culture, and gender in filipina american lives*. Journal of Women in Culture and Society, 26(2), 415-440.
- García, M. y Lega, L. I. (1979). *Development of a Cuban ethnic identity questionnaire*. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 1, 247-281.
- Gómez, A. M. y Speizer, I. S. (2009). *Intersections between childhood abuse and adult intimate partner violence among Ecuadorian women*. Maternal and Child Health Journal, 13, 559-566.
- González, S., Caballo, V. E. y Lega, L. I. (1996, noviembre). *Gender and generational differences in the Scale of Attitudes and beliefs (SAB) scores among college students and their parents living in Costa Rica and Spain*. Paper presented at the 30th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- González, S., Lega, L., y Caballo, V. E. (1998). «Diferencias de generación y sexo en el pensamiento irracional de

- estudiantes universitarios costarricenses y sus padres.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Gordon, M. (1964). *Assimilation in American life*. New York: Oxford University.
- Gowan, M. y Treviño, M. (1998). *An examination of gender differences in Mexican-American attitudes toward family and career roles*. *Sex Roles*, 38 (11/12), 1079-1093.
- Grieger, R. y Boyd, J. (1980). *Rational-emotive therapy: A skills based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Gutiérrez de Pineda (1992). *La Violencia en Colombia*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Heman, H., Lega, L. O'Kelly, M., Friedman, M. y Feinberg, J. (2012). *Preliminary Factor Analysis of the O' Kelly Women Beliefs Scale in a US sample*. *Universitas Psychologica*, II(2), 611-617.
- Heman, A., Lega, L., Villasenor, M. y Alva, A. P. (2011) *Estructura Factorial Preliminar de la Escala de Creencias de Mujeres de O'Kelly en Población Mexicana*, *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 129-135.
- Herr, K. G. (1996). *Young and Society*. Thousand Oaks: Sage.
- Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Ignacio, E. N. (2000). *Ain't i a filipino (woman)?: An analysis of authorship/authority through the construction of «filipina» on the net*. *The Sociological Quarterly* 41(4), 551-572.
- Jahoda, G. (1988). «J'accuse.» En M. Harris (Ed.). *The cross-cultural challenge to Social Psychology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Jones, R. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief systems with personality and maladjustment correlates*. Doctoral dissertation, Texas Technical University.
- Judd, C. M., Smith, E. R., y Kiddler, L. M. (1991). *Research methods in social relations*. Orlando, FL: Harcourt, Brace Javanovich.
- Kaiser, H. (1961). *A note on Guttman's coger bound for the number of common factor*. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 249-276.
- Kent G, Mohammed Al' Abadie (1996). *Psychologic effects of vitiligo: A critical incident analysis*. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35, 895-98.
- Kranau, E. J., Green, V., y Valencia-Weber, G. (1982). *Acculturation and the Hispanic woman: Attitudes toward women, sex-role attribution, sex-role behavior, and demographics*. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 4 (1), 21-40.
- Kumar, S., Lega, L y Baldiwalla, J (2008). *A study of Irrational Beliefs Held by Students of Mumbai University and their Parents*. *Bombay Psychologist*, 22 (1 y 2), 6-12.
- Kumar, S., Lega, L y Heman, A. (2010). *Preliminary Factor Analysis Of The O' Kelly Women's Belief Scale*. In *An Indian Sample*, *Synergy*, 8(2), 1-7.
- Larsen, K. y Long, E. (1988). *Attitudes toward sex-roles: Traditional or egalitarian?* *Sex Roles*, 19, 1-11.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A practitioner's Guide*. London: Guilford.
- Leaper, C. y Valin, D. (1996). *Predictors of Mexican American mothers' and fathers' attitudes toward gender equality*. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 18 (3), 343-355.
- Lega, L. (1991). «La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis.» En V. E. Caballo (dir.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. (1993). *Diferencias transculturales en el uso de algunas tecnicas de terapia racional-emotiva: ejercicios para atacar la vergüenza*. *Psicología Conductual*, 1, 283-288.
- Lega, L. (1999). «Nuevas Tendencias en la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC).» En *Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada: APICSA/FUENVECA.
- Lega, L. y Barona, M. (1998). «Terapia racional emotivo conductual, ansiedad y problemas psicosomáticos.» En *Actas del I Simposio sobre Fobias y otros Problemas de Ansiedad*. Granada: APICSA.
- Lega, L., Alcid, E., Quedding, Erika, y Kumar, S. (2011). *Irrational beliefs about traditional feminine gender schema of Filipino women living in the United States*. *Synergy*, 9(2), 31-38.
- Lega, L. y Barona, M. (2001). *Ansiedad y piel: Factores Psicosomaticos*. *Revista Colombiana de Dermatología*, 9(1), 401-406.
- Lega, L., Caballo, V. E., Basurto de García, S., González, S., Picerno, V., Lozano, J., and Romero, S. (1998). «Diferencias transculturales en el pensamiento irracional (ABT, Burgess) de colombianos, españoles, costarricenses, salvadoreños y estadounidenses.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Lega, L., Caballo, V. E., y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

- Lega, L., Caballo, V. E., y Ellis, A. (2008). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual (3.ª edición)*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Lega, L. y Ellis, A. (1991). «Rational emotive therapy: A case study.» En R. Corsini (dir.). *Five therapists and one client*. Itasca, Illinois: F.E. Peacock.
- Lega, L. y Ellis, A. (1997). «El proceso terapéutico en la TREC.» In I. Caro (Ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*, Barcelona: Paidós.
- Lega, L. y Ellis, A. (2001). *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in the new millenium: A Cross-cultural approach*. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 19(4), 203-224.
- Lega, L., Vernon, A. y DiMattia, D. (2004). *Aplicaciones de la TREC a Contextos Transculturales, Multidisciplinarios, al Trabajo con Niños y Adolescentes y al Trabajo en la Industria*. Cali, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Lega, L. Heman, H., O'Kelly, M., Kumar, S., Alcid, L. y Rodríguez, K. (2014). *Multicultural adaptations of the O'Kelly Women Belief Scales to US, India, Colombia and Mexico*. Business Perspectives and Research, 2(2), 1-8.
- Lega, L. Heman, H., y Paredes, M. T. (2011). *Adaptacion a Colombia del O'Kelly Women Belief Scales (Adaptation to Colombia of the O'Kelly Women Belief Scales)*. Revista Acta Colombiana de Psicología, 14(1), 11-17.
- Lega, L., Ortega, M., Sura, K., Constanzo, A., Friedman, M., Mark, J., O'Kelly, M. y Paredes, M. (2009). *Aculturacion y diferencias en las creencias irracionales sobre el rol femenino tradicional (O'Kelly Women's Belief Scales) en mujeres colombianas residents en su país de origen y en Estados Unidos*. Revista Colombiana de Psicología, 18, 53-61.
- Lega, L. y Procel, S. (2013). *Aculturación y Diferencias Generacionales en las Creencias Irracionales sobre el Rol Femenino Tradicional en Madres e Hijas Ecuatorianas Residentes en Ecuador y en Estados Unidos*. Revista Colombiana de Psicología, 22(1), 35-40.
- Lega, L., y Velten, E., (2006). *The life and work of Albert Ellis*. New York: Albert Ellis Institute.
- Lerner, R. (2002). *Concepts and theories of human development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leung, K. (1989). *Cross-cultural differences: Individual-level vs. culture-level analysis*. International Journal of Psychology, 24, 703-719.
- Locher, P., Lega, L. y Kumar, S. (2012). *Women's Irrational Beliefs about Traditional Female Stereotypes as a Function of Intergenerational Influences*. Synergy.
- Locksley, A. y Colten, M. E. (1979). *Psychological androgyny: A case of mistaken identity*. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1017-1031.
- Lohr, J. y Bonge, D. (1982). *The factorial validity of the irrational beliefs test: a psychometric investigation*. Cognitive Therapy and Research, 6(2), 225-230.
- López-Vigil, J. I. (1992). *Las Mil y una Historias del Radio Venceremos*. San Salvador, El Salvador: Taller Gráfico UCA.
- Lotti T., Hautmann G., Panconesi E. (1995). *Neuropeptides and skin*. Journal of the American Academy of Dermatology.
- Lozano, J. y Lega, L. (1998). «Diferencias de generación y sexo en el pensamiento irracional de universitarios salvadoreños y sus padres.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Lylton, H. y Ronney, D. M. (1991). *Parents' Differential Socialization of Boys and Girls: A Meta-Analysis*. Psychological Bulletin, 109(2), 267-296.
- Marin, G. (1994). «The experience of being Hispanic in the USA.» En W. Lonner y R. Malpass (Eds.), *Psychology and Culture*. Needham Hights, MA: Allyn and Bacon.
- Matsumoto, D. R. (2000). *Culture and Psychology: People around the World (2nd. Ed.)*. Stamford, CT: Wadsworth.
- Mayo, Y. Q. y Resnick, R. P. (1996). *The impact of machismo on Hispanic women*. Journal of Women and Social Work, 11 (3), 257-277.
- McBride, M., Morioka-Douglas, N., y Yeo, G. (1996). *Asian/Pacific Islander American elders (2nd ed.)*. SGECE Working Paper # 3. Stanford, CA: Stanford Geriatric Education Center.
- McGoldrick, M., Giordano, J., y Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford.
- Mendoza, R. H. (1989). *An empirical scale to measure type and degree of acculturation in Mexican American adolescents and adults*. Journal of Cross-Cultural Psychology, 20, 372-385.
- Myers, J. L. y Well, A. D. (1991). *Research Design and Statistical Analysis*. New York: Harper Collins.
- Napholz, L., y Mo, W. (2010). *Attribution of importance to life roles and their implications for mental health*

- among filipino american working women. *Health Care for Women International*, 31, 179-196.
- O'Kelly, C. (1980). *Sex-role imagery in modern art: An empirical examination*. *Sex Roles*, 6(1), 99-111.
- O'Kelly, M. (2011). *Psychometric properties of the O'Kelly women's belief scales*. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapies*, 29 (3), 145-157. doi: 10.1007/s10942-010-0120-2.
- O'Kelly, M., Lega, L., y Heman, A. (2010). *A cross-cultural study of women's sex-role beliefs using the O'Kelly Women Belief Scale comparing women in Australia, United States, India, Mexico, Colombia, Costa Rica, and Spain*. XX Congress of International Association for Cross-Cultural Psychology Congress Proceedings, Melbourne, Australia.
- Ong, P. M., y Loh-Sze, L. (2003). «Diversified growth.» En E. Lai y D. Arguelles (Eds.). *The new face of asian pacific america: Numbers, diversity, and change in the 21st century*. San Francisco: Asian Week.
- Phadke, K. M. (1982). *Some innovations in RET theory and practice*. *Rational Living*, 17(2), 25-30.
- Phadke, K. M. (1998). *Counseling in Industry: A Rational Approach*. Mumbai: Himalaya.
- Phadke, K. M. and Chaulani, V. (1999). *Conquering Haziness*. New Delhi: Excel Books.
- Phadke, K. M. and Chaulani, V. (1999). *The Power of the Mind's Eye*. Mumbai: St. Paul's.
- Phadke, K. M. and Khear, R. (2001). *The Inner World of Entrepreneurs*. Mumbai: Pauline.
- Pan American Health Organization (1997). *Index of violence in Latin American countries*. New York: UN/PAHO.
- Panconesi E., Hautmann G. (1992). *Aspectos psicossomáticos de la dermatitis atópica*. *Monografías de Dermatología*, 5, 428-439.
- Phinney, J., y Flores, J. (2002). «Unpacking» acculturation: *Aspects of acculturation as predictors of traditional sex role attitudes*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 320-331.
- Picerno, V. y Lega, L. (1998). «Gender and generation differences in the irrational beliefs of USA college students and their parents.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Prieto, A. J. (1992). *A method for translation of instruments to other languages*. *Adult Education Quarterly*, 43 (1), 1-14.
- Primakoff, L. (1988). *Solo Pioneers: Single-minded rationality*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6 (1 and 2), 66-71.
- Rebolledo, A. M., Lega, L., y Basurto de García, S. (1999). «Diferencias en niveles de ansiedad del ego y ansiedad situacional en pacientes colombianas con sofocos severos versus inexistentes durante la menopausia.» En *Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada: APICSA/FUENVECA.
- Redfield, R. (1936). *Memorandum on the study of Acculturation*. *American Anthropologist*, 38, 149-152.
- Robin, M., DiGiuseppe, R., y Naimark, H. (1990). *Irrational beliefs and MCMI-2 personality disorder scores*. Poster session presented at the 98th annual convention of the American Psychological Association, Boston.
- Rogler, L. (1992). *Acculturation and mental health status among Hispanics: Convergence and new directions for research*. *American Psychologist*, 46(6), 585-597.
- Romero, S., Lega, L., Ventura, A., Lozano, J., y Picerno, V. (1999). «Influencias del proceso de aculturación en el pensamiento irracional (ABT, Burgess) de salvadoreños residentes en El Salvador y en Estados Unidos.» En *Avances recientes en Psicología Clínica y de la Salud*. Granada: APICSA/FUENVECA.
- Romero, S., Lozano, J. y Lega, L. (1998). «Differences in the irrational beliefs of Salvadoreños living in the USA and El Salvador.» En *Memoria/Proceedings World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*. Acapulco, México: WCBCT.
- Rudmin, F. W. (2003). *Critical history of the acculturation psychology of assimilation, separation, integration, and marginalization*. *Review of General Psychology*, 7, 3-37.
- Russell, P. L. (1984). *El Salvador in Crisis*. Austin, TX: Colorado River.
- Sagot, M. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de casos de 10 países)*. Organización Panamericana de la Salud.
- Sayeed, O. B and Kumar, S. (2000). «Role Efficacy Across Profession.» En Sayeed, O.B and Pareek, U. (eds.). *Actualizing Managerial Roles: Studies in Role Efficacy* (pp. 53 -67). New Delhi, India: Tata McGraw Hill Publishing Company Limited.
- Sheweder, R. A. y Sullivan, M. A. (1990). «The semiotic subject of cultural psychology.» En L. A. Pervin (Ed.). *Handbook of personality: Theory and Research*. London: Guilford.
- Shirayev, E. y Levy, D. A. (Ed.) (2002). *Introduction to Cross-cultural Psychology: Critical Thinking and Contemporary Applications*. Boston: Pearson Education.
- Schoenfeld, N. y Juarbe, T. C. (2009). *From sunrise to sunset: An ethnography of rural Ecuadorian women's perceived health needs and resources*. *Health Care for Women International*, 26, 957-977.
- Schwartz, S., Unger, J., Zamboanga, B., y Szapocznik, J. (2010). *Rethinking the concept of acculturation*.

- American Psychologist, 65, 237-251.
- Simmons, G. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy: A guide for the practicing Clinical*. Vol. 1. London: Guilford.
- Sodowsky, (1992). *A study of acculturation differences among international people and suggestions for sensitivity to within-group differences*. Journal of Counseling and Development, 71(1), 53-59.
- Soriano, J. y Garicia, D. R. (1997). «La evaluación cognitiva.» En I. Caro, *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Spence, J., Helmreich, R. y Stapp, J. (1973). *A short version of the Attitudes toward Women Scale (AWS)*. Bulletin of the Psychonomic Society, 2, 219-220.
- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). *Computerized full version*. SPSS Inc. (1988). SPSS users guide (3rd ed.). Chicago: SPSS Inc.
- SPSS Inc. (2003). *SPSS users guide (revised 11th ed.)*. Chicago: SPSS Inc.
- Soto, E., y Shaver, P. (1982). Sex-role traditionalism, assertiveness, and symptoms of Puerto Rican women living in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 4, 1-19.
- Su, D., Richardson, C., y Wang, G-Z. (2010). *Assessing cultural assimilation of Mexican Americans: How rapidly do their gender-role attitudes converge to the U. S. mainstream?* Social Science Quarterly, 91, 762-776.
- Sutton-Simon, K. (1981). «Assessing belief systems: Conceptions and strategies.» En P. C. Kendall y S. D. Hollon (dirs.). *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Triandis, H. C. y Berry, J. W. (1980). *Handbook of Cross-Cultural Psychology: Methodology* (v. 2). Boston: Allyn and Bacon.
- Valentine, S., y Mosley, G. (2000). *Acculturation and sex-role attitudes among Mexican-Americans: A longitudinal analysis*. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 22, 104-113.
- Vázquez Rosado, A. (2006). *Reflexiones sobre identidad y generaciones*. Recuperated on July 26, 2008 from <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-27-Ireflexiones-sobre-indentidad-y-generaciones.html>>.
- Vérgara, I. y Balluerka, N. (2001). *Metodología en la investigación transcultural: perspectivas actuales*. *Psicothema*, 12(2), 557-562.
- Werner, O. y Campbell, D. T. (1970). «Translating, working through interpreters, and the problem of decentering.» En R. Naroll y R. Cohen (Eds.). *A handbook of cultural anthropology*. New York: American Museum of Natural History.
- Westbrook, D., Kennerley, H. y Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behavior therapy: skill and applications*. London: Sage.
- West, Lois A. (1992). *Feminist nationalist social movements: Beyond universalism and towards a gendered cultural relativism*. *Women's Studies International Forum* 15(5/6), 563-579.
- White, A. (1973). *El Salvador*. London: Ernest Benn.
- Wolfe, J. L. (1985). «Women.» En A. Ellis y M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 153-180). New York: Plenum.
- Wolfe, J. L. (1995). *REBT Women's groups: A twenty year retrospective*. New York: REBT Institute.
- Wolfe, J. L., y Naimark, H. (1991). «Psychological messages and social context.» En M. E. Bernard (Ed.). *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 265-301). New York: Plenum.

FOTOGRAFÍAS*

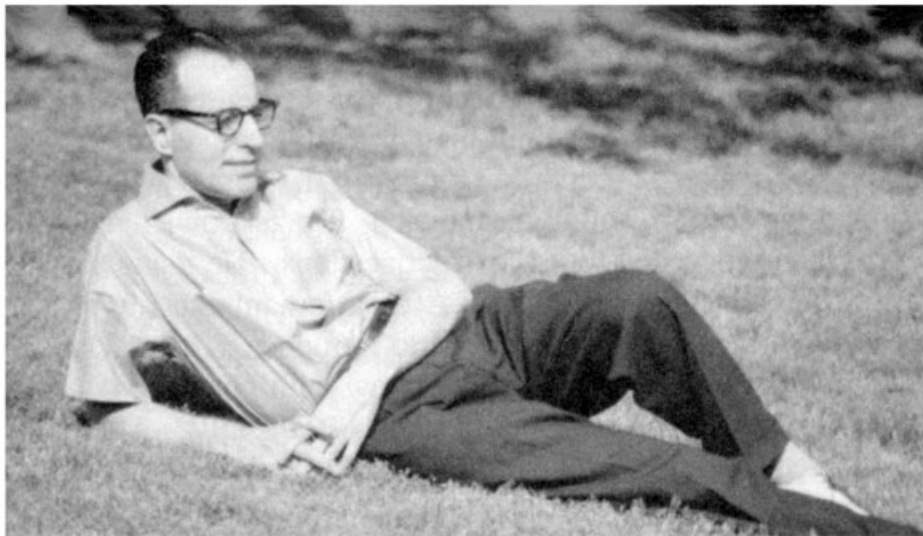
El joven Albert Ellis



A los 3 años de edad



El día de su *bar mitzvah*



El joven Al descansando en el Jardín Botánico del Bronx, Nueva York

**Albert Ellis en las décadas de 1930, 1940 y 1950: de estudiante de posgrado
a profesional joven**



1938



1943



1948



1953

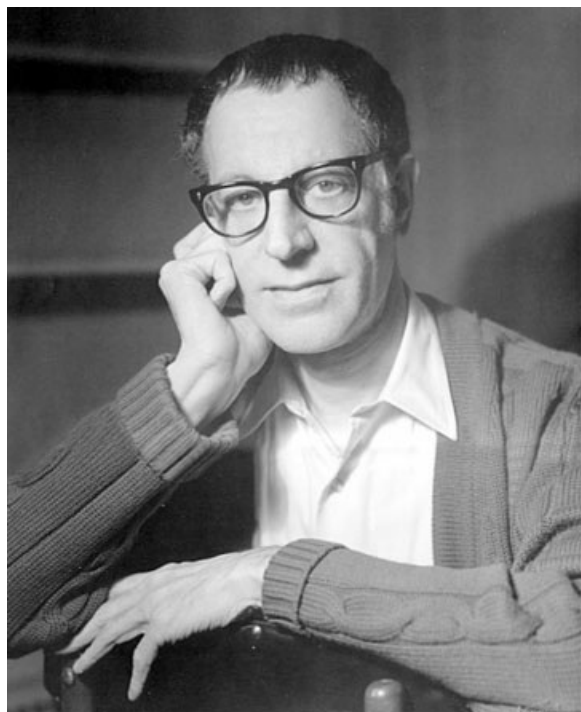


En la década de 1950



1953

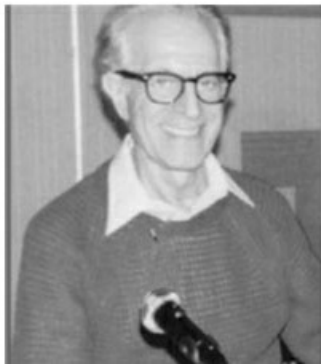
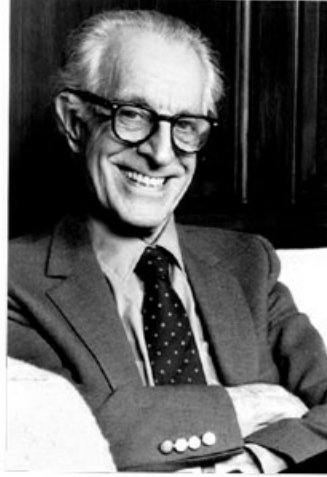
Albert Ellis en las décadas de 1960 y 1970





Cerca de 700 personas asistieron a la conferencia celebrada en 1975 con motivo del 20 aniversario del primer trabajo sobre la RET presentado por Ellis ante la Asociación Norteamericana de Psicología en Chicago en 1955, un hecho que había marcado el inicio de la terapia cognitiva-conductual.

Albert Ellis en la década de 1980



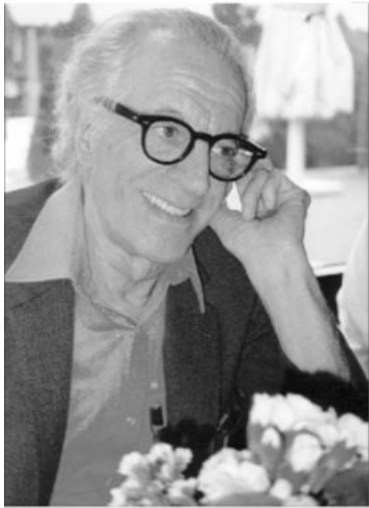
Al en Alemania, 1986



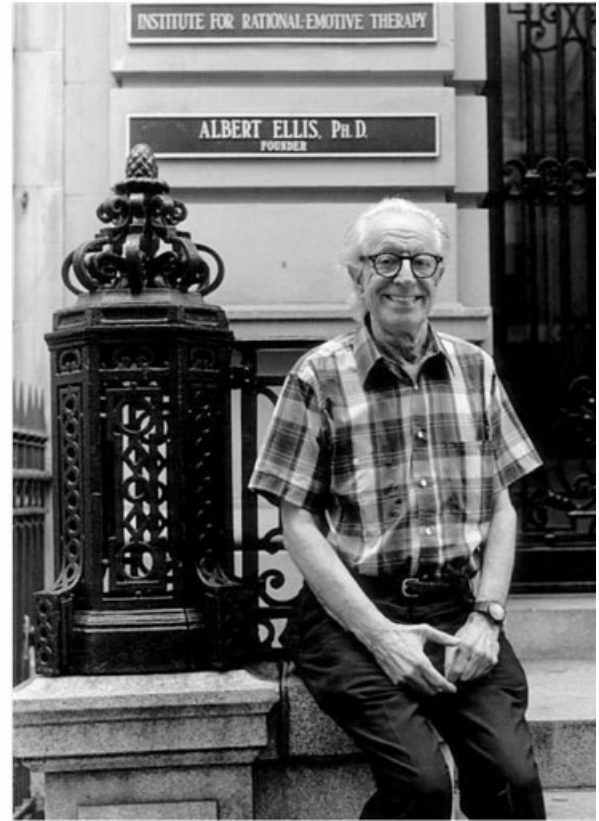
Conferencia sobre la Evolución de la Psicología, 1985

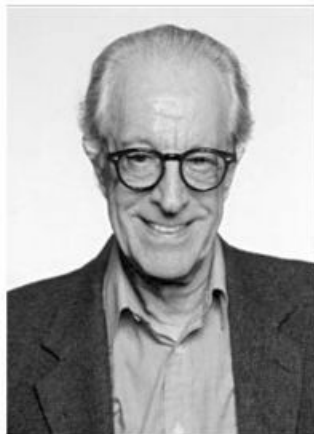


Al y el equipo de la TREC en Düsseldorf, 1986



Albert Ellis en la década de 1990







Fotografía tomada en junio de 1993 por Frank van Tussenbroek en Haarlem, Países Bajos

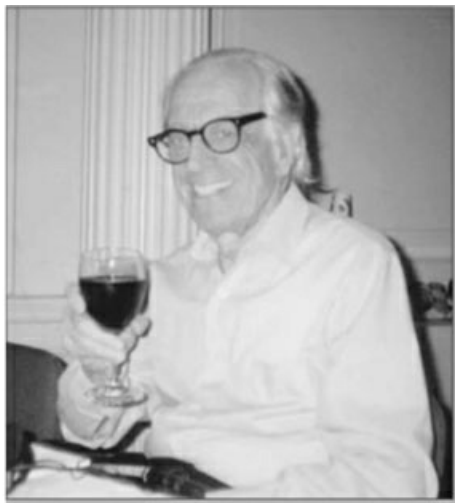
Albert Ellis en el siglo XXI



Noviembre de 2003



Diciembre de 2003



Diciembre de 2000



Al con Manny Birnbaum, su amigo desde la infancia



Debbie Joffe, Diane Dillon y su hijo Nicholas con Al, 2001



Al con sus sobrinos, Joel Grier y David Ellis, 2003

Albert Ellis en compañía de varias personas



Albert Ellis y Aaron Beck en la Convención del APA en Washington, D. C., agosto de 2000



Al durante su convalecencia, en una «sesión de terapia infantil»



Albert Ellis y Hans Eysenck



Al con Mike Border y Tom Mooney, 2001



Leonor Lega con Al, 2002



Al con Dom DiMattia, 2002



Al con Leonor Lega, Wouter Backx y Janet Wolfe, 1988



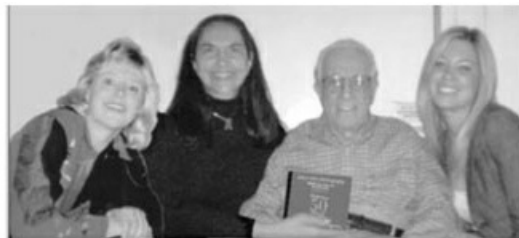
Al dirige el Taller del Viernes por la Noche con Debbie Joffe, 2004



Al con Ray DiGiuseppe, 2002



Al con Ricks Warren, Emmett Velten, Ray, Janet y Hank Robb



Ann Vernon con las autoras de la Bibliografía completa de Al, Leonor Lega y Marilyn Pereira



Al con Windy Dryden celebrando su 90 cumpleaños

Fotografías divertidas de Albert Ellis ¡Ráscame la espalda!



Al con Janet Wolfe, Ray DiGiuseppe, Debbie Joffe y Mitchell Robin



Al con Dom DiMattia y Janet Wolfe en la fiesta de los becarios de 1981



Julio de 1997



Al con Arnold Lazarus en Anaheim (California), diciembre de 1990



En la década de 1980

BIBLIOGRAFÍA COMPLETA: de 1945 A 2011

Esta parte está basada parcialmente en *Albert Ellis' Bibliography: 1945-2005*, de Lega y Pereira (2005), y está revisada por el propio Albert Ellis. Se reproduce con la autorización de las autoras.

1945

- (1945) The case study as a research method. *Review of Educational Research*, 15, 352-359.
- (1945) [Review of M. Hirschfeld, Sexual anomalies.] *Psychosomatic Medicine*, 7, 382.
- (1945) The sexual psychology of human hermaphrodites. *Psychosomatic Medicine*, 7, 108-125.
- (1945) A study of human love relationships. *The Journal of Genetic Psychology*, 15, 61-71.
- (1945) A study of the love emotions of American college girls. *International Journal of Sexology*, 3, 15-21.

1946

- (1946) [Review of T. Reik. A psychologist looks at love and Psychology of sex relations.] *Journal of Social Psychology*, 24, 121-126.
- (1946) [Review of G. H. Seward, Sex and the social order.] *Journal of Social Psychology*, 26, 133-136.
- (1946) The validity of personality questionnaires, *The Psychological Bulletin*, 43, 385-440.

1947

- (1947) A comparison of the use of direct and indirect phrasing in personality questionnaires. *Psychological Monographs*, 61, iii-41.
- (1947) [Discussion of Heinlein's comment on The Validity of Personality Questionnaires.] *The Psychological Bulletin*, 44, 83-86.
- (1947) [with J. Gerberich]. Interests and attitudes. *Review of Educational Research*, 17, 64-77.
- (1947) [with H. H. Abelson]. Other devices for investigating personality. *Review of Educational Research*, 17, 101-109.
- (1947) Personality questionnaires. *Review of Educational Research*, 17, 56-63.
- (1947) Questionnaire versus interview method in the study of human love relationships. *American Sociological Review*, 12, 541-543.
- (1947) [Review of P. M. Symonds, The dynamics of human adjustment.] *Journal of Genetic Psychology*, 71, 145-150.
- (1947) [with M. R. Hertz and P. M. Symonds]. Roschach methods and other projective techniques, *Review of Educational Research*, 17, 78-100.
- (1947) Telepathy and psychoanalysis: a critique of recent findings. *The Psychiatric Quarterly*, 21, 607-659.

1948

- (1948) The application of scientific principles to scientific publications, *The Scientific Monthly*, 66, 427-430.
- (1948) The attitudes of psychologists toward psychological meetings. *The American Psychologist*, 3, 511-512.

- (1948) A critique of the theoretical contributions of nondirective therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 4, 248-255.
- (1948) [Discussion of Mrs. Bernard's comments on research methods.] *American Sociological Review*, 13, 219.
- (1948) Questionnaire versus interview method in the study of human love relationships II, Uncategorized responses, *American Sociological Review*, 13, 62-65.
- (1948) The relationship between personality inventory scores and other psychological test results, *Journal of Social Psychology*, 26, 287-289.
- (1948) [Review of A. C. Kinsey, W.B. Pomeroy and C. E. Martin, Sexual behavior in the human male.] *Journal of General Psychology*, 39, 299-326.
- (1948) [Review of P. Wylie, An essay on morals.] *Journal of Social Psychology*, 27, 289-290.
- (1948) A study of trends in recent psychoanalytic publications, *American Image*, 5(4), 3-13.
- (1948) Valuation in presenting scientific data. *Sociology and Social Research*, 33(2), 92-96.
- (1948) The value of marriage prediction tests. *American Sociological Review*, 13, 710-718.
- (1948) [with H. Conrad]. The validity of personality inventories in military practice. *The Psychological Bulletin*, 45, 385-426.
- (1948) Evolution of Female Orgastic Ability — a Biological Survey. *International Journal of Sexology*, n.º 2.

1949

- (1949) [with R. M. Beechley]. Assortative mating in the parents of child guidance clinic patients. *American Sociological Review*, 14, 678-679.
- (1949) [with E. W. Fuller]. The personal problems of senior nursing students. *American Journal of Psychiatry*, 106, 212-215.
- (1949) Re-analysis of an alleged telepathic dream. *Psychiatric Quarterly*, 23, 116-126.
- (1949) Results of a mental hygiene approach to reading disability problems. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 56-61.
- (1949) [with H. S. Conrad]. Reply to the Humms' Notes on the validity of personality inventories in military practice, *Psychological Bulletin*, 46, 307-308.
- (1949) Some significant correlates of love and family attitudes and behavior, *Journal of Social Psychology*, 30, 3-16.
- (1949) Towards the improvement of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Review*, 36, 126-143.
- (1949) What kinds of research are American psychologists doing? *The American Psychologist*, 4, 490-494.

1950

- (1950) [with G. Groves, M. Brown, and H. Lamson]. Articles of interest to marriage and family life educators and counselors. *Marriage and Family Living*, 12, 106-110.
- (1950) [with R. Beechley]. A comparison of matched groups of Mongoloid and non-Mongoloid feeble-minded children, *American Journal of Mental Deficiency*, 54, 464-468.
- (1950) [with R. Beechley]. Comparisons of Negro and White children seen at a child guidance clinic. *The Psychiatric Quarterly Supplement*, 24, 93-101.
- (1950) [Discussion of L. M. Terman, Predicting marriage failure from test scores.] *Marriage and Family Living*, 12, 56-57.
- (1950) An experiment in the rating of essay-type examination questions by college students. *Educational and Psychological Measurement*, 10, 707-711.
- (1950) An Introduction to the Principles of scientific psychoanalysis, *Genetic Psychology Monographs*, 41, 147-212.
- (1950) Love and family relationships of American college girls. *The American Journal of Sociology*, 55, 550-558.
- (1950) Requisites for research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 152-156.
- (1950) The sex, love, and marriage questions of senior nursing students, *Journal of Social Psychology*, 31, 209-216.

1951

- (1951) [with R. Doorbar]. Classified bibliography of articles, books, and pamphlets on sex, love, marriage, and family relations published during 1950. *Marriage and Family Living*, 13(2), 71-86.
- (1951) [with R. Beechley]. A comparison of child guidance clinic patients coming from large, medium, and small families. *The Journal of Genetic Psychology*, 79, 131-144.
- (1951) *The folklore of sex*. New York: Boni/Doubleday.
- (1951) The influence of heterosexual culture on the attitudes of homosexuals. *International Journal of Sexology*, 5, 77-79.
- (1951) [Introduction. In D. W. Cory. *The homosexual in America*.] (pp. ix-xi). New York: Greenberg.
- (1951) Legal status of the marriage counselor: A psychologist's view. *Marriage and Family Living*, 13, 116-120.
- (1951) Prostitution re-assessed. *International Journal of Sexology*, 5, 41-42.
- (1951) (August) Report on survey of members of the Division of Clinical and Abnormal Psychology who are presently engaged in paid private practice. *Newsletter of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 1-4.
- (1951) [Review of A. Ellis, *The folklore of sex*.] *Psychological Book Previews*, 1, 53-56.
- (1951) [Review of K. Horney, *Neurosis and human growth*.] *Psychological Bulletin*, 48, 581-582.
- (1951) Sex-the schizoid best seller. *Saturday Review of Literature*, 34(11), 42-44.
- (1951) A study of 300 sex offenders. *International Journal of Sexology*, 4, 127-135.
- (1951) A young woman convicted of manslaughter. *Case Reports in Clinical Psychology*, 2(1), 9-32.

1952

- (1952) Applications of clinical psychology to sexual disorders. In D. Brower and L. A. Abt (Eds.). *Progress in Clinical Psychology*. New York: Grune and Stratton.
- (1952) «Sexual Problems». In D. Brower and L.A. Abt (Eds.). *Progress in Clinical Psychology*. New York: Grune and Stratton.
- (1952) [with R. Doorbar]. Classified bibliography of articles, books, and pamphlets on sex, love, marriage, and family relations published during 1951. *Marriage and Family Living*, 14, 153-177.
- (1952) A critique of systematic theoretical foundations in clinical psychology. *The Journal of Clinical Psychology*, 88, 11-15.
- (1952) [with D.W. Cory (pseud.)]. In defense of current sex studies, *Nation*, 174, 250-252.
- (1952) On the cure of homosexuality. *International Journal of Sexology*, 55, 135-138.
- (1952) Perversions and neurosis, *International Journal of Sexology*, 55, 135-138.
- (1952) [with R.A. Harper, D. Dyer, S. Duvall, B. Timmons, R. Hill, and N. Kavinoky]. Premarital sex relations: The facts and the counselor's role in relation to the facts, *Marriage and Family Living*, 14, 229-236.
- (1952) [with R. Brancale and R. Doorbar]. Psychiatric and psychological investigations of convicted sex offenders, *American Psychiatry*, 109, 17-21.
- (1952) The psychologist in private practice and the good profession. *American Psychologist*, 7, 129-130.
- (1952) [with R. Doorbar]. Recent trends in sex, marriage, and family research. *Marriage and Family Living*, 14, 338-340.
- (1952) Self-appraisal methods In D. Brower and L. A. Abt, *Progress in Clinical Psychology*. (vol.2, pp. 67-90). New York: Grune and Stratton.
- (1952) [with R. Doorbar, H. Guze, and L. Clark]. A study of sexual preferences: Preliminary report. *International Journal of Sexology*, 6, 87-88.
- (1952) «What is normal sex behavior?» *Complex*, 8, 41-51. (Revised in A. Ellis and R. Brancale (Eds.). *The Psychology of sex offenders* [pp. 120-132]. Springfield, IL: Thomas.)

1953

- (1953) The Blacky test used with a psychoanalytic patient. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 167-172.
- (1953) [with R. Doorbar]. Classified bibliography of articles, books, and pamphlets on sex, love, marriage, and family relations published during 1952. *Marriage and Family*.
- (1953) [Correspondence relating to Marriage counseling with couples indicating sexual incompatibility.] *Marriage and Family Living*, 15, 156-175.
- (1953) [Discussion of W. Stokes and D. Mace, Premarital sexual behavior.] *Marriage and Family Living*, 15, 248-249.
- (1953) From the first to the second Kinsey report. *The International Journal of Sexology*, 12, 64-72.
- (1953) Marriage counseling with couples indicating sexual incompatibility. *Marriage and Sexual Living*, 15, 53-59.
- (1953) [Preface to A. P. Pillay and A. Ellis (Eds.). Sex, society and the individual] (pp. vii-x). Bombay, India: *International Journal of Sexology*.
- (1953) Pros and cons of legislation for psychologists. *American Psychologist*, 8, 551-553.
- (1953) Reactions of psychotherapy patients who resist hypnosis. *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 12-15.
- (1953) Recent research with personality inventories. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 45-49.
- (1953) Recent studies on the sex and love relations of young girls: Resume, *International Journal of Sexology*, 6, 161-163.
- (1953) Recommendations concerning standards for the unsupervised practice of clinical psychology. *The American Psychologist*, 8, 494-495.
- (1953) [Review of E. Bergler, The Superego.] *Psychological Bulletin*, 50, 192.
- (1953) «Is the Vaginal Orgasm a Myth?», *Liaison*, 1(9),2-4. (Also in A. P. Pillay and A. Ellis (Eds.). Sex, society and the individual (pp. 155-162). Bombay, India: *International Journal of Sexology*.)
- (1953) Theoretical schools of psychology. In A. Weider (Ed.). *Contributions toward medical psychology*. (pp. 31-50). New York: Ronald.

1954

- (1954) *The American Sexual Tragedy*. New York: Twayne.
- (1954) [with R. Doorbar and R. Johnston. Characteristics of convicted sex offenders]. *The Journal of Social Psychology*, 40, 3-15.
- (1954) Classified bibliography on human sex relations. *International Journal of Sexology*, 7, 228-239.
- (1954) Classified bibliography on marriage and family relations, *Marriage and Family Living*, 16, 146-161, 254-263.
- (1954) [with R. Beechley]. Emotional disturbance in children with peculiar given names. *The Journal of Genetic Psychology*, 85, 337-339.
- (1954) Female sexual response and marital relations. *Social Problems*, 1, 152-155.
- (1954) Interrogation of sex offenders. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 45(1), 41-47.
- (1954) [with H. Benjamin]. An objective examination of prostitution, *International Journal of Sexology*, 8, 100-105.
- (1954) Private clinical practice. In E. A. Rubinstein and M. Lorr (eds.). *A survey of Clinical Practice in Psychology*, pp. 186-196. New York: International Universities.
- (1954) Sex freedom in marriage. *Best Years*, 1(1), 3-7.
- (1954) A. Ellis (Ed.). *Sex life of the American woman and the Kinsey report*. New York: Greenberg.
- (1954) The psychology and physiology of sex. In A. Ellis (Ed.). *Sex life of the American woman and the Kinsey report* (pp. 203-214). New York: Greenberg.

1955

- (1955) Are homosexuals necessarily neurotic? One: *The Homosexual Magazine*, April, 3(4), 8-12.
- (1955) Masturbation. *Journal of Social Therapy*, 1(3), 141-143.
- (1955) New approaches to psychotherapy techniques. Brandon, Vermont: *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement*, 11, 1-53.
- (1955) [with R. G. Anderson, I. A. Berg, J. McV. Hunt, O. H. Mowrer, H. E. O'Shea, C. H. Rush, Jr., R.B. Sellover, and W. H. Wulfeck]. Professional liability insurance for psychologists, *American Psychologist*, 10, 243-244.
- (1955) Psychotherapy techniques for use with psychotics. *American Journal of Psychotherapy*, 9, 452-476.
- (1955) [with J. Nydes and B. Riess]. Qualifications of the clinical psychologist for the practice of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 11, 33-37.
- (1955) [Review of U. Sonneman, Existence and Therapy.] *Psychological Bulletin*, 52, 275-276.
- (1955) Woman as sex aggressor. *Best Years*, 1(3), 25-29.

1956

- (1956) Adultery: Pros and cons. *The Independent*, 61, 4.
- (1956) Another look at sexual abnormality. *The Independent*, 55, 6.
- (1956) A critical evaluation of marriage counseling. *Marriage and Family Living*, 18, 65-71.
- (1956) The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 191-195.
- (1956) Evolving standards for practicing psychologists. In M. H. Krout (Ed.). *Psychology, Psychiatry, and the Public Interest*, pp. 186-200. Minneapolis: University of Minnesota.
- (1956) How American women are driving American males into homosexuality. *Expose (The Independent)*, 52, 4.
- (1956) How males contribute to female frigidity. *The Independent*, 56, 4.
- (1956) New light on masturbation. *Expose (The Independent)*, 51, 4.
- (1956) On the myths about love, *The Independent*, 58, 6.
- (1956) On premarital sex relations. *The Independent*, 59, 4; 58, 6.
- (1956) An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. In H. Feigl and M. Scriven (Eds.). *The foundations of science and the concepts of Psychology and Psychoanalysis*, pp. 131-154. Minneapolis: University of Minnesota. (Also in *Psychoanalytic Review*, 43, 163-180.)
- (1956) [with R. Brancale and R. Doorbar]. *The psychology of sex offenders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- (1956) The roots of psychology and psychiatry. In H. Krout (Ed.). *Psychology, psychiatry and the public interest* (pp. 9-31). Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- (1956) [Review of J. F. Oliven, Sexual Hygiene and Pathology: A Manual for the Physician.] *Contemporary Psychology*, 2, 86-87.
- (1956) Sexual inadequacy in the male. *The Independent*, 57, 4.
- (1956) When are we going to quit stalling about sex education? *The Independent*, 54, 4.
- (1956) Why Americans are so fearful of sex. *The Independent*, 53, 4.

1957

- (1957) Adultery reconsidered. *The Independent*, 68, 4.
- (1957) The advantages and disadvantages of self-help therapy materials. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 335-339.
- (1957) Adventures with sex censorship, *The Independent*, 62, 4; 63, 4.
- (1957) Deviation, an ever-increasing social problem. In J. Fairchild (Ed.). *Personality problems and psychological frontiers*. (pp. 138-151). New York: Sheridan House.
- (1957) How do I love thee? Let me count the ways [Review of V. W. Grant, The Psychology of Sexual Emotion: The Basis of Selective Attraction, *Contemporary Psychology*, 2, 188-189.

- (1957) How homosexuals can combat anti-homosexuality. *One*, 5(2), 7-8.
- (1957) *How to live with a neurotic*. New York: Crown (Paperback edition, New York: Award).
- (1957) «I feel so guilty.» *True Story*, 78(6), 18-29.
- (1957) [Introduction. In A. Edwardes *The jewel in the lotus: A historical survey of the sexual culture of the East*.] (Pp. xvxxi.) New York: Julian.
- (1957) The justification of sex without love, *The Independent*, 64, 4; 65, 4; 66, 4.
- (1957) On sex fascism, *The Independent*, 69, 4; 70, 4; 71, 4.
- (1957) Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13(4), 344-350.
- (1957) Rational psychotherapy and individual psychology. *The Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44.
- (1957) The right to sex enjoyment, *The Independent*, 22, 4.
- (1957) Sex problems of couples seen for marriage counseling. *Journal of Family Welfare*, 3, 81-84.
- (1957) The sexual element in non-sex crimes. *Psychological Newsletter*, 8, 122-125.
- (1957) Thoughts on petting, *The Independent*, 68, 4.

1958

- (1958) (July 28). Are suburban wives af-fair game?. *New York Mirror Magazine*, 4-5.
- (1958) Case histories: Fact and fiction, *Contemporary Psychology*, 3, 318-319.
- (1958) [Comments on J. Crist, Marriage counseling involving a passive husband and an aggressive wife.] *Marriage and Family Living*, 20, 126-127.
- (1958) Helping troubled people, *Pastoral Psychology*, 9(82), 33-41.
- (1958) (August 3). How you can get along with a neurotic. [Today's Living section.] *New York Herald Tribune*, pp. 45.
- (1958) Hypnotherapy with borderline schizophrenics. *Journal of General Psychology*, 59, 245-253.
- (1958) [with S. Kosofsky]. Illegal communication among institutionalized female delinquents. *The Journal of Social Psychology*, 48, 155-160.
- (1958) A marriage of two neurotics. In American Association of Marriage Counselors (Ed.). *Marriage counseling: A casebook* (pp.104-197). New York: Association.
- (1958) Neurotic interaction between marital partners. *Journal of Counseling Psychology*, 5, 24-38.
- (1958) New hope for homosexuals. *Sexology*, 25, 164-168.
- (1958) The private practice of psychotherapy: a clinical psychologist's report. *Journal of General Psychology*, 58, 207-216.
- (1958) Rational psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 35-49. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1958) *Sex without guilt*. New York: Lyle Stuart (Paperback ed., NY: Dell and after NY: Lyle Stuart).
- (1958) (July). Should men marry older women?. *This Week Magazine*, 8-9. (Reprinted in R. S. Cavan (Ed.). *Marriage and Family in the Modern World* [pp. 157-160]. New York: Crowell.)
- (1958) Ten indiscreet proposals. *Pageant*, 14(5), 6-15.

1959

- (1959) Case presentation and critical comments on the cases of other authors. In S.W. Standal and R. J. Corsini (Eds.). *Critical incidents in psychotherapy* (pp. 88-91, 110-116, 154-158). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (1959) [Critique of The homosexual in our society.] *Mattachine Review*, 5(6), 24-27.
- (1959) Does morality require religious sanctions?, *Controversy Magazine*, 1(2), 16-19.
- (1959) Guilt, shame, and frigidity. *Quarterly Review of Surgery, Obstetrics, and Gynecology*, 16, 259-261.
- (1959) A homosexual treated with rational psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 338-343.
- (1959) Homosexuality and creativity. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 376-379.
- (1959) How neurotic are you? *True Story*, 79, 34-35.

- (1959) (July 26). Over-aggressiveness in wives (syndicated feature). *King Features Syndicate*.
- (1959) Overcoming sexual incompatibility. *Realife Guide*, 2(4), 6-15.
- (1959) Premarital relations—pro, *Controversy*, 1(4), 24, 26-27.
- (1959) Psychological aspects of discouraging contraception. *Realist*, 1(7), 11-13.
- (1959) Rationalism and its therapeutic applications. In A. Ellis (Ed.). *The place of value in the practice of psychotherapy* (Monograph 2, pp. 55-64). New York: American Academy of Psychotherapists, Annals of Psychotherapy.
- (1959) Requisite conditions for basic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 538-540.
- (1959) The seven secrets of sexual satisfaction. *Pageant*, 14(12), 26-31.
- (1959) [withLehfeldt (Ed.) Symposium on aspects of female sexuality]. *The Quarterly Review of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, 16, 215-258.
- (1959) What is psychotherapy? *Annals of Psychotherapy* (Monograph 1). New York: American Academy of Psychotherapists.
- (1959) Why married men visit prostitutes. *Sexology*, 25, 344-347.

1960

- (1960) *The Art and Science of Love*. New York: Lyle Stuart and Bantam.
- (1960) A brief for sex honesty. *Realife Guide*, 3(4), 31-38.
- (1960) A case for polygamy. *Nugget*, 5(1), 19, 24, 26.
- (1960) [Introduction. In R. Anthony, *The housewife's handbook for promiscuity*.] Tucson, AZ: Seymour. (Reprinted, New York: Documentary Books.)
- (1960) [Introduction. In R. Wood *Christ and the homosexual* (pp. iii-iv). New York: Vantage.
- (1960) Letter on the suspension of Dr. Leo F. Koch, *Balanced Living*, 16, 175.
- (1960) (November). Letter to Norman Cousins on sex censorship, *The Independent*, 3-5.
- (1960) [with R. Felder, and C. Rogers]. *Loretta*. (Cassette recording.) Salt Lake City, UT: American Academy of Psychotherapists Tape Library.
- (1960) *Science and Human Values*. (Charla en Merrill Palmer Institute, Detroit, February 1.)
- (1960) *Hidden Problems of Sex and Violence*. (Charla en Cooper Union de NY, 30 de noviembre.)
- (1960) Marriage counseling with demasculinizing wives and demasculinized husbands. *Marriage and Family Living*, 22, 13-21.
- (1960) Mowrer on «sin». *American psychologist*, 15, 713-714.
- (1960) The psychology of sex, *Realife Guide*, 3(3), 6-13.
- (1960) Research in psychotherapy, *Newsletter of Psychologists in Private Practice*, 1(1), 2.
- (1960) *Sexual intercourse: Psychological foundations*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1960) There is no place for the concept of sin in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 7, 183-192.
- (1960) What should you do about an unfaithful husband? *Pageant*, 15(9), 6-11.
- (1960) An Impolite Interview with Albert Ellis de Paul Krassnes y Robert Anton Wilson, *The Realist*, marzo y mayo. (Reeditado en *Impolite Interviews*, NY: Lyle Stuart, 1961.)

1961

- (1961) [with R.A. Harper]. *Creative Marriage*. Secacus, NJ: Lyle Stuart (Paperback eds.: *The marriage bed*, New York: Tower, and *A guide to successful marriage*, North Hollywood, CA: Wilshire.)
- (1961) [with R. A. Harper]. *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (Paperback ed., North Hollywood, CA: Wilshire).
- (1961) [with R. A. Harper]. *A guide to successful marriage*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- (1961) [with A. Abanel (Eds.)]. *The encyclopedia of sexual behavior* (vols. 1 and 2). New York: Hawthorn. (Revised ed., New York: Aronson. Paperback ed., New York: Ace.)
- (1961) Art and sex. In A. Ellis and A. Abarbanel (Eds.). *The Encyclopedia of sexual behavior*; pp. 161-179. New York: Hawthorne.

- (1961) Coitus. In A. Ellis and A. Abarbanel (Eds.). *The Encyclopedia of Sexual Behavior*. pp. 284-292. New York, Hawthorn.
- (1961) Frigidity. In A. Ellis and A. Abarbanel (Eds.). *The Encyclopedia of Sexual Behavior*, pp. 450-456. New York: Hawthorn.
- (1961) The psychology of sex offenders. In A. Ellis and A. Abarbanel (Eds.). *The encyclopedia of sexual behavior*, pp. 949-955. New York: Hawthorn.
- (1961) (July). [Discussion on sex and censorship in literature and the arts.] *Playboy*, 27-28, 74, 76, 88, 92, 95-99.
- (1961) Fried and Freud. [Review of E. Fried, The ego in love and sexuality.] *Contemporary Psychology*, 6, 38-39.
- (1961) How much sex freedom in marriage? *Sexology*, 28, 292-296.
- (1961) [Introduction.] In A. Bentham, *Sex crimes and sex criminals* (pp. i-xii). New York: Wisdom.
- (1961) (February). Myths about sex. *Cosmopolitan*, pp. 82-85.
- (1961) A new sex code for modern Americans. *Pageant*, 17(6), 110-116.
- (1961) On Riess and Durkin on Ellis on Fried on Freud, *Contemporary Psychology*, 6, 382.
- (1961) A rational approach to premarital counseling. *Psychological Reports*, 8, 333-338.
- (1961) Rational therapy applied. *Balanced Living*, 17, 273-278.
- (1961) The sex offender and his treatment. In H. Toch (Ed.). *Legal and Criminal Psychology*, pp. 400-416. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- (1961) (July). [with T. Arnold, R. Ginzburg, M. Girodias, N. Mailer, O. Preminger, B. Rosset, and P. Krassner]. Sex and censorship in literature and the art, *Playboy*, 27-28, 74-99.
- (1961) The treatment of a psychopath with rational psychotherapy. *The Journal of Psychology*, 51, 141-150.

1962

- (1962) *The American Sexual Tragedy* (Rev. ed.). New York: Lyle Stuart (Paperback ed., New York: Grove).
- (1962) The anatomy of a private practitioner, *Newsletter of the Division of Consulting Psychology of the American Psychological Association*, 7, 26-28.
- (1962) Are homosexuals really creative?, *Sexology*, 29, 88-93.
- (1962) The case against religion: a psychotherapist's view. *The Independent*, 126, 4-5.
- (1962) How to live with a sex deviate, *Sexology*, 28, 580-583.
- (1962) [Introduction.] In Maddock. *Single and pregnant* (pp. 5-7). Hollywood, CA: Genell.
- (1962) Introduction to Fanny Hill [condensed]. *Eros*, 1(3), 82-83.
- (1962) Is nudism anti-sexual?. *Eden*, 11, 6-9.
- (1962) (September). The lesbian, *Rogue*, 17-18, 28, 76.
- (1962) *Morality and therapy*. Columbia University Forum, 5(2), 47-48.
- (1962) Myths about sex compatibility. *Sexology*, 28, 652-655.
- (1962) Psychotherapy and atomic warfare. *The Realist*, 38, 1-4.
- (1962) *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart (Paperback ed., Secacus, NJ: Citadel).
- (1962) The seven year itch. *Dude*, 6, 8-10, 71-72.
- (1962) Sex and summer violence. *This Month*, 1(6), 46-52.
- (1962) Teen-age sex relations, *The Realist*, 31, 30-31.
- (1962) Twelve true versus false ideas. *Balanced Living*, 18, 140-141.
- (1962) What is normal sex behavior? *Sexology*, 28, 364-369.

1963

- (1963) (October). [with D. Susskind, A.L. Kingsolving, M. David, R. Ginsburg, H. Hefner, and M. Lerner. Banned program: The sexual revolution in America]. *Mademoiselle*, 112-113; 158-164.
- (1963) Constitutional factors in homosexuality: A reexamination of the evidence. In H. G. Beigel (Ed.). *Advances in Sex Research*, pp. 161-186. New York: Harper and Row.
- (1963) Diane David on sex. *Realist*, 42, 1-12, 16.

- (1963) Dr. Albert Ellis on fantasies during intercourse, *Liason*, 1(12), 1-6.
- (1963) [Foreword. In H. Beigel (Ed.). *Advances in sex research*.] (Pp. xi-xii.) New York: Hoeber.
- (1963) *If this be sexual heresy...* New York: Lyle Stuart (Paperback ed., New York: Tower).
- (1963) Instinct, reason, and sexual liberty. *A Way Out*, 19, 332-335.
- (1963) *The intelligent woman's guide to man-hunting*. New York: Lyle (Paperback ed., New York: Dell).
- (1963) Is the vaginal orgasm a myth? *Liaison*, 1(9), 2-4. Also in A. P. Pillay and A. Ellis (Eds.). *Sex, society and the individual* (pp. 155-162). Bombay, India: *International Journal of Sexology*.
- (1963) The myth of nymphomania, *Gent*, 7(6), 31-33, 74-80.
- (1963) A new sex code for modern Americans, *Mattachine Review*, 9(2), 4-10.
- (1963) Nudity and love, *The Independent*, 135, 3, 6.
- (1963) Orgasm and health. *A Way Out*, 19, 240-242.
- (1963) The origins and development of the incest taboo. [Bound together with E. Durkheim *Incest: The nature and origin of the taboo*.] New York: Lyle Stuart.
- (1963) (February). A psychologist looks at adultery, *Rogue*, 15-16.
- (1963) The psychology of assassination, *The Independent*, 139, 1, 4, 5. (Reprinted, New York: Institute for Rational Emotive Therapy.)
- (1963) *Rational-emotive psychotherapy*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1963) (Spring). Rational-emotive psychotherapy: A critique of three critiques. *Bulletin of the Essex County Society of Clinical Psychologists in Private Practice*, 7-11.
- (1963) *Sex and the single man*. New York: Lyle Stuart (Paperback ed., New York: Dell).
- (1963) Sex: Love or hate? *The Independent*, 131, 4-6.
- (1963) [with J. P. Pillay]. Sex, Society and the Individual. Bombay, India: *International Journal of Sexology*.
- (1963) Sick and healthy love. *The Independent*, 132, 1, 8-9: 133, 4-6.
- (1963) To thine own psychotherapeutic self be true. *Psychologists in Private Practice*, 4(1), 8.
- (1963) *To thine own therapeutic lust be true?* New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1963) Toward a more precise definition of «emotional» and «intellectual» insight. *Psychological Reports*, 13, 125-126.
- (1963) The truth about nudity and sexuality, *Bachelor*, 4(5), 18-20, 67-68.
- (1963) [with C. Rogers, F. Perls, and E. Shostrom]. *Three Approaches to Psychotherapy: Gloria*. [Film.] Corona del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- (1963) *Verbatim transcript of a recorded interview with a young male homosexual treated with rational-emotive psychotherapy*. Orlando, Florida: Academy of Psychotherapists.
- (1963) *Symposium on Therapeutic Methods with Schizophrenics*, V.A. Hospital Battle Creek Michigan, mayo 16-17.

1964

- (1964) *The essence of sexual morality*, 2(1), 20-24. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.)
- (1964) A guide to rational homosexuality, *Drum: Sex in perspective*, 4(8), 8-12.
- (1964) How to have an affair and end it with style, *Saga*, 29(1), 44-45, 89.
- (1964) How to keep boredom out of the bedroom, *Pageant*, 20(2), 14-18.
- (1964) In defense of The American Sexual Tragedy Dr. Ellis answers the charges of Dr. Levin, *Current Medical Digest*, 31, 518-522.
- (1964) [Introduction. In A. Maddaloni, *To be fully alive*.] (Pp.15-16.) New York: Horizon.
- (1964) [Introduction. In V. Morhaim *Casebook: Nymphomania*.] (Pp. 7-9.) New York: Dell.
- (1964) Is pornography harmful to children? *The Realist*, 47, 2-3.
- (1964) [with R. Wolf]. An interview with Dr. Albert Ellis, *Campus Voice*, 19, 6-11.
- (1964) Marriage counseling. In E. Harma (Ed.). *Handbook of Counseling Techniques* (pp. 147-153). New York: Pergamon.
- (1964) Must we be guilty about premarital sex?, *Modern Sex*, 1(1), 66-75.
- (1964) New dynamics in contemporary petting. *Nugget*, 9(2), 16-20. (Also in *The Search for Sexual Enjoyment*. New York: Macfadden Bartell.)

- (1964) [with E. Sagarin]. *Nymphomania: A study of the oversexed woman*. New York: Gilbert.
- (1964) [Postscript. In J. Z. Eglinton, (*pseudo*), *Greek love*.] (Pp. 429-438.) New York: Layton.
- (1964) The pressures of masculinity and femininity, *The Independent*, 143, 1,4 6-7.
- (1964) [with J. C. Weaver and W. Thomas]. Religion and moral philosophy in a manifesto [Pan Humanist Manifesto of Ralf Borsodi]. *A Way Out*, 20, 73-76.
- (1964) Should we ban war toys?, *The Realist*, 48(1), 29-31.
- (1964) Thoughts on theory versus outcome in psychotherapy. *Psychotherapy*, 1, 83-87.
- (1964) (September 10) [with C. Averit and L. Lipton]. A talk with Dr. Ellis, *Los Angeles Free Press*, 3.
- (1964) What creates sex hostility?, *Sexology*, 30, 592-594.
- (1964) Wife swapping, *The Realist*, 50, 19-20.

1965

- (1965) An answer to some objections to rational-emotive psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 2, 108-111.
- (1965) *The case for sexual liberty*. Tucson, AZ: Ray Anthony.
- (1965) [Introduction In: N. Chorier, *Dialogues of Luisa Sigee*.] (Pp. iii-xiv.) Hollywood, CA: Brandon House.
- (1965) [Introduction. In M.M. Grossack *You are not alone*.] (Pp. 15-16.) Boston: Christopher.
- (1965) [Introduction. In *Guild dictionary of homosexual terms*.] (Pp. 3-4.) Washington, D. C.: Guild.
- (1965) [Introduction. In *The love pagoda*.] (Pp. 3-8.) North Hollywood, CA: Brandon House.
- (1965) [Introduction. In P. Reage, *The story of O*.] (Pp. iiii.) North Hollywood, CA: Brandon.
- (1965) [Introduction. In K. Thornley, *Oswald*.] (Pp.5-12.) Chicago: New Classics.
- (1965) (September). Is the Myth of negro sex superiority a myth? *Fact*, pp. 1-7.
- (1965) (May) [with R. Nathan]. The legitimate pickup, *Madmoiselle*, 88, 94, 126.
- (1965) Morality and Rational Therapy [Letter to the editor], *Journal of Marriage and Family*, 19, 417.
- (1965) *Rational-emotive psychotherapy*. New York: Institute for Rational Living.
- (1965) [Review of P. E. Kronhausen, The sexually responsive woman.] *Marriage and Family Living*, 18, 101.
- (1965) [Review of R. C. Robertiello, Sexual Fulfillment and Self-Affirmation.] *Journal of Nervous and Mental Diseases*.
- (1965) Showing the patient that he is not a worthless individual, *Voices*, 1(2), 74-77. (Reprinted as *Showing clients they are not worthless individuals*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.)
- (1965) *Suppressed: Seven key essays publishers dare not print*. Chicago, IL: New Classics House.
- (1965) *Workshop in RET*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

1966

- (1966) Continuing personal growth of the psychotherapist. *The Journal of Humanistic Psychology*, 6, 156-169.
- (1966) [with J. Wolf and S. Mosley]. *How to prevent your child from becoming a neurotic adult*. New York: Crown (Paperback ed., *How to raise an emotionally healthy, happy child*. North Hollywood, CA: Wilshire).
- (1966) [Introduction. In V. Howard *Secret techniques of erotic delight*.] (Pp. i-vii.) New York: Stuart.
- (1966) New cures for frigidity. New kooky (but workable) cures for frigidity, *Cosmopolitan*, 160(1), 30-35. (Reprinted as New cures for frigidity. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1966) New kooky (but workable) cures for frigidity, *Cosmopolitan*, 160(1), 30-35. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1966) (January 18,19) [with R. Nathan]. Our soaring suiciderate. *North American Newspaper Alliance Syndicate: Long Island Press*, pp. 37, 28.
- (1966) [Preface to J. Wilmot, Earl of Rochester, *Sodom*.] (Pp. iii-ix.) North Hollywood, CA: Brandon House.
- (1966) Psychosexual and marital problems. In L.A. Pennington and I. A. Berg (Eds.). *An Introduction to Clinical Psychology* (3rd ed.), pp. 248-269. New York: Ronald Press.
- (1966) The requisites of the sexual revolution and their relation to nudism. *Sol*, 7, 30-31.
- (1966) *Rules for group psychotherapy*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

- (1966) Sex and civilization. *The Independent*, 167, 1, 8; 168, 5-6, 8.
- (1966) *Sex without guilt* (revised ed.). Paperback editions, New York: Lancer, and North Hollywood, CA: Wilshire.
- (1966) Should nonprofessional be trained to do psychotherapy? *Newsletter Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(2), 10-11.
- (1966) Some uses of the printed, written, and recorded word in psychotherapy. In L. Pearson (Ed.). *The use of written communication in psychotherapy*. (pp. 23-36). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

1967

- (1967) [with R. O. Conway]. *The art of erotic seduction*. New York: Lyle Stuart.
- (1967) Counseling adolescents with problems of sex and values. *Rational Living*, 2(1), 7-12.
- (1967) (August) [with D. Sandler and R. Liswood]. Doctors tell you the best time to love, *Pageant*, 148-154.
- (1967) Goals of psychotherapy. In A. R. Mahrer (Ed.). *The goals of psychotherapy*, pp. 206-220. New York: Macmillan.
- (1967) Masturbation by sexually isolated individuals. In R. E. L. Masters, *Sexual self-stimulation*, pp. 221-231. Los Angeles: Sherbourne.
- (1967) The new sexual freedoms. *Rogue*, 12(6), 12-13, 17, 83-85.
- (1967) Objectivism, the new religion. *Rational Living*, 2(2), 1-6.
- (1967) Psychotherapy and moral laxity. *Psychiatric Opinion*, 4(5), 18-21.
- (1967) [with H. Heffner]. Phone dialogue: The American sex revolution, *Voices*, 3, 88-97.
- (1967) Reply to D. H. Steding. *Rational Living*, 2(1), 30.
- (1967) [Review of A. Low.] Lectures to relatives of former patients. *Rational Living*, 2(2), 29-30.
- (1967) [Review of A. H. Maslow, *The Psychology of Science: A Reconnaissance*.] *Salmagundi*, 2(1), 97-101.
- (1967) [Review of W. Masters and V. Johnson, Human sexual response.] *New York State Psychologist*, 19(2), 38-39.
- (1967) [Review of E. L. Phillips and D. N. Wiener, Structure and Psychotherapy.] *Psychiatry and Social Science Review*, 1(7), 4-6.
- (1967) [Review of F. Wetham, A sign for Cain: an exploration of human violence.] *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 370, 181-182.
- (1967) (Winter). Self-acceptance and successful human Relations, Newsletter of the Institute for Marriage and friendships, 8-9.
- (1967) Should some people be labeled mentally ill? *Journal of Consulting Psychology*, 31, 435-436.
- (1967) (January 20). State's adopted 'Kinsey' reports. *Los Angeles Free Press*, 16.
- (1967) Talking to adolescents about sex. *Rational Living*, 2(1), 7-12.
- (1967) Why one out of every five wives is having an affair. *Pageant*, 23(3), 112-117.
- (1967) *Marital Counseling*. Ed. H. L. Silverman (Springfield, Illinois: Charles C. Thomas).

1968

- (1968) *Biographical information form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1968) [Discussion of C. Jackson, In praise of inadequacy.] *Voices*, 4(3), 88-89.
- (1968) Elbow room, letter to editor. *Playboy*, May, 4-5.
- (1968) Havelock Ellis. In D. Sills (Ed.). *International Encyclopedia of the Social Science* (vol. 5, pp. 25-31). New York: Macmillan.
- (1968) Fifteen ways to get more out of sex. *Sexology*, 35, 148-151.
- (1968) Homosexuality: the right to be wrong. *The Journal of Sex Research*, 4, 96-107.
- (1968) Is California more sexually liberal than other states?. *The Hippie Papers*. New York: New American, pp. 107-110.

- (1968) (January). Is psychoanalysis harmful?. *Psychiatric Opinion*, 5(1), 16-24. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1968) Let's change our marriage system! *Sexology*, 34(7), 436-439.
- (1968) Objectivism, the new religion, Part II. *Rational Living*, 3(1), 12-19.
- (1968) A rational approach to interpretation. In E. Hammer (Ed.). *Use of Interpretation in Treatment* (pp. 232-239). New York: Grune and Stratton. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1968) [Review of A. S. Neill, Freedom-Not License!] *Rational Living*, 3(1), 35-36.
- (1968) Sex and revolution. *Modern Utopian*, 2(5), 3.
- (1968) Sex and the young adult. *Twenty five*, 1(1), 36-39, 50-52.
- (1968) A sexologist looks at sexual love, *The Independent*, 184, 5; 186, 1, 4, 6; 188, 7-8.
- (1968) Sexual manifestations of emotionally disturbed behavior. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 376, 96-105.
- (1968) Sexual promiscuity in America, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 378, 58-67.
- (1968) What really causes psychotherapeutic change? *Voices*, 4(2), 90-97. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.)

1969

- (1969) Are you secretly afraid of being touched? *Pageant Magazine*, 10(4), 132-137.
- (1969) Cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*, 8, 896-900.
- (1969) [Comments on C.H. Patterson's Current view of client-centered or relationship therapy.] *Counseling Psychologist*, 1(2), 37-42 (1954).
- (1969) Emotional education in the classroom: the Living School. *School, Health Review*, November, 19-22.
- (1969) Emotional problems of the young adult. In Forest Hospital Foundation (Ed.). *The young adult* (pp. 83-102). Des Plaines, IL: Forest Hospital Foundation. (Also in 1971, *Rational Living*, 52(2), 2-11.)
- (1969) *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1969) Healthy and disturbed reasons for having extramarital relations. In G. Neubeck (Ed.). *Extramarital relations* (153-161). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (1969) How to increase sexual enjoyment in marriage. In B. N. Ard and C. Ard (Eds.). *Handbook of marriage counseling* (pp. 375-378). Palo Alto, CA: Science and Behavior.
- (1969) *How to participate effectively in a marathon weekend of marital encounter* (Rev. ed.). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1969) Introduction. In I. R. O'Conner *The photographic manual of sexual intercourse* (pp. 9-13). New York: Pent-R.
- (1969) (May 11) Mothers are too good for their own good. *Boston Sunday Globe Magazine* [Syndicated article], pp. 26-30.
- (1969) Rational-emotive psychotherapy, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1, 82-90. (Also in *Explorations*, 17, 5-12.)
- (1969) Rational-emotive theology? *Rational Living*, 4(1), 9-14.
- (1969) Rational-emotive therapy, *Explorations*, 17, 5-16.
- (1969) Rationality in sexual morality. *Humanist*, 29(5), 17-21. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1969) [Review of F. Perls, Ego, hunger, and aggression: The beginning of Gestalt therapy.] *Catholic World*, 210 (1255), 36-38.
- (1969) [Review of J. Peterson, and M. Mercer, Adultery for Adults.] *Psychology Today*, 3(2), 12-62.
- (1969) Sex, frustration and aggression, *Rogue*, 18, 27-30.
- (1969) *Sex, sanity and psychotherapy*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- (1969) *Suggested procedures for a weekend of rational encounter*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1969) (November). Teaching emotional education in the classroom, *School Health Review*, 10-13.
- (1969) Toward the understanding of youthful rebellion. In R. Frank (Ed.). *A Search for the Meaning of the*

- Generation Gap* (pp. 85-111). San Diego, CA: San Diego Country Department of Education.
- (1969) [with D. Mace]. The use of sex in human life: A dialogue. *The Journal of Sex Research*, February 1969, 5(1), 41-49.
- (1969) A weekend of rational encounter. *Rational Living*, 4(2), 1-8. Reprinted in A. Ellis and W. Dryden (Eds.). *The practice of REBT* (pp. 180-191). New York: Springer.
- (1969) What else is new? Me! *Voices*, 5(3), 33-35.
- (1969) Where can we go from here?. *Psychology Today*, 2(8), 38.

1970

- (1970) [with J. Baez, J. Campbell, and P. Goodman]. *The authentic man: A symposium*. *Humanist*, 30(1), 19-26.
- (1970) The case against religion. *Mensa Bulletin*, 38, 5-6. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1970) The cognitive element in experiential and relationship psychotherapy. *Existential Psychiatry*, 7(28), 35-52.
- (1970) Ellis on Kinsey: Part I. *Penthouse*, 2(4), 115-121.
- (1970) The emerging counselor. *Conseiller Canadien*, 4(2), 99-105.
- (1970) Frigidity. In P. Gillette (Ed.). *The Layman's Explanation of Sexual Inadequacy*, pp. 192-209. New York: Award.
- (1970) [with J. Henderson, D. Murray, and R. Seidenberg]. *Four psychotherapies*. (Cassette recording.) Salt lake City, UT: American Academy of Psychotherapists Tape Library.
- (1970) Group marriage: A possible alternative? In H.A. Otto (Ed.). *The Family in Search of a Future*, pp. 85-97. New York: Meredith.
- (1970) Humanism, values, rationality, in tribute to Alfred Adler on his 100th birthday. *Journal of Individual Psychology*, 26(1), 11-12.
- (1970) Introduction. In P. Guillelte. *The big answer book about sex* (pp. v-x). New York: Award.
- (1970) *Rational-emotive psychotherapy*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1970) [Review of N. Branden, The psychology of self esteem.] *Rational Living*, 4(2), 31.
- (1970) Sex and the family. In I. A. Falk (Ed.). *Prophecy for the Year 2000* (pp. 176-178). New York: Messner.
- (1965) Sex and violence in society, *Independent*, 157, 1,4,6.
- (1970) The sexual criminal. *Penthouse*, 1, 83-86, 93.
- (1970) What you should know about the sensuous man. *Coronet*, 8(10), 18-24.

1971

- (1971) The case for sexual latitude. In H. Hart (Ed.). *Sexual Latitude: For and Against*, pp. 67-83. New York: Hart. (Reprinted, New York: Rational-Emotive Therapy.)
- (1971) [Critique of A. DiLoreto's Comparative psychotherapy.] In A. DiLoreto (Ed.). *Comparative psychotherapy: An experimental analysis*. (pp. 213-221). Chicago: Aldine-Atherton.
- (1971) [with D. Casriel]. Debate: Albert Ellis vs. Daniel Casriel on anger. *Rational Living*, 6(2), 2-21.
- (1971) Ego! Sex and the great I am. *Penthouse*, 3(1), 66-67.
- (1971) Ellis on Kinsey: Part 2: The other side of Kinsey. *Penthouse*, 2(5), 71-73.
- (1971) Emotional disturbance and its treatment in a nutshell. *Canadian Counselor*, 5(3), 168-171. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.)
- (1971) An experiment in emotional education. *Educational Technology*, 11(7), 61-63. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.)
- (1971) Fifteen ways to get more out of sex. *Sexology*, 38, 4-7.
- (1971) [with B. N. Ard, H. J. Geis, J. M. Gullo, P. A. Hauck, and M. C. Maultsby]. *Growth through reason*. Palo Alto, CA: Science and Behavior (Paperback ed., North Hollywood, CA: Wilshire).
- (1971) *Homework report*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1971) Is there any cure for nymphomania? *Sexual Behavior*, 1(5), 13-14.
- (1971) Penthouse casebook: Me, myself, and I, *Penthouse*, 3(1), 66-67.

- (1971) [with P. Lehman]. Practical applications of rational-emotive technique. *Rational Living*, 6(2), 36-38.
- (1971) *Rational-emotive therapy and its application to emotional education*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- (1971) (Fall). Rational-emotive treatment of impotence, frigidity and other sexual problems, *Professional Psychology*, 346-349.
- (1971) Reason and emotion in the individual psychology of Adler. *Journal of Individual Psychology*, 27(1), 50-64.
- (1971) [Review of A. A. Lazarus, Behavior therapy and beyond.] *Behavior Therapy*, 2, 300-302.
- (1971) The role of coital positions in sexual relations. *Sexual Behavior*, 1(4), 12-13.
- (1971) Sex without guilt. In D. L. Grummon and A.M. Barclay (Eds.). *Sexuality, a search for perspective* (pp. 226-255). New York: Van Nostrand Reinhold.
- (1971) Sexual adventuring and personality growth. In H. Otto, *The New Sexuality* (pp. 94-108). Palo Alto, CA: Science and Behavior. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1971) Sexual problems of the young adult. *Rational Living*, 5(2), 2-11.

1972

- (1972) *The a-b-c's of rational-emotive therapy*, New York: Institute for Rational Living.
- (1972) *The a-b-c's of rational sensitivity. Executive Leadership: A Rational Approach*. New York: Citadel (Paperback edition, New York: Institute for Rational Emotive Therapy).
- (1972) Answer to question on aggression by M. R. Eldestein, *Rational Living*, 7(1), 12-13.
- (1972) Barriers to sexual spontaneity. *Forum*, 1(9), 12-16.
- (1972) *The civilized couples' guide to extramarital adventure*. New York: Widen (Paperback ed., New York: Pinnacle).
- (1972) The contribution of psychotherapy to school psychology. *School Psychology Digest*, Spring, 6-9.
- (1972) Effectiveness of telephone interviews with rational emotive therapy trained patients, *Daily Living*, 1(4), 13-15.
- (1972) Emotional education in the classroom: The Living School, *Journal of Clinical and Child Psychology*, 1(3), 1922.
- (1972) *Executive leadership: The Rational-emotive approach*. New York: Institute for Rational-emotive Therapy.
- (1972) Helping people get better rather than merely feel better. *Rational Living*, 7(2), 2-9.
- (1972) How does an affair affect a marriage? It all hinges on the guilt quotient, *Sexual Behavior*, 2(9), 48-49.
- (1972) *How to master your fear of flying*. New York: Curtis.
- (1972) Humanistic psychotherapy: A revolutionary approach, *Humanist*, 32(1), 24-28. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1972) Instant therapy for erotic hangups. *Penthouse*, 3(6), 48-52 (1970). Intellectual fascism, *Journal of Human Relations*, 18(1), 700-709.
- (1972) Is there any difference between «vaginal» and «clitoral» orgasm? *Sexual Behavior*, 2(3), 42.
- (1972) [with J. Gullo]. *Murder and assassination*. New York: Lyle Stuart.
- (1972) Philosophy and rational-emotive therapy, *Counseling and Values*, 16, 158-161.
- (1972) Psychotherapy and the value of a human being. In J. W. Davis (Ed.). *Value and valuation: Axiological studies in honor of Robert S. Hartman*, pp. 117-139. Knoxville, TN: University of Tennessee. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1972) Psychotherapy without tears. In A. Burton (Ed.). *Twelve therapists*, pp. 103-126. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- (1972) Rational-emotive psychotherapy: A comprehensive approach to therapy. In G. D. Goldman and M.S. Milman (Eds.). *Innovations in Psychotherapy*. (pp. 147-163). Springfield, IL.: Charles C. Thomas.
- (1972) (December). Rebuttal of my supposed views on gay liberation. In L. Smith (Ed.). *Rebuttal, Harper's Bazaar*, 123.
- (1972) [Review of H. Hart, The Complete Immortalia.] *Rational Living*, 7(2), 38.
- (1972) [Review of E. Shostrom, Caring relationship inventory.] In O. Buros (Ed.). *Seventh Mental Measurements Yearbook*, pp. 560-561. New Brunswick, NJ: Gryphon.
- (1972) [Review of A. Senoussi, Sexual development scale for females.] In O. Buros, *The Seventh Mental*

- Measurements Yearbook* (pp. 958-959). Highland Park, NJ: Gryphon.
- (1972) (January). A revolutionary approach. *Humanist*, 25-27.
- (1972) Sexperts—do we really need them? *Forum*, 1(4), 6-9.
- (1972) Sexual spontaneity. *Forum*, 1(9), 12-15.
- (1972) *Suggested procedures for a fourteen-hour marathon for regular group therapy clients*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1972) What kinds of reinforcement can cognitive-behavior therapists receive from B. F. Skinner? *Behavior Therapy*, 3(2), 263-274.
- (1972) (May). Why can't I bring myself to kiss a woman when I want to very much? *Sexual Behavior*, 7.
- (1972) Why I am opposed to censorship of pornography. *Osteopathic Physician*, 39(10), 40-41.

1973

- (1973) [Afterword. In L. Casler, *Is marriage necessary?*] (pp. 181-184). New York: Human Sciences.
- (1973) Albert Ellis' rationality score, *Rational Living*, 8(2), 31.
- (1973) Are cognitive behavior therapy and rational therapy synonymous?, *Rational Living*, 8(2), 8-11.
- (1973) Autobiography. In M. M. Ohlsen (Ed.). *Counseling children in groups* (pp. 79-80). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- (1973) Can there be a rational concept of healthy personality? *The Counseling Psychologist*, 4(2), 45-48.
- (1973) Cognitive therapy: Some theoretical origins and therapeutic implications. *International Mental Health Research Newsletter*, 15(2), 12-16.
- (1973) (Winter). [Comment on Judge Tyler's Decision to Cut the Throat of Deep Throat.] *Clinical Social Work Journal*, 1(3).
- (1973) [Commentary on «The bisexual».] *Humanist*, 33(4), 18-19.
- (1973) Definition of rational-emotive therapy. In B. B. Wolman (Ed.). *Dictionary of behavioral science*. (pp. 716). New York: Van Nostrand Reinhold.
- (1973) [with J. M. Whitley]. *A demonstration with an elementary school child*. [Film.] Arlington, VA: American Association for Counseling and Development.
- (1973) [with J. M. Whitley]. *A demonstration with a woman fearful of expressing emotions*. [Film.] Arlington, VA: American Association for Counseling and Development.
- (1973) [with J. M. Whitley]. *A demonstration with a young divorced woman*. [Film.] Arlington, VA: American Association for Counseling and Development.
- (1973) Emotional education at the Living School. In M. M. Ohlsen (Ed.). *Counseling Children in Groups*, pp. 79-94. Reprinted: New York: Institute for Rational-emotive Therapy.
- (1973) How to experiment in bed. *Sexology*, 39(12), 6-10.
- (1973) *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1973) *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian (Paperback ed., New York: McGraw-Hill).
- (1973) [with C. Shorkey]. *Human sexuality concepts*. [Videotape.] Austin, TX: Audio-Visual Resource Center, University of Texas.
- (1973) Introduction. In W. Emmett, *I love the person you were meant to be*. New York: Warner.
- (1973) (May). Is transpersonal psychology humanistic?, *Newsletter Association for Humanistic Psychology*, 10-13.
- (1973) Mad people may eat improperly—but a good diet won't cure them! *Sexual Behavior*, 3(3), 8.
- (1973) My philosophy of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 6(1), 13-18. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.)
- (1973) The no cop-out therapy, *Psychology Today*, 7(2), 56-62.
- (1973) [with D. Riesman, D. Viscott, T. S. Szasz, L. B. Ames, E. J. Lieberman]. The psychological fallout [of Watergate]: How other professionals see it. *Today's Health*, 51(8), 19, 64-66.
- (1973) Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.). *Current Psychotherapies* (pp. 167-206). Itasca, IL: Peacock.
- (1973) Rational-emotive therapy. In R. M. Jurjevich (Ed.). *Direct Psychotherapies* (vol. 1, pp. 295-327). Miami,

FL: University of Miami.

- (1973) *Rational-emotive therapy: A comprehensive approach to personality change* (2 cassettes). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1973) [Review of W. Kaufman, *Without Guilt and Justice: From Decidophobia to Autonomy*.] *Rational Living*, 8(2), 34.
- (1973) [Review of S. Neiger, *Overcoming sexual inadequacy*.] *Journal of Sex Research*, 9, 270-271.
- (1973) [Review of O. S. Rachleff, *The occult conceit: a new look at astrology, witchcraft, and sorcery*.] *Rational Living*, 8(2), 36.
- (1973) [Review of E. Shostrom and J. Kavanaugh *Between man and woman: the dynamics of intersexual relationships*.] *Rational Living*, 8(1), 43.
- (1973) [Review of D. Wargo, *Growth Through Reason*.] *Psychotherapy*, 10, 362-363.
- (1973) Sexual mores a quarter of a century from now. *Psychiatric Opinion*, 10(3), 17-21.
- (1973) So verlangere ich meine erektion [So prolonged is my erection], *Animus*, 8, 8-9.
- (1973) Toward a new humanist manifesto. *The Humanist*, 33(1), 17-18.
- (1973) *Twenty-five ways to stop downing yourself*. (Cassette recording.) Phila., PA: American Academy of Psychotherapists Tape Library.
- (1973) *Twenty-five ways to stop worrying*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1973) Unhealthy love: its causes and treatment. In M. E. Curtin (Ed.). *Symposium on Love*, pp. 175-197. New York: *Behavioral Publications*, 1973. Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy.
- (1973) What does transpersonal psychology have to offer to the art and science of psychotherapy? *Rational Living*, 8(1), 20-28.

1974

- (1974) Albert's answers. *The Stoic*, 1(1), 2.
- (1974) Barnum was right! or why supposedly intelligent people believe in exorcism, astrology, tarot card reading, and other unmitigated claptrap. *Rational Living*, 9(2), 2-6.
- (1974) Cognitive aspects of abreactive therapy. *Voices*, 10(1), 48-56. (Reprinted, New York: Institute for Rational Emotive Therapy.)
- (1974) *Cognitive-behavior therapy*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1974) [with G. Clanton]. A conversation with Albert Ellis, *Alternative Life-Styles*, 2, 243-253.
- (1974) *Demonstration of rational-emotive therapy*. (Cassette recording.) Saratoga, CA: Cognetics.
- (1974) *A demonstration with a woman fearful of expressing emotions*. [Videotape.] New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1974) *Disputing irrational beliefs*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1974) [with H. Greenwald, V. Satir and A. Seagull]. *Dealing with sexual material*. (Cassette recording.) Orlando, FL: American Academy of Psychotherapists.
- (1974) [with S. Moore]. Dr. Albert Ellis in his own words: 'Sex is the worst reason to marry—or divorce', *People Weekly*, 1(4), 28-31.
- (1974) The education and training of a rational-emotive therapist, *Voices*, 10(3), 35-38.
- (1974) [Epilogue. In M. F. Martino (Ed.). *Sex and the intelligent woman*.] (Pp. 266-286.) New York: Springer.
- (1974) Experience and rationality: The making of a rational emotive therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 11, 194-198.
- (1974) [Foreword. In J. M. Lembo, *Help yourself*.] (Pp. viixii.) Niles, IL: Argus.
- (1974) [Foreword. In D. Goodman and M. C. Maultsby, Jr. *Emotional well-being through rational behavior training*.] (Pp. 5-6.) Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- (1974) [Foreword. In D.G. Tosi, *Youth: toward personal growth*.] (Pp. iii-iv.) Columbus, Ohio: Merrill.
- (1974) Introduction. In E. Garcia and N. Pellegrin. *Homer the homely houndog*. (Pp. iii.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1974) [Introductory remarks to symposium on human sexuality, A. Ellis, Chair.] *Proceedings of International Congress of Medical Sexology*, Paris, pp. 1-3.
- (1974) Is nudity anti-sexual? *Ace Annual*, 16, 44, 66.

- (1974) [with R. A. Harper]. *Interview with Dr. Albert Ellis*. (Cassette recording.) Salt Lake City, UT: American Academy of Psychotherapists.
- (1974) [with P. A. Hauck]. *Overcoming Frustration and Anger*. Philadelphia, PA: Westminster.
- (1974) Questions and answers on patients' problems: Is there an appropriate length of time for foreplay? *Medical Tribune*, 15(35), 24-25.
- (1974) (March). A Rational Voice. *American Academy Psychotherapists Newsletter*, 4.
- (1974) Rational-emotive theory: Albert Ellis. In A. Burton (Ed.). *Operational Theories of Personality*. (pp. 308-344). New York: Brunner/Mazel.
- (1974) Rational-emotive therapy: A few corrections, *Humanist*, 34(5), 35-36.
- (1974) Rational-emotive therapy revisited. *Professional Psychology*, 5, 111.
- (1974) *Rational living in an irrational world*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1974) A rational voice. *American Academy of Psychotherapists Newsletter*, 3, 1.
- (1974) [Review of G. C. Davison and J.M. Neale, *Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Approach*.] *Rational Living*, 9(2), 41.
- (1974) [Review of H. Greenwald, *Decision Therapy*.] *Psychoanalytic Review*, 61, 486-487.
- (1974) [Review of S. Parker, *Emotional common sense: how to avoid self-destructiveness*.] *Contemporary Psychology*, 19, 307-308.
- (1974) *Techniques for disputing irrational beliefs (DIBS)*, New York: Institute for Rational Living.
- (1974) The treatment of sex and love problems in women. In V. Franks and V. Burtle (Eds.). *Women in Therapy*. (Pp. 284-306.) New York: Brunner/Mazel.
- (1974) [with M. C. Maultsby, Jr.]. *Techniques for using rational-emotive imagery (REI)*. New York: Institute for Rational Living.
- (1974) What rational-emotive therapy is and is not. *Counselor Education and Supervision*, 14, 140-144.
- (1974) Rational-Emotive Group Therapy, *Rational Living*, 1974, 15-22.

1975

- (1975) Albert's answers. *The Stoic*, 2, 2.
- (1975) Bibliography [of articles and books by Albert Ellis]. In H. Mosak and B. Mosak, *A bibliography for Adlerian psychology*, pp. 88-99. Washington: Hemisphere, and New York: Wiley.
- (1975) [Comments on Frank's *The limits of humanism*.] *The Humanist*, 35(5), 43-45.
- (1975) Controversial Issues. In K. T. Morris and K. M. Cinnamon. *Controversial Issues in Human Relations Training Groups*. (Pp. 3-4, 22-21, 30-31, 42-43, 52-53, 63-65, 73-74, 82-84, 93-94, 100-101, 107-110.) Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- (1975) Creative joy and happiness: The humanistic way. *Humanist*, 35(10), 11-13.
- (1975) *Demonstration with a family*. [Videotape.] New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1975) *Demonstration with woman with sexual and weight problems*. [Videotape.] New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1975) Do sex deviants have a redipus complex? [Review of M. J. Goldstein, S. Kant, and J. Hartman. *Pornography and sexual deviance*.] *Contemporary Psychology*, 20, 621-622.
- (1975) Does rational-emotive therapy seem deep enough? *Rational Living*, 10(2), 11-14. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1975) [with H. Greenwald, V. Satir and A. Seagull]. *Dealing with sexual material*. (Cassette recording.) SALT Lake City, UT: American Academy of Psychotherapists Tape Library.
- (1975) [Foreword. In V. A. Church *Behavior, law and remedies*.] (Pp. vii-viii.) Dubuque, IA: Kendall and Hunt.
- (1975) [Foreword. In M. C. Maultsby, Jr. *Help yourself to happiness*.] (Pp. ix-xiv.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1975) [Foreword. In K. T. Morris and H. M. Kanitz, *Rational emotive therapy*.] (Pp. vii-viii.) Boston, MA: Houghton Mifflin.
- (1975) [with R. A. Harper]. *A (new) guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- (1975) How might I best turn one of my new year's resolutions into a practiced commitment? *The Stoic*, 3, 2.
- (1975) *How to be happy though mated*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

- (1975) How to get along with neurotics without going crazy yourself. *Glamour*, 73(9), 194-195, 210, 216.
- (1975) *How to live with a neurotic: At home and at work*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- (1975) *How to live with a neurotic*. (Rev. ed.) New York: Crown. (Paperback edition North Hollywood, CA: Wilshire.)
- (1975) An informal history of sex therapy. *Counseling Psychologist*, 5(1), 9-13.
- (1975) *Life without any kind of magic*. (Cassette recording.) Orlando, FL: American Academy of Psychotherapists.
- (1975) Minimizing irrational proto-thinking. *Journal of the International Academy of Preventive Medicine*, 2(4), 38-40.
- (1975) Myths and other sexual nonsense you can forget right now. *Brides*, 42(2), 120-121, 124.
- (1975) [with R. A. Harper]. *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall (Paperback edition: North Hollywood, CA: Wilshire).
- (1975) [with K. Morris]. The Perls perversion. *Personnel Guidance Journal*, 54, 91-93.
- (1975) A rational approach to leadership. In R. N. Cassel and R. L. Helchberger (Eds.). *Leadership Development: Theory and Practice* (pp. 22-54). North Quincy, MA.: Christopher.
- (1975) The rational-emotive approach to sex therapy. *Counseling Psychologist*, 5(1), 14-22. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1975) Rational-emotive psychotherapy: In D. Banister (Ed.) *Issues and Approaches in Psychological Therapies* (pp. 163-186). New York: Wiley.
- (1975) *RET and assertiveness training*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1975) Rational-emotive therapy abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 13, 343-348. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1975) Rational-emotive therapy and the school counselor. *The School Counselor*, 22, 236-242.
- (1975) *Rational-emotive therapy: Four interviews*. (Cassette recording.) Salt Lake City, UT: American Academy of Psychotherapists Tape Library.
- (1975) [Review of Depression: A reincarnation.] *Contemporary Psychology*, 20(3), 221-222.
- (1975) [Review of M. J. Goldstein, S. Kant, and J. Hartman. Pornography and sexual deviance.] *Contemporary Psychology*, 20, 621-622.
- (1975) [Review of J. L. Shelton and J. M. Ackerman. Homework in counseling and psychotherapy.] *Behavior Therapy*, 6, 582-583.
- (1975) *RET group therapy demonstration*. (Videotape.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1975) You and your fantasy on film. *Gallery*, 5(6), 95-97.

1976

- (1976) (September). After Masters and Johnson: Where is sex research going? *Village Voice*, 32.
- (1976) Answering a critique of rational-emotive therapy, *Canadian counselor*, 10, 56-59.
- (1976) Basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. T. Beck's. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities, pp. 356.
- (1976) The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1976) Books on marriage. *Voices*, 2(3), 83-85.
- (1976) *The certification of sex therapists*. (Cassette recording.) Baltimore, MD: Hallmark Films.
- (1976) *Conquering low frustration tolerance*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1976) *Dealing with conflicts in parent-child relationships*. [Videotape.] Austin, TX: Audio-Visual Resource Center, School of Social Work, University of Texas.
- (1976) Hazards in practicing RET: An answer. *Rational Living*, 11(1), 19-23.
- (1976) Healthy and unhealthy aggression, *Humanitas*, 12(2), 239-254. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1976) How I made the success trip. In R. Firestone (Ed.). *The success trip* (pp. 7-8, 102, 108-109, 149-151, 167, 248, 255, 279, 280). Chicago: Playboy.
- (1976) The influence of therapists' image of humans upon their therapeutic approach. *Rational Living*, 11(2), 2-

- 7.
- (1976) A message from Albert Ellis, Ph.D. *Newsletter American Association for Sex Educators*, 8(3), 6.
- (1976) Nobody need feel ashamed or guilty about anything. In S. Kopp (Ed.). *The naked therapist* (pp. 59-72). San Diego, CA: Edits.
- (1976) (Speaker). *Rational-emotive psychotherapy applied to groups* (Film.) Washington, D. C.: American Association for Counseling and Development.
- (1976) (Speaker). *Rational-emotive therapy with individuals and groups* (Videotape.) Austin, TX: Audio-visual Resource Center, University of Texas.
- (1976) [with D. Block]. *The pros and cons of extramarital sexual relationships*. (Cassette recording.) Logan, UT: American Association of Marriage and Family Counselors.
- (1976) [with J. Barry and K. Heiser]. Questions, issues, and comments regarding continuing education for consulting psychologists. *Newsletter for Division of Consulting Psychologists of the American Psychology Association*, 28(1), 27-52.
- (1976) Rational-emotive psychotherapy: In W. S. Sahakian (Ed.). *Psychotherapy and Counseling*. (2nd ed., pp. 272-285) Chicago, IL: Rand McNally.
- (1976) [Review of M. I. Friedman, Rational Behavior: An Explanation of Behavior that is especially human.] *Rational Living*, 11(1), 39.
- (1976) [Review of M. R. Goldfried and G. C. Davison, Clinical Behavior Therapy]. *Rational Living*, 11(1), 38-39.
- (1976) [Review of R. A. Harper, The New Psychotherapies.] *Rational Living*, 11 (1), 38.
- (1976) [Review of R. M. Jurjevich, The Hoax of Freudism: A study of brainwashing the American professionals and laymen.] *Psychotherapy Bulletin*, 9(1), 19-20.
- (1976) [Review of D. H. Lolson Treating relationships.] *Rational Living*, 11(1), 38.
- (1976) *Sex and the liberated man*. Secacus, NJ: Lyle Stuart.
- (1976) *Sex differences*. New Dawn, 1(3), 83-87.
- (1976) Techniques of handling anger in marriage. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 2, 305-316.

1977

- (1977) Achieving emotional health. In W. R. Johnson (Ed.). *Human Health and Action* (pp. 110-147). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- (1977) *Anger-how to live with and without it*. Secacus, NJ: Citadel.
- (1977) Becoming more becoming by coming. [Review of J. Heiman, L. LoPiccolo, and J. LoPiccolo, Becoming orgasmic: A sexual growth program for women.] *Contemporary Psychology*, 22, 763-764.
- (1977) Can we change thoughts by reinforcement? A reply to Howard Rachlin. *Behavior Therapy*, 8, 666-672.
- (1977) Certification for sex therapists. In R. Genne and C. Wheeler (Eds.). *Progress in Sexology*, pp. 251-258. New York: Plenum.
- (1977) Characteristics of psychotic and borderline individuals. In A. Ellis and R. Grieger (Eds.). *Handbook of Rational-emotive Therapy* (pp. 177-186). New York: Springer.
- (1977) [Comments on C. Curran Values revisited.] *Voices*, 13(3), 26-28.
- (1977) [Comments on R. A. Harper, RET's place and influence in contemporary psychotherapy.] In J. L. Wolfe and E. Brand (Eds.) *Twenty years of Rational-emotive therapy* (pp. 48-51). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1977) *Conquering the dire need for love*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1977) Creative marriage. *Love*, 1(7), 15-20.
- (1977) *Dealing with sexuality and intimacy*. (Cassette recording.) New York: BMA Audio Cassettes.
- (1977) Does the sex of the RET counselor affect the efficacy of RET procedures? *Stoic*, 5, 3.
- (1977) [Foreword. In B. L. Little *This will drive you sane*.] (Pp. iii-vii.) Minneapolis, MN: Compcare.
- (1977) Fun as psychotherapy, *Rational Living*, 12(1), 2-6. (Also: Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.) (Original Symposium APA, 1976)
- (1977) *A Garland of Rational Songs*. (Cassette recording and songbook.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

- (1977) (June). Getting shrunk: Then and now. *Village Voice*, 31.
- (1977) (July). Getting shrunk: Then and now, reply to editor. *Village Voice*, 6.
- (1977) How to be efficient though humanistic, *Dawnpoint*, 1(1), 38-47.
- (1977) *How to live with —and without— anger*. New York: Reader's Digest. (Paperback ed., Anger: How to live with and without it. Secacus, NJ: Citadel).
- (1977) [with R. Grieger] (Eds.). *Handbook of rational-emotive therapy* (vol. 1). New York: Springer.
- (1977) In memory of Paul Frisch. *American Academy Psychotherapist's News*, November, 5.
- (1977) Intimacy in psychotherapy. *Rational Living*, 12(2), 13-19.
- (1977) Introduction. In D. Abelow *Total sex* (pp. ix-xxv). New York: Ace.
- (1977) [with W. Knaus]. *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy (Paperback ed., New York: New American Library).
- (1977) (June). Question: What was the absolute worst mistake you ever made in your entire life? *Extra*, 8.
- (1977) Rational Love Songs. *Emphasis*, 14(2), 19.
- (1977) Reinforcing and punishing thoughts. *Behavior Therapy*, 8, 659-665.
- (1977) Religious belief in the United States today. *Humanist*, 37(2), 38-41.
- (1977) Review of Individual education, *Journal of Individual Psychology*, 33(2a), 391-396.
- (1977) Skill training in counseling and psychotherapy. *Canadian Counsellor*, 12(1), 30-35.
- (1977) Why «scientific» professionals believe mystical nonsense. *Psychiatric Opinion*, 14(2), 27-30.

1978

- (1978) *Albert Ellis on rational-emotive therapy: The development of his theories and practice and the application of his procedures*. (Cassette recording.) New York: Harper and Row Audio Colloquies.
- (1978) Atheism: A cure for neurosis. *American atheist*, 20(3), 10-13.
- (1978) [with E. Abrahms]. *Brief psychotherapy and crisis intervention; Relationship breakups; Disasters; Job loss/retirement; Betrayal; Terrorism; Fatal illnesses* (6 cassette recordings). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1978) [with E. Abrahms]. *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer.
- (1978) *Cognitive methods of sex therapy*. (Cassette recording.) Washington: American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists.
- (1978) Critical reaction to personal mastery group counseling. *Journal for Specialists in Group Work*, 3, 160-164.
- (1978) *Dealing with conflicts in parent-child relationships*. [Videotape.] Austin, TX: Audio-Visual Resource Center, University of Texas.
- (1978) *Dealing with sexuality and intimacy*. (Cassette recording.) New York: BMA Audio Cassettes.
- (1978) [with E. Abrahms]. *Dialogues on RET* (2 cassette recordings). New York: Psychotherapy Tape library.
- (1978) Feedback: A genius for lousing up. *Wharton Magazine*, 2(3), 72.
- (1978) [Foreword. In DeMartino, *Human autoerotic practices*.] (Pp. 9-18.) New York: Human Sciences.
- (1978) *I'd like to stop, but ... Dealing with addictions*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1978) *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- (1978) Is cognitive-behavior modification sufficiently cognitive? *Contemporary Psychology*, 23, 736-737.
- (1978) The male as sex object. *Playgirl*, 6(1), 47-51.
- (1978) Personality characteristics of rational-emotive therapists and other kinds of therapists. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 329-332.
- (1978) The problem of achieving scientific cognitive-behavior therapy. *Counseling Psychologist*, 7(3), 21-23. (Also in C. E. Thoresen (Ed.). *The Behavior Therapist*, pp. 42-46. Monterey, CA: Brooks-Cole.)
- (1978) A rational approach to divorce problems. In S. M. Goetz (Ed.). *Breaking Asunder: Before, During and After Divorce* (pp. 42-46). Greenvale, N.Y: Post Center, Long Island University.
- (1978) A rational-emotive approach to family therapy. Part I: Cognitive therapy. *Rational Living*, 13(2), 15-19. (Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.)
- (1978) 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.
- (1978) Rational-emotive guidance. In L. E. Arnold *Helping Parents Help Their Children* (pp. 91-101). New York:

Brunner/Mazel.

- (1978) Rational-emotive therapy and self-help therapy. *Rational Living*, 13, 2-9.
- (1978) [Review of D. Meichenbaum, Cognitive-behavior modification: An integrative approach.] *Contemporary Psychology*, 23, 736-737.
- (1978) [Review of G. Sholevar, Changing sexual values and the family.] *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(1), 152.
- (1978) [Review of S. Walen, N. Hauserman and P. Lavin, Clinical guide to behavior therapy.] *Rational Living*, 13(1), 37.
- (1978) Self-help and sex therapy, *Sexual Medicine Today*, 2(11), 34.
- (1978) Sex magazines as vehicles for sex education, *Humanist*, 38(6), 47-48.
- (1978) Sexual violence. *Penthouse*, 1(8), 83-86, 96.
- (1978) So-called alienation of sex in America. *Psychiatric Opinion*, 15(2), 25-27.
- (1978) Solving your sex problems the rational-emotive way. *Interaction*, 6(2), 1-5, 6(3), 1,4-5.
- (1978) Swinging and affairs: Their place in marriage. In D. S. Milman and G. D. Goldman (Eds.). *Man and Woman in Transition*. (pp. 141-161). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- (1978) Toward a theory of personality. In R. Corsini. *Readings in Current Personality Theories*. (pp. 298-311). Itasca, IL: Peacock.
- (1978) [with Abrahams]. *Use of rational-emotive therapy*. (Cassette recording. Glendale, CA: Audio-Digest Foundation and American Psychiatric Association.
- (1978) [with J. Marcano]. *Un psicólogo puertorriqueño entrevista a Albert Ellis*. San Juan, PR: Taller de Comunicaciones.
- (1978) [with J. Wolfe]. The vaginal-clitoral orgasm controversy re-examined. In H. A. Otto (Ed.). *The new sex education* (pp. 313-324). Chicago, IL: Association Press and Follet.
- (1978) *What people can do for themselves to cope with stress*. In C. L. Cooper and R. Payne (Eds.). *Stress At Work* (209-222). New York: Wiley.
- (1978) *A comprehensive Bibliography of materials on rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy*. New York: Institute for Rational Living.

1979

- (1979) (December). Accepting men the way they are. *Cosmopolitan*, 32.
- (1979) The biological basis of human irrationality: A reply to McBurnett and La Pointe. *Individual Psychology*, 35(1), 111-116.
- (1979) [with J. Marmor, H. Kaplan, J. Wolpe and C. Socarides]. Can homosexuals change in fourteen days? Differing perspectives on Masters and Johnson. *Behavioral Medicine*, 6(6), 23-25.
- (1979) Dialogue and quotations on sex and masturbation. In B. Avedon (Ed.). *Ah men!* (pp. 43-46, 62-65). New York: A and W.
- (1979) Differing perspectives on Masters and Johnson. *Behavioral Medicine*, 6, 23-25.
- (1979) Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I) *Rational Living*, 14(2), 3-8.
- (1979) *Discomfort Anxiety: A New Construct in Cognitive Behavior Therapy*. (Cassette recording.) New York: BMA Audio Cassettes and Association for Advancement of Behavior Therapy.
- (1979) [Foreword to F. Macnab, *Change*.] Pp. v-vii. Melbourne, Australia: Hill of Content.
- (1979) The history of cognition in psychotherapy. In A. Freeman, K. M. Simon, I. E. Beutler and H. Aronowitz (Eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. (pp. 5-19). New York: Plenum.
- (1979) Is rational-emotive therapy stoical, humanistic or spiritual? *Journal of Humanistic Psychology*, 19(3), 89-92.
- (1979) The issue of force and energy in behavioral change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10(2), 83-79.
- (1979) Negative linking of RET to positive thinking. *Contemporary Psychology*, 24, 1058-1059.
- (1979) A note on the treatment of agoraphobia with cognitive modification versus prolonged exposure, *Behavior Research and Therapy*, 17, 162-164.
- (1979) On Joseph Wolpe's espousal of cognitive-behavior therapy. *American Psychologist*, 34, 98-99.
- (1979) The rational-emotive approach to counseling. In H. M. Burkes, Jr. and B. Steffle (Eds.). *Theories of*

- Counseling*. (3rd ed. , pp. 172-219). New York: McGraw-Hill.
- (1979) A rational-emotive approach to family therapy. Part II: Emotive and behavioral therapy. *Rational Living*, 14(1), 23-27.
- (1979) Rational-emotive psychotherapy: In W. S. Sahakian *Psychopathology Today* (2nd ed. , pp. 439-448). Itasca, Ill. Peacock.
- (1979) Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. In A. Ellis and J. M. Whiteley (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 101-173). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- (1979) The practice of rational-emotive therapy. In A. Ellis and J. M. Whiteley (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 61-100). Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- (1979) Rejoinder: Elegant and inelegant RET. In A. Ellis and J. M. Whiteley (Eds.). *Theoretical and empirical foundations of RET* (pp. 240-267). New York: Brunner.
- (1979) [Review of K. C. Meiselman, *Incest: A Psychological Study of cause and effects with treatment recommendations*.] *Society*, 16(6), 87-88.
- (1979) [Review of L. Small, *The briefer psychotherapies*.] *Contemporary Psychology*, 24(12).
- (1979) A reviewer sees familiar landmarks in E/R therapy. *Patient Care*, 13(14), 100-101.
- (1979) Sex and the liberated man. In G. D. Goldman and D. S. Milman (Eds.). *Modern Man* (pp. 69-104). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- (1979) The sex offender. In H. Toch (Ed.). *Psychology of Crime and Criminal Justice*. (pp. 405-426). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- (1979) The untired rational-emotive therapist. *Voices*, 15(2), 34-35.

1980

- (1980) [Comment on M. Gottesfeld, «When the therapist wants to terminate: from pessimism to the grotesque in therapy».] *Voices*, 16(2), 16-17.
- (1980) *The control of stress in everyday living*. (Cassette recording). Hauppauge, NY: Alison Audio.
- (1980) Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part II). *Rational Living*, 15(1), 25-30.
- (1980) [Foreword. In L. Losoney, *You can Do It!*] (Pp. xiii-xvi.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (1980) [Foreword. In R. A. and R. L. Wessler. *The principles and practice of rational-emotive therapy*.] Pp. ix-xii. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- (1980) An overview of the clinical theory of rational-emotive therapy. In R. Grieger and J. Boyd (Eds.). *Rational-Emotive Therapy: A Skills-Based Approach*, pp. 1-31. New York: Van Nostrand and Reinhold.
- (1980) Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's Psychotherapy and Religious Values, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639.
- (1980) Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- (1980) [Review of E. S. Gomberg and V. Franks, *Gender and disordered behavior: Sex differences in psychopathology*.] *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 94.
- (1980) (Dec). Sex in the 80's. *Penthouse Variations*, 6-7.
- (1980) (October). Sexual abuse by therapists, *The NOW NY Woman*, 3.
- (1980) Some cognitive additions to Eysenck's The Conditioning Model of Neurosis, *Behavior and Brain Sciences*, 3, 459-482.
- (1980) [with R. Wessler]. Supervision in rational-emotive therapy. In A. Hess. *Psychotherapy supervision* (pp. 181-191). New York: Wiley.
- (1980) The treatment of erectile dysfunction. In S. R. Leiblum and L. A. Pervin (Eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*. (pp. 240-258). New York: Guilford.
- (1980) The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 16(4), 19-26. Also in W. F. Fry and W. A. Salamed (Eds.). *Handbook of humor in psychotherapy: Advances in the clinical use of humor* (pp. 265-287). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- (1980) [with S. G. Weinrach]. Unconventional therapist: Albert Ellis, *Personnel and Guidance Journal*, 59, 152-160.
- (1980) The value of efficiency in psychotherapy, *Psychotherapy*, 17, 414-419. Reprinted in A. Ellis and W.

- Dryden (1990). *The essential Albert Ellis* (pp. 237-247). New York: Springer.
- (1980) 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.

1981

- (1981) [with A. Lazarus, S. Gordon, C. Franks, P. Russianoff, R. Diekestra, H. Greenwald, and R. Harper]. *Albert Ellis «Roast»* (2 cassette recordings). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1981) Dr. Albert Ellis' list of 21 irrational beliefs that lead to sex problems and disturbances. In A. B. Gerber (Ed.). *The Book of Sex Lists* (pp. 46-48). Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- (1981) *The intelligent person's guide to dating and mating*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1981) Is RET ethically untenable or inconsistent? A reply to Paul E. Meehl. *Rational Living*, 16(1), 10-11.
- (1981) The place of Immanuel Kant in cognitive psychotherapy. *Rational Living*, 16(2), 13-16.
- (1981) The rational-emotive approach to thanatology. In H. V. Sobel (Eds.). *Behavior Therapy in Terminal Care* (pp. 151-176). Cambridge, MA: Ballinger.
- (1981) [Review of H. S. Kaplan, Disorders of sexual desire.] *Archives of Sexual Behavior*, 10, 395-397.
- (1981) The seven most frequent sex problems. *The Book of Sex Lists* (pp. 45-48). Secaucus, New Jersey: Lyle Stuart.
- (1981) Teoria e prassi della RET [The theory and practice of rational-emotive therapy]. In A. F. Guidano and M. A. Reda (Eds.). *Cognitivismo e Psicoterapia* (pp. 219-237). Milano, Italy: Franco Angeli.
- (1981) (August). Why some women can't find the right man. *Beauty Digest*, 10-13.
- (1981) *New Developments in rational-emotive therapy*. Address given at the First European Conference on the Cognitive-Behavioral Therapies, Lisbon, Portugal.

1982

- (1982) Albert Ellis' list of the greatest Jewish psychotherapists. In R. Landeu, *The Book of Jewish Lists* (pp. 191-193). New York: Stein and Day.
- (1982) Becoming self-directed: Notes from Albert Ellis' workshop. In: T. Orlick, J. T. Partington, and J. H. Salmela (Eds.). *Mental Health for Coaches and Athletes*, pp. 37-42. Ottawa: Coaching Association of Canada.
- (1982) [Comment. In V. deFoggia and L. Murray (Eds.). How much is too much sex?] *Forum*, 12(3), 52.
- (1982) Dream watch. *Penthouse*, 13(5), 167-170; 13(6), 159-162; 13(7), 155-159; 13(8), 151-154; 13(9), 153-156; 13(10), 155-158; 13(11), 155-158; 13(12), 149-152.
- (1982) [with I. Becker]. *A guide to personal happiness*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- (1982) The honesty of Laura perls and the basic dishonesty of Gestalt therapy, *Voices*, 18(2), 49-50.
- (1982) If you're constantly angry and resentful... *Woman*, 3(3), 48-49.
- (1982) Intimacy in rational-emotive therapy. In M. Fisher and G. Striker (Eds.). *Intimacy*. New York: Plenum.
- (1982) Must most psychotherapists remain as incompetent as they now are? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 13(1), 17-28.
- (1982) Psychoneurosis and anxiety problems. In R. Grieger and I. Z. Grieger (Eds.). *Cognition and emotional disturbance* (pp. 17-45). New York: Human Sciences.
- (1982) *Rational-emotive therapy: A documentary film featuring Dr. Albert Ellis*. (Film.) Champaign, IL: Research.
- (1982) A re-appraisal of rational-emotive therapy's theoretical foundations and therapeutic methods: A reply to Eschenroeder. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 393-398.
- (1982) [Review of P. Schiller, The Sex Profession: What Sex Therapy can do.] *Journal of Sex Research*, 18(10), 84.
- (1982) Self-direction in sport and life, *Rational Living*, 17(10), 26-33. (Also in T. Orlick, J. T. Partington, and J. H. Salmela. *Mental Health for Coaches and Athletes*. Ottawa: Coaching Association of Canada.)

- (1982) The treatment of alcohol and drug abuse: A rational emotive approach. *Rational Living*, 17(2), 15-24.
- (1982) When you find you can't live without him: what to do when you become attached to an ineligible male. *Complete Woman*, 2(5), 59-61.
- (1982) Rational-emotive family therapy. In A. M. Horne and M. M. Olsen (eds.). *Family counseling and therapy* (pp. 302-328). Itasca, IL: Peacock.
- (1982) 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.

1983

- 1983) (June). Albert Ellis' opinion, *American Academy of Psychotherapists Newsletter*, 2.
- (1983) (September). Al responds to Allyn, *American Academy of Psychotherapists Newsletter*, 2.
- (1983) *The case against religiosity*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1983) [Comment on Erika Wick, Psychotherapy focus: Old and new.] *Voices*, 18(4), 40-41.
- (1983) [with R. Wessler]. *Conversations with Albert Ellis* (2 videotapes). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1983) Dream watch, *Penthouse*, 14(1), 145-148; 14(2), 149-152; 14(3), 159-162; 14(4), 169-172; 14(5), 171-174; 14(6), 145-148.
- (1983) Failures in rational-emotive therapy. In E. B. Foa and P. M. G. Emmelkamp (Eds.). *Failures in Behavior Therapy*, pp. 159-171. New York: Wiley.
- (1983) The future of rational-emotive therapy (RET). *I'Act Rationally, News and Views*, February, 2-4.
- (1983) How to deal with your most difficult client-you. *Journal of Rational-emotive Therapy*, 1(1), 2-8. (Also in: *Psychotherapy in private practice*, 1984, 2(1), 25-35.)
- (1983) How to take advantage of being single at your age. *Woman*, 4(1), 32-33.
- (1983) [with P. Krassner and R. A. Wilson]. An Impolite Interview with Albert Ellis. *Realist*, 16, 1, 9-14; 17, 7-12. (Reprinted, New York: Institute for Rational-emotive Therapy).
- (1983) The origins of rational-emotive therapy (RET). *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 18(4), 29-33.
- (1983) [with M. E. Bernard]. An overview of rational-emotive approaches to the problems of childhood. In A. Ellis and M. E. Bernard (Eds.). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*, pp. 3-43. New York: Plenum.
- (1983) The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, and W. Jaffe (eds.). *Perspectives on Behavior Therapy in the Eighties*, pp. 138-151. New York: Springer.
- (1983) Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance. 1: Common forms of resistance. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 28-38.
- (1983) Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance. 2: How RET disputes clients' irrational, resistance-creating beliefs. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 1-16.
- (1983) [Review of E. Wick's Psychotherapy Focus: Old and New.] *Voices*, 18(4), 40-41.
- (1983) [with R. Wessler]. Supervision in counseling: Rational emotive therapy. *Counseling Psychologist*, 11(1), 43-49.
- (1983) Two's company, three's a crowd. In R. L. Spitzer, A. E. Skodol, M. Gibbon, and J. B. Williams, *Psychopathology: a Casebook* (pp. 99-104). New York: McGraw-Hill.
- (1983) (speaker) *Twenty-two ways to brighten your love life*. (Cassette Recording.) New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- (1983) My philosophy of work and love. *Psychoterapy in Private Practice*, 1(1), 43-49.

1984

- (1984) Autocontrol: El método de la Terapia Racional Emotiva [Self-control: The rational-emotive therapy method]. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 3, 35-43.

- (1984) [Comment on Gearhart's The counselor in a nuclear war: A rationale for awareness and action.] *Journal of Counseling and Development*, 63, 75-76.
- (1984) Curing hyperbole. *APA Monitor*, 15(7), 5.
- (1984) Current Psychotherapies. In R. J. Corsini (Ed.). *Encyclopedia of Psychology* (pp. 339-341). New York: Wiley.
- (1984) The essence of RET. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2(1), 19-25. (Also foreword: Introduction to W. Dryden's *Rational emotive Therapy: Fundamentals and Innovations*, pp. vii-xxvi. London: Croom Helm.)
- (1984) [Foreword. In M. E. Bernard and M. R. Joyce. *Rational emotive therapy with children and adolescents* (pp. ix-x). New York: Wiley.
- (1984) [Foreword. In L. L. Sank and C. S. Shaffer (Eds.). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*.] (Pp. vii-ix.) New York: Plenum.
- (1984) *How to maintain and enhance your rational-emotive therapy gains*. New York: The Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1984) Introduction. In H. S. Young. The work of Howard S. Young (Edited by W. Dryden). *British Journal of Cognitive Psychotherapy, Special issue*, 2(2), 1-5.
- (1984) Maintenance and generalization in rational-emotive therapy (RET). *The Cognitive Behaviorist*, 6(1), 2-4.
- (1984) The place of meditation in cognitive-behavior therapy and rational-emotive therapy. In D. H. Shapiro and R. N. Walsh (Eds.). *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 671-673). New York: Aldine.
- (1984) Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.). *Current Psychotherapies* (revised). Itasca, IL: Peacock.
- (1984) Rational-emotive therapy (RET) and pastoral counseling: A reply to Richard Wessler. *Personnel and Guidance Journal*, 12, 266-267.
- (1984) Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance. 3: Using emotive and behavioral techniques of overcoming resistance. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2(1), 11-26.
- (1984) [Review of W. Dryden, *Rational-Emotive Therapy: Fundamentals and Innovations*.] *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2 (10), 36.
- (1984) Treating the abrasive client with rational-emotive therapy (RET). *The Psychotherapy Patient*, 1(1), 21-25.
- (1984) The use of hypnosis with RET. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 3(3), 15-22.
- (1984) Is the unified-interactions approach to cognitive-behavior modification a reinvention of wheel? *Clinical Psychological review*, 4, 215-218.

1985

- (1985) Anxiety about anxiety. The use of hypnosis with Rational-Emotive Therapy. In E. T. Dowd and J. M. Healey (Eds.). *Case studies in hypnotherapy* (pp. 3-11). New York: Guilford. (Reprinted in A. Ellis and W. Dryden, *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.) (Eds.). *Progress in Clinical Psychology* (vol. 1, pp. 467-480). New York: Grune and Stratton.
- (1985) Approaches to overcoming resistance. 4: Handling special kinds of clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(1), 26-42.
- (1985) Cognition and affect in emotional disturbance. *American Psychologist*, 40, 471-472.
- (1985) Conceptual thinking and the criminal personality. *Journal of Counseling and Development*, 63, 589.
- (1985) *Conversation hour with Albert Ellis*. (Cassette recording.) Garden Grove, CA: Infomedix.
- (1985) [Critique of D. B. Wile's critique of Albert Ellis' method of cognitive restructuring in couple's therapy.] *British Journal of Cognitive Therapy*, 3(1), 81-83.
- (1985) [with M. E. Bernard (Eds.)]. *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum.
- (1985) [with W. Dryden]. Dilemmas in giving warmth or love to clients: An interview with Albert Ellis. In W. Dryden. *Therapists' dilemmas* (pp. 5-16). London: Harper and Row.
- (1985) [with P. Dell, G. Steinfeld, and J. Grunebaum]. *Ethical issues in family therapy: Accountability, awareness, advocacy*. (Cassette recording.) Highland, IN: Creative Audio.
- (1985) [with M. Goulding]. *Evolution of rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy*. (Cassette recording.) Garde.
- (1985) Expanding the ABCs of RET. In M. Mahoney and A. Freeman (Eds.). *Cognition and Psychotherapy* (pp. 313-323). New York: Plenum. (Also in 1984, *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2(2), 20-24.)
- (1985) [Foreword. In H. H. Barrish and I. J. Barrish *Managing parental anger: The coping parent series* (pp. v-

- vi). Shawnee Mission, KS: Overland.
- (1985) Free will and determinism: a second story. *Journal of Counseling and Development*, 64, 286.
- (1985) *A guide to personal happiness*. (Cassette recording.) Washington, D. C.: Psychology Today Tapes.
- (1985) [with R. Goulding, S. Minuchin, and Z. Moreno]. *Group, Individual, or family therapy*. (Cassette recording.) Garden Grove, CA: Infomedia.
- (1985) Horney credited by Non-Freudians. *New York State Psychologist* 37(1), 28-29.
- (1985) Intellectual fascism. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 3(1), 3-12.
- (1985) Jealousy: Its etiology and treatment. In D. G. Goldberg (Ed.). *Contemporary Marriage: Special Issue in Couples Therapy*, pp. 420-438. Homewood, IL: Dorsey.
- (1985) Love and its problems. In A. Ellis and M. E. Bernard *Clinical applications of rational-emotive therapy*. (pp. 32-53). New York: Forum.
- (1985) *The mind of addiction*. (Cassette recording.) Van Nuys, CA: On-site Tape Services and Institute for Integral Development.
- (1985) [with D. Tascher and L. McGehee]. *Manual for RET/EAP workshop*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1985) *Overcoming resistance: RET with difficult clients*. New York: Springer.
- (1985) A rational-emotive approach to acceptance and its relationship to EAPs. In S. H. Klarreich, J. L. Francek, and C. E. More (Eds.). *The Human Resources Management Handbook: Principles and Practice of Employee Assistance Programs* (pp. 325-333). New York: Praeger.
- (1985) Rational-emotive therapy. In T. Husen and T. N. Postlethwaite (Eds.). *International Encyclopedia of Education* (pp. 4189-4190). Oxford, England: Pergamon.
- (1985) Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance. 4: Handling special kinds of clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(1), 26-42.
- (1985) The RET Theory of Irrational Beliefs and Inappropriate Feelings. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(2), 84-86.
- (1985) Why Alcoholics Anonymous is probably doing more harm than good by its insistence on a Higher Power (Review of Alcoholics Anonymous, Third Edition). *Employee Assistance Quarterly*, 1(1), 95-97.

1986

- (1986) (April) Awards for Distinguished Professional Contributions: 1985. *American Psychologist*, 41, 380-397.
- (1986) [Comment on Gloria.] *Psychotherapy*, 23, 647-648.
- (1986) [Comments on the evolution of psychotherapy conference.] *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 239-241.
- (1986) Do some religious beliefs help create emotional disturbance? *Psychotherapy in Private Practice*, 4, 101-106.
- (1986) Effective self-assertion. (Cassette recording.) Washington, D. C.: Psychology Today Tapes.
- (1986) Fanaticism that may lead to a nuclear holocaust: the contributions of scientific counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 65, 146-151.
- (1986) [with R. Grieger] (Eds.). *Handbook of rational-emotive therapy* (vol. 2). New York: Springer.
- (1986) Rational-emotive therapy: A case presentation. In I. L. Kutash and A. Wolf (Eds.). *Psychotherapist's Casebook: Theory and Technique in the practice of modern therapies*. (pp. 277-287). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- (1986) Rational-emotive therapy applied to relationship therapy. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 4, 4-21.
- (1986) Rational Way to sell. *Personal Selling Power*, 6(5), 16-18.
- (1986) [Review of M. Wiener. Cognitive-experiential therapy.] *Journal of Reviews and Commentary in Mental Health*, 1(3), 29.

1987

- (1987) Cognitive Therapy and Rational-Emotive Therapy: A Dialogue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An*

- International Quarterly*, 1(4), 205-255.
- (1987) [with J. Young, and G. Lockwood]. Cognitive therapy and rational-emotive therapy: A dialogue, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(4), 137-187.
- (1987) The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive-behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. (pp. 107-132). New York: Brunner/Mazel.
- (1987) The impossibility of achieving consistently good mental health. *American Psychologist*, 42, 364-375.
- (1987) Integrative Developments in Rational-Emotive Therapy, *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 470-479.
- (1987) Rational-emotive therapy: An update. In W. Dryden's. *Current issues in Rational-Emotive Therapy* (pp. 1-45). London: Croom Helm.
- (1987) [Reply to Parker on Fanaticism and Absolutism.] *Journal of Counseling and Development*, 66, 156-157.
- (1987) [with W. Dryden]. Rational-emotive therapy: An excellent counseling theory for NPs. *Nurse Practitioner*, 12(7), 16-37.
- (1987) A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 121-146.
- (1987) Self-control: the rational-emotive therapy method. *Southern Psychologist*, 3(1), 9-12.
- (1987) Speaking out on AIDS. *The Humanist*, 47(4), 23.
- (1987) Testament of a humanist. *Free Inquiry*, 7(2), 21.
- (1987) Treating the bored client with Rational-Emotive therapy. *The Psychotherapy Patient*, 3, 75-86.

1988

- (1988) Albert Ellis responds. *Free Inquiry*, 9(1), 63.
- (1988) Are there «rationalist» and «constructivist» camps of the cognitive therapies? A response to Michael Mahoney. *The Cognitive Behaviorist*, 10, 13-17.
- (1988) (Fall). Ask Dr. Ellis. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6(3), 196-200.
- (1988) Can we legitimately evaluate ourselves? A reply to Robert C. Roberts. *Psychotherapy*, 25(2).
- (1988) How to live with a neurotic man. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 6, 129-136.
- (1988) *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything—yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- (1988) The Shortcomings of Spiritual Healing. *California Journal of Rational Recovery* 1(2), 3-4.
- (1988) *The Treatment of Borderline and Psychotic Individuals*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1988) *Unconditionally accepting yourself/others*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational emotive Therapy.

1989

- (1989) Albert Ellis. «At Least Three Errors.» In Hattler, J. A. and Blau, D. *The Imperfect Therapist* (pp. 114-116). San Francisco: Jossey-Bass.
- (1989) [Comments on my critics.] In M. E. Bernard and R. DiGiuseppe (Eds.). *Inside rational-emotive therapy*, pp. 199-233. San Diego, CA: Academic.
- (1989) [Comments on S. Warnock's Rational-Emotive Therapy and the Christian Client.] *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 7, 275-277.
- (1989) Countering perfectionism in research on clinical practice I: Surveying rationality changes after a single intensive RET intervention. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Therapy*, 7(4).
- (1989) [with J. L. Sichel, R. C. Leaf, and R. Mass]. Countering perfectionism in research on clinical practice: Surveying rationality changes after a single intensive RET intervention. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 7, 197-218.
- (1989) A dictionary of Rational-Emotive Feelings and Behaviors. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 1, 3-28.

- (1989) [Foreword to DiSalvo *Beyond Revolutions: On Becoming a Cybernetic Epistemologist*.] (Pp. xi-xii.) New York: Vantage.
- (1989) Four Decades of Experience with the Media. *Psychotherapy in Private Practice*, 7, 47-54.
- (1989) *Overcoming the influence of the past*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1989) (September). Re-examining Freud. *Psychology Today*, 50.
- (1989) The Road to happiness lies in accepting that we are responsible for our own happiness. *Boardroom Reports*, 18(17), 13-14.
- (1989) The Silver Anniversary. *Voices*, 25 (1) and (2), 154-155.
- (1989) Thoughts on supervising counselors and therapists. *Psychology* 26, 3-5. Also in: *Assoc. for Counselor Education Newsletter*, Summer 1986, 3-5.
- (1989) Using Rational-Emotive Therapy as Crisis Intervention: A Single Session with a Suicidal Client. *Individual Psychology*, 45 (1) and (2), 75-81.
- (1989) [with R. Yeager]. *Why some therapies don't work: The dangers of transpersonal psychology*. Buffalo, NY: Prometheus.
- (1989) [with J. Sichel, R. Yeager, D. DiMattia, R. DiGiuseppe]. *Rational Emotive Couples Therapy*, NY: Pergamon Press.
- (1989) Ineffective consumerism in the cognitive-behavior therapies and in general psychotherapy. In W. Dryden and P. Trower (Eds.). *Cognitive psychotherapy: stasis and change*. London: Cassell.

1990

- (1990) *Albert Ellis live at the Learning Annex*, 2 cassettes. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- (1990) Albert Ellis: My life in Clinical Psychology. In C. E. Walker (Ed.). *History of clinical psychology in autobiography*. Vol. 1 (pp. 1-37). Homewood, IL: Dorsey.
- (1990) [Comment on A competence paradigm for psychological practice.] *American Psychologist*, 45, 783-784.
- (1990) [Commentary on The Status of Sex Research: An assessment of the Sexual Revolution.] *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 3(1), 5-18.
- (1990) Communication Apprehension and Rational Emotive Therapy: An Interview with Dr. Albert Ellis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(2), 203-210.
- (1990) The courage to grow old. In P. L. Berman, (Ed.). *The courage to grow old*, pp. 131-136. New York: Ballantine.
- (1990) Divine Intervention and the treatment of chemical dependency. *Journal of Substance Abuse*, 2, 459-468.
- (1990) Does Ellis's Rational-Emotive Therapy constitute a humanistic therapy? Interview by Alec Duncan-Grant, *Changes*, 8, 130-138.
- (1990) The Ellis-Tisdale Dialogue: Transpersonal Psychology. *Interest Group Newsletter*, 9, 4-12.
- (1990) [with W. Dryden]. *The essential Albert Ellis*. New York: Springer.
- (1990) In praise of phone therapy. *American Psychological Association Monitor*, 20(5), 3.
- (1990) Is Rational-Emotive Therapy «Rationalist» or «Constructivist»? In A. Ellis and W. Dryden. *The Essential Albert Ellis*, pp. 114-141. New York: Springer.
- (1990) Is rational-emotive therapy a humanistic therapy? A reply to Duncan-Grant. *Changes*, 8(2), 139-145.
- (1990) Let's Not Ignore Individuality. *American Psychologist*, 45, 781.
- (1990) Living with Diabetes. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8(1), 21-39.
- (1990) Rational and irrational beliefs in counseling psychology. *Journal of Rational-emotive and Cognitive behavioral Theories*.
- (1990) Rational-emotive therapy. In J. K. Zieg and W. M. Munion (Eds.). *What is psychotherapy: Contemporary perspectives* (pp. 146-151). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- (1990) Rational-emotive therapy. In I. L. Kutash and A. Wolf (Eds.). *The group psychotherapist's handbook: Contemporary Theory and Technique* (pp. 298-315). New York: Columbia University.
- (1990) [Reply to the Critics of Divine Intervention and the Treatment of Chemical Dependency.] *Journal of Substance Abuse*, 2, 489-494.
- (1990) [Reply to Len Sperry's Recent Developments in Psychoanalysis.] *North American Society of Adlerian Psychology Newsletter*, 23(5), 4.

- (1990) [Reply to Walsh of Transpersonal Psychology.] *Journal of Counseling and Development*, 68, 344-345.
- (1990) Rumors about my anti-homosexual views: A reply to Kristin Gay Esterberg. *The Journal of Sex Research*, 27(4), 645-646.
- (1990) So, what makes me tick? In D. Sharpe. *So what makes you tick?* (pp. 96-97). Berkeley, CA: Ten Speed.
- (1990) Special features of Rational-Emotive Therapy. In W. Dryden and R. DiGiuseppe. *A Primer of Rational Emotive Therapy*. (pp. 79-93). Champaign, IL: Research Press.
- (1990) Treating the widowed client with Rational-Emotive therapy. *Psychotherapy Patient*, 6(3), 105-111.

1991

- (1991) The ABC's of RET. *The Humanist*, 51(1), 19-49.
- (1991) Achieving self-actualization. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(5), 1-18. (Reprinted: New York: Institute for Rational Emotive Therapy.)
- (1991) Are all methods of counseling and psychotherapy equally effective? *New York State Association for Counseling and Development Journal*, 6(2), 9-13.
- (1991) [with L. Lega]. The case study of Donald Green's treatment by Rational-Emotive Therapy. In R. J. Corsini and contributors: *Five Therapists and one client*. Peacock: Itasca, IL.
- (1991) *Cognitive aspects of abreactive therapy reviewed*. New York: Institute for Rational-emotive Therapy.
- (1991) Counseling in the classroom. Interview with Albert Ellis. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(4).
- (1991) [with W. Dryden]. *A dialogue with Albert Ellis: Against dogma*. Milton Keynes, England: Open University.
- (1991) How can psychological treatment aim to be briefer and better? The Rational-Emotive approach to brief therapy. In K. N. Anchor (Ed.). *The Handbook of Medical Psychotherapy*, pp. 51-88. Toronto: Hografe and Huber. Also in J. K. Zeig and S. G. Guilligan (Eds.). *Brief Therapy: Myths, methods and metaphors*, pp. 291-302. New York: Brunner/Mazel.
- (1991) How to fix the empty self. *American Psychologist*, 46(5), 539-540.
- (1991) *How to get along with difficult people*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1991) *How to refuse to be angry, vindictive, and unforgiving*. (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1991) *Humanism and psychotherapy: A revolutionary approach* (rev. ed.). New York: Institute for Rational-emotive Therapy original publication, 1972.
- (1991) The philosophic basis of Rational-Emotive Therapy (RET). *Psychotherapy in Private Practice*, 8(4), 97-106.
- (1991) *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Albert Ellis Institute.
- (1991) Rational-emotive family therapy. In A. M. Horne and J. L. Passmore (Eds.). *Family Counseling and therapy* (pp. 403-434). Itasca, IL: Peacock.
- (1991) [with L. Lega]. Rational-Emotive Therapy: A case study. In R. Corsini (Ed.). *Five Therapists and One Client*. Itasca, IL: Peacock.
- (1991) Rationale und irrationaleideeninder Klinischen Psychologie. *Zertschrift fur Rational-emotive therapie and Kognitiveverhaltenstherapie*, 2(2), 5-23.
- (1991) Rationality, self-regard and the «healthiness» of personality disorders. *Journal of Rational-emotive and Cognitive-behavior therapy*, 9(1).
- (1991) Reminiscences of My Psychology Days at City College. In L. Nyman (Eds.). *Reminiscences of City College days*. New York: Psychology Department, City College of New York.
- (1991) The Revised ABC's of Rational Emotive Therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172. (Also in J. Zeig. *The evolution of psychotherapy: The second conference* [pp. 79-99]. New York: Brown.)
- (1991) The revised documents of rational-emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- (1991) Suggestibility, irrational beliefs, and emotional disturbance. *Human Suggestibility*. 309-325.
- (1991) Using RET effectively: Reflections and interview. In M. E. Bernard (Ed.). *Using RET effectively* (pp. 1-

- 33). New York: Plenum.
- (1991) [with P. Hunter]. *Why am I always broke?* New York: Carol.
- (1991) and D. DiMattia. *Self-Management: Strategies for Personal Success*, NY, Institute for Rational-Emotive Therapy.

1992

- (1992) Are gays and lesbians emotionally disturbed? *The Humanist*, 52 (5), 33-35.
- (1992) [with M. Abrams and L. Dengelegi]. *The art and science of rational eating*. New York: Barricade.
- (1992) Brief Therapy: The Rational-Emotive method. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, and S. Fieman (Eds.). *The first session in brief therapy*, pp. 36-58. New York: Guilford.
- (1992) «Cherchez le 'should'! Cherchez Le 'must'! Une entrevue avec Albert Ellis, l'initiateur de la méthode émotivo rationnelle. *Confrontation*, 14, 3-12.
- (1992) Do I really hold that religiousness is irrational and equivalent to emotional disturbance. *American Psychologist*, 47, 428-429.
- (1992) Does psychotherapy need a soul? Response. *Psychotherapy and its discontents*, 212-220.
- (1992) [Foreword to P. Hauck, *Overcoming the rating game*.] (Pp. 1-4.) Louisville, KY: Westminster/John Knox.
- (1992) Group Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 63-80.
- (1992) My current views on Rational-emotive therapy and religiousness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior therapy*, 10, 37-40.
- (1992) Rational-Emotive approaches to peace, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly*, 6, 79-104.
- (1992) [Response to G. Edwards' Does Psychotherapy need a soul? In W. Dryden and C. Feltham (Eds.). *Psychotherapy and its discontents*.] (Pp. 212-220.) Buckingham, England: Open University.
- (1992) [Review of W. Dryden Rational-Emotive Counselling in Action.] *British Journal of Guidance and Counselling*, 20, 119.
- (1992) Therapists' most influential books, *Voice*, 28, 85.
- (1992) What are sexual «perversions»? *The Humanist*, 52 (3), 35.
- (1992) [with E. Velten]. *When AA doesn't work for you: Rational steps for quitting alcohol*. New York: Barricade.
- (1992) Rational-Emotive Therapy Approaches the Problems of Achieving and Maintaining Peace, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, n. ° 6.

1993

- (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT), *Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- (1993) [with L. Lega]. Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual*, 1, 101-110.
- (1993) *Coping with the suicide of a loved one*. (Videocassette.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1993) [with L. Lega]. Diferencias transculturales en el uso de algunas técnicas de terapia racional-emotiva: Ejercicios para atacar la vergüenza. *Psicología Conductual*, 1, 283-288.
- (1993) Fundamentals of rational-emotive therapy for the 1990s. In W. Dryden and L. K. Hill (Eds.). *Innovations in rational-emotive therapy* (pp. 1-32). Newbury Park, CA: Sage.
- (1993) General semantics and rational-emotive behavior therapy. *Bulletin of General Semantics*, 58, 12-28. (Also in P. D. Johnston, D. D. Bourland, and J. Klein (Eds.). *More E-prime* (pp. 213-240). Concord, CA: International Society for General Semantics.
- (1993) *How to be a perfect non-perfectionist* (Cassette recording.) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1993) *Living fully and in balance: This isn't a dress rehearsal —This is it!* (Cassette recording.) New York:

Institute for Rational-Emotive Therapy.

- (1993) Rational emotive imagery: RET version. In M. E. Bernard and J. L. Wolfe *The RET resource book for practitioners*. New York: Institute for RET.
- (1993) RET and hypnosis. In J. W. Rhue, S. J. Lynn, and I. Kirsh. *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 173-186). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- (1993) *RET approach to brief therapy* (2 cassette recordings). Phoenix, AZ: Milton Erickson Foundation.
- (1993) The RET approach to marriage and family therapy. *Family Journal: Counseling and therapy for couples and families*, 1, 292-307.
- (1993) Vigorous RET disputing. In M. E. Bernard and J. L. Wolfe (Eds.). *The RET resource book for practitioners* (pp. 117). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1993) [with DiGiuseppe]. Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? *Cognitive Therapy and Research*, 17, 471-477.

1994

- (1994) [with H. Robb]. Acceptance in rational-emotive therapy. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette and M. J. Dougher (Eds.). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 91-102). Reno, NV: Context.
- (1994) [with R. DiGiuseppe]. *Dealing with addictions*. [Videotape.] New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (1994) [Foreword to P. D. Johnston, D. D. Bourland, Jr. y J. Klein (Eds.). *More E-prime*.] (Pp. xiii-xviii.) Concord, CA: International Society for General Semantics.
- (1994) [with M. Abrahams]. *How to cope with a fatal disease*. New York: Barricade.
- (1994) [with A. Lange]. *How to keep people from pushing your buttons*. New York: Carol.
- (1994) Life in a box [review of D. W. Bjork B. F. Skinner: *A life*]. *Readings*, 9(4), 16-21.
- (1994) Radical Behavioral Treatment of Private Events: A Response to Michael Dougher, *Behavior Therapist*, 17, 219-221.
- (1994) REBT approaches to obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 12, 121-141.
- (1994) *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. New York: Birch Lane and NY: Kensington.

1995

- (1995) (March 6). Dogmatic religion doesn't help, it hurts. *Insight in the News*, 20-22.

1997

- (1997) [with C. Tafrate]. *How to control your anger before it controls you*. New York: Kensington.
- (1997) [with W. Dryden]. *The practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer.
- (1997) [with L. Lega and V. Caballo]. *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- (1997) «Responses to criticisms of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) by Ray DiGiuseppe, Frank Bond, Windy Dryden, Steve Weinrach and Richard Wessler.» *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 14.
- (1997) Must masturbation and demandingness lead to emotional disorders? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 95-98.
- (1997) Postmodern ethics for active-directive counseling and psychotherapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 18, 211-225.

1998

- (1998) [with S. Blau] (Eds.). *The Albert Ellis Reader*. New York: Kensington.
- (1998) [with E. Velten]. *Optimal Aging: Get Over Getting Older*. Chicago: Open Court.
- (1998) [with V. Gordon, M. Neeman and S. Palmer]. *Stress counseling*. New York: Springer.
- (1998) and S. Blau, Rational Emotive Behavior Therapy, *Directions in Clinical and Counseling Psychology*, 8(4).
- (1998) and MacLaren, C. *Rational emotive Behavior Therapy: A therapist's guide*. Atascadero, CA: Impact Publishers.

1999

- (1999) *How to make yourself happy and remarkably less disturbable*. Atascadero, CA: Impact.
- (1999) *Rational Emotive Behavior Therapy Diminishes Much of the Human Ego*. New York: Albert Ellis Institute.

2000

- (2000) *How to control your anxiety before it controls you*. New York: Citadel
- (2000) *How to maintain and enhance your rational-emotive therapy gains* (Rev. ed.). New York: The Institute for Rational-Emotive Therapy.
- (2000) [with T. Crawford]. *Making intimate connections*. Atascadero, CA: Impact.
- (2000) Spiritual goals and spirited values in psychotherapy, *Journal of Individual Psychology*, 36, 279-284.
- (2000) Rational Emotive Behavior Therapy. In R. V. Corsini and D. Wedding (Eds.). *Current psychotherapies* (pp. 168-204). Itasca, IL: Peacock.

2001

- (2001) *Feeling better; getting better; staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- (2001) *How to stop destroying your relationships*. New York: Citadel.
- (2001) *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors*. Amherst, NY: Prometheus.
- (2001) [with L. Lega]. Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) in the new millennium: A cross-cultural approach, *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapies*, 19(4), 203-224.
- (2001) [with Blau, S.]. *The Albert Ellis reader: A guide to well-being using rational emotive behavior therapy*. New York: Citadel.
- (2001) [with Nielson, S. , and Johnson, W. B.]. *Counseling and psychotherapy with religious persons: A rational emotive behavior therapy approach*. Florence, KY: Erlbaum.
- (2001) [with Wilde, J.]. *Case studies in REBT with children and adolescents*. New York: Prentice-Hall.
- (2001) Rational and irrational aspects of counter transference. *Journal of Clinical Psychology, In session: Psychotherapy in Practice*, 57, 999-1004.

2002

- (2002) *Overcoming resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*. New York: Springer.

- (2002) [with M. G. Powers]. *The Secret of Overcoming Verbal Abuse*. North Hollywood, CA: Melvin Powers.
- (2002) [with D. Joffe]. A study of volunteer clients who experience live sessions of REBT in front of a public audience, *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 20(2), 151-158.
- (2002) [with L. Lega and V. Caballo]. *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual* (2nd ed.). Madrid: Siglo XXI.
- (2002) *Integrating other psychotherapies with REBT*. NY: Albert Ellis Institute Newsletter.

2003

- (2003) Early theories and practices of rational emotive behavior theory and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 219-243.
- (2003) Discomfort Anxiety: A new cognitive-behavioral construct Part I-II. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 183-191.
- (2003) Helping people get better rather than merely feel better. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 169-182.
- (2003) How to deal with your most difficult client—you. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 203-213.
- (2003) The nature of disturbed marital interaction. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 147-153.
- (2003) A weekend of rational encounter. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 155-168.
- (2003) Reasons why rational emotive behavior therapy is relatively neglected in the professional and scientific literature. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 245-252.
- (2003) [with W. Dryden]. *Albert Ellis Live!* London: Sage.
- (2003) [with Harper, R. A.]. *Dating, mating, and relating*. New York: Citadel Press.
- (2003) *Ask Albert Ellis*. Atascadero, CA: Impact.
- (2003) *Sex without guilt in the twenty-first century*. Fort Lee, NJ: Barricade.
- (2003) Similarities and differences between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 225-240.

2004

- (2004) [con Leonor Lega]. *El proceso terapéutico en la TREC*. In I. Caro (Ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (4th edition). Barcelona: Paidós.
- (2004) *Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 225-240.
- (2004) *Rational emotive behavior therapy: It works for me—It can work for you*. Amherst, NY: Prometheus.
- (2004) [Foreword. In Peiser, K. and Sandry, M. *Beat Your Addiction*.]
- (2004) How my theory and practice of psychotherapy has influenced and changed other psychotherapies, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 79-83.
- (2004) [with G. Halasz]. In conversation with Dr. Albert Ellis. *Australian Psychiatry*, 12(4), 325-333.
- (2004) *The Road to Tolerance*. Amherst, New York: Prometheus.
- (2004) Why I (really) became a therapist. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 73-77.
- (2004) Why Rational Emotive Behavior Therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(2), 85-92.

2005

- (2005) [Discussion of C. A. Padesky and A. T. Beck Science and Philosophy: Comparison of Cognitive Therapy and Rational Emotive Behavior Therapy.] *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*.
- (2005) *The myth of self-esteem*. Amherst, NY: Prometheus.
- (2005) [with MacLaren, C.]. *Rational emotive Behavior Therapy: A therapist's guide*. Second Edition. Atascadero, CA: Impact Publishers.

2006

- (2006) [with Michael Bernard, Editors]. *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders*. Springer.

2007

- (2007) *All Out! An autobiography*. Amherst, NY: Prometheus.
- (2007) *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach* (2nd ed.). New York: Springer.
- (2007) [with Dryden, W.]. *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.

2008

- (2008) [with Mike Abrams]. *Personality Theories: Critical Perspectives*. Sage Publications.

2009

- (2009) [with L. Lega and V. Caballo]. *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Edición revisada. Madrid: Siglo XXI.

2010

- (2010) [with David, D.; and Lynn, S.]. *Rational and Irrational Beliefs*. New York: Oxford Press.

2011

- (2011) [with Debbie Joffe]. *Rational Emotive Behavior Therapy*. American Psychological Association.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todos aquellos quienes, directa o indirectamente, contribuyeron al resultado del presente libro.

De Estados Unidos: Albert Ellis, Dom DiMattia, Janet Wolfe, Martine Mallary, Deborah Kearney, William Luhr y Saint Peter's University.

De Latinoamérica: Arturo Heman, Catalina Vargas, Edna Lega y Leonor Campo de Lega.

De España: Nuria Sugrañes Abad, Fernando Cobo Calderón, Isabel Caro, Aida Lega, José Luis Trujillo, Montserrat Lacalle, Georgina España, Eva Roig, Diego Molina, Massimo Bertacco, Dani Maria, Miquel Sorribes, Ana Vall, Albert Sorribes, Montse Busquets, Montserrat Artés, Matías Calvo, Esteban Sanz, José Manuel Goikolea y Nuria Jaurrieta.

A Walter Riso e Iris Luna por su contacto con Elisabet Navarro y la Editorial Paidós.

A todos ellos, gracias.

NOTA

[*] Esta parte proviene de: *The Life and Work of Albert Ellis*, de Lega y Velten (2006), y se reproduce con la autorización de los autores.

Terapia Racional Emotiva Conductual

Leonor Lega, Francesc Sorribes y Montserrat Calvo

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Diseño de la cubierta: Planeta Arte & Diseño

Ilustración de la cubierta: © GLYPHstock – Shutterstock

© Institut RET, SCP, 2016, 2017

© de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U., 2017

Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): mayo de 2017

ISBN: 978-84-493-3346-0 (epub)

Conversión a libro electrónico: Àtona - Víctor Igual, S. L.

www.victorigual.com

Índice

Dedicatoria	8
PRÓLOGO	10
1. INTRODUCCIÓN	14
2. BIOGRAFÍA DE ALBERT ELLIS	17
Recuento personal	19
Doctor Albert Ellis: «el gen de la eficiencia»	20
De 1913 a 1924. La infancia (hasta los 12 años)	23
De 1925 a 1931. La adolescencia (12-18 años)	26
De 1932 a 1938. La juventud (19-25 años)	28
De 1939 a 1954. El psicoanalista y sexólogo (26-42 años)	31
De 1955 a 2007. Su etapa como terapeuta racional-emotivo (42-93 años)	34
Bibliografía del capítulo 2	43
Cronología	44
3. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL	57
3.1. Marco conceptual: fundamentos epistemológicos	59
3.1.1. LA PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	59
3.1.2. ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DE LA TREC	62
3.1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS	67
3.1.4. BASES FILOSÓFICAS DE LA TERAPIA	70
3.1.5. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA	82
3.1.6. DIFERENCIAS CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS	113
3.2. Modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual	130
3.2.1. MODELO ABC	130
3.2.2. EL MODELO ABC ES CIRCULAR O CONTEXTUAL	131
3.2.3. LAS COMPLEJAS INTERACCIONES ENTRE «A», «B» Y «C»	135
3.2.4. EL MODELO ABC SECUNDARIO O PERTURBACIÓN SECUNDARIA (META CONSECUENCIAS)	135
3.2.5. EL MODELO ABCDEF	142
3.3. Perturbación psicológica: ansiedad del ego versus ansiedad situacional	151
3.3.1. ANSIEDAD DEL EGO VERSUS ANSIEDAD SITUACIONAL	151
3.3.2. PROBLEMAS DE AUTOACEPTACIÓN: ANSIEDAD DEL EGO	152
3.3.3. PROBLEMAS DE BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (BTF): ANSIEDAD SITUACIONAL	155

3.4. Destrezas de Comunicación	163
3.4.1. ESTILOS DE COMUNICACIÓN	163
3.4.2. PROGRAMA PARA MEJORAR LAS DESTREZAS DE COMUNICACIÓN	164
Bibliografía del capítulo 3	170
4. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL	173
4.1. Pasos para llevar a cabo una sesión de la TREC	175
4.1.1. PRIMER PASO: DEFINIR EL PROBLEMA Y ESTABLECER UNA META PSICOTERAPÉUTICA	175
4.1.2. SEGUNDO PASO: EVALUAR UN EJEMPLO CONCRETO DEL PROBLEMA-OBJETIVO	183
4.1.3. TERCER PASO: IDENTIFICAR LA «C» SIGNIFICATIVA	184
4.1.4. CUARTO PASO: IDENTIFICAR UN «A» ESPECÍFICO	194
4.1.5. QUINTO PASO: IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS EMOCIONALES SECUNDARIOS	200
4.1.6. SEXTO PASO: ESTABLECER LA CONEXIÓN «B-C»	202
4.1.7. SÉPTIMO PASO: IDENTIFICAR «B»	204
4.1.8. OCTAVO PASO: PREPARAR AL PACIENTE PARA EL PROCESO DE DEBATE («D»)	211
4.1.9. NOVENO PASO: DEBATIR LAS CREENCIAS IRRACIONALES («D»)	213
4.1.10. DÉCIMO PASO: AUMENTAR SU CONVICCIÓN EN SUS CREENCIAS RACIONALES («E»)	223
4.1.11. UNDÉCIMO PASO: NEGOCIAR LAS TAREAS PARA CASA	228
4.1.12. DUODÉCIMO PASO: REVISAR LAS TAREAS PARA CASA	233
4.1.13. RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LOS PASOS	236
4.1.14. UNA DEMOSTRACIÓN DEL DOCTOR ALBERT ELLIS	238
4.2. Entrenamiento y supervisión en la TREC	242
4.2.1. ENTRENAMIENTO EN LA TREC	242
4.2.2. SUPERVISIÓN EN LA TREC	250
4.2.3. APRENDIZAJE BASADO EN ERRORES	257
Bibliografía del capítulo 4	267
5. OTRAS APLICACIONES DE LA TREC	268
5.1. Terapia grupal	270
5.1.1. TIPOS DE GRUPOS	270

5.1.2. EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE GRUPO SEMANAL CON ALBERT ELLIS	273
5.1.3. EJEMPLO DE UN GRUPO CON PROBLEMAS ESPECÍFICOS: SEXUALIDAD FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA	282
5.1.4. EJEMPLO DE TERAPIA GRUPAL FEMENINA, CON JANET WOLFE COMO TERAPEUTA	287
5.1.5. EJEMPLO DEL TALLER DEL VIERNES POR LA NOCHE CON ALBERT ELLIS	293
5.2. Medición y aplicaciones transculturales	296
5.2.1. ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS (O EAC)	296
5.2.2. O'KELLY WOMEN BELIEFS SCALES (O OWBS)	314
Bibliografía de la sección 5.1.	335
Bibliografía de la sección 5.2.	336
FOTOGRAFÍAS	342
El joven Albert Ellis	344
Albert Ellis en las décadas de 1930, 1940 y 1950: de estudiante de posgrado a profesional joven	347
Albert Ellis en las décadas de 1960 y 1970	352
Albert Ellis en la década de 1980	355
Albert Ellis en la década de 1990	359
Albert Ellis en el siglo XXI	363
Albert Ellis en compañía de varias personas	368
Fotografías divertidas de Albert Ellis ¡Ráscame la espalda!	374
BIBLIOGRAFÍA COMPLETA: de 1945 A 2011	378
AGRADECIMIENTOS	413
Nota	415
Créditos	417