

64  
rij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

"ANALISIS CRITICO DE LA TERAPIA  
RACIONAL EMOTIVA  
COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

LORENZO GILBERTO CUEVAS ROSETTE.  
ROSA MARIA ROSALES NAVARRO

DIRECTOR DE TESIS:  
MTRA. MARIA CRISTINA HEREDIA ANCONA.

MEXICO, D.F.

1996.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios, por el inmenso amor que emana de tu ser... Que tu palabra sea ancla para mis pasos... El principio y fin de mi existencia. GRACIAS.

A mi padre, don Antonina. Sin ti, las cosas no son igual. Gracias por tu presencia y por lo que desde niño sembraste en mí. Eres todo un Señor, Don. Tu espíritu y fe lo demuestran día tras día. GRACIAS por ser lo que eres y lo que significas para mí.

A mi madre, Georfina, la mujer más entregada y poderosa que conozca. Tus esfuerzos y sacrificios han valido la pena. Gracias por darme la vida. Sin tu convicción y amor, no hubiera sido posible. GRACIAS por ser mi madre.

A Rosa María, mi compañera, gracias por tu amor y comprensión. Gracias por caminar junto conmigo y hacer realidad el amor...El amor ha crecido en dos mañanas. Desde entonces en ti encuentro a Dios. GRACIAS.

A mis hijos, Mariana y Gilberto por ser lo que son y como son....El mayor regalo de Dios...Gracias por existir e impulsar a sus padres para lograr sus objetivos. Por ustedes, vale la pena vivir.

A mis abuelos, presentes y ausentes por ser los pilares de la familia. Son extraordinarios y en el camino andado han regalado lo mejor de sí. GRACIAS.

Para El que mira en lo alto, que escucha,  
comprende y ama.  
Para El, que está en el centro de todo y ha-  
bita en el silencio.  
Para El, a quien todo retorna.

A mis papás, Jesús y Rosa María, gracias  
por todo el amor, por la entrega y el  
ejemplo y sobretodo por su fe en mí.

A mis hermanas, gracias por la amistad  
y la alegría.

Gil, gracias por amar, gracias por esperar,  
gracias por impulsar, gracias por compa-  
rte, gracias por ser la razón primera.  
Mariana gracias por estar junto a mí, por  
confiar y esperar y sobretodo por enseñarme  
la vida a través de tu mirada profunda y  
llena de amor.  
Gil gracias por tu presencia, que con  
pequeños destellos muestra su grandeza.  
Que Dios nos una siempre.

A Cristina Heredia por su apoyo y ayuda desinteresada sin la cual no hubiese podido ser posible este trabajo. Gracias por el esfuerzo, dedicación y profesionalismo mostrado paso a paso y momento a momento. GRACIAS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de formarnos y darnos la oportunidad de servir a la comunidad. GRACIAS.

A los miembros del jurado:

Mtra. Rosa María Córdoba Álvarez.  
Mtra. Fayne Esquivel Arceana.  
Mtra. Beatriz Wlawniuk Kotlar.  
Mtra. María Concepción Conde Álvarez.  
Mtra. María Cristina Heredia Arceana.

## INDICE:

Introducción.....	1
-------------------	---

## PARTE I.

### Capítulo I.

1. Naturaleza de la intervención terapéutica.....	4
1.1 Historia de la intervención terapéutica.....	4
1.2 El concepto de intervención terapéutica.....	8
1.3 La intervención terapéutica y sus componentes.....	10

### Capítulo II.

2. Fundamentos teóricos de los modelos de intervención terapéutica.....	20
2.1 Los modelos.....	20
2.2 El modelo psicodinámico.....	23
2.3 El modelo de aprendizaje social.....	33
2.3 El modelo fenomenológico.....	39

### Capítulo III.

3. Elementos y características de los modelos de intervención terapéutica.....	47
3.1 Las terapias psicoanalíticas.....	47
3.2 Las terapias de aprendizaje Social.....	64
3.3 Las terapias fenomenológicas.....	82
3.4 El lugar de la terapia racional emotiva.....	95

## PARTE II.

### Capítulo IV.

<b>4. Fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotiva.....</b>	<b>96</b>
4.1 El desarrollo histórico de la TRE.....	96
4.2 Influencias filosóficas y psicológicas de la TRE.....	97
4.3 El ABC de la TRE.....	99
4.4 La salud y las alteraciones psicológicas según la TRE.....	108

### Capítulo V.

<b>5. La práctica de la Terapia Racional Emotiva.....</b>	<b>120</b>
5.1 La teoría TRE del cambio terapéutico.....	120
5.2 La relación terapéutica en la TRE.....	122
5.3 El proceso terapéutico TRE.....	125
5.4 Estrategias de tratamiento de la TRE.....	132
5.5 Principales técnicas de tratamiento de la TRE.....	135
5.6 La TRE y sus campos de aplicación.....	142

### Capítulo VI.

<b>6. Metodología de la investigación bibliográfica.....</b>	<b>163</b>
6.1 Planteamiento del problema.....	163
6.2 Objetivo de la investigación bibliográfica.....	163
6.3 Hipótesis de trabajo.....	165
6.4 Tipo de estudio.....	165
6.5 Elementos para el análisis comparativo.....	165
6.6 Procedimiento para la realización del análisis comparativo.....	166



### **PARTE III.**

#### **Capítulo VII.**

**7. Análisis comparativo de los modelos de intervención clínica y la terapia racional emotiva.....167**

**7.1 Principales diferencias y similitudes entre los modelos de intervención terapéutica y la terapia racional emotiva.....167**

**7.2 Resultados de la comparación entre los modelos de intervención terapéutica y la terapia racional emotiva.....178**

#### **Capítulo VIII.**

**8. Conclusiones finales.....189**

**Bibliografía.....193**

## INTRODUCCION.

La presente tesis de investigación documental tiene como objetivo realizar un análisis crítico de la terapia racional emotiva como alternativa terapéutica tomando como base el estudio de las principales escuelas psicoterapéuticas, sus teorías, sus procedimientos y sus principales técnicas a partir de un análisis comparativo entre ellos.

Nuestra pregunta de investigación es: ¿En base a sus planteamientos teóricos y a sus técnicas terapéuticas y en comparación con otros procedimientos de intervención terapéutica, se podrá considerar la terapia racional emotiva como una alternativa terapéutica?.

Tomando en cuenta que en la actualidad existen diversos modelos de intervención terapéutica, la presente tesis busca determinar si la terapia racional emotiva es una alternativa terapéutica que responde a los requerimientos actuales de la atención psicológica.

Los tiempos actuales se caracterizan por generar altos niveles de estrés, depresión, angustia y una gran cantidad de diversas alteraciones psicológicas en las personas, que las impulsa a buscar ayuda especializada que les permita enfrentar su problemática. Ante esta situación ha surgido un gran número de procedimientos de ayuda psicológica de diversa índole. Algunos de ellos contienen los elementos necesarios para considerar que sus servicios son adecuados y profesionales, mientras que otros no. La terapia racional emotiva se presenta a sí misma como una alternativa terapéutica ante las deficiencias de los modelos pertenecientes a la psicología científica.

México, en los últimos tiempos, sufre grandes cambios en diversos ámbitos, como el político, social y económico, que han afectado de manera directa e indirecta el desarrollo de la sociedad y de las personas, generando la necesidad de buscar ayuda especializada para poder enfrentar dicha problemática. La presente tesis pretende

**aportar un conocimiento más profundo de una alternativa que en los últimos tiempos ha adquirido fuerza y difusión en muchos países autodenominándose como "la alternativa terapéutica". Nos proponemos en base a un análisis comparativo, determinar si en realidad su marco teórico, procedimientos terapéuticos y técnicas utilizadas ofrecen mejores o al menos adecuadas respuestas a los requerimientos actuales de ayuda terapéutica.**

A lo largo de su historia, la psicología clínica ha puesto énfasis en cuatro aspectos: En su carácter científico, en su interés por las diferencias individuales, en las formas cómo se abordan los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos. Así, han surgido diversas teorías y distintos enfoques terapéuticos.

Por ello, revisaremos los principales modelos psicoterapéuticos con sus propios marcos teóricos que los explican y fundamentan, como son: los modelos psicodinámicos, los modelos de aprendizaje social y los modelos fenomenológicos más importantes conociendo sus principales aportaciones y limitaciones.

La terapia racional emotiva se analizará como una alternativa terapéutica que desarrolla conceptos, métodos y técnicas que se fundamentan en el modelo de aprendizaje social, en el modelo fenomenológico y en los procedimientos cognitivos. Presentamos un análisis crítico de sus bases teóricas, elementos y procedimientos terapéuticos, tipos de aplicación y resultados obtenidos.

El Dr. Albert Ellis, autor de la terapia racional emotiva (TRE), la creó en 1955 con la finalidad de proporcionar a sus pacientes una alternativa eficiente de tratamiento, como reacción a los métodos psicoanalíticos, a los que consideraba como "prólijos, tortuosos y sólo en parte eficaces". (Dryden-Ellis,1982). Actualmente la TRE forma parte del movimiento de terapia cognitiva conductual (TCC). Al hacer las consideraciones anteriores, el autor señala que busca crear un método terapéutico que sea una forma de psicoterapia

**relativamente sencilla, fácil de entender y aplicar y que se realice en un lapso de tiempo "razonable".**

La terapia racional emotiva utiliza técnicas cognitivas, emotivas y conductuales de manera integrada y **propone un fundamento de carácter filosófico**, que pone de manifiesto que los seres humanos producimos ideas esenciales creadoras de trastornos, que, según el autor, son la base de los actos contraproducentes de las personas. **Por lo tanto, propone un cambio radical de la filosofía negativa y afirma mostrar el camino más adecuado para lograrlo.**

En suma, el propósito de nuestra tesis es responder la siguiente pregunta: **¿En base a sus planteamientos teóricos, a sus técnicas terapéuticas, y en comparación con otros procedimientos de intervención terapéutica, se podrá considerar la terapia racional emotiva como una alternativa terapéutica funcional?**

**Para lograr el análisis entre los modelos de intervención terapéutica y la terapia racional emotiva, consideramos los siguientes elementos:** a) Revisión del marco teórico, procedimientos terapéuticos y principales técnicas de cada modelo, b) Revisión del marco teórico, procedimientos terapéuticos y técnicas de la terapia racional emotiva, c) Comparación de los elementos de los marcos teóricos, procedimientos terapéuticos y principales técnicas de cada modelo mencionado con los elementos del marco teórico, procedimiento y técnicas de la terapia racional emotiva.

El análisis se realizará en base a la elaboración de cuadros comparativos entre los modelos de intervención terapéutica psicoanalíticos, de aprendizaje social y fenomenológicos y la terapia racional emotiva para detectar diferencias y similitudes entre: a) Sus marcos teóricos, b) Sus procedimientos terapéuticos, c) Sus técnicas utilizadas. En segunda instancia, se integrarán y analizarán los resultados de la investigación. Por último, presentaremos nuestras aportaciones personales y las conclusiones finales de la tesis.

## PARTE I.

### Capítulo I.

#### 1. Naturaleza de la intervención Terapéutica.

##### 1.1 Historia de la intervención Terapéutica.

A lo largo de la historia del hombre, la locura o enfermedad mental ha estado presente. El concepto de enfermedad mental ha recorrido un largo camino, desde las supersticiones y el tratamiento cruel, hasta los modelos actuales de psicoterapia. Lo podemos encontrar desde el **hombre primitivo**, para el cual, las enfermedades, particularmente de conducta, se deben a la **influencia de fuerzas que actúan fuera del cuerpo y se consideran sobrenaturales.** (Kolb-Brodie, 1985).

El hombre primitivo llegó a elaborar tales ideas a partir de sus propias experiencias personales y de sus contactos con los enfermos, sus propios sueños sobre el regreso de los muertos y sus observaciones sobre la conducta impertinente e insensata, rodeándole un esquema mágico y sobrenatural.

Las sociedades primitivas inventaron métodos de tratamiento que hasta la fecha prevalecen en el contexto de las prácticas mágicas y religiosas. Podemos decir que, aquí se encuentran los rudimentos de la psicoterapia actual. Con frecuencia el hechicero trataba de encontrar el alma perdida o atribulada, ahuyentar al demonio y luego regresar el alma al cuerpo. El **exorcismo**, las distintas formas que se aplicaban para que la persona enferma hablara de sus delitos y acciones llenas de culpabilidad, el autocastigo y el empleo de hechizos y encantamientos con ofrendas son métodos primitivos que tienen que ver con la curación del paciente. Sin embargo, los significados y los objetivos de los ritos primitivos, aunque son psicoterapéuticos, no guardan relación con los tratamientos modernos, los cuales encuentran las fuentes de la enfermedad dentro de la organización biosocial y el desarrollo del hombre.

**En los escritos antiguos de Egipto, India, China, Grecia y Roma se encuentran también referencias de la enfermedad mental. Por ejemplo, en el año 860 a. C. los sacerdotes Griegos complementaban los encantamientos y los exorcismos para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias para que se emplearan actividades físicas y recreativas.**

En el siglo VI a.C. el interés de los curanderos Griegos se centró en la observación y la experimentación señalando las principales relaciones entre los órganos de los sentidos con el cerebro. **Hipócrates**, en el 460 a. C. clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis y por sus escritos podemos saber que ya se conocía la epilepsia, la histeria, la psicosis post-parto y los síndromes cerebrales agudos. Además, rechazó tajantemente la influencia de los dioses como causa de la enfermedad mental.

Gran aporte realizó el médico Romano **Galeno (130-200 d.C.)** en el **periodo Greco Romano**, ya que estudió la anatomía y la fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que expresaba los síntomas fuera la parte alterada.

**Los filósofos Griegos** también se ocuparon de las enfermedades mentales. **Empédocles** habló sobre la importancia de las emociones y señaló que el amor y el odio eran fuentes determinantes de cambios en la conducta humana.

**Platón** propuso la idea de que, para explicar la conducta adulta de cada persona, podría escribirse una **biografía psicológica** que comenzara en sus primeros años y que siguiera con las relaciones personales que tuvo con los miembros de su familia y con sus educadores.

Al declinar el **imperio Romano** y durante los periodos obscurantistas del hombre occidental, **la edad media**, reapareció la demonología,

las explicaciones espiritistas y los exorcismos. **Johann Weyer** trabajó contra las creencias de su época que explicaban los fenómenos mentales como una posesión sobrenatural, condenó a los que acusaban a las mujeres de brujería, explicó la psicosis de masa y describió que muchas de esas psicosis surgían de síntomas de melancolía provenientes del amor. **En la Edad media, el tratamiento de los perturbados mentales quedaba relegado en gran medida a los clérigos**, ya que los monasterios servían de refugio y lugares de internación, cuyos métodos fueron desde el tratamiento delicado, como la oración, el agua bendita, los santos óleos hasta los insultos, los azotes, el ayuno, las cadenas, la inmersión en agua caliente y otros sistemas de tortura

Según afirma **Michel Foucault**, "la Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios... y es que la locura no se encuentra unida al mundo y sus fuerzas subterráneas, sino más bien al hombre, a sus debilidades, a sus sueños y a sus ilusiones...constituye una relación sutil que el hombre mantiene consigo mismo". "Parece ser que el apego a sí mismo es la primera señal de la locura, lo que hace que el hombre acepte como verdad el error, como realidad la mentira, como belleza la fealdad y como justicia la violencia". (Foucault, 1964, Pág. 41, 45).

Sin embargo, durante **los dos siguientes siglos** la demonología se vio obligada a ceder terreno a la observación y la razón, culminando el proceso en el desarrollo de la ciencia moderna experimental y de la psicopatología. Del **siglo XVI** en adelante, los monasterios y las cárceles cedieron gradualmente el cuidado de los enfermos mentales a instituciones especiales, que aún dejaban mucho que desear.

**Francis Bacon**, filósofo del **siglo XVII** reconoció que las funciones de la mente eran de importancia en el orden natural del universo y en la misma línea fueron las aportaciones de **René Descartes** sobre la dicotomía mente-cuerpo del hombre.

En la época moderna revivió el interés por el cuidado humanitario de los enfermos mentales. Así, **Chiaruggi** en Italia (1759-1820), **Philippe Pinel** en Francia (1745-1826), **Daniel Tuke** en Inglaterra (1827-1895) y **Dorothea Dix** en Estados Unidos (1802-1887), quitaron los grilletes a los pacientes y se crearon instituciones hospitalarias para su atención. Estos cambios aparecieron a la par con los movimientos políticos y sociales de los países occidentales de **Europa y América**. Cuando Pinel quitó los grilletes a los enfermos mentales en París solicitó el apoyo público para lograr que se les aplicaran también los derechos de libertad e igualdad. Además puso las bases del tratamiento acorde con la doctrina humanitaria. Al mismo tiempo, **Anton Mesmer** hacía sus primeras demostraciones de hipnotismo. (Coleman, 1978).

En Estados Unidos, **Benjamín Rush** (1745-1813), realizó estudios de las enfermedades mentales. Reconoció la importancia que tiene la relación entre el médico y el paciente para lograr curas importantes y señaló que los actos antisociales tenían sus orígenes en trastornos emocionales y recomendó amabilidad con los deprimidos, firmeza con los maniacos y llamar la atención de los distraídos.

**Emil Kraepelin** (1856-1926) realizó la primera descripción detallada de lo que él identificaba como **entidades de los padecimientos mentales**. Antes de esto, la atención del enfermo mental se enfocaba en el síntoma. Kraepelin afirmó que **los trastornos mentales eran entidades patológicas bien definidas**, similares a los padecimientos físicos y definidos por etiología, sintomatología, evolución y pronóstico. Al mismo tiempo se estaba trabajando para entender las causas posibles de los trastornos mentales

Durante la primera mitad del presente siglo el interés en la **psicoterapia y las actitudes humanitarias** resurgió. En la actualidad se aplica gran diversidad de psicoterapias destacando las aportaciones de **Sigmund Freud**. Estamos en la etapa científica del tratamiento de enfermos mentales.



## 1.2 El concepto de intervención terapéutica.

A la fecha ha surgido una serie de teorías psicológicas y en base a ellas se han desarrollado diversos procesos de intervención clínica .

**Casi todas las formas de interacción humana implican el intento de ejercer influencia sobre la otra persona para que se comporte de determinada manera.** Existe una gran cantidad de personas que intentan cambiar la conducta de un individuo. El contacto social implica la secuencia de diferentes influencias. Algunas de estas son positivas y no premeditadas mientras que otras son obligatorias y deliberadas.

Los factores que ejercen una influencia sobre el comportamiento no siempre son de naturaleza interpersonal. **Krasner y Ullman han señalado que tanto el ambiente físico como el social alteran y mantienen nuestro comportamiento.** Además, los recuerdos del pasado afectan la manera como se vive el presente y las fantasías acerca del futuro pueden ser o una inspiración o un menoscabo para las actividades que se realizan en la actualidad. (Citado en Bernstein-Nietzel, 1986).

**Cuando un terapeuta, en el ejercicio profesional se propone ejercer determinada influencia sobre la conducta de una persona, se describe tal actividad como una intervención.** Aún cuando se trata de un concepto muy extenso, de acuerdo con las características de la intervención, se le podría describir de manera más específica como psicoterapia. De acuerdo a la orientación del terapeuta, su entrenamiento y tendencias teóricas, se puede clasificar con mayor detalle la naturaleza de la intervención, Por ejemplo, terapia psicoanalítica, terapia gestalt, terapia centrada en el cliente, terapia racional-emotiva o terapia de aprendizaje social. (Garfield,1979).

El término de intervención clínica lo utilizaremos como un concepto que describe los intentos explícitos y profesionales del psicólogo por

cambiar la conducta de sus clientes en la dirección deseada. **Intervenir**, en su sentido literal significa: "venir entre la acción, interceder o interferir". " La psicoterapia es la forma más tradicional de intervención en el campo de la Psicología". (Bernstein-Nietzel, 1982,Pág,308).

**La intervención clínica se lleva a cabo por tres razones básicas: mejoramiento, prevención y superación. El mejoramiento implica ayudar a las personas o a los sistemas sociales a superar problemas que ya existen. La prevención implica tratar de anticiparse a los problemas antes de que se produzcan y la superación implica ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales, sus relaciones en el medio ambiente en que viven. En suma, su objetivo es mejorar la calidad de vida y no sólo resolver problemas o trastornos. (Bernstein-Nietzel, 1982).**

**Intervención terapéutica, literalmente es: tratamiento de la psique. Este concepto implica que existen psiques o personalidades en un estado de sufrimiento o insatisfacción. El grado en que los pensamientos o sentimientos de una persona están afectados varía enormemente. En algunos casos, la perturbación es tan grande que produce una incapacidad por cumplir con las exigencias mínimas de la vida cotidiana. En otros casos, puede ser menos extrema, pero de todas maneras sumamente molesta.**

### 1.3 La intervención terapéutica y sus componentes.

A continuación presentaremos las características y los componentes generales de la intervención terapéutica. El elemento esencial es que se ha perturbado algún aspecto del funcionamiento de la persona que se decide buscar la ayuda de algún profesional. (Pérez Gómez, 1981).

Cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de la intervención de un profesional, se tiene al primer participante de la psicoterapia: el **paciente**, el cual, para obtener beneficios de la psicoterapia debe tener capacidad verbal, ser inteligente y estar motivado para el cambio. El segundo participante es el **terapeuta**, el cual debe poseer las habilidades que le permitan comprender la perturbación del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de manera eficiente. El **terapeuta debe proyectar autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional**. Entre ambos debe existir **unión (matching)**, creándose una **adecuada relación terapéutica**, la cual debe reunir las siguientes características:

A) Ambas partes deberán estar claramente **conscientes del motivo** por el cual se encuentran en ella, y cuáles son las reglas y metas de su interacción: **contrato terapéutico**.

B) El propósito principal de la relación terapéutica es **inducir al paciente** a que se comporte de una manera que ambos consideren deseable.

C) La psicoterapia requiere un **equilibrio** entre el acercamiento y el alejamiento entre el paciente y el terapeuta. (Korchin, 1976).

D) Esta relación se caracteriza por un **compromiso moral y ético** por parte del terapeuta en la que se debe proteger la vida privada del paciente.

Veamos ahora algunas de las técnicas aplicadas por la mayoría de los modelos de intervención terapéutica. Existen muchas técnicas psicoterapéuticas específicas. **Cada sistema de psicoterapia tiene sus procedimientos preferidos y cada terapeuta tiene un estilo propio para emplear tales procedimientos.**

Por lo general, los métodos del terapeuta se basan en alguna teoría formal de la conducta, la personalidad y los desórdenes de la conducta en términos generales y de los problemas del paciente, en términos particulares. Es decir, a pesar de que los terapeutas por lo común son flexibles, su acción se guía mediante algunos principios generales del tratamiento. No actúan al azar.

Varias de las aproximaciones psicoterapéuticas difieren en el grado en el que sus teorías de la personalidad y la perturbación conductual se relacionan con las técnicas. Las aproximaciones de los diferentes tratamientos también difieren en cuanto a los tipos de cambios que planean efectuar. No obstante todas estas diferencias, existen varias técnicas que son comunes casi a todas las estrategias terapéuticas. Estas técnicas son:

### **1. Fomentar el insight.**

La mayoría de los terapeutas y de los modelos de intervención terapéutica, desean lograr la toma de conciencia en un sentido general, que consiste en un mayor conocimiento de sí mismo. Se espera que los pacientes obtengan un beneficio al conocer las razones por las cuáles se comportan de una determinada manera debido a que se supone que este conocimiento contribuye al desarrollo de las conductas nuevas: **conocer los errores del pasado para evitar repetirlos en el futuro.**

Los terapeutas de la mayoría de las tendencias teóricas intentan promover un autoexamen, un autoconocimiento y el autoanálisis en

**sus pacientes.** Existe una amplia variedad de aproximaciones para lograr esta meta. Algunos terapeutas intentan promover el insight al pedirles a sus pacientes directamente que **revisen las razones y motivos que se encuentran detrás de determinadas conductas y de sus implicaciones.** Los terapeutas del aprendizaje social, por ejemplo, acentúan una clase especial de insight, ya que insisten en la importancia que tiene el ayudar al paciente a comprender plenamente cómo su conducta se relaciona de manera funcional con el aprendizaje pasado y con los factores ambientales actuales.

**Una técnica común** del psicoanálisis, para el desarrollo del insight, es que el terapeuta ofrezca **una interpretación de la conducta del paciente,** cuyo propósito no es convencerlo de que el terapeuta está necesariamente en lo correcto acerca del significado de tal acontecimiento sino de motivarlo a examinar de manera más cuidadosa su propia conducta y quizá deduzca algunas conclusiones acerca de su significado.

## **2. Reducción de la perturbación emocional.**

En algunas ocasiones, el paciente acude en un estado de crisis emocional y angustia que le dificulta participar de manera activa en la terapia. En estos casos, **el terapeuta intentará reducir el nivel de perturbación de tal manera que permita al paciente el empezar a trabajar sobre su problema.** Por lo general, los terapeutas buscan deliberadamente no eliminar completamente la incomodidad del paciente, debido a que al hacerlo, es posible que también eliminen cualquier motivación que tenga por trabajar hacia el logro de un cambio permanente. **Su reto es disminuir el sufrimiento extremo sin mermar su deseo por manejar sus problemas.** El método más común es la utilización de la **relación terapéutica** como un aliciente para lograr fortalecer las emociones del paciente.

### 3. Fomentar la catarsis.

Una estrategia especial para reducir las emociones intensas es el fomentar su libre expresión en la presencia del terapeuta. **La catarsis consiste en el desahogo de las emociones restringidas que el paciente se ha guardado y que ha temido reconocer por un periodo muy prolongado.** El terapeuta lo alienta a expresar sus emociones, con la creencia de que a través de su escape o salida serán eliminadas o tranquilizadas. La catarsis, por lo menos, puede provocar que el paciente tenga menos miedo a determinadas emociones. **En algunas terapias, la catarsis es en sí una meta, como en el aprendizaje social, mientras que en otras sólo es un acontecimiento más de la terapia. (Bernstein-Nietzel, 1982).**

### 4. Proporcionar información nueva.

**La psicoterapia casi siempre es educativa.** El terapeuta proporciona información nueva con la intención de corregir algunas lagunas o distorsiones en el conocimiento del paciente. Dispone de varios métodos para corregir la información equivocada. Algunos terapeutas ofrecen consejos directos a sus pacientes y por un periodo limitado adoptan más las funciones de un maestro que las de un terapeuta. Otros le sugieren que lea algún material que se relacione con el tema en cuestión, como en la biblioterapia. **(Bernstein-Nietzel, 1982).**

### 5. Designar tareas fuera de la terapia.

Los terapeutas a menudo piden a sus pacientes que lleven a cabo determinadas tareas fuera de la sesión de terapia, **a fin de fomentar la transferencia de los cambios positivos del paciente al "mundo real".** Esto se conoce como **"tarea terapéutica".** Los terapeutas del aprendizaje social son muy partidarios de las tareas ya que creen que su utilización es la manera más efectiva para promover la

generalización y mantenimiento de las nuevas reacciones y habilidades que se hayan aprendido en la sesión terapéutica.

#### **6. Desarrollar fe, confianza y una expectativa de cambio.**

Entre los métodos más comunes a todos los procedimientos terapéuticos, los ingredientes más frecuentes son el aumento de la fe y la expectativa de cambio. De hecho, muchos académicos atribuyen el éxito de la psicoterapia a su habilidad para incrementar la creencia de los pacientes acerca de que se les puede ayudar, en lugar de atribuirlo a cualquier otra técnica específica. A este hecho, en el campo de la medicina se le llama "efecto de placebo". (Shapiro, 1971, Pág. 440).

Todos los métodos de tratamiento en cualquier área, implican algunos efectos poderosos de tipo placebo. También se les conoce como: efecto de la expectativa, efectos no específicos y características de exigencia. Todos ellos se refieren a la misma noción general: que la psicoterapia logra el éxito, en parte, debido a su capacidad de generar la expectativa del paciente de que mejorará, esto es, que el paciente asuma la predicción de que el resultado que se busca con la creencia, fe, confianza y convicción será encontrado.

En conclusión, cuando las formas de psicoterapia son exitosas, alivian al paciente de los sentimientos disfóricos, reaniman sus esperanzas, aumentan su sentimiento de dominio sobre sí mismo y su ambiente y en general, lo ayudan a recuperar el estado de ánimo. Como resultado, se vuelve capaz de atacar los problemas que había estado evitando y puede experimentar nuevas formas para manejarlos. Estas nuevas capacidades disminuyen la probabilidad de que se desmoralice de nuevo.

Por último, veamos las principales modalidades de intervención terapéutica existentes. Entre ellas están: **a) El tratamiento individual, b) La terapia de grupo, c) La terapia conyugal y familiar.**

**a) Terapia individual.** Es la más popular y la más conocida y sobre la que se ha hecho más investigación y aplicación. **La mayoría de la información sobre el procedimiento terapéutico se hizo en base a la terapia individual.** Forma parte de la espina dorsal de la mayoría de los tratamientos clínicos. (Bernstein-Nietzel, 1982).

**b) Terapia de grupo.** Es algo más que las terapias simultáneas de varios individuos. **Se practica en una variedad extensa de estilos y técnicas.** Existen grupos analíticos, grupos centrados en el cliente, grupos de análisis transaccional, grupos gestalt, grupos de aprendizaje social. Además, son una forma popular de intervención dentro de muchas organizaciones no profesionales de autoayuda, como alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos, etc. Aunque en sus inicios se inspiró en la necesidad económica de solventar la escasez de personal profesional, alrededor de la segunda guerra mundial, la terapia de grupo ha avanzado hasta el grado que ahora se le considera como una forma valiosa de intervención. (Garfield, 1979).

Debido a su amplia aplicación en casi todos los modelos, lo que genera una amplia variedad de teorías y prácticas, **se dificulta la obtención de un proceso uniforme para todas las terapias de grupo.** No obstante, Yalom argumenta que detrás de todas las diferencias de estilo existen semejanzas esenciales en los grupos efectivos de terapia;

\*La mayoría de los terapeutas acentúan la importancia de las relaciones interpersonales y afirman que la patología, infelicidad o



desadaptación de las personas, puede reducirse a simples dificultades en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales.

\*Afirman que los pacientes, tarde o temprano, durante el transcurso de las sesiones de grupo, serán **ellos mismos** y manifestarán sus conductas interpersonales desadaptativas.

\*Una vez manifiestas dichas conductas, los demás integrantes del grupo pueden proporcionar **retroalimentación correctiva** relacionada y de esta manera instigar el aprendizaje de **estilos interpersonales nuevos y más efectivos**.

\*Las oportunidades para corregir los problemas conductuales se acompañan también de la oportunidad de los miembros del grupo **para manifestar sus áreas de fuerza, sensibilidad y empatía.** (Yalom, 1975).

Como resultado, la terapia de grupo no sólo es un reto para los hábitos y creencias dañinas, sino que también fortalece y apoya la conducta positiva.

Muchas de las aproximaciones a la terapia de grupo comparten los **siguientes factores:** (Bernstein-Nietzel, 1982).

**1) Comparten información nueva.** Existen dos fuentes importantes de información: el terapeuta o conductor del grupo y los demás miembros del grupo, que comparten sus propias experiencias y lecciones del pasado.

**2) Infunden esperanza.** Debe haber confianza en la eficiencia del terapeuta y una creencia acerca de que el tratamiento será útil. Es probable que el elemento más importante sea la oportunidad de los integrantes del grupo para observar los cambios positivos que llevan a cabo los demás.

**3) Universalidad.** Los grupos dramatizan el hecho de que todas las personas luchan con determinados problemas en su vida. Una de las lecciones más valiosas que aprenden los integrantes de un grupo es que no se encuentran sólo en su miseria, temores o problemas. **Al compartirlos se dan cuenta que "existen otras personas como yo", así como que han llegado a superarlos.**

**4) Altruismo.** También facilitan la manifestación mutua de los recursos personales. **Los grupos le dan al paciente una oportunidad para brillar, para darse cuenta de que pueden ayudar a otras personas,** porque permiten identificar sus cualidades y fortalezas interpersonales.

**5) Aprendizaje interpersonal.** Debido a su propia naturaleza, los grupos de terapia requieren de la conducta interpersonal. Al principio los contactos entre los miembros son formales, reticentes y precavidos. A medida que avanza y los integrantes se conocen entre sí, los contactos se vuelven más espontáneos, íntimos y directos. **Es una comunidad pequeña que proporciona mucho apoyo a sus colegas.** Presenta repetidas oportunidades para practicar las habilidades sociales fundamentales con diferentes tipos de personas y con la ventaja de obtener una retroalimentación casi inmediata sobre la ejecución.

**6) Re-capacitación de la familia primaria.** Muchos terapeutas consideran la terapia de grupo como una "reencarnación" de las familias primarias del paciente. En algunas ocasiones se le identifica como "la re-escenificación de la familia" y se considera que es un factor curativo debido a que permite que el paciente maneje aquellas experiencias familiares que le inquietan, confunden y corrompen su funcionamiento actual.

**7) Cohesión de grupo.** Los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí y es probable que formen relaciones cercanas y de apoyo mutuo. **Están dispuestos a escuchar y dejarse influir por el**

**grupo.** Participan activamente en él, sienten seguridad y se mantienen inmunes a la interrupción externa que amenace el progreso del grupo. También permiten la expresión de la hostilidad, siempre y cuando los conflictos no violen las normas establecidas. **A menudo se considera que la cohesión de grupo es un factor curativo.**

**c) Terapia conyugal y familiar.** Uno de los problemas más comunes en el tratamiento terapéutico, es la discordia conyugal y familiar. Uno de cada tres matrimonios terminan en divorcio y en los últimos años, se ha incrementado el número de problemas familiares.

**\* Terapia conyugal.** En esta terapia, el paciente es el matrimonio o la pareja formal. También se le llama "terapia conjunta". La terapia conyugal puede ser precedida, seguida o acompañada por una terapia individual para uno o los dos miembros de la pareja. **En esta terapia, el terapeuta se centra en una relación perturbada.** Por lo general, la necesidad de una terapia conyugal se deriva de que **las expectativas y necesidades de la pareja entran en conflicto.** Con mayor frecuencia, las relaciones íntimas se ven acosadas por problemas en la áreas de satisfacción sexual, autonomía personal, dominio-sumisión, responsabilidad de la crianza de los niños, manejo del dinero, fidelidad, desacuerdos y hostilidad.

Tanto las metas como las técnicas que empleará el terapeuta conyugal dependen de cuál de estos conflictos considera que ejerce una mayor presión sobre la pareja. El tema común entre todos los terapeutas conyugales de todas las corrientes, **es la solución de problemas, que implica enseñar a la pareja la manera como puede solucionar sus propios problemas de manera más constructiva.** La tarea del terapeuta es facilitar que la pareja trabaje junta para que logre aprender maneras nuevas para manejar los problemas inevitables de una relación cercana. Es parte central en la solución de problemas el enseñar a la pareja a comunicarse de una manera más efectiva. Los terapeutas a menudo descubren que cuando existe algún

problema en una relación, los integrantes de la pareja a menudo se preocupan de la decisión acerca de quien es el culpable de que tengan dicho problema. **De aquí que, el terapeuta tiene que enseñar a la pareja a aceptar la responsabilidad mutua para trabajar sobre sus problemas, mantener el enfoque sobre el aquí y ahora de su relación, fomentar la expresión de sus preferencias personales en lugar de las exigencias de ser obedecido y negociar acuerdos y soluciones a determinados problemas que hace mucho tiempo la pareja había considerado como sin solución. (Ables-Brandsma,1977).**

\* **Terapia familiar.** A pesar de que la terapia familiar y la conyugal son similares en muchos aspectos, también cuentan con varias diferencias. La terapia conyugal fue una rama natural que creció a partir del hecho de que muchos pacientes se quejaban de sus problemas matrimoniales. La terapia familiar tiene raíces más directas y brotan del hecho de que las personas que logran grandes mejorías durante la terapia individual a menudo tenían una recaída cuando regresaban a sus familias.

**La terapia familiar también se distingue de la conyugal en que comienza centrándose en los problemas de uno de los integrantes de la familia en lugar de centrarse en todo el sistema familiar. Su meta más importante es mejorar la comunicación. El terapeuta debe intentar enseñar a todos los miembros de la familia otras formas que no sean coercitivas para comunicar sus necesidades, señalar a los padres que deben ser consistentes en el establecimiento de las normas y disciplina, fomentar que cada integrante de la familia se comunique con los demás de manera clara y directa, minimizar que se tome al paciente identificado como chivo expiatorio y ayudar a los integrantes de la familia a que examinen hasta qué grado es apropiado lo que esperan del resto de la familia. (Sullivan, 1953).**

## Capítulo II.

### 2. Fundamentos teóricos de los modelos de intervención Terapéutica.

En la presente tesis estudiaremos tres modelos: Los modelos psicodinámicos, los modelos de aprendizaje social y los modelos fenomenológico por considerarlos como los más representativos, que poseen una estructura teórica y un gran campo de aplicación práctica, de los cuales se han derivado otras teorías y escuelas. De la misma manera, presentaremos los fundamentos y técnicas terapéuticas de la terapia racional emotiva.

#### 2.1 Los modelos.

**¿Por qué iniciar con modelos?** Los identificamos como modelos debido a que ofrecen las formas en que varios pensadores e investigadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular. A lo largo de la historia, cada modelo ha ejercido una clara influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores. Sin un modelo, lo anterior no es fácil ya que la conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células y los sistemas de órganos, las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social.

Si a esto se agrega la existencia de una gran cantidad de maneras en que se puede interpretar, evaluar, describir, investigar y alterar la conducta, no es sorprendente la afirmación de Sundberg, Tyler y Taplin, de que "El psicólogo clínico conlleva una lucha continua en contra de su confusión". (Citada en Bernstein-Nietzel, 1982, Pág.60).

Es necesario decidir qué aspectos de la conducta merecen una atención especial, qué tipo de datos son de interés, y cuáles son menos pertinentes, qué técnicas de tratamiento son dignas de explorarse, cuáles deben descartarse, hacia cuáles se debe dirigir la investigación y cuáles son menos prometedoras. **Un modelo ayuda a la toma de decisiones acerca de los fenómenos a estudiar e investigar.**

**Es importante mencionar que los mejores modelos clínicos son aquellos cuyas implicaciones e hipótesis pueden ser investigadas rigurosamente en una amplia variedad de situaciones.** Debe incluir una explicación completa, eficiente y verificable del desarrollo, mantenimiento y modificación tanto de los aspectos problemáticos como no problemáticos de la conducta humana.

Los modelos que cumplen con estos requisitos permiten **la evaluación experimental de laboratorio y la revisión sistemática en la aplicación clínica.** Así, podemos afirmar que, el modelo en cuestión se mantendrá firme o se caerá al no tener una estructura que la sostenga. Sin embargo, es importante mencionar que, a pesar de que los modelos clínicos ayudan a organizar las ideas que se tengan acerca de la conducta humana y que ayudan a tomar decisiones y funciones clínicas y que facilitan la comunicación profesional, su valor no es ilimitado. **Un modelo es, en esencia, una analogía que ayuda al investigador a ordenar sus descubrimientos y a descubrir las relaciones entre ellos.** Los modelos son instrumentos conceptuales que pueden ayudar a los investigadores a organizar e interpretar conjuntos de datos, que de otra manera resultarían sin sentido y no se podrían utilizar.

En cuanto a objetivos, **un modelo debe ser muy inclusivo o relativamente limitado.** Por ello, en psicología existen modelos de carácter general, como el psicoanálisis o específicos, como los diversos modelos de esquizofrenia. (Coleman, 1977).

En base a lo anterior, analizaremos las características generales de los tres modelos citados:

**A) Modelos psicodinámicos:** surgen a finales del Siglo XIX y su raíz se encuentra en las obras de **Sigmund Freud**, cuyo enfoque considera que la **conducta humana está principalmente bajo la influencia de los instintos y los conflictos Intrapsíquicos**.

**B) Modelos de aprendizaje social:** se concentran directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que le afectan. Su concepto clave es que la conducta **se ve influenciada por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social**. Entre las principales contribuciones se encuentran las de **B.F. Skinner** y el análisis funcional de la conducta, **Wolpe** y **Eysenck**, sobre el condicionamiento clásico, **Albert Bandura** y el aprendizaje observacional.

**C) Modelos fenomenológicos o cognitivos:** afirman que la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por **la percepción del mundo que tenga la persona**. Afirman que la persona es única y que la perspectiva de la realidad de cada quien es un poco diferente de la de los demás y que su conducta refleja esa perspectiva cambiante conforme se da de un momento a otro. **Implica que a las personas no se les trate como objetos sino como seres humanos**. Por lo mismo tiene nexos con filosofías existenciales. Entre las principales contribuciones se encuentran la teoría del constructo personal de **Kelly**, la teoría de autorrealización de **Rogers**, la Psicología humanista de **Maslow** y la Psicología gestalt de **Perls**.

A continuación, analizaremos los conceptos teóricos en general de los tres modelos básicos de la Psicología clínica y examinaremos sus implicaciones para la evaluación, el tratamiento clínico y las tareas de investigación. Además, veremos los pros y los contras de cada modelo. Es necesario tomar lo positivo de cada uno de ellos y

abrirnos a nuevas alternativas que lo puedan enriquecer. Cada uno de los modelos nos describe cómo se desarrolla la conducta problemática y cómo influye esto en el estilo de evaluación, tratamiento e investigación que se utiliza en él.

## **2.2 El modelo psicodinámico.**

**Las raíces de este modelo se encuentran en las obras de Sigmund Freud, escritas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.**

**Los fundamentos del modelo psicodinámico son:**

- 1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (factores intrapsíquicos).**
- 2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de la conducta manifiesta, problemática o no.**
- 3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad en la edad temprana. Este modelo tiene un componente histórico, pues se enfoca sobre la importancia de los hechos pasados más que en los hechos presentes.**
- 4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deben dirigirse a la búsqueda y funciones de la actividad intrapsíquica, la que a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.**



**El psicoanálisis se basa en los siguientes principios fundamentales:**

**1. El determinismo psíquico.** Afirma que la conducta no ocurre al azar, sino de acuerdo con causas identificables que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de los observadores externos como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera. Todas las conductas se consideran significativas y proporcionan pistas para los conflictos y motivaciones latentes. A la parte del funcionamiento mental que se considera fuera de la conciencia y cuyo acceso es difícil se le llama **inconsciente**.

**2. La estructura de la personalidad.** Según Freud la estructura básica de la personalidad consta de tres sistemas principales, los cuales son dinámicos e interactuantes: son el **Ello**, **El Yo** y el **Super Yo**. Los instintos primitivos inconscientes constituyen el **Ello**, presente desde el nacimiento y depósito de toda la energía psíquica o libido disponible para motivar la conducta, el cuál opera con base en el principio del placer o de satisfacción inmediata.

**El Yo** se desarrolla a medida que crece la persona y el mundo externo le impone limitaciones, como una ramificación parcialmente consciente y parcialmente inconsciente del ello y encuentra válvulas de escape para la expresión instintiva. **El Yo opera en base al principio de realidad.**

El tercer componente mental es el **Superyo**, resultado de la influencia socializante de la realidad. Equivale aproximadamente a lo que llamamos "**conciencia**", pues implica enseñanzas familiares y culturales acerca de la ética, la moral y los valores. Estas enseñanzas se internalizan a medida que se desarrolla el superyo y se convierten en los ideales propios de la persona. Es la **representación intrapsíquica de la sociedad que persigue promover la conducta perfecta, conformista y socialmente aceptada, oponiéndose directamente a las motivaciones del Ello.**

**3. Los mecanismos de defensa.** La estructura mental que propone Freud se encuentra envuelta constantemente en conflictos internos y como resultado de ello se genera la **ansiedad**. El **Yo** intenta mantener alejados de la conciencia estos conflictos y la incomodidad que ocasionan utilizando los mecanismos de defensa, que funcionan a nivel inconsciente. **Los mecanismos de defensa más comunes son:**

**3.1 La represión.** Consiste en que el **Yo** "detiene" la entrada en la conciencia de un pensamiento, memoria, sentimiento o impulso que se consideran inaceptables. Cuando una persona conoce su impulso y conscientemente trata de negar su existencia, el proceso se denomina **supresión**.

**3.2 La formación reactiva.** La persona piensa y actúa de una manera completamente opuesta a su impulso inconsciente. Por ejemplo, un hijo que detesta a su padre, expresaría un amor y afecto desbordante y una preocupación exagerada por él.

**3.3 La proyección.** La persona atribuye sus propios sentimientos negativos a otras personas. Por ejemplo, el hijo atribuiría su rechazo hacia su padre en algún hermano y lo acusaría de tratar a su padre de manera incorrecta.

**3.4 El desplazamiento.** Permite cierto grado de expresión de los impulsos del **Ello**, pero la dirige hacia objetos u otras personas. Por ejemplo, la crítica violenta e injusta de un colega aparentemente inofensivo.

**3.5 La racionalización.** Es el mecanismo opuesto al desplazamiento. Es el racionalizar o "justificarse" al señalar que realmente lo hace por "el bien del padre" y que verdaderamente su conducta solo refleja su preocupación amorosa.

**3.6 La sublimación.** Es el mecanismo de defensa que para **Freud** es el más adaptable en términos sociales. La expresión de los impulsos

prohibidos se canalizan a través de actividades productivas y hasta creativas, como la pintura, actuación o baile.

En síntesis, mientras que la **sublimación** puede proporcionar una solución relativamente permanente al problema de cómo defenderse de la ansiedad, los otros mecanismos se consideran menos deseables porque implican un gran desperdicio de energía psíquica. Además, bajo condiciones de gran estrés pueden fallar y obligar la recaída o regresión de la persona a niveles anteriores.

**4. Las etapas de desarrollo. Freud postulaba que, a medida que se desarrolla una persona, atraviesa por varios estadios psicosexuales.** Cada estadio obtiene su nombre de la parte del cuerpo que proporciona más placer durante dicho periodo. **Las etapas son:**

**4.1 La etapa oral.** Es la etapa que comprende aproximadamente el **primer año de vida** y consiste en que las actividades como el comer, chupar y otras de la misma índole son las que predominan como fuente de estimulación placentera. Si debido al destete prematuro o demorado se frustran o se conscienten excesivamente las necesidades orales, es posible que al niño se le impida atravesar el estadio oral sin que se aferre o se quede "fijado" en los patrones de comportamiento que pertenecen a esta etapa.

**4.2 La etapa anal.** Freud consideraba que el ano y los estímulos asociados con la eliminación y retención de las heces se convertían en los factores más importantes después del estadio oral. El rasgo más importante de este estadio es el **entrenamiento en el control de esfínteres** y se pensaba que la fijación anal podría ser el resultado de **prácticas demasiado estrictas o especialmente indulgentes en ese aspecto.** Las conductas adultas de personas "fijadas" en esta etapa son un comportamiento demasiado "apretado", controlado o de hábitos sueltos o desordenados.

**4.3 La etapa fálica.** El niño entra en esta fase cuando los órganos genitales se vuelven su fuente primaria de placer, aproximadamente a los cuatro años. Freud prestó más atención al desarrollo psicosexual del sexo masculino. Afirmó que en esta fase el niño empieza a experimentar deseos sexuales hacia su madre. A esta situación le llamó el **complejo de Edipo**, debido a que el niño teme ser castrado como castigo a sus deseos incestuosos y asesinos. El complejo edípico y su ansiedad concomitante se resuelven normalmente a través de la represión de los deseos sexuales hacia la madre y la imitación o "identificación" con el padre y en el futuro por medio del encuentro de la pareja apropiada del sexo femenino.

También habló de un proceso paralelo en la niñas que llamó **conflicto de Electra**, el cual en términos ideales concluye en la identificación del papel femenino y la selección de un compañero aprobado del sexo masculino. Freud creía que la solución de los conflictos intrapsíquicos en esta etapa era muy difícil pero vital para el desarrollo psicológico sano.

**4.4 La etapa latente.** Después de la etapa fálica sigue el periodo latente y Freud pensaba que persistía hasta la aparición de la adolescencia, en la que la madurez física y sexual del individuo se anuncia en la etapa genital.

**4.5 La etapa genital.** Es la etapa final, que predomina a través de toda la **edad adulta**, en donde el placer se enfoca en la zona genital nuevamente, pero, si el desarrollo en las etapas anteriores ha sido adecuado, el placer sexual no se limita tan sólo al autoerotismo típico del periodo fálico sino que se **dirige hacia el establecimiento de una relación hetero-sexual estable y a largo plazo**, en la cual las necesidades de la otra persona se valoran y se toman en cuenta.

Freud afirmó que cuanto más fuerte era la fijación de un individuo en un estadio psicosexual determinado, el número de conductas típicas

de esta etapa es mayor y en consecuencia se manifiestan con mayor regularidad. Así mismo, es más probable que bajo condiciones de tensión ocurra la regresión a ese nivel.

**5. Las nuevas escuelas psicodinámicas.** A lo largo del tiempo, Freud fue variando considerablemente sus ideas originales, pero permaneció comprometido con determinados principios cardinales, entre los cuales destaca la base instintiva de la conducta humana. Precisamente, fue este dogma, que gozó de poca popularidad, el que impulsó a otras personas a crear variaciones del modelo psicodinámico. Algunas de estas variantes consistieron en pequeños giros mientras que otras fueron verdaderas rupturas con los principios de Freud. (Garfield, 1979).

**Casi todas las variaciones de la teoría de Freud tienen dos características en común:**

A) La insatisfacción con el papel central que desempeñaban los instintos inconscientes en la motivación.

B) El mayor reconocimiento de la influencia que ejercían las variables sociales y culturales sobre la conducta humana.

**En las variaciones menos radicales y con pequeños cambios, se tipificó el Yo como un mecanismo ambiental positivo y creativo, considerándolo, además, como un árbitro de los conflictos intrapsíquicos, como una unidad que posee su propia energía y potencial de crecimiento independiente, la cual no está paralizada en las funciones defensivas inconscientes.**

A continuación presentaremos una breve revisión de las nuevas escuelas psicodinámicas más importantes y sus representantes:

**1. ERIK H. ERIKSON.** Psicólogo norteamericano seguidor de Freud pero que acentuó la importancia de los factores sociales en el

**desarrollo humano.** Bosquejó una secuencia de etapas psicosociales más elaboradas que el esquema psicosexual de Freud y más orientadas hacia las interacciones que tiene la persona con los demás. **Identifica ocho etapas y en cada una de ellas, la persona se enfrenta a una crisis social con dos opciones: o la resuelve con éxito o la deja parcialmente sin resolver.** Los resultados positivos en cada etapa facilitan que la persona maneje con mayor habilidad la crisis siguiente, mientras que los problemas no resueltos interfieren en el desarrollo posterior.

Las etapas son:

**A) Oral-sensorial. Del nacimiento al año y medio. Etapa de la confianza básica contra la desconfianza.** Se aprende a desarrollar confianza en los padres, en uno mismo y en el mundo.

**B) Muscular-anal. Del año y medio a los 4 Años. Etapa de la autonomía contra la duda y la vergüenza.** Se desarrolla un sentido de autocontrol sin perder la autoestima.

**C) Genital locomotor. De los 4 a los 6 años. etapa de la iniciativa contra la culpa.** Se desarrolla una conciencia, el papel sexual y se aprende a asumir una tarea por el gusto de ser activo creativo.

**D) Latencia. De los 6 a los 11 años. Etapa de la industria contra la inferioridad.** Se recibe una educación sistemática y se desarrolla la determinación de obtener dominio sobre lo que se hace.

**E) Adolescencia. Etapa de desarrollo de la identidad contra la confusión del papel,** no sobre quien soy sino sobre como puedo ser.

**F) Adulto joven. Etapa de la intimidad contra el aislamiento.** Se estudia y se trabaja hacia una carrera específica. Se selecciona un compañero para una relación íntima y duradera.

**G) Edad adulta. Etapa de la generatividad contra el estancamiento.** Se desarrolla la preparación paterna para la siguiente generación y el apoyo de los valores culturales.

**H) Madurez. Etapa del logro de la integridad del Yo.** Se logra el desarrollo de la sabiduría y una filosofía de la vida.

**2. ALFRED ADLER.** En sus inicios fue seguidor de la escuela psicoanalítica, pero posteriormente repudió la teoría instintiva de la conducta, se separó de Freud y desarrolló sus propias teorías. En sus teorías de **análisis individual** el factor psicológico más importante en la conducta humana y su desarrollo es la **inferioridad y no el instinto**.

Según **ADLER** cada persona comienza su vida en una posición indefensa, dependiente e inferior. La conducta después del nacimiento representa una **"tendencia hacia la superioridad"**, primero en la familia y después en la sociedad, y las maneras particulares en que cada individuo busca la superioridad conforman **su estilo propio de vida**. Los estilos de vida adaptativos se caracterizan por la cooperación, el interés social, el valor, el sentido común y las personas desadaptadas reflejan una competitividad extremada, una falta de interés en los demás y una distorsión de la realidad. Los estilos de vida de personas desadaptadas y los problemas conductuales que ocasionan se deben a **las ideas o conceptos erróneos** que tiene la persona acerca del mundo y de los demás y no a los conflictos inconscientes no resueltos.

**3. OTTO RANK.** Otro discípulo de Freud que logró desarrollar su propia escuela de pensamiento. Rechazó la importancia que Freud daba al sexo y a la agresión como la base de la conducta humana y **concentró su atención en la dependencia básica del niño en desarrollo y en su capacidad potencial innata para un crecimiento positivo.**

Para él, el "trauma del nacimiento" es muy significativo porque comprende un cambio repentino y brusco del mundo pasivo y dependiente del feto al mundo caótico externo que exige un grado de dependencia cada vez mayor.

Rank consideró que el nacimiento proporciona el **prototipo del conflicto humano básico entre el deseo de ser dependiente, regresar al vientre, y la tendencia innata dentro de cada persona a crecer física y psicológicamente hasta lograr la independencia completa.** Cuando una persona fracasa en la resolución de este conflicto fundamental se encuentra con la raíz de todos sus problemas de comportamiento.

**4. KAREN HORNEY.** Neofreudiana, criticó fuertemente el énfasis Freudiano a los impulsos instintivos y a su análisis de la estructura de la personalidad, pero acepta las nociones psicoanalíticas básicas de la motivación inconsciente y el determinismo psíquico. **Centró su atención en la descripción del comportamiento neurótico y los conflictos y dinámica que lo sustentan. (Garfield, 1979).**

Uno de sus conceptos fundamentales es el de la **ansiedad básica.** Se refiere a los sentimientos que tiene el niño de estar inerte y aislado en un mundo potencialmente hostil. Esta inseguridad puede ser producida por una gran variedad de influencias ambientales, pero las más importantes son las que brotan de su relación con sus padres. El niño inseguro y ansioso desarrollará diversas defensas o estrategias de defensa para resolver o aliviar este estado doloroso: exageradamente cariñoso o sumiso, en un extremo, para poder lograr el amor y el afecto o extremadamente hostil, en el otro, con quienes se lo han negado.

Horney describió diez **necesidades neuróticas** que las personas han desarrollado para hacer frente a su ansiedad y que con el tiempo se convierten en patrones estables de personalidad, entre otras, la



necesidad neurótica de poder, necesidad de prestigio, necesidad de perfección y la necesidad neurótica de afecto. Estas necesidades se consideran como estrategias para hacer frente a la ansiedad, pero se van haciendo insaciables, nunca pueden satisfacerse plenamente y dan como consecuencia **conflictos permanentes**. Así, para poder superarlas, el neurótico necesita conocer las razones de sus necesidades insaciables y poco realistas y renunciar a ellas poco a poco. (Horney, 1976). Posteriormente, agrupó estas necesidades neuróticas en tres patrones más amplios:

- 1) Acercamiento hacia la gente.
- 2) Alejamiento de la gente.
- 3) Hostilidad hacia la gente.

En síntesis, sus conceptos influyen en el trabajo clínico y permanece en la corriente psicodinámica pero pone más atención a los conflictos de la persona y a sus métodos para resolverlos.

5. **HARRY STACK SULLIVAN**. Pone especial énfasis en la **matriz psicológica social**, en la que se verifica el desarrollo y el comportamiento adulto, lo cual lo separó sensiblemente de Freud. Se le conoce como la **teoría interpersonal de la psiquiatría**, ya que ve la personalidad como algo que se deriva de las relaciones interpersonales y que tiene sentido sólo en función de dichas relaciones.

Para Sullivan, la personalidad es un concepto abstracto que se deriva de la interacción interpersonal entre el individuo y otras personas determinadas. Así, personalidad es "el patrón relativamente perdurable de situaciones interpersonales recurrentes que caracterizan una vida humana". (Garfield, 1979, Pág.43).

Hace incapie en dos conjuntos de impulsos o variables de motivación. El primer conjunto engloba las necesidades orgánicas

básicas y el segundo, abarca la ansiedad y la necesidad de seguridad. Afirma que al llegar una persona a la edad madura tiende a preocuparse notablemente por las necesidades de seguridad, aunque a lo largo de la vida ambos conjuntos de necesidades o tensiones están asociados con las relaciones interpersonales.

El yo tiene gran importancia en la adaptación psicológica del individuo. Afirma que el "sistema del yo" evoluciona partiendo del deseo que tiene el niño de acomodarse a sí mismo interpersonalmente para lograr obtener ternura y un refuerzo positivo de la madre y para evitar la ansiedad. La matriz claramente supone relaciones interpersonales.

Según Sullivan, el yo es un dinamismo, ya que afirma que "Podemos esperar, por lo menos hasta muy entrados en la vida, que los componentes del sistema del yo existan y manifiesten actividad funcional en relación con todas las necesidades generales que tiene una persona" (Garfield, 1979, Pág44).

Así que, aunque el sistema del yo es un aspecto necesario del desarrollo de la personalidad, su íntima relación con la ansiedad acarrea potencialmente consecuencias negativas.

### 2.3 El modelo de aprendizaje Social.

Este modelo, se centra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que le afectan. El soporte básico de las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el "aprendizaje" que se lleva a cabo en un contexto social. Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida y no a la "enfermedad o salud mental".

Los antecedentes culturales de cada individuo se consideran como "parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo en la aparición tanto de las conductas "normales" como en las conductas problemáticas". (Kendall-Norton, 1988, Pág 171).

En éste modelo, las semejanzas entre los individuos se explican al señalar los factores que tienen en común las normas, valores e historias de aprendizaje y que comparten la mayoría de las personas que pertenecen a una misma cultura. Los mismos principios de aprendizaje que se aplican al explicar las diferencias y semejanzas "entre" los individuos, se emplean para explicar las circunstancias y discrepancias "dentro" de cada individuo. Desde la perspectiva del modelo de aprendizaje social se considera que la consistencia conductual, a la cual el modelo psicodinámico se refiere como la "personalidad", es ocasionada por el aprendizaje generalizado y/o las semejanzas de estímulo que pueden existir en un grupo de situaciones relacionadas. Este modelo tiene como meta el comprender las inconsistencias intra-individuales y otros fenómenos humanos "impredecibles" en términos de la especificidad conductual.

Existen varias formulaciones del modelo de aprendizaje social que, a pesar de que difieran considerablemente en cuanto a ciertos factores específicos, comparten una serie de características comunes. Estas son:

1. Se subraya la importancia de la conducta mensurable, medible, objetiva y contable.
2. Se acentúa la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta en oposición a otras influencias "supuestas" o hereditarias.
3. Los métodos y procedimientos de la ciencia experimental se emplean como los medios principales para ampliar el conocimiento acerca de la conducta y su evaluación, desarrollo y modificación.

4. La evaluación clínica y las funciones de tratamiento están íntimamente ligadas con los resultados de la investigación experimental realizada con seres humanos y animales.

5. La evaluación clínica y las funciones de tratamiento están íntimamente integradas.

**Entre los principales representantes y escuelas del modelo de aprendizaje social están:**

**1. Dollard y Miller y el enlace del aprendizaje con los problemas clínicos.** John Dollard, sociólogo y Neal Miller, psicólogo, intentaron traducir o reconstruir los conceptos que Freud derivó de su práctica clínica a un lenguaje que fuera consistente con los datos experimentales sobre el aprendizaje humano y animal. **Partieron de la suposición de que los seres humanos no nacen al mundo de los instintos sino con necesidades primarias que deben ser satisfechas.** Además, dieron por sentado que cada persona aprende a satisfacer estas necesidades de manera un tanto diferentes que por consiguiente conducían al desarrollo de patrones individualizados de conducta. Por ello, la necesidad de alimento, que un niño tiene, produce fuertes estímulos internos que denominaron "pulsiones", debido a su capacidad para motivar o activar la conducta.

**Es importante aclarar que los autores no han supuesto que toda la conducta humana se aprende a través de la reducción de las pulsiones primarias. También se adquieren "pulsiones aprendidas" o secundarias que funcionan de manera muy parecida a las primeras.** Así, una persona puede aprender a necesitar cosas como elogios, dinero o poder y aprenderá a repetir los comportamientos que le conducen a lograrlo y abandonará aquellos que no lo hacen.

**Dollard Y Miller** emplearon conceptos Freudianos como fenómenos determinados ambientalmente, que eran factibles de investigar y no como estructuras intrapsíquicas. Para ellos, el conflicto existe cuando una persona debe elegir entre dos o más respuestas opcionales. Entre

estos conflictos, el más difícil y potencialmente problemático, es la variante de **"doble evitación-aproximación"**. Al igual que Freud, subrayaron la importancia de tales conflictos y la ansiedad y los desórdenes conductuales subsiguientes que despiertan, utilizando la terminología de la teoría del aprendizaje. (Bernstein-Nietzel,1982).

**2. B.f. Skinner y el análisis funcional de la conducta.** El enfoque de aprendizaje social de Skinner, que también concibe a la conducta como aprendida, sostiene que los constructos inobservables, como la necesidad y la pulsión no son necesarios para la comprensión de la conducta. En su lugar, afirma que la observación cuidadosa y la experimentación de las relaciones funcionales y aprendidas entre los estímulos ambientales y la conducta observable en últimas instancias, **proporcionarán una imagen completa del desarrollo, mantenimiento y alteración del comportamiento humano.**

En lugar de introducir factores que no se ven, como el ello o la pulsión, en las actividades de evaluación, tratamiento e investigación, Skinner opta por la observación y descripción de las maneras como la conducta se relaciona con sus antecedentes y consecuencias. A este enfoque, porque se centra principalmente en las relaciones funcionales se le llama análisis funcional, el cual elimina los constructos inferidos. Por ejemplo, la idea de "necesidad", en vez de suponer que la conducta humana refleja varias necesidades, la versión de Skinner se fija en la relación entre la conducta agresiva y sus consecuencias, es decir, **la persona ha aprendido a comportarse de una manera agresiva y no es agresiva por una necesidad interna.** Se emplea una lógica semejante para explicar los desórdenes conductuales más severos.

**3. Wolpe y Eysenck y el condicionamiento clásico.**

Joseph Wolpe y Hans Eysenck estudian la aplicación de los principios del condicionamiento clásico de Pavlov a la comprensión y

eliminación del sufrimiento humano, en especial de la ansiedad. Amplían el conjunto de conceptos disponibles para el trabajo dentro del modelo de aprendizaje social y abarcan un mayor número de problemas clínicos basados en la ansiedad cuyas dimensiones generalmente incluyen el dolor experimentado de manera subjetiva por el paciente y que a menudo no se trata de una forma específica, con el enfoque analítico funcional.

Es importante aclarar que este enfoque no niega la existencia del reforzamiento operante y del castigo en el moldeamiento de la conducta normal o problemática, pero acentúa el aprendizaje que ocurre a través de la asociación de los estímulos condicionados e incondicionados. Por lo tanto, el condicionamiento operante como el clásico pueden estar implicados en la aparición de patrones conductuales específicos.

**4. Albert Bandura y el aprendizaje observacional.** Los autores citados anteriormente se centran en el comportamiento manifiesto y lo toman como el objeto de la evaluación y tratamiento clínicos, pero algunos miembros del modelo de aprendizaje social consideran que se ha prestado muy poca atención a la función que desempeñan los procesos cognoscitivos o simbólicos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Así, surge la figura de Albert Bandura, uno de los principales representantes de esta postura, psicólogo de la Universidad de Stanford, que ha estudiado de qué manera la actividad cognitiva contribuye al aprendizaje. A este enfoque se le llama aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzador obvio. El único requisito para el aprendizaje, puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. Más tarde, especialmente si el modelo recibió una recompensa visible por su ejecución, el que lo observó puede manifestar también la respuesta nueva cuando se le proporcione la oportunidad de hacerlo.

Una aportación de la teoría de **Bandura** es la atención que le presta a los **procesos cognitivos vicarios**. Afirma que el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del condicionamiento operante y clásico, sino que **también a través de lo que aprende indirectamente, vicariamente**, mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones.

De acuerdo con **Bandura**, los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo. **Los procesos simbólicos pueden originar la adquisición de respuestas nuevas, la inhibición y desinhibición de respuestas que ya se hayan aprendido y la facilitación o " instigación " de la conducta.**

Según **Bandura** existen por lo menos **dos fuentes de incomodidad: la externa**, que incluye los aspectos de las situaciones sociales en sí que señalan la ansiedad y **la interna, o cognitiva**, que consta de los pensamientos que haya generado el individuo temeroso acerca del acto de socializar, los cuales pueden contribuir a que continúe evitando la situación.

**5. Julian Rotter y las variables cognitivas.** En la misma línea de **Bandura**, es otro enfoque en el que **subraya la importancia de las expectativas en la actividad humana**. En este sistema, la probabilidad de que ocurra una determinada conducta depende de **lo que la persona espera que ocurra después de haber emitido la respuesta y del valor que la persona otorgue a ese resultado**. Rotter supone que las expectativas y los valores que influyen, organizan y alteran la conducta se **adquieren a través del aprendizaje**. Para que una persona "posea" una expectativa acerca de un resultado o emita un juicio acerca de su valor, debió haber tenido alguna experiencia directa o vicaria de algunas situaciones pasadas equivalentes o similares. En suma, para Bandura y Rotter, son importantes los **componentes cognoscitivos de la conducta.**

## 2.4 El modelo fenomenológico.

Esta tercera aproximación, rechaza un gran número de las suposiciones básicas de los otros dos enfoques y afirma que la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga la persona. En otras palabras, las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente de la de los demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva cambiante conforme se da de un momento a otro. (Kendall-Norton, 1988).

**La mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos:**

1. Los seres humanos no son ni portadores de estructuras psíquicas o impulsos, ni receptores de reforzamiento. Son personas activas y pensantes, responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.
2. El modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, pero les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, afirma que cada persona nace con una potencia para el desarrollo, que le proporciona el motor de su conducta.
3. Afirma que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. Así, el modelo fenomenológico rechaza el concepto de enfermedad mental y el uso de otras "etiquetas" para la conducta problemática y supone que toda la actividad humana es normal, racional y comprensible cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que se está observando.



**4. En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos sino como lo que son: seres humanos. De acuerdo con el modelo fenomenológico, se logra una información muy pobre por medio de la acumulación de datos de evaluación orientados históricamente. El pasado es menos importante que el presente. Así, ayudar a una persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento personal.**

**Las perspectivas fenomenológicas han evolucionado a partir de varias fuentes. De manera parcial, representan una ramificación de la reacción contra Freud que comenzó cuando Adler y Rank rechazaron los instintos y la motivación inconsciente como las bases principales del comportamiento. Estos autores acentuaron la importancia de las percepciones individuales y el potencial positivo de crecimiento.**

Este enfoque también fue desarrollado por psicólogos Alemanes a principios de siglo y fue llamado "Escuela Gestalt". En oposición al estructuralismo de Wundt, afirmaron que la mente es algo más que la suma de sus partes y que, con respecto a la percepción, el individuo es un participante activo y no tan sólo una estación pasiva de recepción. Señalaron que hay muchos casos en que la percepción subjetiva de una persona trasciende los estímulos que "objetivamente" están presentes y muchas situaciones en que un "mismo" objeto se puede interpretar de diferentes formas y donde las relaciones de figura-fondo reversibles son posibles.

**Veamos ahora algunas de las principales escuelas fenomenológicas y sus representantes:**

**1. George Kelly y la teoría del constructo personal (1955).** Kelly ejemplifica la manera como el modelo fenomenológico se relaciona con las formulaciones basadas en el aprendizaje social. Su teoría se basa en la afirmación de que la conducta humana está determinada por lo que él denomina "constructos personales" o formas de anticipar el mundo.

Según Kelly, los individuos actúan de acuerdo con su conjunto único de expectativas acerca de las consecuencias del comportamiento. Así, los constructos personales o anticipaciones de las personas acerca de la vida conforman su realidad y guían su conducta.

Afirma Kelly que la "validación de sus constructos personales" constituye la meta principal de cada ser humano. La conducta humana no refleja los deseos instintivos, los efectos del reforzamiento externo o la posición de las tendencias de respuestas aprendidas sino que, en lugar de esto, refleja los intentos de los individuos por encontrarle significado (anticipar correctamente) al mundo de acuerdo con la manera como ellos lo perciben. Cada persona busca acertar en su concepción acerca del fenómeno de la vida.

En el sistema de Kelly, la conducta problemática se desarrolla cuando una persona crea constructos imprecisos, muy simplificados o erróneos. Si la persona sólo posee algunos constructos generales para la anticipación y comprensión de una gran cantidad de hechos que ocurren cotidianamente, casi se puede tener la seguridad de que el comportamiento basado en esos constructos, será inapropiado, ineficiente o inadecuado, por lo menos, en algunas ocasiones. Tendrá problemas debido a que no todos los objetos, hechos y personas pueden ser ubicados en esas dimensiones sin que ello implique una distorsión o generalización exagerada.

Por último, existe compatibilidad entre la visión de Kelly y la orientación cognitiva del modelo de aprendizaje social. Muestran interés común sobre la función de la actividad cognitiva para determinar la conducta manifiesta. Además, Kelly considera que las personas pueden aprender a cambiar sus constructos personales y, a su vez, los patrones de respuesta que emanan de ellos. Esta última noción mezcla los conceptos cognitivos y fenomenológicos con los principios del aprendizaje social y de ahí se desarrollan modelos combinados en el tratamiento clínico.

**2. Carl Rogers y la teoría de autorrealización.** En oposición a la perspectiva de Kelly la obra de Carl Rogers ha diferenciado más claramente el modelo fenomenológico de los otros, a tal grado que se ha identificado con el modelo mismo. Las principales afirmaciones fenomenológicas de Rogers son:

- 1) Cada individuo existe en un mundo de experiencias cambiantes del cual él es el centro.
- 2) El organismo reacciona al campo tal como él lo experimenta y percibe. El campo perceptual, para el individuo, es la realidad.
- 3) El organismo reacciona a su campo fenomenológico como una totalidad organizada.

Al igual que otros fenomenólogos, Rogers afirma que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que llama "autorrealización". (Garfield, 1979, Pág.47).

Se dice que tal motivación es suficiente para explicar la aparición de toda conducta humana, desde la búsqueda de alimentación básica hasta los actos más sublimes de creatividad artística. La autorrealización se define como: la tendencia directiva que es evidente en toda la vida orgánica y humana. Es la propensión a desarrollarse, a extenderse, a expandirse, a madurar. Es la disposición a expresar y activar todas las capacidades del organismo.

Según Rogers la conducta humana, tanto la problemática como la no problemática, refleja los esfuerzos del individuo para lograr la autorrealización en el mundo que él percibe de manera única, esfuerzos que comienzan desde el nacimiento y perdura a través de toda la vida. Algunas veces no encuentran obstáculos y logran el éxito pero también pueden ser frustrados y producir resultados problemáticos. Así, el crecimiento de una persona y sus interacciones con el ambiente que lo llevan a un desarrollo se ven acompañados

por una diferenciación entre "el sí mismo" y "el resto del mundo". Como resultado, la persona reconoce que una parte de sus experiencias pertenecen al "yo" o al "mf". Rogers afirma que todas las experiencias de una persona, inclusive la experiencia del sí mismo, se someten a una evaluación y se valoran como positivas. Esta valoración depende de lo consistente o inconsistente que sean las experiencias con la tendencia de autorrealización.

Las evaluaciones se realizan parcialmente en base a los sentimientos directos u organísmicos y parcialmente en base a los juicios realizados por otras personas. Así, el "sí mismo" o "autoconcepto" surge como un conjunto de experiencias evaluadas cuya valencia positiva o negativa a menudo se ve influida por los valores y las opiniones de las demás personas. Las personas valoran tanto la estimación que obtienen de las otras personas como el motivo de autorrealización. Esta tendencia se fomenta a través de lo que Rogers denomina "las condiciones del valor". (circunstancias en las que la persona obtiene la estima positiva de los demás y la aprobación propia). Por ello, las personas que se enfrentan a las condiciones del valor probablemente se sientan incómodas. Si se comportan con el fin de agradar a los demás pueden hacerlo a expensas de su crecimiento personal. Por otro lado, la manifestación de los sentimientos, valores y conductas auténticas que difieren de las condiciones de valor, tienen el riesgo de llevar a la pérdida de la estima positiva de los demás y de sí mismo.

Rogers cree que para reducir, prevenir o evitar la incomodidad que surge a partir de esta incongruencia, el individuo puede distorsionar la realidad o su experiencia de ella de una manera que las otras personas la perciban como problemática. En suma, las consecuencias de posteriores intentos por reducir la incongruencia entre los verdaderos sentimientos y el autoconcepto por medio de la distorsión y la percepción errónea, serán abundantes y a mayor discrepancia, mayor será la gravedad de la conducta problemática que se produzca.

3. **Abraham Maslow y la psicología humanista.** Proporciona otra versión del modelo fenomenológico. **Acentúa la importancia de la experiencia subjetiva y la percepción única de la realidad que cada persona mantiene.** Fundó el movimiento de la "psicología humanista", y dió énfasis al elemento positivo, creativo y único acerca de los seres humanos, igual que otros fenomenólogos.

Maslow considera que las personas tienen la capacidad y necesidad de **lograr la autoactualización**, pero afirma que las personas fracasan en obtener su potencial humano completo debido a la presencia de las necesidades no cubiertas y no tanto por la incongruencia entre la auto experiencia y la experiencia orgánica. **Las necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos, con los que cada persona nace, así como requisitos de un nivel superior como la seguridad, el amor, la pertenencia, la autoestima y la autoactualización.** En este esquema, la satisfacción de cada nivel de necesidades debe ser precedida por la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores.

Maslow señala que la mayoría de las personas están buscando satisfacer las necesidades que se encuentran por debajo del nivel de la autoactualización y que, por lo tanto, se orientan hacia aquello que no poseen. **Llamó a estos individuos como "motivados por deficiencias".**

La mayoría de las necesidades insatisfechas en nuestra cultura, generalmente tienen que ver con **la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima** que a menudo producen conductas adultas basadas en la búsqueda de satisfacción de estas necesidades en una forma "neurótica", perturbada, o en otras palabras, problemática. Sin embargo, se refirió a la "**motivación de crecimiento**" cuando mencionó que en algunos casos, relativamente raros, las necesidades de orden inferior se encuentran satisfechas de manera adecuada conforme se desarrolla la persona y por lo tanto, la liberan para la búsqueda de la necesidad más alta, la

**Autoactualización.** Esta minoría afortunada puede experimentar comúnmente el potencial pleno de la calidad del ser humano y debido a que no están encadenados a una preocupación acerca de las necesidades de niveles inferiores, se pueden dedicar a la expansión de su potencial en el contexto de la búsqueda de tales abstracciones como la verdad, la belleza y la bondad. **"Las experiencias cúspides", en las que alcanza la autoactualización son comunes para estas personas y representan lo mejor del ser humano.**

Como otros fenomenólogos, **Maslow** subraya la importancia de prestar ayuda a las personas que sufren para que se sobrepongan a los obstáculos que les impiden el crecimiento natural y que, en última instancia, los conducirá a su felicidad y plenitud.

**4. Freidrich S. Perls y La Psicología Gestalt.** Psiquiatra europeo que intentó trascender su entrenamiento psicoanalítico original, puesto que consideró que se exageraba la importancia de los otros instintos sexuales y se menospreciaba **"el factor hombre"** con su instinto o tendencia hacia la auto-conservación y autorrealización (crecimiento). Como Freud, **Perls** acentuó la función del **Yo** para facilitar el crecimiento y la auto-conservación de cada persona al mediar entre las necesidades individuales internas y las exigencias del ambiente. Sin embargo, **no consideró que el Yo era una estructura psíquica, sino un proceso cuya meta (inalcanzable) era la reducción de la tensión entre la persona y el ambiente.** Idealmente, a medida que se pretende lograr un equilibrio, de hecho inasequible, el individuo crece psicológicamente. **La persona encuentra nuevas formas para satisfacer sus necesidades internas mientras se vuelve más conocedor de los requisitos del mundo externo y más hábil para enfrentarlos.**

Para que este proceso de crecimiento óptimo ocurra de manera continua, **la persona debe mantenerse consciente de sus necesidades y sentimientos internos y del ambiente,** ya que al atender y organizar sus percepciones internas y externas se considera que cada persona es

un participante activo y, debido a que la tendencia para evitar los conflictos y mantener la tensión lo más baja posible puede hacer que algunas percepciones sean más cómodas que otras y el conocimiento de cada persona se puede convertir en incompleto, distorsionado o distribuido de manera inadaptada. **Cuando esto ocurre, se detiene el crecimiento y comienzan los problemas.**

Afirma **Perls** que, cuando la evitación de un conflicto perturba el conocimiento, **los síntomas clásicos de la neurosis y las defensas neuróticas aparecen. Perls** desarrolló la aproximación clínica llamada **"terapia gestalt", cuyo objetivo es que la persona inicie su crecimiento y re-establezca sus procesos de conocimiento.**

### Capítulo III.

#### 3. Elementos y características de los modelos de intervención terapéutica.

En base a los modelos expuestos en los temas anteriores, en éste capítulo analizaremos los tres modelos de intervención terapéutica citados a fin de conocer sus componentes y posteriormente establecer las diferencias con la terapia racional-emotiva para identificar sus alcances como alternativa terapéutica. Para ello, explicaremos los componentes, procedimientos, técnicas y procesos de cada uno de los modelos estudiados y su aplicación como procedimiento terapéutico.

##### 3.1 Las terapias Psicoanalíticas.

A lo largo de la mayor parte del siglo veinte, los esfuerzos por aliviar el sufrimiento humano por medio de la intervención psicológica, se ha basado en las teorías psicodinámicas Freudianas. El psicoanálisis de Freud tuvo un desarrollo triple: como método de tratamiento, como teoría de personalidad y como un proceso de investigación sobre la conducta humana. (Bernstein-Nietzel,1982).

Actualmente existe un amplio despliegue de teorías de orientación psicodinámica, desde el psicoanálisis ortodoxo hasta nuevos sistemas que no sólo descartan muchas de las ideas básicas de Freud sino que incluyen modelos distintos. Analicemos los principales elementos y enfoques que conforman los modelos psicodinámicos de intervención clínica, a fin de establecer los elementos generales que le conforman como sistema terapéutico.

##### 3.1.1 El tratamiento psicoanalítico.

La mayoría de los estudiosos coinciden en señalar que Freud fue el fundador de la psicoterapia. Hasta la fecha persisten, en casi todas las



modalidades del tratamiento clínico, independiente de sus fundamentos teóricos, su método basado en la comunicación verbal entre dos personas, su búsqueda sistemática de las relaciones entre la historia personal del enfermo y sus problemas actuales, la importancia que otorgó a los pensamientos y emociones y su enfoque con respecto a las relaciones entre el paciente y el terapeuta. (Thompson, 1983).

**3.1.1.1 Metas del tratamiento psicoanalítico.** En términos generales, la meta del tratamiento psicoanalítico clásico es ayudar al paciente a pensar y a conducirse en formas más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. "Es un proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se vuelven conscientes a través de las interpretaciones que hace el terapeuta del comportamiento del paciente". (Kendall-Norton, 1988, Pág. 518).

Teóricamente, cuando el paciente comprende las verdaderas razones por las cuáles se siente o actúa en formas no adecuadas y comprende que esas razones ya no son válidas, entonces no tendrá que seguir conduciéndose de esa manera. La simple descripción del material inconsciente no es suficiente para terminar con el problema, sino que el propio paciente debe realizar estos descubrimientos con la ayuda y guía del terapeuta. El proceso de comprenderse a sí mismo, incluye el reconocimiento intelectual de los deseos íntimos y de los conflictos, una participación emocional en los descubrimientos acerca de uno mismo, y la búsqueda sistemática del modo como los factores inconscientes han determinado la conducta pasada y presente y han afectado las relaciones con los demás.

Por lo tanto, las principales metas de la terapia psicoanalítica son: La captación (insight) intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y sus problemas y la elaboración de las implicaciones de esta captación.

Uno de los mitos más populares sobre el psicoanálisis es que ocurre una percepción repentina de la vida entera de un sólo golpe acompañado por una descarga explosiva (**abreacción**) de toda la energía emocional acorralada del pasado, seguida por la desaparición total y permanente de todos los problemas del paciente. (Thompson, 1983).

Freud estaba convencido de que la desaparición de un síntoma por lo general representaba solo una parte de la terapia y que si no se proseguía a desenterrar más material inconsciente no tardaban en aparecer nuevos síntomas. Así, "volver consciente al inconsciente", es un proceso gradual que ocurre a lo largo de muchas sesiones analíticas, algunas de mayor tono emotivo que otras. Este esfuerzo de auto-exploración se ve detenido por callejones sin salida, pistas falsas y un sin fin de defensas psicológicas creadas por el paciente para evitar el traer a la conciencia verdades que han estado ocultas durante mucho tiempo. Cuando se ha dado este proceso de traer la verdad a la conciencia, el terapeuta promueve la elaboración de los insights y la comprensión de las defensas que mantuvieron oculta la verdad tanto tiempo. En éste proceso de elaboración, la meta es que el paciente entienda la extensión de sus problemas, conflictos y defensas para advertir su presencia y evitar su constante retorno. La captación del problema le da la estructura de su historia personal y la elaboración de este conocimiento le proporciona los detalles. (Coleman, 1977).

**3.1.1.2 Técnicas del tratamiento psicoanalítico.** Debido a que uno de los fundamentos de la teoría analítica es que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de defensa, es difícil que el paciente pueda penetrar por sí mismo y sin ayuda el fondo de los conflictos que por tanto tiempo se han mantenido ocultos. El papel del terapeuta es, entonces, el de crear una atmósfera en la cual el paciente pueda llevar a cabo un auténtico autoanálisis, enseñándole cómo y dónde ha de buscar la

información significativa y ayudándole a integrar ésta información en una estructura que tenga sentido. (Garfield,1979).

**Aunque la forma específica de lograr estos objetivos varía de acuerdo a cada analista, existen algunas técnicas y estrategias comunes:**

**\*La asociación libre.**

**Es una de las técnicas fundamentales que desarrolló Freud para ayudar al paciente a descubrir el material inconsciente. Evolucionó a partir de la búsqueda de recuperar los hechos olvidados fuera de la hipnosis. Se pide al paciente que se someta a una regla fundamental: decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar, eliminando todo control consciente sobre su proceso mental y dándole vía libre.**

**Al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie. En las primeras sesiones el analista dá algunas instrucciones, pero después el paciente familiarizado con su papel, inicia sus asociaciones sin necesidad de estímulo. A menudo los recuerdos importantes se acompañan de las emociones propias del suceso original.**

La asociación libre proporciona pequeños vistazos y pistas de las causas subyacentes del trastorno, ya que los mecanismos de defensa impiden que las bases inconscientes de los problemas actuales se revelen de manera clara y automática en los recuerdos, sentimientos y deseos. La tarea del terapeuta es descifrar el sentido de lo que emerge y observar los patrones de la asociación que pueden ser reveladores, tomando en cuenta que gran parte de lo que el paciente dice durante la asociación libre es de naturaleza defensiva. Si el paciente queda en blanco, habla de detalles triviales y "corrige" lo que dice, está obstaculizando su autoexploración.

### \*Los sueños.

Los sueños son considerados como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general escapan a la conciencia, por lo que desempeñan una función muy importante en el psicoanálisis. Freud los llamó alguna vez "el camino real al inconsciente". Un problema para el psicoanalista al utilizar el material de los sueños es que aunque las defensas del paciente están relativamente relajadas durante el sueño, no están totalmente ausentes y opera algún grado de distorsión y defensas. Así, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumatizar y despertar a la persona dormida.

Se les otorga gran importancia, pues se considera que el material inconsciente se encuentra más cerca de la superficie en los sueños que en la vigilia y se puede emplear una sesión o una serie de sesiones para recordar y discutir un sólo sueño. Al describir su sueño, el paciente revela el contenido manifiesto o sus características obvias, que suelen componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día, residuo del día, o pueden ofrecer una manera fácil de satisfacer deseos del momento sin necesidad de despertar a la persona.

Para lograr los objetivos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es su contenido latente, es decir, las ideas, deseos e impulsos inconscientes, que aparecen en una forma no comprometida como una negociación entre la represión total y la libre expresión. (Thompson, 1983).

Se llama trabajo onírico al proceso de transformar el material rechazado en algo más aceptable. Este trabajo onírico emplea el desplazamiento, la condensación, la dramatización, la sustitución, la devaluación y la simbolización. Además del trabajo onírico, los mecanismos de defensa durante la vigilia pueden obstaculizar los esfuerzos del analista para descubrir el contenido latente. El reporte

**del sueño se puede corregir y organizar inconscientemente de una forma más lógica que como ocurrió de verdad en el sueño.**

Para identificar los aspectos más significativos de un sueño, algunos analistas piden al paciente repetir una o más veces su sueño. Los cambios, omisiones y agregados que ocurren reflejan los esfuerzos inconscientes por disfrazar o defender con más eficacia el material perturbador. **También se le pide al paciente que haga una asociación libre respecto a ciertos aspectos del contenido manifiesto descubriendo así material inconsciente.** Se cree que ciertos sueños tienen un contenido latente de particular importancia y especialmente se sugiere que el primer sueño que el paciente relate al analista puede ser un compendio capsular de sus principales problemas. Por lo común se utiliza una serie de sueños en el proceso del análisis, ya que revelan patrones establecidos de contenido latente. Otro punto importante es que el uso de los sueños aporta ideas, pistas e hipótesis para seguir investigando, no dan respuestas definitivas, por lo que se debe tener cuidado al analizar los contenidos simbólicos y asociaciones más obvias.

#### **\*La atención a la "conducta cotidiana".**

De acuerdo al determinismo psíquico, concepto básico de Freud, casi toda la conducta humana se relaciona con los procesos conscientes e inconscientes o es causada por éstos. Consecuentemente, gran parte de la conducta diaria del paciente refleja de alguna manera sus deseos, fantasías, impulsos y mecanismos de defensa. Por ello el psicoanalista pretende estar siempre alerta y sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal de su paciente que se manifiesta durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Es fundamental poner atención tanto a los relatos importantes como a los triviales, a los actos intencionales y a los sucesos "accidentales", al lenguaje corporal y al

lenguaje verbal, ya que pueden enmascarar las tácticas habituales de defensa psicológica y los secretos que pretende el paciente proteger. **Dos categorías conocidas de ésta conducta son: Los errores (lapsus lingue, hechos accidentales, etc.) y el humor (trabajo del ingenio).**

#### **\*El análisis de la resistencia.**

**El paciente manifiesta varias formas de resistencia durante el transcurso del esfuerzo por descubrir el material inconsciente amenazante. (Thompson, 1983).**

Algunos ejemplos se relacionan con la asociación libre y el análisis de los sueños, pero existen otras formas. **Estas resistencias son importantes pues ayudan a señalar los temas, las áreas, los acontecimientos y periodos de tiempo que más defensa despiertan y que por lo tanto requieren una mayor investigación.** Ya que el verdadero progreso se logra en ausencia de la resistencia, el análisis se ocupa de combatirla. Algunos ejemplos de resistencia son: **1. El llegar tarde o faltar repetidamente a las sesiones, 2. Rehusar tratar ciertos temas, 3. No estar dispuesto a utilizar el diván, 4. Quedarse dormido., 5. No pagar la cuenta.**

Existen manifestaciones más sutiles de resistencia, como la aparición de un estado depresivo, o cierta desesperación en el momento en que está por ocurrir una revelación importante, como una forma de posponer revelaciones dolorosas. Otra es el patrón de intelectualización, en el que se observa que las emociones importantes se reprimen pero el paciente en apariencia coopera. Sustituye la lógica y razonamientos por los sentimientos. **Otras tácticas menos cerebrales consisten en síntomas físicos sin base orgánica** que se presentan cuando el análisis se vuelve amenazante como los crónica, visión borrosa, catarro crónico, trastornos del habla u otros de tipo histérico que obstaculizan o impiden el trabajo analítico. En ocasiones pueden llegar a comprometer la vida del

paciente. Patrones de conducta regresiva, como el descuido personal, la higiene, el llanto, se consideran serios obstáculos para el análisis. **Las conductas llamadas "acting out" (actuación) son consecuencias directas de la resistencia del paciente.** Comenzar a beber o el regreso al abuso del alcohol, a las drogas, la participación en actividades recreativas de gran peligro o algún cambio dramático en su estilo de vida se puede ver como una forma de rehuir la ansiedad generada por un posible hallazgo de material reprimido. (Thompson, 1983).

#### **\*Análisis de la transferencia.**

En cualquier tipo de terapia surge una relación entre terapeuta y paciente, pero en el psicoanálisis ésta relación constituye, más que el contexto del trabajo, la fuente misma para obtener el material para escudriñar el inconsciente y sus defensas. La relación con el terapeuta y los sentimientos del paciente hacia él, constituyen lo que llamamos transferencia (los sentimientos del terapeuta hacia su paciente se designan como contratransferencia). (Thompson, 1983).

La transferencia se desarrolla por lo menos en dos niveles. El primero abarca los sentimientos conscientes o más o menos obvios y reales expresados hacia el terapeuta, como respeto y gratitud. A éste nivel, hay una alianza terapéutica que facilita el proceso de la terapia.

En el otro nivel, el inconsciente, se piensa que la relación de transferencia contiene actitudes y reacciones en relación directa con los conflictos inconscientes intrapsíquicos, muchos de los cuales pertenecen a la niñez y constituyen la base fundamental de los problemas actuales. El paciente puede tener reacciones o sentimientos positivos y negativos hacia el analista que no tienen que ver con características reales de él o de su conducta, siendo un reflejo del modo como el paciente se relacionaba con las personas importantes de su pasado, ya que Freud consideró que el factor tiempo no existe en el inconsciente. Los conflictos inconscientes aún

más tempranos siempre estarán activos presentándose en las relaciones interpersonales.

**El analista tradicionalmente conserva el "incógnito analítico" revelando poco o nada de sí mismo, convirtiéndose en una especie de pantalla donde el paciente proyecta todo tipo de atributos, características y motivaciones. Debido a ésto, el paciente puede ver al terapeuta como un padre cariñoso o como un padre vengativo, como la madre seductora, o el rival odiado, como un amante celoso o cualquier tipo de figura. El contenido específico de la proyección depende en gran medida de la naturaleza específica de las dificultades inconscientes del paciente. Cuando la relación paciente-terapeuta toma la forma de una nueva versión o versión en miniatura de los problemas del paciente, se designa a ésta fase neurosis de transferencia y se convierte en el foco mismo del trabajo analítico.**

**La transferencia y la neurosis de transferencia se muestran en múltiples formas. Una de ellas es la dependencia hacia el terapeuta. El paciente llega con anticipación a cada sesión, muestra disgusto al terminarse, solicita consejo por teléfono a toda hora del día o la noche, fabrica exigencias o llega a extremos para agrádar al analista. Los intensos sentimientos negativos también reflejan la transferencia. Considera en algún punto de la terapia que el analista es incompetente.**

**Tanto la transferencia como la neurosis de transferencia deben manejarse con cuidado. El analista no reacciona a ellos y pretende comprender el significado de los sentimientos negativos y positivos. Debe mantener viva y visible la transferencia sin forzar al paciente a abandonar el análisis. Así el material inconsciente involucrado se puede volver consciente y podrá ser manejado. Cuando éstas metas se logran, el análisis del paciente se considera terminado.**



Es importante señalar que el análisis y la resolución de la transferencia suelen tomar mucho más tiempo que el análisis y la resolución de un síntoma específico, pues aunque éste desaparezca, las verdaderas dificultades se revelan a través de la transferencia.

#### **\*La interpretación analítica.**

El verdadero significado de los sueños, las asociaciones, los chistes, los patrones de conducta, los obstáculos al tratamiento y la transferencia no se hacen comprensibles al paciente debido a los mecanismos de defensa. Es el último en comprenderlo, pues inconscientemente no los quiere comprender. Así, el analista está en condiciones para formular hipótesis respecto a los factores inconscientes que determinan la conducta. **Está entrenado para buscar significados ocultos ya que es idealmente un observador no involucrado y objetivo, por lo que le resulta más fácil detectar el significado posible de la conducta verbal y no verbal del paciente.** El problema consiste en lograr que el paciente vea y acepte cosas desagradables sin apesadumbrarlo con material que no puede manejar. **En esto consiste la interpretación analítica.** Por medio de preguntas y comentarios acerca de la conducta, asociaciones, sueños, etc., el analista pretende dar una guía y orientación a la autoexploración del paciente. **Si éste se resiste, el terapeuta señala el hecho y ofrece un nuevo punto de vista. (Thompson, 1983).**

Su interpretación no es una simple declaración de su forma particular de ver el problema del paciente, pues puede estar equivocado. **El proceso interpretativo es una manera de impulsar al paciente a considerar alternativas, rechazar las explicaciones obvias y buscar significados más profundos.** Este proceso mueve al análisis al promover la comprensión y la elaboración de esos insights, sin el cual el paciente no progresaría.

El terapeuta puede enfrentar tres dudas esenciales al realizar ésta tarea: 1. **¿Que significa tal sueño, asociación o respuesta?**, 2. **¿Tiene relación con material inconsciente nuevo e importante?**, 3. **¿Es el momento adecuado para comunicárselo al paciente?**. El realizar la interpretación en el momento adecuado puede proporcionar un paso adelante. Si es atinada, relevante y oportuna se despertarán en el paciente sentimientos positivos o negativos que podrán promover mayor comprensión. Aún la interpretación acertada proporcionada antes de que el individuo pueda incorporarla constructivamente puede provocar demasiada emoción o nuevas defensas fortalecidas. Es una regla general que el mejor momento para ofrecer la interpretación es cuando el paciente está a punto de ser consciente de algo importante pero aún no puede verbalizarlo. Se trata de decir lo adecuado en el momento justo. Así la interpretación analítica se vuelve una herramienta crucial.

La interpretación se utiliza unida a cada una de las técnicas analíticas. Una de las más importantes es la interpretación de la transferencia, pues el paciente puede ver como sus defensas y sus conflictos inconscientes generaban problemas, y sobre todo aprende a manejar de manera diferente su mundo, comenzando por su terapeuta. Comprende que el pasado ya no tiene que dictar la conducta actual. El entendimiento teórico y emocional de que el terapeuta no es el padre, ni su pareja ni su jefe dejará al paciente libre para enfrentarse a la vida de manera más racional, realista y satisfactoria.

#### **\*Las aplicaciones del psicoanálisis.**

En su forma clásica, el psicoanálisis se emplea en una relación de uno a uno, con adultos "neuróticos" por un periodo de varios años. Esta aproximación clásica ha sido modificada de varias maneras para acortar el tiempo y hacerla aplicable en grupos o en familias y con pacientes de menor edad. Un "buen" prospecto de paciente para el

**análisis tiene que estar motivado para buscar ayuda y estar dispuesto a trabajar para resolver sus problemas.** Debe ser capaz de seguir la regla fundamental de la asociación libre y de establecer una relación interpersonal con el terapeuta. Además, debe ser capaz de pensar lógicamente acerca del mundo, incluyendo su propia conducta y deberá mantener su contacto con la realidad. Finalmente, poseer suficiente valor para dedicarse a solucionar y aceptar el hecho de sus problemas mentales.

**Los problemas tratados con mayor frecuencia en el psicoanálisis son los que implican ansiedad, culpa, depresión y relaciones interpersonales inadecuadas.** Una muestra abarcaría los desórdenes de tipo histérico, las desorientaciones sexuales, las fobias, la ansiedad general, la disfunción sexual, la agresividad inadecuada, la excesiva timidez, las relaciones sociales no satisfactorias, la incapacidad productiva, el insomnio y los conflictos maritales. (Coleman, 1977).

### **3.1.2 Las variantes del psicoanálisis.**

Como todos los grandes pensadores, Sigmund Freud atrajo muchos seguidores, tanto durante su vida, como después de su muerte. Algunos conservaron sus ideas y técnicas en su forma original, mientras otros postulaban desde pequeños cambios hasta el rechazo total de algunos de sus preceptos fundamentales. Estos cambios no sólo ofrecían alternativas a la teoría analítica, sino que sugerían un panorama más amplio de técnicas que los aceptados por la escuela ortodoxa Freudiana. **Algunas de estas innovaciones se presentan a continuación.**

#### **3.1.2.1 Terapias de orientación Psicoanalítica.**

**Muchos terapeutas emplean procedimientos psicoanalíticos de una manera que se desligan de la orientación establecida originalmente por Freud.** Aunque algunas de éstas personas se ven a sí mismos

como psicoanalistas, se les reconoce como terapeutas y terapias con orientación psicoanalítica. Esta designación abarca varios procedimientos analíticos no ortodoxos, pero se asocia más estrechamente con la escuela desarrollada por Franz Alexander y algunos de sus colegas durante los años treinta y cuarenta en el Chicago Psychoanalytic Institute.

Alexander y sus colegas cuestionaron la idea de que la terapia debía ser intensa, durar mucho tiempo y ser muy semejante en todos los casos. También buscaron la manera de hacer accesible el psicoanálisis a dos grupos que hasta ahora habían sido excluidos de antemano: los jóvenes y los gravemente enfermos. Alexander resumía su punto de vista así: "Los principios Psicoanalíticos se prestan al uso de diversos procedimientos que varían de acuerdo con la naturaleza del caso y que pueden ser aplicados de diferentes maneras durante la terapia de una misma persona." (Bernstein-Nietzel, 1982, Pág. 379).

Uno de los puntos más importantes en ésta variante, es la reducción del tiempo de la terapia para evitar la dependencia del paciente, dar lugar a una mayor reflexión sobre los efectos de las sesiones y reducción del costo del tratamiento.

Otra manera en que la terapia de orientación psicoanalítica muestra su flexibilidad está en su plan de tratamiento. El análisis tradicional es generalmente prolongado debido a la idea de que es necesario explorar y manejar completamente la resistencia, los insights y la transferencia. Alexander sugirió que no todos los pacientes requieren una atención tan extensiva y que muchos pueden aprovechar mejor una terapia más breve. Aquellas personas con problemas no tan severos y que se encuentran relativamente bien adaptadas salvo por una dificultad específica, o aquellas personas que están más trastornadas, que el paciente que es buen candidato para el psicoanálisis, se consideran como candidatos a una terapia menos extensiva con la finalidad de lograr una terapia de apoyo más bien que toda una reconstrucción y un descubrimiento asociados con un

psicoanálisis formal.

**Alexander también da importancia a la generación de experiencias emocionales correctivas dentro de la terapia y no solo al insight.** La idea es de ayudar a que el paciente no sólo vea que los antiguos conflictos no tienen porque seguir dominando su vida, sino que se utiliza la transferencia para que resuelva los viejos conflictos de forma más provechosa. Para ayudar a promover experiencias emocionales correctivas el analista puede intentar controlar el carácter de la transferencia. Se puede permitir que surja una neurosis de transferencia o, si su aparición no fuera útil, se puede evitar.

**A diferencia del psicoanalista, el terapeuta de orientación analítica fomenta aquellos cambios en la vida del paciente que entre los dos consideren positivos o sensatos.** Esto se debe a la idea de que la relación terapéutica es algo más que el simple contexto para la autoexploración; es también el lugar para ensayar las ideas de mejoramiento personal que han de ser sometidas a la prueba en la vida real. Estos cambios a veces implican la manipulación del medio ambiente del paciente y se suelen promover personalmente por el terapeuta. Un paciente cuyo estado depresivo se debe en parte a que su trabajo es poco gratificante puede ser inducido a buscar una mejor posición. En este caso, el terapeuta sin lugar a dudas ejerce una función de guía mucho más activa y directa que en el análisis ortodoxo.

En diversos momentos de la terapia, los analistas de orientación psicoanalítica emplean otras técnicas no ortodoxas como por ejemplo: 1. El paciente puede estar sentado de frente al terapeuta, y no colocado en el diván, 2. Una conversación normal puede sustituir la asociación libre, 3. Se podrán emplear drogas o hipnosis para inducir la autoexploración, 4. Se concentra en los problemas actuales y en sus posibles soluciones. Los conflictos de la niñez son tratados primordialmente para demostrar que no hay necesidad alguna de que persistan, 5. Quizá se consulte, o incluso se ofrezca

tratar a la familia del paciente como una parte del esfuerzo global de ayudar al paciente, 6. Como una fuente más de material para el análisis, se recurre a comunicaciones no verbales incluyendo juegos (para niños), creación artística u otras actividades de ocio. (Alexander,1963).

### 3.1.2.2 Los analistas del ego.

Otro grupo de analistas, más independientes, los llamados analistas del ego, se alejan todavía más del modelo Freudiano, sosteniendo que la preocupación Freudiana con los instintos agresivos y los instintos sexuales, como base de toda conducta, es demasiado estrecha. Wolberg explica la postura ego-analítica o análisis del yo:

- \*La conducta está determinada por fuerzas diferentes a los instintos. Incluyen aquellas respuestas comprendidas en el concepto del ego.

- \*El ego tiene su propia autonomía, separada tanto del instinto (Ello) como de la realidad.

- \*El ego propicia impulsos de dominio del medio ambiente y de aprendizaje adaptativo que son diferentes de los instintos sexuales y de agresión.

- \*La sexualidad de la mujer es igual y no inferior a la del hombre.

- \*La topografía clásica (el Ello, el Yo, y el superyo) no explica la estructura del aparato Psíquico.

- \*La terapia va más allá de la exploración y resolución de experiencias tempranas. La terapia es una experiencia de relación que contiene potencial de crecimiento positivo que tenderá a poner la personalidad del paciente "al corriente" con su situación actual (actualización del ego).

\*La actividad y la flexibilidad son esenciales para la terapia.

\*Se justifica el optimismo más que el pesimismo en cuanto al potencial humano para la creatividad y para el amor.

Estos postulados llevaron a los analistas del yo a explorar la complejidad de la conducta que desarrolla cada ser humano y con la cual dirige su propia actividad y se relaciona constructivamente con su medio. Condujo a analistas tales como **Heinz Hartmann (1958)**, **David Rapaport (1951)** **Melanie Klein (1960)**, **Anna Freud (1946)** y **Erik Erikson (1946)** a emplear técnicas de terapia analítica para explorar las funciones adaptativas del ego tanto como los instintos básicos del ello. (**Bernstein-Nietzel, 1982**).

La terapia de orientación Psicoanalítica y el análisis del ego se caracterizan en primer lugar por la revisión de los conceptos y técnicas de Freud, más no por el rechazo total de ellos. Conservan su orientación psicodinámica pero restan importancia en diversos grados a la teoría del instinto y la determinación inconsciente de la conducta.

### **3.1.2.3 Otras terapias psicodinámicas. (Bernstein-Nietzel, 1982).**

Contra el modelo Freudiano de terapia han surgido tantas variaciones o rechazos que apenas hemos rozado la superficie con el estudio de la terapia de orientación psicoanalítica y el análisis del ego. A continuación, de manera sintética, se presentan los sistemas adicionales que existen hoy en día y que nos dan una idea de la cantidad de variaciones actuales, los cuales no serán desarrollados puesto que no es el fin de la presente tesis.

#### **I. Sistemas alternos de psicoterapia analítica basados en diferencias teóricas o ideológicas del análisis clásico Freudiano:**

**1. Los sistemas no Freudianos:**

- A. La psicología individual de Adler.
- B. La psicología analítica de Carl Jung.
- C. La terapia de la voluntad de Otto Rank.

**2. Los sistemas Neofreudianos con énfasis cultural:**

- A. El sistema holfstico de Karen Horney.
- B. La escuela de relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan.
- C. La escuela cultural de Erich Fromm.

**II. Intentos de modernizar, acortar y acelerar el proceso analítico.**

- A. La terapia analítica activa de Stekel.
- B. Los experimentos de Ferenczi con técnicas activas.
- C. La escuela de Chicago de análisis breve.

**III. Extensiones del análisis clásico en otras direcciones.**

- A. El enfoque de objeto-relación de Guntrip, Winnicott, Fairbairn y la escuela Británica.
- B. Las ocho etapas del hombre de Erickson en su versión del desarrollo de la personalidad de Freud.
- C. Análisis de carácter de Wilhelm Reich.
- D. Kohut y su terapia de desórdenes narcisistas.

**IV. Modificaciones basadas en un nuevo énfasis en la psicología del ego.**

- A. Federn y su psicología del ego y la terapia de los linderos del ego.
- B. Wolman y su terapia psicoanalítica interaccional.



**1. Los sistemas no Freudianos:**

- A. La psicología individual de Adler.
- B. La psicología analítica de Carl Jung.
- C. La terapia de la voluntad de Otto Rank.

**2. Los sistemas Neofreudianos con énfasis cultural:**

- A. El sistema holístico de Karen Horney.
- B. La escuela de relaciones interpersonales de Harry Stack Sullivan.
- C. La escuela cultural de Erich Fromm.

**II. Intentos de modernizar, acortar y acelerar el proceso analítico.**

- A. La terapia analítica activa de Stekel.
- B. Los experimentos de Ferenczi con técnicas activas.
- C. La escuela de Chicago de análisis breve.

**III. Extensiones del análisis clásico en otras direcciones.**

- A. El enfoque de objeto-relación de Guntrip, Winnicott, Fairbairn y la escuela Británica.
- B. Las ocho etapas del hombre de Erickson en su versión del desarrollo de la personalidad de Freud.
- C. Análisis de carácter de Wilhelm Reich.
- D. Kohut y su terapia de desórdenes narcisistas.

**IV. Modificaciones basadas en un nuevo énfasis en la psicología del ego.**

- A. Federn y su psicología del ego y la terapia de los linderos del ego.
- B. Wolman y su terapia psicoanalítica interaccional.

### **3.2 Las Terapias de aprendizaje social.**

#### **3.2.1 Los conceptos del aprendizaje social.**

Las aproximaciones del aprendizaje social a los problemas clínicos se consideran como modificación de la conducta o terapia conductual. Los términos de modificación de la conducta y terapia conductual se utilizan de una manera intercambiable a pesar de que algunos autores insisten en que no son sinónimos. Entre los psicólogos que acentúan la importancia de la diferencia entre los dos conceptos, están los que tienen una orientación operante o Skinneriana y prefieren el nombre de **modificación conductual**, y dejan el término de terapia Conductual para los clínicos que utilizan un marco de referencia cognitivo. (Kendall-Norton, 1988).

Existen diversas posiciones interpretativas de lo que es la terapia conductual. Entre otras, tenemos la terapia conductual de amplio espectro, la terapia conductual de banda estrecha, terapia conductual cognitiva, modificación cognitiva de la conducta, terapia conductual del lenguaje, terapia conductual racional, terapia psico-conductual y terapia conductual psico-dinámica. Estos antecedentes son importantes para nuestro fin ya que, como veremos más adelante, poseen estrecha relación con la terapia racional-emotiva.

#### **3.2.2 Los fundamentos de la modificación de la conducta.**

Algunos de los fundamentos científicos y profesionales más importantes de la modificación de la conducta son:

- 1. La investigación Rusa inicial sobre el condicionamiento,**
- 2. La psicología comparativa,**
- 3. El conductismo Watsoniano,**

4. La teoría del aprendizaje,

5. El condicionamiento operante de B.F. Skinner,

6. Las aplicaciones de la terapia del aprendizaje a la conducta humana y la psicoterapia.

El reconocimiento oficial de la "terapia conductual" ocurrió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960. Entre las principales razones para su aceptación está: El reto de Eysenck a la efectividad de la psicoterapia, la insatisfacción diseminada con la utilidad de la evaluación clínica, y la inconformidad con las aplicaciones del modelo médico de las perturbaciones conductuales.

La terapia conductual se inició formalmente en tres países: **Africa del Sur, Inglaterra y Estados Unidos**. Un patrón interesante se manifestó en los tres lugares: en África del sur, el psiquiatra **Joseph Wolpe** se ocupó de realizar investigación animal y humana que culminó en su obra, "la psicoterapia por medio de la inhibición recíproca" (1958). **Lazarus**, su alumno, fue uno de los primeros que empleó el término "terapia conductual", y **Rachman** ejerció gran influencia en el progreso de la terapia e investigación conductual en Inglaterra.

**Eysenck** introdujo el término "terapia conductual" en Inglaterra en 1959. Los pioneros en la utilización clínica de las técnicas de tratamiento del aprendizaje social en Estados Unidos fueron: **William Burnham** quien aplicó métodos conductuales a principios de la década de 1930, **Knight Dunlap** utilizó el método de la práctica negativa para eliminar los hábitos desadaptativos, **Voegtlin y Lamere** emplearon la aversión clínica para tratar a alcohólicos, **Andrew Salter** empleó una estrategia terapéutica que denominó "terapia del reflejo condicionado" que se basó en el condicionamiento clásico e incluía ejercicios para aumentar la expresividad emotiva.

4. La teoría del aprendizaje,

5. El condicionamiento operante de B.F. Skinner,

6. Las aplicaciones de la terapia del aprendizaje a la conducta humana y la psicoterapia.

El reconocimiento oficial de la "terapia conductual" ocurrió a finales de la década de 1950 y principios de la de 1960. Entre las principales razones para su aceptación está: El reto de Eysenck a la efectividad de la psicoterapia, la insatisfacción diseminada con la utilidad de la evaluación clínica, y la inconformidad con las aplicaciones del modelo médico de las perturbaciones conductuales.

La terapia conductual se inició formalmente en tres países: **Africa del Sur, Inglaterra y Estados Unidos**. Un patrón interesante se manifestó en los tres lugares: en África del sur, el psiquiatra **Joseph Wolpe** se ocupó de realizar investigación animal y humana que culminó en su obra, "**la psicoterapia por medio de la inhibición recíproca**" (1958). **Lazarus**, su alumno, fue uno de los primeros que empleo el término "**terapia conductual**", y **Rachman** ejerció gran influencia en el progreso de la terapia e investigación conductual en Inglaterra.

**Eysenck introdujo el término "terapia conductual" en Inglaterra en 1959**. Los pioneros en la utilización clínica de las técnicas de tratamiento del aprendizaje social en Estados Unidos fueron: **William Burnham** quien aplicó métodos conductuales a principios de la década de 1930, **Knight Dunlap** utilizó el método de la práctica negativa para eliminar los hábitos desadaptativos, **Voegtlin y Lamere** emplearon la aversión clínica para tratar a alcohólicos, **Andrew Salter** empleó una estrategia terapéutica que denominó "**terapia del reflejo condicionado**" que se basó en el condicionamiento clásico e incluía ejercicios para aumentar la expresividad emotiva.

A lo largo de las décadas de 1950 y 1960 los métodos del condicionamiento operante se utilizaron cada vez más en el **tratamiento de los pacientes psicóticos y en los niños con problemas.**

Por lo anterior, se podrá notar la existencia de una gran diversidad de conceptos y definiciones de la terapia conductual. Veamos algunas de ellas. **Terapia conductual:**

1. Es el intento de alterar la conducta y la emoción humana de una manera benéfica de acuerdo con las leyes de la teoría moderna del aprendizaje. (Eysenck,1964).
2. Es un campo que incluye muchas técnicas diferentes las cuales se relacionan con el campo del aprendizaje, pero el aprendizaje con una intención particular, es decir, el tratamiento y cambio clínico. (Ullman y Krasner, 1969).
3. Es la aplicación de los principios establecidos en forma experimental del aprendizaje para superar los hábitos desadaptativos. (Wolpe y Lazarus,1969).
4. Es el intento por emplear los conocimientos empíricos y teóricos que provienen de la investigación experimental de la psicología y disciplinas relacionadas con el fin de explicar la génesis y mantenimiento de la conducta anormal y aplicar esos conocimientos al tratamiento o prevención de las anormalidades por medio de los estudios experimentales controlados de un solo caso, tanto descriptivos como curativos. (Yates,1970).
5. Es la aplicación de los principios conductuales que se derivan del laboratorio experimental por medio de la modificación de la conducta etiquetada como desviada. (Krasner,1971).
6. Es la aplicación de los hallazgos experimentales de la investigación psicológica a fin de alterar el comportamiento. (Kazdin, 1978).

7. Son las técnicas de tratamiento que implican un compromiso con la medición, metodología, conceptos y procedimientos derivados de la psicología experimental. (Wilson,1978).

8. Es cualquier técnica de una cantidad grande de técnicas específicas que utilizan los principios psicológicos (en especial del aprendizaje) para cambiar de una manera constructiva la conducta humana. (Rimm-Masters,1979).

Al existir tantos conceptos diferentes entre sí, aunque algunos son complementarios, es necesario identificar **los principios comunes y esenciales de la Terapia Conductual** para tener una idea más exacta sobre su campo de acción: (Bernstein-Nietzel, 1982).

1. Existe una continuidad supuesta entre la conducta normal y anormal que implica que las leyes básicas del aprendizaje se aplican a todos los tipos de conducta. Las conductas desadaptativas se adquieren mediante los mismos procesos psicológicos que cualquiera de las demás conductas.

2. Las técnicas terapéuticas se deben basar en los hallazgos empíricos y en los fundamentos teóricos de la psicología experimental.

3. La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero de manera más concreta y directa. El tratamiento se planea de una manera cuidadosa hacia las necesidades únicas de cada paciente.

4. Existe un enfoque especial sobre los problemas actuales del paciente. Se pone especial atención al aquí y ahora, lo cual implica menor preocupación por las experiencias durante la infancia temprana o la información histórica.

**5. Hay un compromiso especial en la evaluación experimental del tratamiento.** El terapeuta conductual emplea las técnicas validadas científicamente a través de los diseños experimentales de grupo o de aplicación individual.

6. El acento de las técnicas enfocadas hacia los problemas y la validación empírica del tratamiento no reduce la necesidad de que los terapeutas conductuales sean personas sensibles que se interesen por el bienestar de sus pacientes.

### **3.2.3 Las técnicas contemporáneas de la terapia de la conducta.**

A la terapia conductual se le ha considerado como una variedad de técnicas específicas, desarrolladas a partir de varios paradigmas. **Entre otros, la desensibilización sistemática, tratamientos de modelado con base en lo aprendido, entrenamiento para la autoafirmación y biorrealimentación basados en el condicionamiento instrumental. (Kendall-Norton, 1988).**

**El terapeuta conductual busca detectar exactamente la queja expresada por el paciente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz.** Para lograrlo lleva a cabo un análisis de las variables que mantienen el patrón de conducta inadaptada del paciente, haciendo un análisis funcional.

**En el análisis funcional el terapeuta estima la frecuencia y/o la duración de las conductas difíciles del paciente y luego le proporciona nuevas experiencias de aprendizaje a fin de examinar si esas intervenciones terapéuticas producen una mejoría en la conducta problema.** En líneas generales tales experiencias de aprendizaje implican un intento por parte del paciente -dirigido por el terapeuta- de asumir una nueva conducta. **Así, el terapeuta de la conducta trata de obtener cambios observables en esta conducta mediante un tratamiento basado en el desempeño.** En épocas más recientes, los terapeutas de la conducta han ampliado su campo de

acción incluyendo otros principios directivos obtenidos de la psicología social, de la psicología de la personalidad y de la psicología cognoscitiva.

A la terapia conductal se le identifica como una metodología empírico-clínica, que incluye:

1. Aceptación de nuevos métodos para fomentar el cambio.
2. Confianza en los métodos de evaluación científica para validar sus hipótesis clínicas.
3. Compromiso de enseñar a sus pacientes las habilidades que necesitan para controlar su propia vida.

A continuación describiremos algunas de las técnicas que componen la esencia de la terapia conductual.

#### 1. La desensibilización sistemática (ds).

También identificada como **insensibilización sistemática**. Es una de las técnicas de la terapia conductual mejor conocidas, empleada con mayor frecuencia e investigada de manera más completa. Se utiliza para reducir la ansiedad persistente, (desadaptativa y aprendida) como las fobias, también se aplica a otros problemas clínicos, algunos de los cuales no tienen relación directa con la ansiedad.

Consiste en hacer que ocurra una respuesta que sea antagónica a la ansiedad en la presencia de los estímulos que la evocan, de tal forma que se acompañe de una supresión completa o parcial de las respuestas de ansiedad. Entonces el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitarán. A este principio de aprendizaje se le conoce como **contra-condicionamiento**.

El primer paso es: entrenar al paciente en la obtención de una



relajación muscular profunda, también se pueden emplear la autoafirmación, particularmente cuando la ansiedad que se va a inhibir se relaciona con problemas interpersonales.

**La técnica de relajación más común se denomina entrenamiento en la relajación progresiva.** Se enseña al paciente a que se relaje física y mentalmente mediante una serie de ejercicios en los cuales se tensan durante unos segundos 16 diferentes grupos de músculos y luego se deja que descansen mientras el paciente se centra en las sensaciones de relajación que le siguen.

**El segundo paso es: la introducción de las situaciones que provocan la ansiedad de una manera gradual.** Wolpe usó dos tipos de jerarquías graduadas: las jerarquías en vivo, en donde se expone al paciente a versiones de lo que temen, cada vez más amenazadoras, y las jerarquías imaginarias, en donde el paciente se imagina o visualiza una serie de escenas que le producen cada vez más miedo. En cada caso, el paciente determina el orden específico de las escenas reales o imaginarias. Las jerarquías imaginarias son más utilizadas por su conveniencia práctica, fácil manejo y bajo costo, aunque las jerarquías en vivo son más codiciadas y se han utilizado de una manera exitosa cuando se emplean solas, o en combinación con los estímulos imaginarios.

**El tercer paso es: el comienzo en sí de la desensibilización.** En los procedimientos imaginarios, el paciente se relaja y se le pide que se visualice de la manera más realista que pueda en torno al reactivo más fácil de la jerarquía. Si el paciente es capaz de imaginarse la escena sin sentir la ansiedad durante diez segundos, se pasa a la siguiente escena. Sin embargo, si llega a experimentar alguna ansiedad, el paciente lo indica al terapeuta por medio de alguna señal que hayan acordado con anterioridad (por ejemplo, levantar el dedo índice), y se le ordena que deje de visualizar la escena. Después que haya recobrado la relajación completa, de nuevo se le pide al paciente que se imagine el reactivo por una duración más corta (por

ejemplo, de tres a cinco segundos). Las duraciones de la visualización se aumentan de una manera gradual hasta que el paciente se lo imagina dos veces por el tiempo completo que se desea sin experimentar la ansiedad. Se continúa esta secuencia general hasta que el paciente es capaz de tolerar todos los reactivos. **En suma, se busca que la inhibición de la ansiedad relacionada con las escenas imaginarias se transfiera de manera gradual a sus equivalentes de la vida real.**

**La desensibilización sistemática se ha aplicado a casi todos los tipos de miedos.** También se emplea en los casos en los que la ansiedad no es obvia de manera inmediata.

Como consecuencia de la popularidad y efectividad de la **DS** han surgido métodos basados en ella. Por ejemplo, **la Desensibilización de grupo** aplicable a situaciones en las que varios pacientes comparten un miedo en común. En ella se utiliza una misma jerarquía para todos los pacientes y el ascenso a través de la jerarquía lleva el ritmo del integrante más lento.

**Otro método es la relajación controlada por señales,** que implica entrenar al paciente en la relajación progresiva, luego, se le instruye para que localice con un volumen imperceptible una palabra que le sirva de señal cada vez que exhala la respiración. El terapeuta pronuncia la palabra que sirve de señal junto con el paciente durante varios ensayos y luego el paciente lo continúa sólo durante varias ocasiones más. Después que lo haya practicado durante unas semanas. Si se logra la relajación, se alienta al paciente para que utilice la señal para prevenir o tolerar su ansiedad desadaptativa en los encuentros de la vida real.

## **2. El "flooding" y la implosión.**

**El "flooding" es una técnica que se emplea para reducir la ansiedad que implica la exposición intensa de un paciente que no está relajado a estímulos de alta intensidad que le provocan ansiedad.** Se

basa en el principio de la extinción, es decir, que los estímulos condicionados al miedo pierden su calidad aversiva de manera gradual cuando se le expone de manera repetida o continua sin que en realidad se presenten las consecuencias dañinas. En el "flooding" no se le permite al paciente que evite o escape de la situación que teme.

**La implosion o terapia implosiva es un procedimiento muy semejante al "flooding".** La diferencia principal está en que en la implosión a menudo se presentan estímulos de situaciones de miedo más intensos que aquellos que se encuentran en la vida diaria y en algunas ocasiones se incluye material que la teoría psicoanalítica señala como importante en la producción del miedo.

Sin lugar a dudas existieron métodos semejantes que se emplearon de una manera asistemática durante muchos años. Los aforismos tales como "enfrenta tus temores", "la única cosa a la que hay que tenerle miedo es al miedo mismo", y "darle la cara al miedo" se apoyan en la misma lógica que el "flooding".

**El flooding se aplica de manera imaginaria y/o en vivo.** La duración del tiempo de exposición debe ser lo suficientemente larga como para que se desvanezca la ansiedad. Nunca se debe terminar la exposición mientras el paciente esté experimentando la ansiedad, ya que reforzaría la conducta de evitación.

**El "flooding" a menudo se utiliza con los problemas en que la desensibilización ha fallado, con aplicación especial en el problema de la agorafobia, (miedo a los lugares públicos), en especial a los que están congestionados de gente o los que están completamente solos.** Los agorafóbicos clínicos por lo común son mujeres que presentan un conjunto relacionado de síntomas incluyendo algunos ataques de pánico, depresión, miedo de alejarse de cualquier lugar que representa una seguridad, despersonalización, y "miedo al miedo". También se emplea con frecuencia en los desórdenes obsesivo-compulsivos.

### 3. El entrenamiento autoafirmativo.

Muchas personas tienen dificultades para tomar la iniciativa con otras para expresar sus opiniones y sentimientos tanto positivos como negativos, para reclamar razonablemente sus derechos y para rechazar las solicitudes poco razonables.

Ya que la autoafirmación es la expresión apropiada de los sentimientos por medio de conductas que no violan los derechos de los demás, el adiestramiento para la autoafirmación comprende varios métodos conductuales diseñados para ayudar a los pacientes a mejorar su competencia interpersonal sin volverse excesivamente agresivos ni sumisos. (Kendall-Norton, 1988).

Los objetivos del entrenamiento autoafirmativo son:

1. Enseñar a los pacientes la manera como deben expresar apropiadamente lo que piensan o sienten (si aun no poseen las habilidades).
2. Eliminar los obstáculos cognitivos para expresarse de una manera clara. Sus beneficios son una sensación general de bienestar y el establecimiento de los patrones de pensamiento y conducta manifiesta que ayudan al paciente a lograr recompensas sociales y materiales. Sus antecedentes son: el psicodrama de Moreno y la terapia del papel adjudicado de George Kelly.

Joseph Wolpe fue el personaje más influyente para la evaluación del entrenamiento autoafirmativo, quien ya en el año 1949 abogaba por la utilización de la conducta autoafirmativa como un inhibidor de la ansiedad.

Para el entrenamiento autoafirmativo, se emplea una amplia variedad de métodos. Aunque se puede realizar en la entrevista individual, a menudo se lleva a cabo en pequeños grupos.

Incluye cuatro componentes generales:

1. La definición de la autoafirmación y la distinción entre la autoafirmación y la agresión y la sumisión.

2. La discusión e identificación de los derechos del paciente y los derechos de las demás personas en una variedad de situaciones sociales.

3. La identificación y eliminación de los obstáculos cognitivos para actuar de una manera autoafirmativa.

4. El desarrollo o práctica de la conducta autoafirmativa. Implica la realización de prácticas simuladas o ensayos de varias interacciones sociales, donde el terapeuta a menudo actúa como si fuera el paciente y le modela las respuestas autoafirmativas apropiadas. En seguida, el paciente intenta llevar a cabo la misma conducta. Se refuerza este intento por parte del paciente y se hacen recomendaciones para que mejore aún más. Después de realizar una mayor cantidad de ensayos cada vez más refinados, se le pide al paciente que pruebe los pensamientos y acciones nuevos en los ambientes de la vida real. Luego, se comentan y analizan los éxitos y fracasos que hayan experimentado durante las sesiones, donde nuevamente se desarrollan y practican habilidades nuevas y con pequeñas modificaciones. Continúa ésta secuencia hasta que desaparece la necesidad de un mayor entrenamiento.

Su campo de aplicación es muy amplio. Su preocupación central es que casi toda su vida se ha limitado a la autoafirmación negativa o de "repulsa" que implica una insatisfacción y un "no" a peticiones que no son razonables. La autoafirmación en la que el paciente comunica sentimientos positivos, da y recibe cumplidos, o expresa sentimientos de ternura en su mayor parte se ha ignorado o minimizado.

#### 4. El modelamiento.

Juega un papel importante en la teoría del aprendizaje social. El **modelamiento es el aprendizaje mediante observación**. Bandura sostiene que casi todos los fenómenos que resultan de las experiencias directas pueden ocurrir de una manera vicaria observando la conducta de las otras personas y las consecuencias que ellos obtienen. **Por el modelamiento pueden desarrollarse conductas, inhibirse, desinhibirse o facilitarse.**

Bandura afirma que el aprendizaje a través del modelamiento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendizaje por medio del reforzamiento directo. La observación de los modelos competentes puede eliminar los peligros de las consecuencias negativas de la conducta de ensayo y error que no es guiada. Las conductas muy complejas requieren de modelos apropiados. Desde luego, se pueden desarrollar muchas conductas a través de la experiencia y reforzamiento directo, pero con frecuencia se abrevia el proceso del aprendizaje mediante la oportunidad de observar la ejecución de algunos modelos.

**El modelamiento se utiliza para tratar diferentes tipos de problemas clínicos**, como el aislamiento social entre los adultos y los niños, las conductas obsesivo-compulsivas, la falta de autoafirmación, la conducta antisocial y el autismo infantil temprano. **Sin embargo, su uso más común es en el área de la reducción de miedos.** El uso del modelamiento para la eliminación de una evitación fóbica implica que el paciente observe una presentación en vivo o simbólica en la que un modelo o más llevan a cabo la conducta que evita el paciente pero sin temor alguno. Las consecuencias observables que reciben los modelos siempre son positivas, o por lo menos no son negativas.

**Entre las variantes más importantes del modelamiento base están el modelamiento partícipe y el modelamiento encubierto.**

**\*El modelamiento partcipe**, en el cual se sustituye el modelamiento en vivo al dar al paciente una oportunidad para efectuar el contacto acompañado y gradual con el objeto temido bajo determinadas circunstancias controladas o protegidas.

**\*El modelamiento encubierto**, en donde los pacientes observan las actividades de determinados modelos terapéuticos imaginados por ellos en lugar de mirar las manifestaciones en vivo o por videocinta. Consiste en imaginarse las situaciones donde se espera que se experimente el miedo, imaginarse a una persona manejando éstas situaciones de una manera tranquila, e imaginarse que el modelo recibe consecuencias favorables por su acción.

### **5. La terapia aversiva.**

**La terapia aversiva es un conjunto de técnicas que utilizan estímulos dolorosos y desagradables con el objeto de disminuir la probabilidad de que se produzca alguna conducta indeseada.** Por ejemplo, el abuso de las drogas, alcoholismo, comer en exceso, fumar y prácticas sexuales indeseadas.

**La mayoría de los métodos aversivos se basan en el condicionamiento clásico.** Se unen los estímulos que provocan la conducta problemática, con un estímulo nocivo, lo cual debe producir un decremento en el valor positivo de los estímulos que suscitan la conducta que se desea eliminar hasta que la frecuencia de esta conducta se reduce de una manera considerable si es que no desaparece.

**La terapia aversiva también puede utilizar el castigo.** En estos casos, se da el estímulo aversivo a la mayor brevedad después de que el paciente lleva a cabo la conducta problemática. Los estímulos nocivos que se emplean en la terapia aversiva por lo general se presentan en una de dos formas: **electrochocques a las manos, pies o**

piernas o drogas que inducen náuseas o suprimen la respiración de manera temporal. También se han utilizado algunas sustancias que tienen algún sabor u olor desagradable.

Una forma más novedosa de la terapia aversiva se llama sensibilización encubierta y requiere que el paciente se visualice o imagine determinadas consecuencias aversivas que pudieran acompañar a la conducta que no desea. Ofrece varias ventajas mayores que la utilización real de los medios aversivos inducidos por sustancias químicas o electrochoques.

La meta de cualquier tratamiento debe ser provocar cambios perdurables y que se generalizarán al ambiente en el que vive el paciente. En estos dos aspectos, se ha encontrado que la terapia aversiva tiene limitaciones. Una razón principal es que la terapia aversiva, por sí sola, no les enseña a los pacientes otras conductas nuevas que pueden sustituir las desadaptativas. Esto es muy importante en especial en el tratamiento de las conductas consumatorias problemáticas tales como el comer en exceso, fumar, abusar de las drogas, o desviaciones sexuales.

## 6. El manejo de contingencias.

Es un término genético que describe cualquier técnica operante que intenta modificar una conducta por medio del control de sus consecuencias. En la práctica, se refiere a la presentación contingente o retiro de los reforzadores y estímulos aversivos que le siguen a determinadas conductas. El término "contingente" significa que la manipulación de las consecuencias ocurre si y sólo si ha ocurrido la conducta que se planea fortalecer o debilitar. El modelamiento, tiempo fuera, realización de contratos de contingencias y economía de fichas son algunos tipos específicos de las formas para el manejo de las contingencias. La utilización de las recompensas y castigos como un medio para controlar la conducta, ha existido durante mucho tiempo.



**El manejo de contingencias se ha aplicado a una variedad más amplia de conductas que todos los demás métodos del aprendizaje social. El autismo, los berrinches, dificultades en el aprendizaje, hiperactividad, retraso mental, delincuencia juvenil, agresión, alucinaciones, delirios, depresión, fobias, desórdenes sexuales, lamentaciones psicósomáticas, etc. Sus ventajas son flexibilidad y autocontrol**

**En suma, es la habilidad para regular las conductas personales arreglando las contingencias apropiadas del reforzamiento. Incluye las auto-instrucciones, el automonitoreo, autorreforzamiento y autoevaluación.**

Entre sus principales procedimientos están:

- 1. El moldeamiento (shaping) o aproximación sucesiva:** Consiste en el desarrollo de nuevas conductas al reforzar al principio cualquier conducta que se parezca de una manera remota a la conducta que se desea en últimas instancias. De manera gradual se hace más estricto el criterio del reforzamiento hasta que se recompensan aquellas respuestas que cumplen con el criterio final.
- 2. El tiempo fuera.** Ejemplo de extinción que reduce la frecuencia de alguna conducta indeseada al retirar a la persona de un ambiente donde están presentes los reforzadores de esa conducta.
- 3. Contratos de contingencias.** Se realiza un acuerdo formal, a menudo escrito, entre el terapeuta y el paciente en donde se establecen las consecuencias de determinadas conductas por ambas partes. De ésta manera sistematiza y organiza la utilización de muchos de los métodos que se emplean para el cambio conductual.
- 4. Economías de fichas.** Se utiliza para alterar una amplia variedad de conductas en una persona o grupo de personas. Se concibe como un sistema monetario a pequeña escala en el cual se les paga a las

personas con una moneda especial (fichas) cuando ejecutan determinadas conductas que se les hayan asignado. Una economía de fichas no es muy distinta del principio común de entregar una compensación por realizar una labor, a excepción de que a menudo las economías de fichas se establecen en ambientes institucionales donde los internos estaban previamente acostumbrados a recibir recompensas de una forma que no era contingente. **Posee cuatro componentes:** 1) **Especifica conductas meta.** Los pacientes señalan las conductas que esperan se incrementen o mejoren por medio del programa, 2) **Establece algún medio de intercambio o "ficha"** que los participantes adquieran si y sólo si llevan a cabo las conductas meta, 3) **Existencia de reforzadores de apoyo:** los bienes o servicios por los cuales se deben intercambiar las fichas, 4) **Establece las reglas del intercambio.** Las reglas incluyen el número de fichas que se pueden obtener al cumplir alguna conducta meta así como el número de fichas requeridas para adquirir algún reforzador de apoyo. Las reglas del intercambio con frecuencia se alteran durante el transcurso de una economía de fichas con el fin de evitar la "inflación" o "deflación" de la moneda.

## **7. La bio-retroalimentación.**

La bio-retroalimentación es una técnica especializada del manejo de contingencias, pero diferente por **dos razones:**

**1. Las conductas que se controlan o cambian son las respuestas internas y autonómicas que durante muchos años se consideraron completamente involuntarias y que por lo tanto no se podían someter a la modificación deliberada:** el ritmo cardiaco, la presión sanguínea, las ondas cerebrales, las respuestas galvánicas de la piel y la distribución del flujo de la sangre son algunos ejemplos primarios.

**2. Requiere de equipo especial que registre la actividad que interesa y luego la comunique o le proporcione "retroalimentación" al paciente sobre esta actividad.** La retroalimentación se trasmite a

través de un medio visual (por ejemplo, una métrica gráfica) o un estímulo auditivo (por ejemplo, un tono que varía).

Su principal representante es Neal Miller, quien demostró que las ratas podían aprender a aumentar y disminuir sus funciones autónomas con base en el reforzamiento contingente (estimulación cerebral directa). **Otros investigadores durante la década de 1960 demostraron que los seres humanos podían controlar actividades como las ondas cerebrales y el ritmo cardíaco.** Se ha empleado para tratar varios tipos de desórdenes: la hipertensión, la migraña, la enfermedad de Raynaud (reducción en el flujo de la sangre que puede provocar gangrena en los pies o manos) y arritmias cardíacas (latidos irregulares del corazón). (Miller,1969).

**El condicionamiento del EEG (electroencefalograma), que de manera popular se conoce como el "zen eléctrico", puede aumentar el porcentaje de la producción de las ondas alfa y a menudo se utiliza como una forma especial del entrenamiento en relajación o meditación.**

**En cada una de estas aplicaciones, el procedimiento es el mismo: se conecta un aparato, que no provoca dolor, y que registra y retroalimenta la información acerca de su actividad fisiológica al paciente quien en ese momento emplea alguna estrategia mental o física para cambiar la respuesta interna en la dirección clínica que se desea. En la mayoría de los casos, el reforzador del cambio simplemente consiste en el conocimiento de los resultados que proporciona la biorretroalimentación, sin embargo, en algunas ocasiones se ha apoyado la retroalimentación por medio de la alabanza del terapeuta o las recompensas monetarias. (Miller,1969).**

## 8. Terapia cognitivo-conductual.

**Todas las intervenciones terapéuticas implican algunos procesos cognitivos, pero algunos procedimientos se dirigen hacia el cambio de ciertas cogniciones especiales y desadaptativas. Estas técnicas forman parte de lo que se conoce como la terapia cognitivo conductual o terapia cognitiva. Se define como un tratamiento que busca modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos del pensamiento del paciente. (Kendall-Norton, 1988).**

Entre sus técnicas principales están:

1. El entrenamiento en habilidades de tolerancia.
2. El manejo de la ansiedad.
3. La inoculación al stress.
4. La rutina emoción-respuesta.
5. La técnica de la autoimagen idealizada.
6. La terapia de la atribución errónea.
7. El entrenamiento en la solución de problemas.
8. El entrenamiento en auto-instrucciones.
9. La proyección temporal.
10. La técnica de detener el pensamiento.
11. La terapia para la depresión y otras conductas de Aaron Beck.

La terapia cognitiva conductual aparece en la década de 1970 en una revista especializada en terapia cognitiva, "cognitive Therapy and research" (terapia e investigación cognitiva). **El principal representante de la terapia cognitiva, antes de 1970, fue Albert Ellis, el fundador de la terapia racional emotiva (TRE), tema central de la presente tesis.**

### **3.3 Las terapias fenomenológicas.**

#### **3.3.1 Los conceptos de las terapias fenomenológicas.**

A diferencia de las terapias psicodinámicas y de aprendizaje social, que centran su atención en los conflictos intrapsíquicos y en los reforzamientos de la conducta, respectivamente, **las terapias fenomenológicas se centran en la experiencia consciente como base para el desarrollo, el mantenimiento y la modificación del comportamiento humano.** Ofrecen una imagen optimista del ser humano como ser creativo, en crecimiento, que busca el desarrollo de su potencial máximo como individuo único.

**Los desórdenes del comportamiento, se consideran resultado de disturbios o brechas en el consciente (awareness), los cuales pueden ser eliminados por diferentes tipos de experiencias terapéuticas.** "Awareness" es un concepto cualitativamente diferente del "consciente" psicoanalítico y en español no hay una palabra propia para este término. En ocasiones se ha traducido como "darse cuenta". (Bernstein-Nietzel, 1982).

Existen cinco características que comparten los modelos de intervención terapéutica con enfoque fenomenológico:

**1. Se centra la atención en el crecimiento del cliente como persona, más que en desarrollar habilidades para enfrentar la vida. Se preocupan principalmente por ayudar a los clientes para que traten de ser más conscientes y alcancen su propio potencial único como individuos. Se afirma que, cuanto más se acerque el cliente a su propio potencial pleno, será más capaz de encontrar soluciones a los problemas externos de la vida sin ayuda de alguien más.**

**2. Se considera al cliente como un individuo completamente responsable y potencialmente capaz de manejar su propia vida. En base a ello, se comparan en status las funciones del cliente y del terapeuta. El terapeuta facilita el crecimiento, el cual es inherente al**

cliente, pero ambos crecerán y se beneficiarán de la relación.

3. La relación entre cliente y terapeuta se considera como el vehículo primario a través del cual se realizará el crecimiento. Lo que ayuda al cliente, momento a momento de la terapia, es la experiencia inmediata. Lo importante es la relación presente y no la discusión del insight del pasado o la planeación del manejo de situaciones problemáticas futuras.

4. La hipótesis principal de trabajo es que el pasado se ha ido, que no se puede cambiar, y que en cualquier caso no es tan importante para el futuro del cliente como lo que sucede en el presente.

5. Los fenomenólogos consideran que sus clientes actúan de acuerdo con sus percepciones propias únicas del mundo. Así, el terapeuta busca comprender los problemas del cliente tratando de ver el mundo a través de sus ojos. Se espera que, en el proceso de revelar sus percepciones al terapeuta, el cliente se volverá más claramente consciente de esas percepciones y de cómo éstas guían su conducta.

### 3.3.2 Las terapias con enfoque fenomenológico.

#### A) La terapia centrada en el cliente de Carl Rogers.

Es el método fenomenológico más conocido y de mayor influencia. Rogers rechazó los principios psicodinámicos y elaboró un método distinto de tratamiento. Estableció también una tradición de hacer investigación sobre el proceso y el resultado de la psicoterapia.

Según Rogers, el terapeuta guía al individuo a la autocomprensión, a la autoaceptación. Incorporó en su trabajo clínico algunas hipótesis acerca del no-autoritarismo y el valor terapéutico de una buena relación humana. Pensaba que el cliente sabía lo que le lastimaba y qué dirección debía seguir, ya que él identifica sus problemas

cruciales. Elaboró su método que llamó el **método no directivo** que permite a los clientes resolver sus propios problemas sin la influencia o juicios del terapeuta. **Esto incluye:**

- 1. Confiar más en el impulso individual del cliente hacia el crecimiento, salud y adaptación que en las "técnicas" del tratamiento para lograr mejoras.**
- 2. Hacer hincapié en el momento actual de la terapia más que en el pasado como una llave para el cambio.**
- 3. Centrarse en la relación terapéutica y la experiencia de la misma como promotora del crecimiento del cliente.**

**En 1946, Rogers continuó desarrollando y evaluando su método de tratamiento hasta llamarla terapia centrada en el cliente, en lugar de terapia no-directiva. Afirma que la terapia es un proceso, no un conjunto de técnicas, enfatizando que un terapeuta no puede resolver los problemas del cliente diciéndole o enseñándole algo. Descarta así, los enfoques de los tratamientos psicodinámicos y de aprendizaje social. (Rogers, 1961).**

El proceso real de la terapia, desde el punto de vista de Rogers, se condensa en una proposición "si. . . Entonces": **Si el terapeuta crea las circunstancias correctas, el cliente comenzará espontáneamente a cambiar y a crecer.** Así, el proceso terapéutico ocurrirá por sí sólo, impulsado por el potencial de crecimiento del cliente, cuando esté presente la atmósfera apropiada e independientemente de la "técnica" específica o contenido de la sesión.

**Todo está relacionado con la teoría del Self de Rogers.** El argumento básicamente es que a las personas se les impide su crecimiento por la influencia de evaluaciones y juicios que otros les imponen. Esto crea condiciones de valor y puede forzar a las personas a distorsionar o a excluir de la conciencia alguno de sus verdaderos sentimientos.

La terapia esta dirigida a proporcionar al cliente experiencias nuevas que reiniciarán el proceso de crecimiento. Estas nuevas experiencias incluyen principalmente la relación con una persona (el terapeuta) quien tratará al cliente en formas que no conlleven condiciones de valor, que aceptará al cliente tal como es y que lo valorará como persona. Idealmente, si se hubieran presentado dichas características en relaciones pasadas del cliente, se habrían evitado problemas psicológicos; sin embargo, su aparición en el presente puede ser útil. Por esta razón el terapeuta Rogeriano intenta crear una relación interpersonal que el cliente puede utilizar para un crecimiento personal posterior.

Según Rogers, este tipo de relación no puede ser manufacturada o simulada. La única forma de generar una relación que incremente el crecimiento, está en que el terapeuta adopte y exprese genuinamente tres actitudes interrelacionadas. Estas son: 1. La estimación positiva incondicional, 2. La empatía, 3. La congruencia. (Rogers,1961).

**Veamos cada una de ellas:**

**1. La estimación positiva incondicional.** Es la actitud terapéutica básica y generalizada del sistema de Rogers. Incluye tres mensajes principales:

- \*Que el terapeuta se preocupa por el cliente como persona.
- \*Que el terapeuta acepta al cliente como persona.
- \*Que el terapeuta confía en su capacidad de cambio y de crecimiento.

La estimación se refiere al cuidado no-posesivo en el cual los sentimientos positivos genuinos se expresan al cliente en una forma que es liberadora y no limitante. El deseo de escuchar del terapeuta es una manifestación muy importante de ésta actitud. Además, el terapeuta busca entender las percepciones y sentimientos del cliente, desde el punto de vista del cliente mismo.



Lo "incondicional" del terapeuta se manifiesta en su voluntad de aceptar al cliente tal como es, sin juzgarlo o evaluarlo. **El terapeuta evita hacer interpretaciones.** Esto significa, que el terapeuta no "reducirá" al cliente a una etiqueta de diagnóstico o a cualquier otra forma de definirlo por lo que sus problemas llevan consigo. Implica también el aceptar los sentimientos y conductas que expresa como de una persona valiosa, sin importar lo que puedan involucrar.

Lo "positivo" es la confianza implícita del terapeuta en el potencial del cliente para crecer y resolver el problema. Por lo tanto, los Rogerianos tratan, en particular de: **(1) no dar consejo, (2) no tomar la responsabilidad en lugar de los clientes, (3) no tomar decisiones por ellos.**

**2. La empatía.** Para entender la conducta de un cliente y ayudarlo a entenderla, el terapeuta debe acercarse lo más posible a ver el mundo tal como lo ve el cliente. **Cuando el terapeuta deja saber al cliente que realmente entiende (o por lo menos quiere entender) lo que el cliente ve y siente, aumentan las oportunidades de una relación terapéutica provechosa.** En términos Rogerianos, esto incluye un esfuerzo por una empatía fiel o una comprensión empática. La empatía requiere que el terapeuta esté totalmente entregado al esfuerzo por percibir los sentimientos del cliente, pero no requiere que el terapeuta viva la experiencia de esos sentimientos. **Es importante reconocer que la empatía no se logra simpatizando con el cliente.**

Cuando un cliente expresa sus problemas, muchos terapeutas reaccionarán con simpatía y con un deseo de entender intelectualmente (es decir, imaginar) al cliente. **Al hacerlo así utilizan lo que Rogers llama marco externo de referencia, esto es, tratan de comprender como observadores externos aplicando sus propios valores, ideas y principios teóricos.** Por otro lado, puede adoptar un marco interno de referencia que refleja el deseo por entender que semejaría ser éste cliente.

Así, el terapeuta Rogeriano no sólo debe adoptar una actitud de empatía sino que debe comunicarla al cliente. Esto se lleva a cabo verbalmente y no mediante alguna de las formas de escuchar activamente. Es de particular valor el uso del reflejo para comunicar la empatía, que sirve para: a) comunicar el deseo del terapeuta por lograr la comprensión emocional y b) hacer que el cliente tenga más conciencia de sus propios sentimientos.

El uso del reflejo es probablemente uno de los aspectos mal entendidos de la terapia centrada en el cliente, ya que reflejar no es únicamente repetir o parafrasear, sino que conlleva la destilación y la reproducción de los sentimientos del cliente. La persona que lo hace bien, según Rogers, probablemente ayudará más.

**3. Congruencia.** Rogers considera que mientras más genuino sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el cliente, mayor será la ayuda que le prestará. La idea es que los sentimientos y acciones del terapeuta deben ser congruentes o consistentes unos con otros. Cuando el terapeuta es genuino o congruente, establece una relación humana real. El valor de la congruencia es vital, aún cuando las actitudes que siente no le agraden o no parezcan conducir a una buena relación.

La congruencia es un requisito extraordinario y que con frecuencia le resulta difícil de cumplir al terapeuta, ya que debe abandonar cualquier concepto con visos de paternalismo. Esto le ayudará en el proceso de la autoactualización. El terapeuta Rogeriano tratará al cliente como a un amigo. No tratará de ser algo que no es, en parte porque esto iría en detrimento al crecimiento personal del terapeuta y en parte porque eso podría empobrecer el modelamiento.

Según Rogers, las dimensiones en que ocurren el cambio y el crecimiento son:

**1. Incremento de la conciencia (awareness).** La experiencia de la

terapia busca poner a los clientes en contacto con la naturaleza verdadera de sus propios sentimientos, los cuales pueden haber sido previamente negados o mantenidos fuera de la conciencia.

**2. Incremento de la autoaceptación.** Conforme transcurre el tiempo, el cliente se vuelve menos autocrítico y más autoaceptante. Es más probable que asuma responsabilidades por sus sentimientos y formas de actuar y será menos probable que culpe a las circunstancias externas y otras personas por esos sentimientos y conductas.

**3. Comodidad interpersonal incrementada.** Conforme avanza la terapia, las relaciones humanas se tornan más llevaderas para el cliente. Los juegos interpersonales defensivos y las estrategias semejantes que buscan mantener a las otras personas distantes se abandonan y el cliente comienza a experimentar el placer de permitir a los otros conocerlo como realmente es.

**4. Incremento de la flexibilidad cognoscitiva.** Las personas tienden a tener problemas cuando observan al mundo con rigidez, en términos de blanco y negro. Se considera que para que la terapia centrada en el cliente tenga éxito, el cliente debe abandonar los puntos de vista limitados, y limitantes del mundo, de modo que sea capaz de percibir la interminable variedad que existe. Es probable que sus nuevas cogniciones promuevan una conducta menos problemática.

**5. Incremento de la autoconfianza.** El cliente debe terminar sintiéndose menos dependiente de otros y más confiado de sus recursos y capacidades personales. Esto incluye una mayor autoconfianza en la toma de decisiones, solución de problemas y manejo de las tensiones, pero también incluye un mayor foco en el self como una fuente de evaluación.

Por último, cuando la conducta del cliente ha cambiado, actúa de manera más madura, autodirigida y responsable. Su conducta se vuelve menos defensiva, se basa más en una visión objetiva del self y

de la realidad, su conducta muestra un nivel decreciente de tensión psicológica, tiende a adaptarse en forma más fácil y efectiva en su medio ambiente, enfrenta las nuevas situaciones de tensión con un mayor grado de calma interior, que se refleja en un malestar fisiológico menor que el que hubiera tenido de no haber entrado a la terapia. (Rogers, 1965).

**La terapia centrada en el cliente se aplica a clientes que muestran conductas "psicóticas" severas así como a aquellos marcados como "neuróticos" o con "desórdenes de personalidad". Se aplica tanto en el tratamiento individual de pacientes como de grupo. Además, tiene aplicación en situaciones no terapéuticas, como la educación de niños, relaciones conyugales, educación y relaciones interpersonales en general.**

#### **B) La terapia Gestalt de Fritz Perls.**

Perls creía que el desarrollo humano depende de la conciencia de uno mismo. **El objetivo de la terapia Gestalt es aclarar y aumentar la conciencia propia de los clientes para liberarlos y permitirles que sigan progresando en su propia manera única y conscientemente guiada.**

Los métodos por los cuales el terapeuta Gestalt trabaja para alcanzar estas metas difieren del tratamiento Rogeriano. La terapia Gestalt requiere de un terapeuta más activo y utiliza una serie de procedimientos más dramáticos. **Gestalt es una palabra Alemana que significa "configuración", "sistema total".**

**Perls considera el organismo humano como un todo unificado, en lugar de un conjunto fragmentado de componentes antagónicos, y se centra en los procesos activos perceptuales y organizacionales y no sólo los instintos, como partes centrales para el desarrollo y la guía del comportamiento humano.**

Abordó el papel vital que tiene la conciencia (awareness) en el desarrollo y mantenimiento de un comportamiento humano "normal" y mencionó que cuando aparece un comportamiento desordenado indica que el proceso de crecimiento psicológico se obstruyó por defectos, lagunas o distorsiones en la conciencia. Estas ideas lo llevaron a la formulación de la terapia Gestalt.

Señala que los trastornos en la conciencia y los problemas que los acompañan asumen muchas formas, incluyendo los síntomas neuróticos clásicos y los mecanismos de defensa. La persona dedica más y más energía a la elaboración y mantenimiento de éstos juegos y papeles, con el resultado de que se tiene menos energía cada vez para su crecimiento adaptativo. El proceso de crecimiento de la persona se "atora" o se bloquea puesto que esta persona busca aferrarse a los juegos problemáticos creando síntomas y defensas adicionales. Además, la conciencia distorsionada o suprimida a menudo crea la impresión de que la persona no es responsable de sus propios problemas, así, generalmente, se culpa a otros, a circunstancias ambientales, o a fuerzas internas sobre las cuales el cliente no tiene influencia.

La terapia Gestalt busca que se reestablezca el proceso de crecimiento interrumpido del cliente. Sólo se podrá ayudar al cliente si se alcanzan las siguientes metas:

1. Que el cliente este consciente de sus sentimientos, deseos e impulsos que ha desconocido o negado como propios, disowned, pero que sin duda son parte de él mismo.
2. Que el cliente reconozca los sentimientos, ideas y valores que cree que son parte de sí mismo, pero que en realidad los ha adoptado de otras personas.
3. Que el cliente, a medida que logre esta conciencia, asimile y vuelva a hacer suyos, reown, los aspectos genuinos del self que había

**rechazado y al mismo tiempo rechazar las características que no le pertenecen en realidad.** Idealmente, cuando una persona asimila e integra todos los aspectos de la personalidad, tanto los deseables como los no deseables, puede estar consciente de sí mismo y responsabilizarse de sí mismo como realmente es, en lugar de estar apegado y defender una autoimagen parcialmente falsa, e internamente en conflicto.

La relación entre terapeuta y cliente en la terapia Gestalt es idealmente una relación de igual a igual que implica un crecimiento mutuo. "el terapeuta es como un compositor de música que se enfrenta a un instrumentista connotado. El Compositor espera que entre los dos juntos se originen nuevas y bellas músicas".

**Los elementos fundamentales de la terapia Gestalt son:**

**1. Concentración en el aquí y en el ahora.** Perls creía firmemente que el progreso terapéutico sólo puede lograrse manteniendo al cliente en contacto con sus sentimientos en la medida en que ocurren en el presente inmediato, en el "aquí y el ahora". Cualquier intento por parte del cliente de contar el pasado o anticiparse al futuro se contempla no sólo como una resistencia y una obstrucción a las metas de la terapia sino como un escape de la realidad, ante la cual el terapeuta señalará directamente la evasión e insistirá en que se termine. El mantener al cliente en contacto con el presente inmediato sirve a un propósito más allá del reducir la evasión de los sentimientos actuales. Ayuda también a que el cliente vea que el pasado o el futuro pueden ser importantes en el presente.

**2. El manejo de la resistencia.** Perls afirma que una vez que el cliente encuentra un conjunto de síntomas, juegos y defensas que funcionan, aunque sea imperfectamente para protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia de sí mismo, se resistirá a hacer otro esfuerzo para avanzar o hacer a un lado estos síntomas, juegos o defensas. Sin embargo, creía que en lugar de contemplar la resistencia solamente

como una barrera inanimada al crecimiento, que el cliente debe reconocer y quitar, es valioso que explore la naturaleza específica de la resistencia. para ayudarlo a que lo logre, utiliza la técnica del juego de papeles o el tomar un papel. Al cliente se le pide que "se convierta" en esa resistencia para ganar una conciencia clara y experimental de lo que la resistencia hace por él.

**3. Frustrar al cliente.** Perls creía que la mayor parte de los clientes vienen a la terapia esperando sentirse mejor sin tener que cambiar realmente o tener que dejar sus juegos y papeles inadaptados. Como le parecía que el permitir que sus clientes siguieran utilizando su estilo acostumbrado en la terapia sería una pérdida de tiempo para todos, se dirigía inmediatamente a frustrar los esfuerzos de los clientes para relacionarse con él como lo harían normalmente con otras personas. Ya fuera en terapia individual o de grupo, la persona con la que Perls trabajaba en un momento dado se encontraba en la silla del acusado en el sentido de que se centraba toda la atención en él, y cualquier cosa que indicara síntomas, juegos o resistencias, se exploraba y señalaba.

**4. Uso de signos no verbales.** El comportamiento no verbal es una fuente muy importante de materia prima en la terapia Gestalt. Si el terapeuta va a frustrar al cliente en sus intentos de jugar durante su tratamiento, debe estar muy atento a lo que dice y a lo que hace. El canal no verbal se contempla como una carrera especialmente útil de mensajes obvios pero sutiles, que a menudo contradicen las palabras del cliente.

**5. El uso de los sueños.** En la terapia Gestalt, los sueños se consideran no solamente como el cumplimiento de deseos sino como mensajes de la persona hacia sí misma. Después de contar un sueño se le pide al cliente que lea el mensaje que le transmite al representar el papel de algunos o de todas las características y personajes del sueño. En el proceso, el cliente podía hacerse consciente y asimilar partes de sí mismo que dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por

alguna otra causa.

**6. Otros métodos.** El terapeuta Gestalt emplea otros métodos para ayudar a sus clientes a que tengan una mayor conciencia y para promover el volver ("reowning"), el reconocer aspectos alineados de la personalidad que han desconocido como suyos. Entre otros, están:

**6.1 El uso de mensajes directos e inmediatos.** La terapia Gestalt propicia que haya una comunicación directa como medio para que el cliente pueda asumir la responsabilidad de sus sentimientos. Se prefiere hablar en primera persona. Se prohíbe decir chismes sobre personas que no estén presentes. Se parte del supuesto de que se está evadiendo la responsabilidad de sentimientos y de afirmaciones si el objeto de dichos sentimientos y frases está ausente. Finalmente, se pide a los clientes por lo general que conviertan las preguntas indirectas en afirmaciones directas y responsables.

**6.2 Se prohíben las discusiones intelectuales.** Así como el terapeuta trata de evitar hacer preguntas abstractas sobre el "por qué" del comportamiento, el cliente no debe utilizar análisis intelectuales elaborados para evitar una conciencia inmediata del aquí y ahora. No se permitirá a los clientes que den vueltas alrededor de discusiones intelectualizadas acerca de los sentimientos.

**6.3 Uso de diálogos internos.** Los clientes deben "convertirse" en alguna de sus características y resistencias. La mejor manera de estar consciente y de reconocer los sentimientos involucrados en ésto es hacer una representación de papeles. Las reversiones también se utilizan para alcanzar modos semejantes de conciencia.

La terapia Gestalt se aplica tanto en terapia individual como en terapia en grupo con personas en distintas categorías de diagnóstico, pero también se utiliza para aumentar la conciencia y mejorar el funcionamiento de la gente en general.



**C) La logoterapia de Viktor Frankl.** Se basa principalmente en la filosofía existencial y está orientada a ayudar a los clientes para que **asuman la responsabilidad de sus sentimientos y acciones y encuentren un significado y un propósito en su vida.**

Frankl creía que las personas pueden sentir una falta de significado y de propósito sin manifestar necesariamente un comportamiento neurótico o psicótico. Así, consideró que su método podría aplicarse tanto a pacientes como a personas que no han sido etiquetadas por un diagnóstico.

**D) La terapia del papel fijo de George Kelly.**

Es un método de tratamiento orientado fenomenológicamente que comparte varias características con la teoría del aprendizaje social. **Sobre la base de su teoría de constructos-personales, Kelly desarrollo métodos de valoración y tratamiento que tenían por objeto ayudar a los clientes a estar conscientes y, cuando fuera necesario, a cambiar los presupuestos subjetivos o las expectativas que utilizan para guiar su comportamiento.** Consiste en ayudar al cliente a adoptar estructuras más flexibles y elaboradas para sustituir a las estrechas y rígidas que, según Kelly, se encuentran en la base de los trastornos psicológicos. **Kelly defendió la valoración sistemática tanto de los problemas como de los constructos personales característicos del cliente. Incluso llegó a defender el uso de ciertas pruebas psicológicas para ayudar a aclarar la forma en que los clientes conciben el mundo que les rodea. La principal de éstas fue la propia prueba de Kelly sobre el repertorio de constructos de roles.**

Otra característica del tratamiento fenomenológico de Kelly es que intentaba ir más allá de la ayuda a sus clientes a tener conciencia de sus constructos o creencias mal adaptadas. En verdad, los alentaba a que experimentaran con constructos alternativos específicos. Para ayudarlos, el terapeuta puede pedirle al cliente que escriba un

**bosquejo de roles fijos, una relación en tercera persona de como es en verdad el cliente y como se siente de veras.** Luego se le ayuda para que re-comience su crecimiento personal al pedirle que haga una representación de roles temporal (algunas semanas) de la persona descrita en este bosquejo. **La representación de roles** ocurre tanto en sesiones de terapia como en la "vida real". Durante este periodo el terapeuta trata al cliente como si fuera la persona descrita en el bosquejo. Al paso del tiempo, el cliente puede estar cómodo con algunos aspectos del rol que ha adoptado experimentalmente y llegar a asimilarlos. **Idealmente el resultado final será un comportamiento y una serie de ideas guías que van de acuerdo con la manera en que el cliente se siente realmente.**

### **3.4 El lugar de la terapia racional emotiva.**

Es claro que la terapia racional emotiva aparece dentro de la terapia cognitivo conductual y toma algunos aspectos de las teorías cognitivas y otros de las terapias fenomenológicas, sin embargo, el autor habla del desarrollo de una metodología y técnicas específicas que superan los esquemas mencionados.

**En la segunda parte de nuestra tesis señalaremos todos los elementos que la conforman, su historia y su proceso de desarrollo.** La TRE, en sí misma, se autodenomina como una terapia que supera el enfoque psicoanalítico y que está más allá de las terapias de aprendizaje social general y de los enfoques fenomenológicos. **Su intento se centra en proporcionar una alternativa más completa de atención a los problemas psicológicos de los clientes y en dar respuestas más integrales a sus alteraciones y perturbaciones de conducta.** (Dryden-Ellis, 1989).

## Parte II

### Captulo IV.

#### 4. Fundamentos teóricos de la TRE.

##### 4.1 El desarrollo histórico de la TRE.

La terapia racional emotiva (TRE) fue fundada por **Albert Ellis** en 1955 cuando ejercía como psicólogo clínico en Nueva York. Inició su carrera en el campo de la terapia a principios de los años cuarenta. Por esos años realizó un trabajo titulado "**the Case for sexual liberty**", sobre problemas sexuales, dando como resultado, ante el éxito obtenido, el dedicarse a realizar un entrenamiento formal sobre problemas sexuales y maritales. (Dryden-Ellis, 1989).

El **Dr. Ellis**, despues de terminar su doctorado en psicología clínica, optó por la terapia con orientación psicoanalítica, sin embargo, afirma, que poco a poco le fue decepcionando, ya que, según él, no era ni efectiva ni eficiente. Ante esta situación, a principios de los cincuenta, comenzó a experimentar con otros tipos de terapias, incluyendo la terapia psicoanalítica y la terapia analítica ecléctica, pero dichos métodos no lo dejaron satisfecho. (Dryden-Ellis, 1989).

En ese periodo de búsqueda de una terapia eficaz y eficiente, volvió a leer sobre filosofía, uno de sus hobbies favoritos, recibiendo gran influencia de los filósofos estoicos tanto Griegos como Romanos, entre otros **Epicteto y Marco Aurelio**. Según ellos las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica. **El estoicismo afirma que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por la visión que se tiene de ellas.** Según el autor, con esta base se creó la TRE, y aquí se encuentra, con fundamento en sus primeras formulaciones, el núcleo de sus aproximaciones cognitivo-conductuales.

**4.2 Influencias filosóficas y psicológicas de la TRE.** Además de la influencia del estoicismo, el autor menciona que recibió gran influencia de:

**A) La filosofía de Emmanuel Kant,** principalmente de sus escritos sobre el poder y limitaciones de la cognición e idealización.

**B) La filosofía de Baruch de Spinoza,** principalmente sus escritos sobre las pasiones, en donde menciona que todas las perversiones morales proceden de las pasiones irrefrenadas. La esencia de cada cosa es la aspiración o conato a su propia conservación. El deseo o conato de la propia conservación es, por tanto, la pasión fundamental. Lo que favorece la propia perduración produce alegría, lo contrario, tristeza. Amamos lo que nos produce alegría, aborrecemos lo que nos entristece. Los hombres tienden a estimar en demasía lo que aman y a despreciar lo que aborrecen.

**C) La filosofía de Arthur Schopenhauer,** principalmente sus escritos sobre ética. Menciona que el mundo actual es el peor de los mundos imaginables. Afirma que sólo se aspira a algo cuando se es infeliz y se quiere salir de ese estado de insatisfacción. En este mundo hay dolor y no libre albedrío, por lo tanto, el hombre no puede cambiar su carácter moral, lo único que puede hacer es afirmar o negar su actual existencia por tres vías de moralidad: de la afirmación, de la negación y de la purificación.

**D) La filosofía de la ciencia,** principalmente, Popper, Reichenbach Y Russell. La práctica de la TRE es, en muchos aspectos, similar a los métodos lógico-empíricos de la ciencia, además que hace incapie en la flexibilidad y antidogmatismo del método científico y sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas.

**E) La filosofía Cristiana,** a pesar de que la TRE está en desacuerdo con la devoción religiosa, posee la teoría del valor humano, que es similar

al punto de vista Cristiano de condenar el pecado pero perdonar al pecador.

**F) La filosofía del humanismo ético de Russell**, que niega que los hombres sean dioses o demonios.

**G) La filosofía existencial de Heidegger y Tillich**, considera que los seres humanos están en el centro de su universo (más no del universo) y tienen el poder de elegir -no ilimitado-, poniendo especial atención al campo de las emociones. En base a esto, afirma Ellis, la TRE tiene una marcada tendencia humanística existencial.

**H) La semántica general**, que subraya el fuerte efecto que tiene el lenguaje en el pensamiento y el hecho de que los procesos emocionales son muy dependientes de la manera en que estructuramos nuestro pensamiento por medio del lenguaje empleado.

**El Dr. Ellis afirma que, para la creación de la TRE, recibió influencia de un gran número de psicólogos, entre otros se encuentran:**

**A) La escuela de Karen Horney.** En ella, Albert Ellis inició su preparación de analista siendo de gran influencia sus conceptos sobre el pensamiento evaluativo dogmático y absolutista en el desarrollo y mantenimiento de muchas de las alteraciones psicológicas, principalmente su concepto de "la tiranía de los deberías".

**B) La psicología individual de Alfred Adler**, también le influyó para el surgimiento de la TRE, ya que fue el primer terapeuta que estudió los sentimientos de inferioridad y que influyó en el concepto de la autoevaluación y la ansiedad que reconoce la TRE. De la misma manera que Adler, la TRE se ocupa de los significados, valores, propósitos y metas de las personas y toma de Adler su interés en la enseñanza activo-directiva, la importancia de lo social, la apariencia

humanística y holista y el empleo de un tratamiento psicológico de carácter cognitivo-persuasivo.

**C) La escuela conductista.** La TRE utiliza métodos conductuales así como técnicas emotivas y cognitivas en la parte práctica, tomando gran influencia principalmente de **Watson y Rayner**, básicamente en su enfoque activo-directivo de terapia sexual. **Este enfoque continúa siendo fundamental en la TRE.**

#### 4.3 El ABC de la TRE.

**La TRE se basa en un conjunto de afirmaciones que giran en torno de la complejidad y fluidez de la existencia humana. (Ellis-Abrahms, 1980).**

**De aquí emanan sus principales conceptos teóricos:**

**1. Los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos.** El establecer y perseguir estas metas y propósitos genera en las personas mayor conciencia de que viven en un mundo social. Así, una filosofía del propio interés, implica que una persona se coloca a sí misma en primer lugar, pero pone a los demás en un segundo lugar muy cercano. Esto es contrario a una filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenidos en cuenta. **Lo racional en la teoría de la TRE es lo que ayuda a las personas a alcanzar sus metas y propósitos básicos; en cambio, lo irracional es lo que les frena.** Sin embargo, la racionalidad no puede definirse en forma absoluta, ya que por naturaleza, es relativa.

**2. La TRE es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y su solución.** No pretende ser puramente objetiva, científica o técnica. **Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas.** Es

racional y científica, pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Además, afirma su autor, es hedonista combinándolo a corto y largo plazo, de tal manera que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la mayor libertad y disciplina. Plantea la hipótesis de que probablemente no exista nada super-humano, ya que la creencia devota de esto favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales, y asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que parezca puede catalogarse como condenable o sub-humano. Destaca la importancia de la capacidad de desear y elegir. También acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, lo social y otras fuerzas. (Dryden-Ellis, 1989).

**3. Existe una interacción de los procesos psicológicos humanos y la cognición. Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan en forma aislada sino que se superponen.** Esto sucede básicamente en el campo de las alteraciones psicológicas. Insiste en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado que la forma en que percibimos los hechos interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas. Es importante destacar la importancia que tienen las cogniciones correctas en los procesos psicológicos humanos, particularmente el rol que juegan esos pensamientos evaluativos en la salud y en la enfermedad psíquica. Una de las principales contribuciones de la TRE al campo de la terapia cognitivo-conductual es la distinción entre creencias racionales y creencias irracionales.

Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial, es decir, no absoluto. Se expresan como "me gustaría", "quisiera", "no me gustaría", "preferiría", "desearía". (Ellis-Abrahms, 1980). Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean. Por el contrario, los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (tristeza, dolor, disgusto) se

experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Estos sentimientos negativos, cuya fuerza está estrechamente relacionada con la importancia del deseo, son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pues no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos. Estas creencias son racionales por dos aspectos: porque son relativas y porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos.

Las creencias irracionales se diferencian de las racionales en dos características: en que son absolutas o dogmáticas por naturaleza y se expresan en términos de: "tengo que", "debo", "debería", "estoy obligado a". Además, provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas, generando depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo. (Ellis-Abrahms, 1980).

Las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están en la base de las conductas disfuncionales.

#### 4. El ser humano posee dos tendencias biológicas básicas:

1) La tendencia natural de las personas a pensar de manera irracional, la cual acentúa la aparición de una alteración psicológica. Afirma que el pensamiento irracional está determinado por factores biológicos que interactúan siempre con las condiciones medio-ambientales. Se apoya en la afirmación de que todos los seres humanos tienen pensamientos retorcidos, incluso las personas que han sido educadas en la racionalidad. Sin embargo, Ellis reconoce que también existe una serie de influencias sociales que interactúan con los dos factores mencionados. Afirma: "a pesar de haber recibido una educación muy racional, potencialmente todos los seres humanos podrían convertir sus preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas e irracionales respecto a sí mismos, a los demás y al mundo que los rodea". (Dryden-Ellis, 1989, Pág. 18).



2) **La tendencia natural a ejercitar la capacidad de elección y a trabajar contra el pensamiento irracional. Para ello, cuenta con tres habilidades:** a) La habilidad de darse cuenta de que se trastorna a sí mismo por su visión irracional de las situaciones que vive, b) La habilidad de darse cuenta de que puede cambiar su pensamiento, c) La habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar este pensamiento, mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales.

En suma, para la **TRE** los seres humanos tienen una tendencia biológica a pensar irracionalmente, sin embargo, no existe ningún tipo de encadenamiento a esa tendencia y pueden trascenderse sus efectos. **Podemos decir que la TRE tiene una imagen optimista de las personas.**

##### **5. Existen dos perturbaciones humanas fundamentales:**

1) **Las perturbaciones del yo.** En ellas, una persona se hace peticiones absolutas a sí misma, a otros y al mundo y si no se satisfacen en el pasado, presente o futuro, puede llegar a perturbarse condenando su sí mismo (autocondena). La autocondena incluye dos elementos: dar una reprimenda negativa a su self y clasificarlo como malo o infravalorarlo. La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica el reconocimiento de los propios fallos, es decir, el negarse a dar una reprimenda al self ya que es una labor imposible debido a la complejidad de la persona y porque interfiere en la consecución de las metas y propósitos.

2) **Las perturbaciones incómodas.** En ellas, la persona también hace peticiones a sí mismo, a otros y a mundo pero se trata de órdenes dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas. Cuando estas peticiones no se satisfacen en el pasado, presente o futuro la persona se perturba. La alternativa racional y saludable a cualquier demanda de satisfacción inmediata es tolerar el malestar con el fin de lograr sus objetivos y una felicidad a largo plazo. Por lo

tanto, para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano. (Dryden-Ellis, 1989).

En base a los cinco conceptos teóricos presentados, explicaremos el marco de referencia de la TRE: su teoría ABC. Para conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes, Ellis utilizó la estructura del ABC:

"A" simboliza EL ACONTECIMIENTO desencadenante o activador.

"B" representa lo que una persona CREE de ese acontecimiento.

"C" denota LAS RESPUESTAS emocionales y de comportamiento o las consecuencias que se derivan de esas creencias particulares.

La principal ventaja de este esquema está en su simplicidad. Sin embargo hay que señalar que cada terapeuta racional-emotivo utiliza una versión distinta del ABC original ya que no existe una forma absoluta para explicar los problemas de los pacientes, pero veamos la versión general creada por Albert Ellis en donde se explican cada uno de sus elementos:

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

La teoría TRE de la personalidad y de las alteraciones de la personalidad comienza con los intentos de las personas de ver realizados sus objetivos. Para ello, se enfrenta a un conjunto de acontecimientos desencadenantes o activadores ("A") que pueden ayudarles a conseguir dichos objetivos o por el contrario, a obstaculizarlos. Los acontecimientos activadores ("A") son acontecimientos presentes y corrientes o las propias conductas,

pensamientos o sentimientos de una persona a esos hechos, pero se hayan envueltos en recuerdos y pensamientos -conscientes o inconscientes- de experiencias pasadas. Las personas están dispuestas a responder a esos acontecimientos desencadenantes debido a sus pre-disposiciones biológicas o genéticas, su historia constitucional, su aprendizaje social e interpersonal y sus patrones de comportamiento innatos y adquiridos.

Los acontecimientos activadores ("A") no existen en estado puro. Interactúan unos con otros e incluyen parte de las creencias ("B") Y las consecuencias ("C"). Además, cada persona pone algo de sí misma en ellos, como metas, pensamientos, deseos y tendencias fisiológicas.

#### 4.3.2. Creencias ("B") sobre los acontecimientos activadores.

Según la TRE, las personas tienen innumerables creencias ("B"), es decir, cogniciones, pensamientos o ideas, sobre los acontecimientos activadores ("A"). Dichas creencias ejercen gran influencia en sus consecuencias cognitivas, emocionales y comportamentales ("C"). Aunque aparentemente el acontecimiento desencadenante ("A") es causa directa de las consecuencias ("C"), esto casi nunca es verdad, porque realmente la creencia ("B") sirve de mediador entre el acontecimiento desencadenante ("A") y las consecuencias ("C"). Así, la creencia ("B") es causa o crea de forma más directa las consecuencias ("C").

Todas las personas analizan los acontecimientos desencadenantes ("A") desde su punto de vista y los juzgan o experimentan a la luz de éstas creencias equivocadas -expectativas, evaluaciones-, así como a la luz de sus consecuencias emocionales ("C"). Por esta razón el ser humano nunca experimenta los acontecimientos desencadenantes ("A") sin las creencias ("B") o las consecuencias ("C"), pero tampoco experimenta las creencias ("B") y las consecuencias ("C") sin los acontecimientos desencadenantes ("A"). De hecho las creencias ("B")

pueden tomar formas muy diferentes porque cada persona tiene cogniciones muy diferentes. Pero, en la TRE el interés se centra en las creencias racionales, que son responsables de las conductas de autoayuda y en las creencias irracionales, que conducen a comportamientos de autodestrucción y destrucción de los demás.

Según el autor las principales creencias ("B") son, entre otras:

**A. Observaciones no evaluativas:** no van más allá de los datos de que dispone la persona. No son evaluativas porque no tienen ninguna relación con sus objetivos. Cuando tales observaciones tienen alguna implicación respecto a sus objetivos, se convierten en evaluativas.

**B. Inferencias no evaluativas.** Son inferencias porque van más allá de los datos disponibles. Son hipótesis que se extraen de sus observaciones y pueden ser correctas o incorrectas.

**C. Evaluaciones preferenciales positivas.** Son relativas y se refieren a lo que la persona evalúa como positivo. Son racionales porque ayudan a que una persona consiga sus objetivos básicos.

**D. Evaluaciones de obligación positivas.** Son absolutas y dogmáticas. Son irracionales porque inhiben e impiden que se consigan el resto de propósitos y objetivos básicos. Van más allá de los datos disponibles, son relevantes para conseguir los objetivos y se mantienen con una convicción absoluta.

**E. Evaluaciones preferenciales negativas.** Son relativas y se refieren a lo que la persona considera como negativo. Son racionales porque ayudan a la persona a que consiga sus objetivos y propósitos básicos.

**F. Evaluaciones de obligación negativas.** Son absolutas y dogmáticas. Se refieren a lo que la persona considera negativo de manera devota. Son irracionales porque impiden que la persona consiga sus metas.

### 4.3.3 consecuencias ("C") de los acontecimientos activadores ("A") y de las creencias ("B") sobre esos acontecimientos.

Las consecuencias cognitivas, afectivas y conductuales ("C") se siguen de la interacción entre los acontecimientos desencadenantes ("A") y las creencias ("B"). En base a las matemáticas, podemos decir que  $axb=c$ , pero es una fórmula muy simple. Para expresar su relación adecuadamente es necesario decir que las consecuencias ("C") están casi siempre influenciadas y afectadas pero no exactamente "causadas" por los acontecimientos desencadenantes ("A"), porque los seres humanos por naturaleza reaccionamos a los estímulos dentro de un medio. Es más, cuando los acontecimientos desencadenantes ("A") tiene mucho poder, tiende a afectar profundamente las consecuencias ("C").

Cuando las consecuencias ("C") consisten en una alteración emocional, la causante más directa suele ser la creencia ("B"), aunque no siempre. Sin embargo, hay alteraciones emocionales que a veces pueden surgir de un acontecimiento desencadenante ("A") muy poderoso, por ejemplo, de desastres ambientales, como guerras o inundaciones o de factores del organismo que pueden causar de hecho las consecuencias ("C").

Cuando varios acontecimientos desencadenantes ("A") fuertes y poco frecuentes causan o contribuyen de forma significativa las consecuencias ("C"), o cuando factores fisiológicos crean las consecuencias ("C"), suelen también ir acompañados por creencias ("B"). De este modo, si unas personas están atrapadas en un terremoto o si experimentan cambios hormonales importantes y por lo tanto se sienten deprimidas, probablemente sus acontecimientos desencadenantes ("A") y sus procesos fisiológicos les estarán influyendo para crear pensamientos irracionales, como por ejemplo, "este terremoto no debiera haber ocurrido". "es espantoso". Cada una de estas creencias ("B") ayudan a crear los sentimientos de depresión en las consecuencias ("C").

Las consecuencias ("C") suelen consistir en sentimientos o conductas, pero también pueden ser pensamientos, como en el caso de los obsesivos. Las consecuencias ("C") que siguen a los acontecimientos desencadenantes ("A") y a las creencias ("B") nunca son virtualmente puras sino que incluyen e interactúan necesariamente con los acontecimientos desencadenantes ("A") y las creencias ("B"). Así, si el acontecimiento desencadenante ("A") es un hecho muy malo y la creencia ("B"), es en primer lugar, una creencia racional, pero, en segundo lugar, una creencia irracional, las consecuencias ("C") tienden a ser, primero, sentimientos sanos de frustración y desilusión y segundo, sentimientos no sanos de ansiedad severa, inadecuación y depresión.

Por lo tanto, es cierto que  $axb=c$ , pero cada persona lleva sus sentimientos, así como sus esperanzas, metas y propósitos al acontecimiento desencadenante ("A"). Nadie debería permanecer en un trabajo que no desea o que no le da un valor positivo o por lo menos que le guste algún aspecto de él. **Esto significa que el acontecimiento desencadenante ("A") en parte incluye su creencia ("B") y las consecuencias ("C"), ya que desde el principio los tres están relacionados.**

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

**En suma, los acontecimientos desencadenantes ("A"), las creencias ("B") y las consecuencias ("C") están relacionadas y ninguna de ellas puede existir sin la otra. ( Huber-Baruth, 1991).**

En base a la información anterior, Albert Ellis desarrolla su teoría sobre la salud y la alteración de la misma. Veamos los conceptos principales.

#### 4.4 La salud y las alteraciones psicológicas según la TRE.

La TRE afirma que en el fondo de una alteración psicológica existe la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Se verbalizan como: "debo", "debiera", "tengo que", "es mi obligación". Estas cogniciones absolutistas son el alma de una filosofía religiosa, rasgo principal de la alteración emocional y conductual humana. Estas creencias son consideradas como irracionales porque suelen, aunque no siempre, impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes.

Un "debo" absoluto no tiene porque conducir necesariamente a una alteración psicológica. Sin embargo, la persona es vulnerable porque siempre existe la posibilidad de que pueda tener un fallo en el futuro. En términos de probabilidades la TRE afirma que una filosofía absolutista normalmente conduce a una alteración, pero no dice que siempre ocurra así, por ello, adopta una posición antiabsolutista, incluso respecto a la concepción de la naturaleza de la alteración humana. Si las personas se adhieren a una filosofía de "obligaciones", tenderán a llegar a conclusiones irracionales derivadas de estos "debo" y "tengo que". Estas derivaciones en cuanto sabotean los propósitos y metas básicos de una persona, son irracionales.

Ellis clasifica las derivaciones irracionales en:

1. El "tremendismo": Esto ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más del 100%. Es una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la creencia "esto no puede ser tan malo como parece".

2. La "no soportantitis": Consiste en creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca y bajo ningún tipo de condiciones, en el caso de que un acontecimiento que no "debe" pasar ocurre realmente o amenaza con ocurrir.

3. La condena: Es la más importante porque representa la tendencia humana de clasificarse a uno mismo o a otros como "subhumano" o "inservible", si la persona o el otro hace "lo que no debe hacer" o no hace algo " que debiera hacer". Se aplica también al mundo o a unas condiciones de vida que se consideran "miserables" por no dar a la persona lo que él o ella merece.

La TRE sostiene que estas derivaciones son procesos irracionales secundarios, ya que se derivan de una filosofía de "obligaciones", pero en ocasiones pueden ser "primarios". Por otro lado, son procesos interdependientes y eslabones diferentes en la misma cadena cognitiva. (Dryden-Ellis, 1989).

La TRE afirma que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados. En este sentido, de acuerdo con los terapeutas cognitivos, las distorsiones cognitivas son una manifestación de alteración psicológica. Sin embargo, para la TRE tales distorsiones casi siempre proceden de los "debo" y "tengo que". Entre otras, las más frecuentes son:

1. **Todo o nada:** "Si fracaso en algún hecho importante, como no debo, soy un fracaso total y completamente indeseable".

2. **Salto a las conclusiones y non sequiturs negativos:** "Desde el momento en que los demás me han visto fallar, como no debiera haberlo hecho, ya me ven como incompetente".

3. **Adivinar el futuro:** "Se están riendo de mí porque he fracasado, y saben que debiera haber tenido éxito, me despreciarán para siempre".



4. **Fijar la atención en lo negativo:** "Como no puedo soportar que las cosas me vayan mal, y no deben irme mal, ya no veo nada bueno en mi vida".
5. **Descalificar lo positivo:** "Cuando me felicitan por las cosas buenas que he hecho, lo único que hacen es ser amables conmigo y olvidan las estupideces que no debiera haber hecho".
6. **Siempre y nunca:** "Como mis condiciones de vida tienen que ser buenas y en realidad son malas e intolerables, siempre serán así y yo nunca seré feliz".
7. **Minimización:** "Mis aciertos en este juego son pura casualidad y no son importantes. Pero mis errores, que nunca debiera haber cometido, son un total desastre e inolvidables".
8. **Razonamiento emocional:** "Como mi comportamiento ha sido tan pobre, y no debiera haberlo hecho, me siento como un total incompetente y mi sentimiento tan fuerte prueba que no soy bueno".
9. **Etiquetar y sobregeneralizar:** "Como no debo fallar en un trabajo importante, y lo he hecho, soy un perdedor y un completo fracaso".
10. **Personalizar:** "Como estoy actuando peor de lo que debiera y ellos se están riendo, estoy seguro de que se están riendo de mí y eso es terrible".
11. **Estafa:** "Cuando no hago las cosas tan bien como debiera y los demás todavía me aceptan y me premian, lo que soy es un estafador y pronto me daré de narices y les demostraré lo despreciable que soy en realidad".
12. **Perfeccionismo:** "Me doy cuenta de que lo he hecho bastante bien, pero debiera haberlo hecho perfecto y por lo tanto, soy un incompetente".

**En la practica, la TRE se centra especialmente en los incondicionales "debiera", "tengo qué" y "debo", que parecen constituir el centro de las creencias irracionales que conducen a una persona a la alteración emocional.**

En suma, los terapeutas de la TRE buscan los "tremendismos", "no soportantitis" y "condenas" y muestran a sus pacientes como estos se derivan de sus "imposiciones" y que pueden superarse si abandonan sus peticiones absolutistas hacia sí mismos, hacia otros y hacia el mundo. **Al mismo tiempo, los animan a que tengan deseos y preferencias fuertes y persistentes y a evitar sentimientos de abandono, separación y falta de implicación.**

De acuerdo a la TRE, la esencia de las alteraciones emocionales consiste en los absolutistas "debo" y "no debo" que las personas achacan a su fracaso, a su rechazo, al trato pobre que reciben de sus semejantes y a sus frustraciones en la vida.

Por lo anterior la TRE pone especial atención en que los terapeutas busquen las imposiciones dogmáticas e incondicionales de los pacientes, diferenciándolas de sus preferencias y enseñándoles como desterrar el pasado y quedarse con el presente. (Dryden-Ellis, 1989).

**Como consecuencia, la TRE plantea un concepto de salud psicológica particular que es indispensable definir y entender.**

**Si suponemos que en el fondo de muchas alteraciones psicológicas yace una filosofía de necesidades perturbadoras, entonces, ¿qué filosofía es característica de la salud psicológica?.**

Para la TRE el rasgo central de las personas psicológicamente sanas es una filosofía del relativismo o del deseo. **Esta filosofía reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de deseos, preferencias, anhelos, pero si no se convierten estos valores relativos en dogmas e imposiciones, probablemente estas personas no adquieran una**

alteración psicológica. Sin embargo, una persona sana puede experimentar emociones negativas apropiadas cuando no ve cumplidos sus deseos. Estas emociones tienen una motivación constructiva, en el sentido de que ayudan a que las personas superen sus obstáculos para conseguir sus metas y a adaptarse positivamente cuando no se cumplen sus deseos.

La teoría de la TRE plantea tres derivaciones principales de la filosofía del deseo, las cuales son racionales porque ayudan a las personas a que alcancen sus metas o crean metas nuevas si las antiguas no pueden realizarse:

1. "Evaluar o analizar lo negativo". Alternativa racional del "tremendismo". Si una persona, en este caso, no consigue lo que quiere, reconoce que eso es malo, pero como no piensa "tengo que conseguir lo que quiero", coloca el resultado de su evaluación en un punto del continuo de mal que va de 0 a 100% y no clasifica esta situación como horrible, la cual es una valoración mágica que se situaría en el 101%, en un continuo que podría llegar hasta el infinito. En general, para una persona que vive la filosofía del deseo, cuanto más fuerte es su deseo, mayor será su desilusión si no consigue lo que quiere.
2. "Tolerancia". Alternativa racional de la "no soportantitis". La persona reconoce que ha sucedido o que puede suceder un acontecimiento no deseable. Además, cree que estaba dentro de lo posible que esto pasara, como así ha sido. Luego, sitúa el acontecimiento en un punto del continuo del mal. Además, procura cambiar el acontecimiento indeseable, o acepta la cruda realidad si no se la puede modificar y por último, empieza a perseguir activamente otras metas, aún en el caso de que no se pueda variar la situación.
3. "aceptación". Alternativa racional a la condena. La persona que sigue una filosofía de aceptación, acepta las condiciones de vida tal y

como son, reconoce plenamente que el mundo es muy complejo y funciona de acuerdo a unas leyes que a menudo se escapan al control de las personas. **"todo lo que existe debe existir pero no tiene porque existir para siempre"**. Esto incita a la persona a que haga intentos activos por cambiar la realidad, ya que quien se resigna a una situación, no suele intentar modificarla.

**En suma, para alcanzar la salud psicológica, la TRE propone trece criterios:**

- 1. Interés en sí mismo:** Las personas sanas emocionalmente y sensatas se interesan por sí mismas y colocan sus propios intereses, al menos un poco, por encima de los demás. Se sacrifican hasta cierto punto por los que quieren, pero sin que esto los anule.
- 2. Interés social:** Es racional y positivo, porque las personas sanas optan por vivir y divertirse en una comunidad y grupo social.
- 3. Autodirección:** La persona sana asume la responsabilidad de su vida a la vez que coopera con los demás. Como consecuencia no pide demasiada ayuda de los otros.
- 4. Alta tolerancia a la frustración:** Las personas racionales se otorgan a sí mismos y a los demás el derecho de equivocarse. Se abstienen de condenarse o de condenar a los otros como personas, incluso cuando le desagrade su propia conducta o la de los demás.
- 5. Flexibilidad:** Las personas sanas y maduras son de ideas flexibles, abiertas al cambio, pluralistas y no fanáticas cuando emiten opiniones sobre los otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos y para los demás.
- 6. Aceptación de la incertidumbre:** Aceptan la idea de que viven en un mundo de probabilidades y en continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá. Se dan cuenta

que vivir en este mundo no es horrible y a menudo resulta fascinante. Les gusta que haya un orden pero no exigen saber con exactitud lo que les depara el futuro, y que les puede llegar a suceder.

**7. Comprometerse en ocupaciones creativas:** Es saludable y satisfactorio el implicarse en forma vital en algo fuera de sí mismos y en tener algo de interés creativo. En algunos individuos este interés es humanitario y lo consideran tan importante que organizan a su alrededor buena parte de sus vidas.

**8. Pensamiento científico:** Las personas sanas tienden a ser más objetivas, científicas y racionales. Son capaces de tener sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también saben regular sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleven a conseguir metas a corto y largo plazo.

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

**10. Arriesgarse:** Las personas sanas emocionalmente tienden a arriesgarse e intentar hacer lo que pretenden, incluso cuando hay muchas probabilidades de que fracasen. Son aventureros pero no temerarios.

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

**12. Antiutopía:** Las personas sanas aceptan el hecho de que las utopías son inalcanzables y de que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar todo el dolor.

**13. La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales.** Las personas sanas aceptan la responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de manera defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus propias conductas, pensamientos y sentimientos autodestructores. (Dryden-Ellis, 1989).

Así, para la TRE es muy importante hacer la distinción entre emociones negativas apropiadas y emociones inapropiadas. Para ello, explica que las personas pueden tener creencias racionales e irracionales al mismo tiempo. (Ellis-Abrahms, 1980).

Los deseos pueden convertirse en exigencias con mucha facilidad. De esta manera, una persona puede creer racionalmente: "quiero que me ames" y simultáneamente creer que "como quiero que me ames, tú debes amarme". Es importante saber discriminar entre las creencias racionales y las irracionales. Una vez realizada dicha distinción, es más fácil saber distinguir entre emociones negativas apropiadas y las emociones inapropiadas. Las emociones negativas apropiadas van asociadas con las creencias racionales y las inapropiadas con las creencias irracionales. Veamos algunos ejemplos de emociones negativas apropiadas y su correspondiente inapropiada:

**1. Inquietud contra ansiedad:** La primera es una emoción asociada con la creencia "espero que esto no suceda y sería mala suerte que sucediera", mientras que la ansiedad va con la creencia "esto no debe ocurrir y sería horrible que ocurriera".

**2. Tristeza contra depresión:** La tristeza tiene que ver con "he tenido muy mala suerte por haber tenido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por lo que esto no debiera haber pasado". La depresión se

asocia con la creencia "no debiera haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sucedido así". Cuando la persona se siente responsable de la pérdida tiende a condenarse y si está fuera de su control, condena las condiciones de vida o al mundo.

**3. Dolor contra culpabilidad:** Los sentimientos de tristeza o dolor se producen cuando una persona reconoce que ha hecho algo malo en público o privado pero se acepta a sí misma como un ser humano que puede cometer fallas. La persona se siente mal por su acto pero no por sí misma, porque piensa "prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, mala suerte". En cambio, los sentimientos de culpabilidad se producen cuando la persona se juzga a sí misma como mala, perversa, corrupta por haber actuado mal. Se siente mal tanto por su acto como por ella misma y piensa "no debo hacer las cosas mal y si eso ocurre, es horrible y soy un malvado".

**4. Desilusión contra vergüenza:** Una persona siente desilusión cuando se comporta de manera tonta en público, reconoce su acto pero se acepta a sí misma. Se siente desilusionada por su comportamiento pero no consigo misma. En cambio, se siente vergüenza cuando alguien se ha comportado de manera tonta y se condena por lo que no debió de haber hecho. Suele predecir que su audiencia le va a juzgar negativamente y en este caso se muestra de acuerdo con esos prejuicios. A menudo cree que necesita de la total aprobación de los demás. Se puede distinguir la vergüenza del apuro, porque en la vergüenza al público se le valora como más serio. Sin embargo, ambas emociones incluyen la autodenigración.

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

**La TRE aclara que los terapeutas racional emotivos no intentan sustituir las emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas en la terapia, hasta que no creen saber las consecuencias del pensamiento racional.**

Sobre la adquisición de las alteraciones psicológicas la TRE parte de la hipótesis de que los seres humanos tienen una tendencia innata a pensar y actuar irracionalmente, tendencia con raíces biológicas que interactúa con variables ambientales que pueden contribuir a la alteración psicológica de las personas. **Por ello, las perturbaciones psicológicas varían de un individuo a otro.** Algunas personas se han criado con padres sobreprotectores o faltos de cariño y salen ilesos, relativamente, de la situación, mientras que otras sufren daños emocionales a pesar de haber vivido en ambientes más saludables. En este sentido, la TRE explica que los individuos con aberraciones serias están innatamente más predispuestos a tener una mentalidad rígida y cerrada, que los que tienen menos aberraciones. En suma, la teoría de la TRE sobre la adquisición de alteraciones afirma que los seres humanos no sufren una alteración simplemente por sus experiencias sino que más bien llevan su habilidad de perturbación a sus experiencias.

**Es importante señalar que la TRE no se detiene a explicar la adquisición de la perturbación psicológica sino que centra su atención en explicar como se mantiene tal perturbación. Explica:**

**Primero:** los individuos tienden a mantener sus problemas psicológicos por sus propias teorías "ingenuas" sobre la naturaleza de los mismos y a qué pueden atribuirse. **Carecen de "TRE insight numero 1"**, en la que la perturbación psicológica está principalmente determinada por las creencias absolutistas que poseen las personas sobre acontecimientos vitales negativos ("**B**" determina "**C**"), más aún, consideran que estas situaciones causan sus perturbaciones ("**A**" causa "**C**"). Desde el momento en que una persona plantea una hipótesis incorrecta sobre los principales determinantes de sus problemas,



tratará de cambiar "A" en lugar de "B".

**Segundo:** Después de alcanzar el insight número 1 debe lograr el "insight número 2", que dice que las personas se mantienen perturbadas rediciéndose en el presente de sus creencias absolutistas. Al no darse cuenta de que sus problemas están determinados por sus creencias, se distraen y perpetúan sus problemas buscando los antecedentes históricos de estas creencias en lugar de preocuparse por cambiarlos.

**Tercero:** Luego debe alcanzar el "insight número 3", en el que sólo las personas que trabajan diligentemente en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar en contra de sus creencias irracionales son susceptibles de cambiarlas y hacer que disminuyan significativamente sus perturbaciones. (Huber-Baruthi, 1991).

Las personas que tienen claros estos tres insights podrán desafiar con fuerza sus creencias en los tres planos: cognitivo, emotivo y conductual, a fin de romper el círculo que mantiene la perturbación. A veces el sólo reconocimiento de que una creencia es irracional suele ser insuficiente para producir el cambio.

La TRE sostiene que la razón principal por la que las personas perpetúan sus problemas psicológicos es su adhesión a una filosofía de baja tolerancia a la frustración. Tales personas creen que deben estar cómodas, son hedonistas de corta duración porque están motivados para evitar la incomodidad a corto plazo, incluso aunque tengan que trabajar en contra de unos sentimientos que aunque incómodos, son temporales y probablemente les ayudarían a conseguir metas a largo plazo. Estas personas etiquetan el trabajo terapéutico cognitivo y conductual como "demasiado doloroso", incluso más doloroso que la misma perturbación psicológica que están padeciendo. Prefieren permanecer en su "cómoda incomodidad" más que enfrentarse a la incomodidad del "cambio-descrito". Tienen miedo a no sentirse bien con el cambio.

Otra manifestación importante de la filosofía de baja tolerancia a la frustración es "la ansiedad de la ansiedad". Consiste en que la persona piensa que no debe estar ansioso y por lo tanto, no debe exponerse a situaciones provocadoras de ansiedad porque podría sentirse ansioso si lo hiciera, sería una experiencia que calificaría de "horrible". En consecuencia, perpetúa sus problemas y restringe demasiado su vida para evitar experimentar ansiedad. Este es un ejemplo claro del aspecto clínico de sentirse perturbado por sus perturbaciones. Son perturbaciones secundarias, y a veces tercerarias, a partir de su perturbación original. Esta preocupación sobre los problemas de problemas terminan haciendo muy difícil el volver sobre el problema original para intentar resolverlo. En consecuencia, las personas alteradas prefieren agarrarse a sus perturbaciones por sus perturbaciones antes que resolver con éxito sus problemas de origen.

En este sentido, la TRE está de acuerdo con la visión Freudiana sobre las defensas humanas cuando explica como las personas perpetúan sus problemas psicológicos, que lo hacen aplicando varios mecanismos de defensa, cuya función es ayudar a negar la existencia de estos o minimizar su severidad. Estas defensas se usan para preservar las tendencias de autocondena y así, las personas se denigran a sí mismas. Además, se emplean para salvaguardar la ansiedad incómoda siempre que estas personas califiquen sus problemas como "demasiado duros para poder soportarlos" o "demasiado difíciles de superar". Ellis afirma que, algunas veces las personas experimentan una especie de redención conciente por sus problemas psicológicos más que una evitación de la incomodidad. Estas redenciones sirven para perpetuar sus problemas.

Por último, el fenómeno de la "profecía de autocumplimiento" explica el por qué la gente perpetúa sus problemas psicológicos: los individuos actúan de acuerdo a sus evaluaciones y predicciones. De esta manera, emiten respuestas desde ellos mismos o desde otros que más tarde interpretan, de tal forma que, comprueban su hipótesis inicial. (Ellis-Dryden, 1989).

## Capítulo V.

### 5. La práctica de la terapia racional emotiva.

#### 5.1 La teoría del cambio terapéutico.

A pesar de que la terapia racional-emotiva sostiene que las personas tienden de manera natural a perpetuar sus problemas y a pesar de que poseen una fuerte tendencia innata a aferrarse a la autodestrucción y a sus hábitos, lo cual les produce gran resistencia al cambio, **define su punto de vista sobre la persona como optimista, ya que a pesar de afirmar que los seres humanos tienen una clara tendencia biológica a pensar irracionalmente, reconoce la capacidad de elegir el trabajar para cambiar sus pensamientos irracionales y sus efectos autodestructores. Por ello, para el terapeuta TRE, ayudar a su cliente a cambiar, es un gran desafío.**

**Según la TRE, existen varios niveles de cambio terapéutico. "El más duradero es el que incluye una reestructuración filosófica de las creencias irracionales del cliente".(Ellis-Dryden,1982, Pág.35).**

**Este cambio puede ser específico o general. El cambio filosófico específico implica que la persona cambia sus exigencias absolutistas irracionales (los debo y debiera), por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.**

**Para efectuar un cambio filosófico a ambos niveles, los clientes deben:**

**1) Darse cuenta de que ellos crean en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas y que las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, ya que juegan un papel secundario en el proceso de cambio.**

- 2) Reconocer por completo que tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
- 3) Comprender que las alteraciones emocionales y conductuales provienen, la mayoría de las veces, de creencias dogmáticas, absolutistas e irracionales.
- 4) Detectar sus creencias irracionales y diferenciarlas de sus alternativas racionales.
- 5) Refutar sus creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
- 6) Trabajar para interiorizar sus nuevas creencias racionales empleando métodos de cambio cognitivos, emotivos y conductuales.
- 7) Continuar el proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

En consecuencia, cuando una persona efectúa un cambio filosófico en B, según el modelo ABC, debe ser capaz de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas de la realidad (por ejemplo, sobre-generalizaciones, atribuciones erróneas, etc). Según la TRE, las personas pueden realizar un cambio filosófico profundo si primero asumen que sus inferencias son ciertas y más tarde enfrentan sus creencias irracionales, en lugar de corregir primero sus distorsiones inferenciales y después enfrentarse a las creencias irracionales subyacentes.

Las personas también pueden realizar directamente cambios de la situación en "A", es decir, enfrentar directamente lo que desencadena el problema. Los terapeutas racional-emotivos prefieren ayudar a sus clientes a que realicen cambios filosóficos profundos en "B", pero no de forma dogmática. Si los clientes no son capaces en ningún momento de cambiar sus creencias irracionales, entonces los

terapeutas intentan ayudarles a cambiar "A" directamente o a cambiar sus inferencias distorsionadas de la situación.

## **5.2 La relación terapéutica en la TRE.**

**Para poder aplicar la terapia racional-emotiva es necesario entender los elementos que componen la relación terapéutica, conocer las razones que inducen a las personas a asistir a la TRE, cómo se hace la valoración de sus problemas, conocer sus estrategias de tratamiento, entender sus principales técnicas de tratamiento e identificar los obstáculos que se pueden encontrar en la aplicación del proceso.**

La TRE es un tipo de psicoterapia activo-directiva en la que los terapeutas son activos cuando llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y cuando les demuestran que pueden enfrentarse y cambiar sus evaluaciones irracionales perturbadoras. Por ello, afirma Ellis, la TRE es una forma educativa de terapia. Así, el terapeuta es un "maestro" autorizado que procura enseñar a sus clientes como puede llegar a ser él mismo su propio terapeuta una vez que terminan las sesiones formales de terapia.

### **5.2.1 Condiciones terapéuticas que debe poseer el terapeuta TRE. para ayudar al cambio terapéutico en el cliente. (Huber-Baruth,1991).**

- 1. Aceptar incondicionalmente a sus clientes como seres humanos falibles y capaces de autodestruirse pero nunca esencialmente malos o buenos.**
- 2. Ser lo más abierto posible terapéuticamente hablando y no dudar en dar información sobre sí mismo si el cliente la pide, excepto cuando la pueda usar en su contra. Por lo tanto, debe ser genuino en cada sesión.**

**3. Tener sentido del humor con cada uno de los clientes, ya que las perturbaciones emocionales del cliente suelen producirse porque se toman demasiado en serio a sí mismos, a sus problemas, a las demás personas y al mundo. En este mismo sentido, el terapeuta tiende a ser informal y ameno con la mayoría de sus clientes. Sin embargo, la TRE se opone a los terapeutas que de forma poco ética se gratifican a sí mismos a expensas de sus clientes, con el fin de amenizar las sesiones de terapia.**

**4. Mostrar a sus clientes empatía, tanto afectiva como filosófica, sin caer en el exceso. Si se aproximan demasiado a sus clientes y les dan mucha confianza, atención, cuidado, ayuda y aceptación incondicional se corren dos riesgos: reforzar inconscientemente la fuerte necesidad de amor y aprobación que tiene el cliente y reforzar inconscientemente una filosofía de baja tolerancia a la frustración.**

**5. Adoptar un estilo activo-directivo con la mayoría de los clientes y particularmente con aquellos que están muy perturbados y presentan gran resistencia. Para ello, es necesario: a) Evitar un estilo de interacción demasiado emotivo y amigable con clientes histéricos. b). Evitar un estilo demasiado intelectual con clientes obsesivo-compulsivos. c) Evitar un estilo demasiado directivo con clientes que temen ser autónomos y d) Evitar un estilo demasiado activo con clientes muy pasivos.**

**5.2.2 Para que las condiciones mencionadas se cumplan, el terapeuta TRE debe poseer las siguientes características:**

**1. Conocer y aplicar la estructura de la terapia racional-emotiva, estar cómodo con ella y ser lo suficientemente flexible para trabajar de manera abierta.**

**2. Tener una inclinación filosófica, cognitiva o intelectual en base a los lineamientos de la TRE.**

3. Tener disposición a trabajar de manera activa-directiva.
4. Saber dar instrucciones conductuales y activas para convencer al cliente a que continúe con sus tareas en casa.
5. No tener miedo al fracaso. Su valor personal no se mide por los avances de sus clientes. No necesita el cariño o aprobación de los mismos. No tiene miedo de correr riesgos cuando se llega a un estancamiento o no avance del cliente (impass).
6. Poseer una filosofía de alta tolerancia a la frustración y no desanimarse cuando el cliente avance a un ritmo más lento del deseado.
7. Al igual que la TRE, debe ser científico, empírico, anti-absolutista y anti-devoto.
8. Estar abierto a una aproximación multimodal, utilizando distintas técnicas en su práctica terapéutica.

#### 5.2.3 El paciente TRE posee las siguientes características:

1. Es una persona con capacidad racional, la cual le permita entender y seguir instrucciones y que pueda aplicar la metodología TRE.
2. Debe poseer plena disposición al trabajo activo en la terapia, siguiendo los lineamientos de la misma y hacer las tareas para casa.
3. Estar dispuesto a conocer y aplicar el sistema TRE hasta que se convierta en una filosofía de vida.
4. Tener capacidad de cambiar sus creencias irracionales por las nuevas creencias racionales que le permitirán superar su situación actual. Entrar en un proceso nuevo de re-educación.

### 5.3 El proceso Terapéutico de la TRE. (Dryden-Ellis, 1989).

El proceso terapéutico de la TRE es muy parecido a otros procedimientos, sin embargo, para su mayor comprensión, es necesario señalar los pasos que lo componen:

**1. Inducción del cliente:** Los clientes buscan ayuda en la TRE por distintas razones. Es claro que algunos pueden conocer en líneas generales el proceso terapéutico y otros lo desconocen totalmente. Por ello, es útil el explorar sus expectativas frente a la terapia, al comienzo del proceso. Es importante distinguir entre preferencias y anticipaciones cuando se valoran las expectativas. Las preferencias se refieren a qué clase de experiencia desean, y las anticipaciones versan sobre los servicios que piensan que van a recibir. Los clientes que tienen anticipaciones realistas sobre este proceso terapéutico y muestran preferencia por él, requieren una menor inducción. En general, los procedimientos de inducción tratan de demostrar a los clientes que la TRE es una terapia estructurada de manera activa-directiva y orientada a la discusión de sus problemas presentes y futuros. Además, requiere de ellos un papel activo en el proceso de cambio.

**2. Valoración del cliente:** el siguiente paso es la valoración de la clase y grado de perturbación emocional de los clientes a fin de:

- 1) Determinar hasta qué punto está perturbado.
- 2) Determinar la disposición del cliente al proceso terapéutico, dificultad de su caso, beneficios que obtendrá y tiempo de duración de la terapia.
- 3) Descubrir qué tipo de proceso terapéutico le ayudará más a su caso particular.
- 4) Descubrir qué déficits de habilidades tiene el cliente y qué clase



**de entrenamiento le irá mejor para remediarlos.**

**El terapeuta TRE es libre de usar todos los procedimientos de valoración que existen, pero en general, se prefieren las intervenciones de tipo cognitivo-conductual. Posiblemente, la forma más correcta de evaluación consista en tener varias sesiones TRE con el cliente, lo cual presenta las siguientes ventajas:**

- 1) En el curso del procedimiento evaluativo, los clientes pueden trabajar en sus problemas casi de inmediato.**
- 2) La técnica más apropiada para un cliente suele determinarse mejor experimentando algunas de ellas en el curso del proceso terapéutico.**
- 3) Según el autor, los procedimientos evaluativos que están divorciados de la TRE -como la aplicación de una batería de tests antes de empezar la terapia- pueden resultar perjudiciales para algunos clientes, sobre todo si la evaluación es larga. Los clientes pueden imaginar cosas "horribles" de sí mismos dificultando el logro de resultados terapéuticos.**
- 4) El autor afirma que, ciertos procedimientos de evaluación convencionales -como el Rorschach y el Tat- pueden hacer predicciones incorrectas sobre problemas y síntomas que muchos clientes no tienen en realidad.**
- 5) Algunas veces los clientes toman como verdad divina los diagnósticos obtenidos de complicados procesos de evaluación. Sienten que han obtenido una "explicación" válida sobre lo que les aqueja. En cambio, los procedimientos de evaluación de la TRE, que incluye la terapia como una parte integral del proceso de evaluación, se centra principalmente en qué preferirían hacer los clientes para cambiar más que en dar explicaciones diagnósticas sobre lo que les hace sufrir.**

En suma, la **TRE**, al ser cognitiva, emotiva y conductual no se limita a evaluar las creencias irracionales de los clientes sino también sus sentimientos inapropiados y sus conductas autocastigadoras.

**Los procedimientos básicos de evaluación de la TRE consisten en:**

- 1) Proporcionar ayuda al cliente para que reconozca y describa sus sentimientos inapropiados** (p.e ansiedad, depresión, miedo) y **saber diferenciarlos claramente de sus sentimientos negativos inapropiados** (p.e desilusión, tristeza, frustración).
- 2) Que el cliente reconozca y diferencie sus conductas autocastigadoras** (p.e compulsiones, adicciones, fobias) **de aquellas que son idiosincráticas e inocuas** (p.e devoción inusual a la socialización, al sexo o al estudio).
- 3) Que el cliente señale los acontecimientos activadores específicos de su vida** que suelen ocurrir justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.
- 4) Evaluar y discutir las creencias racionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que producen consecuencias no perturbadoras.**
- 5) Evaluar y discutir las creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos activadores y que llevan a unas consecuencias perturbadoras.**
- 6) Determinar las creencias irracionales que incluyen los absolutistas "debo" y las grandes exigencias a uno mismo, a los demás y al universo.**
- 7) Descubrir las creencias irracionales de segundo nivel que derivan de los absolutistas "debiera" y "debo",** es decir, los catastrofismos, las no soportantitis, las condenas de sí mismos y otros y las

sobregeneralizaciones irrealas.

**8) Descubrir y discutir las creencias irracionales que llevan al cliente a la perturbación de estar perturbado**, es decir, a su ansiedad por la ansiedad y a su depresión por estar deprimido.

**3. Tratamiento en la evaluación.** Mientras se lleva a cabo la evaluación y los procesos diagnósticos, se perfilan los planes específicos de tratamiento. Normalmente se realizan en estrecha colaboración con los clientes para trabajar primero en los síntomas emocionales y conductuales más importantes y dañinos y después en los síntomas señalados como menos importantes.

Según el autor, el terapeuta **TRE**, en general, dedica poco tiempo a recoger información lejana de sus clientes, aunque puede utilizar algunos formularios para identificar qué ideas irracionales repiten y mantienen espontáneamente fuera de la terapia.

En líneas generales, los pasos a seguir en el procedimiento terapéutico **TRE** son: (Ellis-Dryden,1982).

**1. Mientras el cliente describe sus problemas, el terapeuta TRE interviene para dividirlo en sus componentes ABC.** Si el cliente empieza describiendo "A" (acontecimiento activador), el terapeuta pregunta por "C" (sus reacciones emocionales); pero si el cliente empieza por "C", el terapeuta le pide una breve descripción de "A".

**2. En la TRE, "A" y "C" se evalúan antes que "B" y en el orden en que las dicen los clientes.** La "C" abarca las consecuencias emocionales y conductuales de las evaluaciones perturbadoras o principales hechas en "B". Para la **TRE**, la valoración de las "C" emocionales debe realizarse con cuidado, ya que sirven como indicador del tipo de evaluaciones que tienen que encontrarse en "B". Cuando se realiza esta observación, es importante reiterar que las emociones negativas

"apropiadas" son diferentes de las emociones negativas "inapropiadas". Emociones como tristeza, dolor, disgusto y preocupación son calificadas como "apropiadas" para la TRE porque proceden de evaluaciones preferenciales y racionales en "B" y animan a las personas a intentar un cambio positivo de situaciones inadecuadas en "A". Emociones como depresión, culpabilidad, miedo y ansiedad son calificadas como "inapropiadas", porque proceden de evaluaciones irracionales perturbadoras en "B" y tienden a interferir en los intentos constructivos del cliente para cambiar esas situaciones indeseables.

**3. Cuando se evalúan las "C" emocionales, es importante darse cuenta de tres cosas:**

a) Los clientes no utilizan necesariamente la terminología afectiva de la misma manera que el terapeuta de la TRE. Por ello, es necesario informarles de la distinción entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas para que se hable un lenguaje común.

b) Las "C" emocionales a menudo van encadenadas. P.e. El miedo puede ir unido a la ansiedad.

c) El terapeuta debe darse cuenta que el cliente no siempre quiere cambiar todas sus emociones negativas inapropiadas. Por lo tanto, se necesita flexibilidad y talento clínico en la evaluación de las "C" emocionales para prepararlas para el cambio.

Aunque la "C" se evalúa principalmente por las revelaciones de los clientes, en ocasiones tiene dificultad para reproducir exactamente sus problemas emocionales y conductuales. Cuando esto ocurre, el terapeuta puede utilizar algunos métodos para facilitar esta parte del proceso de evaluación. Entre las principales técnicas emotivas están: la técnica de la silla de la terapia gestalt, el psicodrama.etc.

Quando se evalúa la "B", algunos terapeutas racional-emotivos

prefieren analizar las inferencias del cliente en su totalidad para encontrar la inferencia más importante que va unida a las evaluaciones perturbadoras del cliente, produciendo una "C" autocastigadora. **Esto se conoce como cadena de inferencias.** Otros terapeutas de la TRE prefieren tomar el primer elemento de la cadena y refutar la creencia irracional. Por ello, es importante evaluar correctamente todos los sucesos relevantes referidos al problema presente. **La manera de hacerlo depende del estilo personal y de cómo reaccionen los clientes en particular a los diferentes procedimientos de evaluación.**

**Cuando se evalúan las creencias irracionales perturbadoras se ayuda a los clientes a que vean la vinculación que hay entre ellas y sus consecuencias afectivas y conductuales inapropiadas en "C". En este punto, algunos terapeutas TRE proporcionan información al cliente sobre el papel de los "debo" en la perturbación emocional y de cómo se distinguen estos de "las preferencias".**

**Un objetivo importante de la fase de evaluación de la TRE es ayudar a los clientes a distinguir entre los problemas primarios (p.e depresión, ansiedad, huida, adicción) y sus problemas secundarios (p.e. Depresión por su depresión, ansiedad por su ansiedad, etc.). Por regla general, los terapeutas TRE suelen evaluar los problemas secundarios antes que los primarios porque estos últimos requieren una mayor atención terapéutica.**

Una vez que se han evaluado adecuadamente los problemas de acuerdo al modelo ABC y los clientes ven con claridad entre sus creencias irracionales y sus consecuencias disfuncionales emocionales y conductuales, **entramos al estado de la refutación.** Su propósito inicial es ayudar a los clientes a que hagan un insight intelectual sobre el hecho de que no hay ninguna evidencia que mantenga la existencia de sus exigencias absolutistas o los derivados irracionales de esas demandas (catastrofismo, no-soportantitis y condena). **La única evidencia que existe es que si continúan con sus**

preferencias no absolutistas y no se satisfacen, los resultados serán 'malos' y ellos serán infelices. Si se satisfacen, llegarán a un "buen" resultado y se convertirán en gente "deseable". (Dryden-Ellis, 1982).

En la TRE, el insight intelectual se define como el reconocimiento de que una creencia irracional con frecuencia conduce a una perturbación emocional y a una disfunción conductual y por otro lado, una creencia racional casi siempre favorece la salud emocional. Pero cuando las personas mantienen creencias racionales débiles y ocasionales, tendrán un insight intelectual que no necesariamente les ayuda. Por lo tanto, la TRE no termina con el insight intelectual sino que lo usa como trampolín para la fase de trabajo.

En esta fase se anima a los clientes a que usen una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales diseñadas para ayudarles a que lleguen al insight emocional, que se define como una creencia fuerte de que una idea irracional es disfuncional y otra racional es sana y que se mantiene. Cuando una persona ha llegado al insight emocional, piensa, siente y se comporta de acuerdo a esa creencia racional.

**Concluyendo, en el proceso terapéutico:**

Primero, el terapeuta debe estar alerta de los problemas tanto en la perturbación del yo como en la perturbación incómoda, ya que suelen interactuar. Por lo tanto, se requiere una evaluación cuidadosa para separar una de otra.

Segundo, el terapeuta debe prestar atención especial a otras formas de perpetuar los problemas psicológicos e intentar evaluarlas en la terapia. Es claro que los seres humanos tienden a defenderse de las amenazas a su "ego" y a su comodidad. Los terapeutas saben que muchas de las conductas disfuncionales son defensivas. Por eso ayudan a los clientes a identificar las creencias irracionales que

subyacen a tales conductas defensivas disfuncionales. Además, los problemas psicológicos se perpetúan algunas veces porque la persona define sus consecuencias como redentoras. Estas redenciones también requieren una evaluación cuidadosa para saber implantar la estrategia terapéutica productiva.

#### 5.4 Estrategias de tratamiento de la TRE.

Existen dos formas de terapia racional emotiva: la general y la preferencial. La primera es sinónimo de la Terapia Cognitivo-conductual (TCC). La segunda se refiere propiamente a la TRE. El propósito principal de la TRE preferencial es bastante ambicioso: animar a que los clientes hagan un cambio filosófico profundo en sus dos áreas fundamentales de perturbación del yo y de perturbación incómoda. Esto es, ayudarlos a que abandonen sus procesos de pensamiento perturbadores e irracionales y reemplazarlos por pensamientos no absolutos y racionales.

Los objetivos más importantes de la TRE preferencial son: ayudar al cliente a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo y en demostrarle que esto se consigue cuando se acepta totalmente a sí mismo y tolera condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar. El terapeuta de la TRE preferencial procura que sus clientes obtengan las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de una perturbación futura e implementa las estrategias que consigan y mantengan un profundo cambio filosófico. Busca que su cliente vea que:

- 1) Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos y estas cogniciones suelen tomar la forma de evaluaciones devotas absolutistas. Por ello, entrena a su cliente para que observe sus propias perturbaciones psicológicas y las atribuya a sus raíces ideológicas.
- 2) La TRE afirma que las personas tienen capacidad de

**autodeterminarse y pueden elegir trabajar para no perturbarse.** Por eso se le demuestra al cliente que no es esclavo de sus procesos de pensamiento irracional con base biológica.

**3) También pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus creencias perturbadoras irracionales.** Esto se consigue empleando métodos cognitivos, emotivos y conductuales de manera intensa.

En suma, a los terapeutas **TRE** les gusta usar estrategias diseñadas para efectuar un cambio filosófico profundo desde la primera sesión. Comienza la terapia con la hipótesis de que ese cliente en particular puede conseguir el cambio y sólo la abandonará después de haber conseguido datos suficientes para rechazar la hipótesis inicial. Cuando es claro que el cliente no puede conseguir el cambio filosófico respecto a un hecho, el terapeuta recurre a la **TRE** general y utiliza métodos para lograr un cambio inferencial y conductual. Por ello, el terapeuta se debe preguntar: **¿Qué estrategia es más apropiada para este cliente en cada fase de la terapia?** Es necesario enfrentarse a las cogniciones perturbadoras y refutar las creencias autocastigadoras.

A continuación presentamos un cuadro que nos muestra las diferencias entre la **TRE preferencial** y la **TRE general**:

1. La **TRE preferencial** enfatiza lo filosófico. La **TRE general** lo omite.
2. La **TRE preferencial** tiene una perspectiva existencial-humanista intrínseca a ella misma. La segunda la ignora.
3. La **TRE preferencial** procura conseguir beneficios profundos y de larga duración. La **general** busca un cambio sintomático.
4. La **TRE preferencial** intenta ayudar a eliminar todas las autoevaluaciones y autoestimas como conceptos autocastigadores.



Enseña a autoaceptarse incondicionalmente. **La segunda** no lo toma en cuenta.

5. La **TRE preferencial** considera que la perturbación psicológica refleja una actitud de tomarse la vida demasiado en serio. La **TRE general** no lo considera.

6. La **TRE preferencial** utiliza métodos de refutación anti-perturbadores más que anti-empíricos. La segunda no lo aplica.

7. La **TRE preferencial** emplea métodos cognitivos paliativos que sirven para distraer a las personas de su filosofía perturbadora. La **TRE general** le da otro sentido a las cogniciones.

8. La **primera** explica de manera clara el concepto de ansiedad incómoda en la perturbación psicológica. **La segunda**, aunque reconoce ejemplos de ansiedad incómoda, no considera que esté intrínsecamente implicada en los problemas psicológicos.

9. La **TRE preferencial** hace hincapié en que los individuos se perturban, con frecuencia, por sus perturbaciones originales. La **TRE general** no lo considera así.

10. La **primera** posee teorías explicativas de la perturbación con una orientación muy clara, pero es ecléctica y multimodal en sus técnicas. **La segunda** solo se abre a sus propias técnicas.

11. La **preferencial** discrimina entre emociones negativas apropiadas y emociones negativas inapropiadas. **La general** no realiza tal discriminación.

12. Los terapeutas **TRE** aceptan de manera incondicional al cliente más que buscar su cordialidad y aprobación. Los terapeutas de la **TRE general** no hacen tal distinción.

**13. La TRE preferencial** resalta la importancia del uso de la fuerza y el vigor para contrarrestar las conductas y filosofías irracionales. La **TRE general** no lo considera.

Desde nuestro punto de vista es importante señalar que el intento de cambio de la filosofía de vida del paciente o cliente no es privativo de la terapia racional emotiva, ya que todos los procedimientos de intervención terapéutica, buscan un cambio radical en la forma de vivir del paciente aunque lo hacen por distintos caminos. En la práctica, la intervención clínica no es privativa de una u otras terapias.

### **5.5 Principales técnicas de tratamiento de la TRE.**

La **TRE** se reconoce como una terapia que aplica el eclecticismo teóricamente consistente. En ella, se toman técnicas de otros sistemas terapéuticos pero se hacen consistentes a la teoría **TRE**. Centra su atención en los efectos a corto y largo plazo de cada técnica terapéutica en particular y no suele emplear las que tienen beneficios inmediatos pero con consecuencias dañinas a largo plazo.

A continuación explicaremos las principales técnicas utilizadas en la **TRE**, que son de carácter cognitivo, emotivo y conductual, aclarando que, según los autores, no existen técnicas puras.

#### **5.5.1 Técnicas cognitivas.**

**1. La técnica cognitiva más empleada es la refutación de creencias irracionales.** Existen tres categorías de refutación:

a) **La detección:** consiste en buscar creencias irracionales que llevan a conductas y emociones autogastigadoras. Por ejemplo, "los debo", "tengo qué", "debería", "es mi obligación".

**b) La refutación propiamente dicha:** el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al cliente a abandonar sus creencias irracionales. Pregunta hasta que el cliente descubre la falsedad de su creencia irracional y reconoce la verdad de la alternativa racional. Por ejemplo, "¿Qué evidencia tiene de...?", ¿ En qué sentido es falsa o cierta esa creencia?.

**c) La discriminación:** consiste en ayudar al cliente a distinguir con claridad entre sus valores no absolutos (sus preferencias, gustos, deseos) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos). El terapeuta TRE suele ser creativo cuando utiliza las secuencias de refutación. Algunas veces emplea los métodos de manera altamente dramática. Existe una versión formal de refutación llamada **DIBS (refutar creencias irracionales)**.

**2. El DIBS es un ejemplo de las tareas cognitivas para casa que suele darse al cliente entre sesiones después de que ha sido entrenado para usarlas.** También se utiliza la refutación escuchando cassettes. A los clientes que no tienen las habilidades intelectuales necesarias para hacer una refutación cognitiva se les ayuda a que digan una serie de frases racionales que pueden memorizar o escribir en tarjetas y que leerán varias veces entre sesiones.

**3. Los terapeutas TRE suelen sugerir tres métodos cognitivos a sus clientes para que refuercen su nueva filosofía racional:** a) **Biblioterapia:** libros de autoayuda y material para leer, b) **Escuchar cintas sobre varios temas,** c) **Utilizar la TRE con otros, familiares y amigos.** De esta manera se toma práctica en el uso de argumentos racionales.

**4. Empleo de métodos semánticos:** a) **Técnicas de definición:** El cliente aprende a usar el lenguaje de manera menos castigadora, b) **Técnicas referenciales:** Se anima al cliente a que haga una lista de las características positivas y negativas de un concepto concreto. Este método sirve para contrarrestar la tendencia de fijarse sólo en los

aspectos positivos de un hábito que es perjudicial y olvidarse de lo negativo.

**5. Técnicas de imaginación:** Por ejemplo la **imagen racional-emotiva**, en donde los clientes cambian sus emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas mientras mantienen una imagen viva del suceso negativo en "A". Aprenden a cambiar sus emociones autocastigadoras cambiando sus creencias en "B".

**6. Métodos de proyección en el tiempo:** el cliente analiza lo que supuestamente sería "horrible" a través de intervalos de tiempo. De ésta forma visualiza que "lo horrible" puede ser superado y que seguirá persiguiendo sus objetivos originales o desarrollará nuevos. (Ellis-Abrahms,1989).

**7. Algunos terapeutas TRE también utilizan la hipnosis.**

#### 5.5.2 Técnicas emotivas.

**1. Métodos humorísticos:** se aplican para animar al cliente a pensar racionalmente sin tomarse a sí mismo demasiado en serio, ya que el terapeuta **TRE** muestra actitud emocional de aceptación incondicional, por el simple hecho de ser un ser humano.

**2. Métodos de autodescubrimiento:** el terapeuta admite honestamente que él ha tenido problemas similares y que los ha superado gracias a la **TRE**.

**3. Utilización de historias, leyendas, parábolas, chistes, poemas y aforismos adjuntos a las técnicas de refutación cognitiva.**

**4. Utilización de canciones humorísticas para presentar la filosofía racional de manera amena y memorable.**

**5. Ejercicios de ataque a la vergüenza.** El cliente se comporta en público de manera deliberadamente "vergonzosa" a fin de aceptarse a sí mismo y tolerar la incomodidad que le provoca.

**6. Ejercicios de riesgo.** El cliente se fuerza a asumir riesgos calculados en áreas en las que quisiera hacer cambios. Asume "el riesgo" para demostrarse que nada "horrible" le sucederá con tal experiencia.

**7. La repetición de frases racionales fuerte y apasionadamente.**

La TRE defiende el uso de la fuerza y la energía en la práctica de la psicoterapia. Por ello, enfatiza el empleo de las intervenciones que giran en torno a las emociones de los clientes. Los terapeutas sugieren que los clientes pueden ayudarse a sí mismos pasando de un insight intelectual a uno emocional por medio de una fuerte refutación de sus creencias irracionales. La fuerza y energía de la TRE está también en la inversión del rol racional, en el cual se fuerzan y adoptan de manera dramática el rol de su "sí mismo" racional, cuyo objetivo es refutar adecuadamente las creencias autocastigadoras articuladas por su "sí mismo" irracional.

### 5.5.3 Técnicas conductuales.

**1. Tareas para casa.** Es uno de los principales métodos conductuales en donde un cambio conductual a menudo facilita el cambio cognitivo. Los terapeutas TRE tratan de que sus clientes aumenten su nivel de tolerancia a la frustración, por lo tanto, les animan a que realicen tareas en casa basadas en los paradigmas de desensibilización in-vivo e inundación, más que en aquellas basadas en la desensibilización gradual.

**2. Método de actividades de "quedarse allí":** Le da la oportunidad de tolerar el descontento crónico por medio del recuerdo de situaciones incómodas durante un largo periodo de tiempo.

**3. Ejercicios de anticipación:** Se anima al cliente a empezar tareas antes, mejor que después, mientras toleran la incomodidad de romper el hábito del "mañana".

**4. Uso de recompensas y castigos:** animan al cliente a hacer cosas molestas para perseguir sus objetivos a largo plazo.

**5. La terapia del rol fijo de Kelly:** El cliente actúa "como si" ya pensara racionalmente, lo cual le permite experimentar que el cambio es posible.

En conclusión, según el doctor Albert Ellis, **la TRE es una forma multimodal de terapia que aboga por el uso de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, pero su elección depende del cliente y de su problemática específica.** Cuando se practica eficaz y eficientemente y cuando los clientes están preparados para hacer suyos los conceptos básicos, conseguirá buenos resultados. Sin embargo existen varios obstáculos en el progreso del cliente que es necesario conocerlos para saber cómo contrarrestarlos (Ellis-Abrahms,1989).

#### **5.5.4 Obstáculos para el progreso del cliente.**

**1. Obstáculos de la relación:** Se puede atribuir a una pobre relación empática entre el terapeuta y el cliente. Esta falta de entendimiento puede deberse a varias razones: el cliente puede tener un terapeuta que, de acuerdo a sus gustos, o forma de ser, es demasiado joven o viejo, liberal o conservador, muy activo o muy pasivo. Si los obstáculos persisten, es preferible cambiar de terapeuta. Otro obstáculo puede ser el que se encuentren "demasiado a gusto", lo cual les distrae del mismo proceso terapéutico.

**2. Obstáculos del Terapeuta.** Son de dos tipos: obstáculos en sus habilidades o por una perturbación personal.

**2.1 Obstáculos en las habilidades.** Impiden que el cliente progrese porque el terapeuta puede: a) **Inducir al cliente a la terapia de manera incorrecta y no saber corregir expectativas irreales,** b) **Equivocarse al evaluar los problemas,** c) **Fallar a la hora de demostrar al cliente que sus problemas tienen una raíz ideológica y que "C" está determinada por "B" y no por "A",** d) **Fallar a la hora de demostrar al cliente que las raíces ideológicas de sus problemas suelen expresarse en forma de "debos" absolutistas y devotos o en forma de uno de los tres principales derivados de las "necesidades perturbadoras",** e) **Creer que el cliente cambiará automáticamente los pensamientos absolutos una vez que los haya identificado,** f) **No darse cuenta de que el cliente suele tener problemas por sus problemas.** Por lo tanto, trabajar sólo en el problema primario, g) **A menudo saltan de experiencias perturbadoras del ego a experiencias perturbadoras incómodas,** en una misma sesión, con lo cual el cliente se confunde y se distrae de trabajar en cada experiencia, h) **Trabajar en un estadio o nivel que no corresponda a las habilidades ya aprendidas por el cliente,** lo cual lo confunde y aburre.

Por todo lo anterior, el terapeuta debe reforzar y mejorar sus habilidades continuamente asistiendo a actividades de entrenamiento y supervisión.

**2.2 Obstáculos por una perturbación del terapeuta.** Puede llegar a desarrollar cinco creencias irracionales que conducen a la ineficiencia terapéutica: a) **Tengo que tener éxito con todos mis clientes todo el tiempo,** b) **Debo ser un terapeuta sobresaliente,** c) **Tengo que ser muy respetado y querido por todos mis clientes.** d) **Como yo trabajo tanto y hago mi mejor esfuerzo, mis clientes debieran ser responsables y trabajar tanto como yo, deberían escucharme con atención y lanzarse al cambio,** e) **Como soy una persona con todos mis derechos, debo divertirme durante las sesiones de terapia y usar estas sesiones para solucionar mis problemas personales así como ayudar a los clientes con sus dificultades.**

En estos casos se recomienda al terapeuta **TRE** que aplique los principios y métodos de la **TRE** para investigar y refutar las creencias autocastigadoras propias y del cliente, lo cual puede: a) Evitar una confrontación con sus clientes, b) Distráerles del trabajo terapéutico, c) Alimentar en el terapeuta una ansiedad y un miedo excesivos, d) Aumentar una conducta inapropiada que es contraria a la práctica de una terapia ética y eficaz.

**3. Obstáculos del cliente.** Los clientes que fracasan en la **TRE** son:

a) Los clientes cuyo trabajo en la **TRE** es demasiado pobre y fracasan al hacer auto-refutaciones cognitivas consistentes.

b) Los clientes fracasados, que rehusan aceptar la responsabilidad de sus emociones inapropiadas y rehusan cambiar sus creencias y acciones de manera fuerte y emotiva. Suelen ser más dependientes, más deprimidos e inactivos, con más ideas de grandeza y más obstinados y rebeldes que el cliente que obtiene beneficios de la **TRE**.

c) Los clientes fracasados que avanzan muy poco en aspectos conductuales muestran una muy baja tolerancia a la frustración, poseen serias adicciones conductuales, llevan una vida desorganizada, con frecuencia son psicóticos y generalmente no quieren trabajar en terapia.

**Ante estas situaciones los terapeutas TRE deben ser muy estimulantes en sus interacciones terapéuticas con estos clientes, demostrándoles que lo pueden hacer mejor si lo intentan.** Además, deben ser muy astutos para demostrarles que los aceptan de manera incondicional con todas sus dificultades psicológicas. También es importante que el terapeuta les demuestre que su rechazo a trabajar en sus problemas les traerá malas consecuencias y sufrimiento innecesario. Por último, es necesario que el terapeuta sea flexible para adaptarse a las características presentadas por el cliente difícil.



La terapia se termina cuando el cliente ha progresado significativamente y maneja con habilidad las técnicas de auto-cambio de la TRE. Así, para que el proceso terapéutico sea exitoso, el cliente debe ser capaz de: a) Reconocer que experimenta emociones negativas inapropiadas y que actúa de manera disfuncional cuando se comporta así, b) Detectar las creencias irracionales que acompañan a esas experiencias, c) Discriminar sus creencias irracionales de las alternativas racionales, d) Enfrentar esas creencias irracionales, e) Contrarrestarlas usando métodos de auto-cambio cognitivos, emotivos y conductuales, f) Al terminar, estar dispuesto a tener algunas sesiones más de seguimiento para ver los progresos personales y eliminar cualquier obstáculo que haya quedado sin resolver.

### 5.6 La terapia racional emotiva y sus campos de aplicación.

En sus treinta años de existencia la TRE se ha desarrollado en las diversas modalidades terapéuticas: **individual, grupal, marital, familiar y sexual**, siendo practicada por distintos tipos de profesionales: psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, con gran variedad de clientes: adultos, ancianos, niños, que sufren de una amplia gama de alteraciones psicológicas. Aparte de su utilización en psicoterapia y counseling, los principios de la terapia racional emotiva han sido aplicados en la educación, en la industria y en el comercio. Su principal aplicación está en la psicología preventiva y se practica en todo el mundo. Veamos brevemente cada una de sus modalidades. (Dryden-Ellis, 1982).

#### 5.6.1 La terapia racional emotiva individual.

1) **Fundamentos y características de la terapia racional emotiva individual.** La terapia individual es la modalidad de psicoterapia más difundida. Esto se debe a que los terapeutas dedican la mayor parte de su tiempo profesional a ésta modalidad.

Entre las principales características de la terapia TRE en su modalidad individual están: a) Es por naturaleza confidencial, b) Es diádica porque proporciona una oportunidad para desarrollar una relación más cercana entre terapeuta y cliente, c) Es una buena opción para que el cliente avance cuando requiere la total atención del terapeuta debido a su situación mental o a su capacidad de aprendizaje.

**La TRE individual está indicada:** a) cuando los problemas principales del cliente son consigo mismo más que con los demás, b) Es útil con clientes que desean distanciarse de los demás. Por ejemplo, que han decidido termina una relación, c) Proporciona una oportunidad para variar el estilo terapéutico sin peligro de que pueda tener efectos negativos en otros clientes, d) Está indicada para clientes que encuentran dificultad en compartir su tiempo terapéutico con otros, e) Está indicada cuando se trata de clientes que no obtienen beneficio en otras modalidades terapéuticas.

**La TRE individual esta contraindicada:** a) Para clientes que son extremadamente dependientes del terapeuta, b) No es recomendable para clientes que temen llegar a un alto grado de intimidad con el terapeuta, c) No es recomendable para clientes que la encuentran muy cómoda, d) No es apropiada cuando otras modalidades son más terapéuticas para el cliente de acuerdo a su problemática.

**Una vez que el terapeuta y el cliente han decidido trabajar en una modalidad esta decisión no es irrevocable,** ya que se puede pasar de una modalidad a otra si forma parte del proceso global de tratamiento.

**2) El proceso de la terapia racional emotiva individual.** Consta de tres fases: inicial, media y final.

a) **La fase inicial consta de tres pasos: \*Paso 1:** La primer responsabilidad del terapeuta TRE es ayudar al cliente a introducirse

al sistema TRE, explicándole cuál es su naturaleza y en qué consiste la participación de cada quién. Luego, es importante comprobar si el cliente ha entendido la información proporcionada. En este paso el terapeuta estructura el proceso terapéutico enfocándolo desde un principio hacia los problemas, antes de proceder con la fase de evaluación. De aquí que, la primera actividad es que el cliente aprenda a focalizar su atención sobre los determinantes cognitivos de sus problemas, **\*Paso 2: realizar la evaluación.** El terapeuta ayuda al cliente a entender las conexiones entre ABC y especialmente el rol de las variables "B". Presta atención especial a la posible existencia de "problemas sobre los problemas". Si el terapeuta los detecta le explicará al cliente por qué se evalúan y se intentan cambiar antes que los problemas primarios, **\*Paso 3: La intervención terapéutica.** Es la fase de la refutación y aplicación de las técnicas de carácter cognitivo, emotivo y conductual adecuadas al problema del cliente. Aquí se ayuda al cliente a entender lo ilógico de la evaluación perturbadora irracional y lo lógico de la alternativa racional. Estas tareas pueden ser cognitivas, emotivas y/o conductuales. Como una tarea independiente, se sugiere al cliente que lea sobre la TRE para que aumente el **insight sobre las evaluaciones perturbadoras de sus problemas y la importancia de sustituir estas creencias irracionales por sus alternativas racionales.**

Hacia el final de la fase inicial, el terapeuta deberá tener una idea clara de los principales problemas emocionales y conductuales de su cliente y empezar a establecer un orden de prioridad para ir estructurando la terapia individual TRE. Entre ambos se dará un orden para tratar los problemas.

**Los principales obstáculos que impiden el progreso terapéutico en ésta fase inicial son:** a) Que el terapeuta no ofrezca una claridad conceptual adecuada a los problemas, b) Que el terapeuta centre toda su atención en los determinantes históricos de los problemas o procure obtener un cuadro completo del pasado, presente y futuro de su cliente antes de empezar con la intervención terapéutica, c) Que el

terapeuta invierta demasiado tiempo en la fase inicial, d) Que el cliente se centre exclusivamente en los acontecimientos activadores "A" o en los sentimientos o en sus problemas conductuales y síntomas en "C".

**b) La fase media consta de once pasos:** \*Paso 1: Fortalecer las creencias racionales del cliente y debilitar las irracionales. \*Paso 2: Identificar los obstáculos que surgen en el avance del cliente y ayudarle a superarlos, \*Paso 3: El cliente aprende la importancia de las tareas para casa y su utilidad futura, \*Paso 4: El terapeuta descubre los bloqueos en el proceso de aprendizaje y ayuda superarlos, \*Paso 5: El terapeuta ordena el proceso terapéutico, ayudando al cliente a que trabaje en un sólo problema a la vez, \*Paso 6: Mientras se trabaja en un problema, el cliente debe interiorizar el proceso de terapéutico de la TRE, \*Paso 7: A medida que el cliente avanza, el terapeuta debe reducir su grado de dirección hasta llegar a la auto-terapia, \*Paso 8: El cliente descubre las conexiones existentes entre los problemas, especialmente los que se caracterizan por tener creencias irracionales comunes, \*Paso 9: El terapeuta anima al cliente a que prepare sus propios ejercicios, \*Paso 10: El terapeuta valora las razones del cambio terapéutico y ayuda a que el cliente las entienda y aprenda de ellas, \*Paso 11: El terapeuta ayuda al cliente a trabajar sus problemas emocionales o conductuales y a conseguir una re-educación racional-emotiva.

Sin embargo, como en todo proceso terapéutico, en esta fase también se pueden presentar **obstáculos o resistencias por parte del cliente**, que impiden el logro de los objetivos de la terapia. Entre las más importantes están: a) **Resistencia al cambio**, b) **Filosofía de baja tolerancia a la frustración**, c) **Disonancia cognitiva entre la teoría TRE como un cuerpo de conocimientos y como un método de trabajo**, d) **Resistencia a las tareas**.

**c) La fase final tiene como objetivo principal preparar al cliente para que en el futuro sea su propio terapeuta. La TRE no se termina cuando**

el cliente ha solucionado todos sus problemas **sino cuando se siente preparado para solucionar por sí mismo los problemas que aún le quedan y tiene confianza en su habilidad para resolver cualquier dificultad futura.** La terapia puede terminar disminuyendo poco a poco la frecuencia de las sesiones o poniendo una fecha concreta. En ambos casos, es necesario planear algunas sesiones de seguimiento para controlar los progresos del cliente. Cuando se acerca el final, puede dedicarse el tiempo de las sesiones a que el cliente aprenda a anticiparse a los problemas futuros y a que se imagine cómo los manejaría utilizando las habilidades de la TRE que ya ha interiorizado. Por otro lado, es necesario trabajar adecuadamente cualquier necesidad de dependencia que pueda aparecer al terminar la terapia.

### **5.6.2 La terapia racional emotiva de pareja.**

#### **1) Fundamentos de la terapia racional emotiva de pareja.**

La terapia racional emotiva de pareja afirma que **los matrimonios perturbados o parejas perturbadas, son el resultado de personas perturbadas. Las personas se perturban no por los acontecimientos en sí, sino por la visión que tienen de esos acontecimientos.**

Esta modalidad se basa en la tesis del Dr. Ellis, de que los miembros de la pareja pueden aplacar las discordias permaneciendo tranquilos ante los problemas neuróticos de su compañero y experimentando varias soluciones que ayuden a superar esas dificultades neuróticas.

**Las expectativas no realistas** juegan un papel muy importantes en el desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción y perturbación en la pareja. A menudo, existe una gran discrepancia entre lo que la pareja suponía y predecía que iba a ocurrir en su relación íntima y lo que ocurre en realidad. Es por ello que, **las expectativas no realistas son el caldo de cultivo de los problemas de relación.**

Una de las tareas principales del terapeuta racional emotivo de pareja no es solucionar los problemas de la pareja sino el de contribuir al cambio de las creencias irracionales que causan su neurosis, ya que las reacciones hostiles y de enfado intervienen gravemente en la armonía de la relación.

**La piedra angular de esta terapia es la distinción entre perturbaciones de pareja e insatisfacción en la pareja:**

a) La insatisfacción en la pareja aparece cuando uno o ambos miembros no obtienen lo que desean de su pareja y/o de la relación.  
 b) La perturbación en la pareja surge cuando uno o ambos miembros llegan a una perturbación emocional por esta insatisfacción. Entonces se vuelven ansiosos, irascibles, hostiles, dolidos, deprimidos, avergonzados, culpables y celosos, emociones que a menudo interfieren con una comunicación constructiva, resolución de problemas y procesos de negociación que ayudan a resolver los problemas de insatisfacción en la pareja. Además, cuando uno o los dos miembros están perturbados emocionalmente, se comportan en forma derrotista con ellos mismos y con la relación, lo cual perpetúa su perturbación.

**Existen dos factores que contribuyen a la insatisfacción en la pareja: los mitos respecto a la relación y las incompatibilidades.**

a) **Los mitos.** Son irreales porque hacen que las personas idealicen la relación y esperen mucho más de lo que van a encontrar. Algunos ejemplos de ellos son: El amor es igual a una buena relación sexual, mi pareja deberá saber lo que yo quiero sin que yo se lo diga, la buena relación sexual siempre será espontánea, mi pareja me compensará de frustraciones pasadas, mi pareja siempre estará de mi parte, siempre me será fiel, siempre me amará, no importa lo mal que me porte. Si las parejas no modifican esos mitos en base a sus experiencias, se sentirán insatisfechas.

**b) Incompatibilidad.** Esta se puede presentar en una o más áreas de la relación. Generalmente, cuanto más importante es esa área, mayor es la insatisfacción, sobre todo si fallan las negociaciones. La incompatibilidad surge cuando se selecciona al compañero de manera superficial o simple, sin conocerlo realmente o cuando se produce un cambio en uno de los dos o en ambos. Si la incompatibilidad aparece en un área menos importante, se producirá menos insatisfacción y prácticamente no afectará a la relación, sobre todo si el cónyuge encuentra una expresión a su deseo que a su vez, sea aceptada por el otro. El problema mayor está cuando la perturbación en la pareja se mantiene, desarrolla y perpetúa.

La terapia racional emotiva de pareja afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellas mismas si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas y habilidades de negociación. Cuando existe un déficit en esas habilidades, el objetivo de la terapia de pareja es entrenarles para que las desarrollen y utilicen.

Cuando la pareja ha llegado a la etapa de perturbación en su relación, a no ser que resuelvan sus problemas emocionales, estos permanecerán sin importar lo hábil que sean uno o ambos en la comunicación, resolución de problemas y negociación, ya que es muy difícil hablar con una persona que está muy dolida, enfadada, deprimida o ansiosa. Este proceso se caracteriza porque uno de los miembros o ambos da órdenes y demandas absolutas a sí mismo, a su pareja y/o a la situación de relación.

La perturbación en pareja puede desarrollarse y perpetuarse de diferentes maneras: a) Al inicio de la relación, si uno o ambos miembros están lo bastante perturbados individualmente. b) Cuando se produce un cambio en el sistema de la pareja.

Entre las principales razones por las que se mantiene la perturbación están: a) Cuando ambos miembros se condenan mutuamente, b)

Cuando a la hora de confrontar sucesos cotidianos permanece la ansiedad, c) Las personas con perturbaciones emocionales tienden a actuar de forma disfuncional. Las parejas a menudo cometen errores al procesar la información interpersonal, los cuales sirven para mantener la perturbación en la pareja. Esto suele ser el centro del trabajo terapéutico, una vez que se ha hecho frente al pensamiento evaluativo perturbador.

## 2) El proceso de la terapia racional emotiva de pareja.

Los terapeutas de la terapia racional emotiva que trabajan con parejas se guían por el principio de la flexibilidad en el proceso terapéutico. Por ello, no hay reglas absolutas sobre el tratar a la pareja conjunta, concurrente o consecutivamente en sesiones individuales. Todas las decisiones dependen de las exigencias terapéuticas. Los propios clientes deberán decidir si van juntos o por separado a las sesiones. Cuando los dos miembros desean asistir conjuntamente, comparten objetivos congruentes, no se sienten inhibidos por la presencia del otro y pueden aguantarse los fuertes sentimientos negativos que poseen.

Al comienzo de la terapia, el contrato terapéutico se establece con los individuos en la relación y no con el sistema de pareja. El objetivo fundamental de la terapia racional emotiva de pareja es ayudar a ambos conyuges a superar las perturbaciones emocionales que les provoca la situación en que se encuentran y a que trabajen para obtener una relación satisfactoria para ambos, si es lo que desean.

La decisión de permanecer unidos o de separarse, deberá tomarse cuando la pareja no está perturbada emocionalmente por la situación actual de la relación. Por esta razón se establecen objetivos adecuados para cada fase de la terapia. Si la pareja esta perturbada, deben identificar y hacer suyos unos objetivos que permitan minimizar la perturbación y si sólo están insatisfechos, se busca mejorar la relación después de que ambos hayan tomado la decisión



de continuar juntos. Sólo en base a una adecuada alianza terapéutica se establecerá el compromiso necesario para lograr el cambio productivo.

Utiliza una gran variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales en las distintas fases del tratamiento: **\*Fase 1: superación de la perturbación en pareja:** Su objetivo es ayudar a cada miembro a sentirse menos perturbado por sus problemas a fin de que trabajen constructivamente, para mejorar su nivel de satisfacción en la relación y a que piensen racionalmente sobre ellos mismos, su pareja y su relación, ya sea para desarrollarla o para separarse sin traumas innecesarios. a) **Las técnicas cognitivas** que se utilizan son: **Identificación de sus creencias irracionales y su sustitución por otras racionales, refutar las creencias irracionales, métodos semánticos generales, cuestionarios de autoayuda racionales, cintas grabadas de las sesiones de terapia o de discursos sobre temas racionales, biblioterapia, técnicas imaginativas.** b) **Las técnicas emotivas** que se utilizan son: **La imaginación racional-emotiva, repetición vehemente de frases racionales, role-playing, ejercicios de ataque a la vergüenza, humor y autorevelaciones.** c) **Las técnicas conductuales** son: **animar a las parejas a que se enfrenten y no eviten los posibles problemas para que puedan tener auténticas oportunidades de aguantar en estas situaciones hasta que dejen de trastornarse por ello.**

**\* Fase 2: Aumento de la satisfacción en pareja.** Una vez que se han ayudado a sí mismos a superar sus perturbaciones emocionales por causa de una relación insatisfactoria, están en posibilidades de buscar maneras para aumentar el grado de satisfacción con su relación o de separarse amigablemente. Si desean permanecer unidos, hay métodos que les ayudan a lograrlo. **Las principales técnicas utilizadas en esta fase son: Entrenamiento en comunicación, entrenamiento en negociación, técnicas conductuales para conseguir una relación adecuada y habilidades sexuales, biblioterapia, tareas para casa.**

**\*Fase 3: Eliminar cualquier mito respecto a la relación y ayudarles a tener perspectivas más realistas de lo que pueden esperar de su relación de pareja.** El terapeuta no debe interferir en la decisión de mantener o destruir una relación, si de verdad quiere ayudar a la pareja.

Sin embargo, pueden presentarse problemas en uno o ambos cónyuges ya que esperan que el cambio sea más fácil o quieran comprobar la solidez del cambio. En este caso, el terapeuta: a) Ayuda a la pareja a tolerar la incomodidad que conlleva todo proceso de cambio, b) Explica a la pareja que el poner a prueba su relación puede regresarles a patrones disfuncionales, c) Explica a la pareja que el cambio raras veces es un proceso lineal, ya que los seres humanos retornamos con facilidad a patrones de conducta, pensamientos y emociones disfuncionales.

### **5. 6.3 La terapia racional emotiva familiar.**

#### **1) Fundamentos de la terapia racional emotiva familiar.**

**La terapia racional emotiva familiar** se ocupa de las premisas filosóficas más importantes que están a la base de los sentimientos de desilusión que las personas poseen respecto a sí mismas y a su familia.

Emplea métodos cognitivos, emotivos y conductuales para enseñar a la familia habilidades de comunicación, habilidades sexuales, habilidades de relación, etc, que les ayuden a mejorar sus relaciones familiares.

Las creencias irracionales más comunes de sus miembros, que producen alteraciones familiares son: a) **Debo, debiera o tengo que actuar bien y/o obtener la aprobación de las personas que conozco.** Es horrible, espantoso o terrible que no lo consiga. No puedo soportarlo. b) **Tú debes tratarme con respeto y consideración.**

Cuando me fallas eres una mala persona y no puedo aguantarte ni a ti ni a tu miserable comportamiento, c) **Mis condiciones de vida deben ser como yo quiero.** Es horrible cuando no es así. No soporto vivir en un mundo tan horrible. Es un lugar totalmente abominable.

Cuando en los miembros de una familia **aparecen uno ó más de estos tres debo**, o alguno de sus derivados, es probable que también haya alguna forma de perturbación emocional y/o conducta disfuncional.

Si la familia identifica claramente estas órdenes absolutistas e irrealistas y trabajan duro para vencerlas y **sustituirlas por preferencias**, será muy raro que se perturben por algo, aunque todavía tengan fuertes sentimientos apropiados de displacer, frustración, desilusión y dolor. **La terapia racional emotiva de familia propone tres tipos de insight:** a) **Insight no 1:** Las causas de los problemas prácticos de una familia están en las situaciones ambientales, pero las causas de sus problemas emocionales, o sus problemas por los problemas prácticos, está en las creencias irracionales acerca de las experiencias activadoras por las que pasa la familia, b) **Insight no 2:** No es importante conocer lo que originalmente perturbó a los miembros de una familia. En la actualidad se sienten transtornados porque aún se están adoctrinando a sí mismos con las mismas creencias irracionales del pasado, c) **Insight no 3:** Si los miembros de una familia llegan a los dos primeros insights se dan cuenta que son ellos mismos los que han creado y mantenido sus propios pensamientos perturbadores y que no por ello van a cambiar automáticamente sus creencias irracionales. Sólo si trabajan y practican con constancia en el presente y en el futuro para pensar, sentir y actuar contra las creencias irracionales, serán capaces de cambiarlas y de sentirse mucho menos perturbados.

**La TRE adopta una postura humanista y existencialista cuando afirma que son los miembros de la familia quienes crean su propio mundo, por su visión fenomenológica de lo que les ocurre.** Si los miembros de una familia desean desarrollarse deberán definir su propia libertad

y cultivar su individualidad, pero al mismo tiempo, adoptar una actitud positiva con base en el cuidado, en el compartir y en el interés social. De ahí que, en la línea de Rogers, se pone énfasis especial en la aceptación positiva incondicional como total aceptación de uno mismo y de los demás.

## **2) El proceso de la terapia racional emotiva familiar.**

**La terapia racional emotiva familiar afirma que los miembros de una familia son individuos, creadores y perpetuadores de sus propios problemas intrapersonales e interpersonales y que no son víctimas de la educación recibida en la primera infancia o resultado de dificultades en su medio ambiente actual.**

Se enseña a los clientes como reconocer, entender y minimizar sus propios problemas emocionales, así como a volverse más racionales, tener mejores respuestas emocionales y más apropiadas y a actuar en forma menos derrotista respecto a sí mismos y a los demás.

**Enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido significativamente a las perturbaciones de sus hijos, no son la causa directa de ellas.** También les explica que hay una aportación biológica muy fuerte a la hiper o hipo-respuesta de los niños y que no tienen que echarse la culpa de ello.

**Educa a los padres para que acepten plenamente a sus hijos con problemas físicos o emocionales y para que a su vez les ayuden a estar menos perturbados, si es que no tienen cura total.**

**Entre sus principales objetivos están:** a) Ayudar a todos los miembros de la familia, o al menos a la mayoría, a que vean que han estado perturbados durante mucho tiempo por tomar demasiado en serio las acciones de otros miembros de la familia y que tienen la oportunidad de no trastornarse tanto por ello, b) Ayudar a las familias a continuar manteniendo, e incluso a aumentar, sus deseos y preferencias, pero

también a mantenerse alerta y renunciar a sus exigencias y demandas personales a fin de que el resto de la familia actúe como ellos lo quieren, c) Animar a los padres e hijos a que se sientan tristes, dolidos, frustrados, disgustados y determinados a cambiar las cosas cuando no consiguen lo que quieren o consiguen lo que no quieren dentro y fuera de la familia. Así mismo, se busca demostrarles cómo diferenciar estos sentimientos negativos apropiados de los sentimientos de ansiedad severa, depresión, hostilidad, autocompasión y baja tolerancia a la frustración, d) No perder de vista sus creencias irracionales que invariablemente se encuentran a la base de los sentimientos inapropiados y las conductas disfuncionales, refutarlas y reemplazarlas por creencias racionales., e) Enseñar una variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para combatir las irracionalidades y animarles a que piensen, sientan y actúen de manera más apropiada, f) Mientras cambian sus actitudes y filosofías perturbadoras, investiga formas más eficaces de resolver problemas prácticos que impiden a la familia y a los miembros a alcanzar lo que desean, g) Enseñar no sólo a manejar eficazmente las crisis actuales que haya en la familia y no trastornarse por ellas, sino que también pretende que los miembros de la familia lleguen a darse cuenta de que no importa lo que les suceda a ellos y a sus parientes más cercanos, porque tomarán una postura racional-emotiva de aceptar las cosas, no se trastornarán por ello y procurarán encontrar soluciones tanto emocionales como prácticas a los problemas familiares.

#### **Entre sus principales técnicas están:**

**a) Técnicas cognitivas:** Análisis de sus creencias racionales e irracionales, métodos lógico-empíricos para refutar y rechazar estas creencias irracionales, principios de la semántica general, de **Korzybski**, técnicas para interrumpir pensamientos de todo o nada, tareas cognitivas para casa y cuestionarios de auto-ayuda, Búsqueda de una filosofía más racional y en una filosofía de tolerancia, flexibilidad, humanismo y aceptación incondicional hacia sí mismos

y los demás, técnicas imaginativas y métodos de distracción cognitiva, como la técnica de relajación de **Edmund Jacobsen** o el enfoque sensible para alejarse de la ansiedad y depresión.

**b) Técnicas emotivas:** La imaginación racional emotiva, el role-playing, ejercicios de ataque a la vergüenza, confrontaciones dramáticas y evocativas, el lenguaje forzado, el humor y la intención paradójica.

**c) Técnicas conductuales:** Realizar tareas para casa in vivo, el condicionamiento operante y los contratos, métodos de entrenamiento en habilidades y el entrenamiento en aserción, métodos de des-condicionamiento y re-condicionamiento,

No existen pautas especiales para que la terapia racional emotiva familiar resulte efectiva. No hay reglas para ello, ya que hay que tomar en cuenta las diferentes condiciones y circunstancias en que se encuentran.

#### **5.6.4 La terapia racional emotiva de grupo.**

##### **1) Fundamentos de la terapia racional emotiva de grupo.**

La **terapia racional emotiva de grupo** es un modelo educacional considerada tan valiosa como la terapia individual. Los terapeutas trabajan con grupos a pequeña escala de 8 a 13 clientes y con grupos a gran escala de 50, 100 o más clientes y entrenamientos racional emotivos intensivos. Está abierta a presentaciones audiovisuales, radio y televisión, biblioterapia, instrucción programada y otras formas masivas de presentación. La terapia racional emotiva está orientada al grupo más que otros métodos de psicoterapia, siendo utilizada no sólo en circunstancias especiales.

**Los objetivos de los clientes de la terapia racional emotiva de grupo**

**son:** a) Comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones intrapersonales e interpersonales, b) Entender las dificultades de otros miembros del grupo para aprender de ellas, c) Minimizar sus perturbaciones básicas y las de otros, para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen mucho menos que cuando se unieron al grupo por primera vez, d) Llegar a un cambio conductual y filosófico, aceptar la realidad, renunciar a los pensamientos mágicos y sabotadores, tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales y aprender a aceptarse completamente a sí mismos y a los demás.

Tanto el terapeuta como el grupo proponen tareas activas a los participantes, las cuales se revisan y supervisan durante las sesiones regulares. **Incluye algunas técnicas de role-playing y modificación de conducta** (por ejemplo, aserción, asumir riesgos en vivo y ensayo de conducta), que pueden aplicarse en sesiones individuales, pero que son más efectivas en grupo.

Los miembros del grupo se dan **feed-back** unos a otros sobre su mal funcionamiento y sobre lo que se dicen a sí mismos para actuar mal. Al mismo tiempo, aprenden a observar a los demás y a darles retroalimentación. Pero lo más importante es que obtienen práctica en contar a los demás sus creencias irracionales.

**Uno de los principales propósitos de las sesiones es ofrecer a sus miembros un abanico más amplio de posibles soluciones a sus problemas prácticos y neuróticos de las que normalmente les ofrece la terapia individual.** El revelar problemas íntimos a un grupo de personas es en sí mismo bastante terapéutico para los clientes. Este tipo de apertura sirve como una experiencia útil de ataque a la vergüenza o de riesgo, especialmente si los clientes son tímidos e inhibidos.

Los grupos se conforman por individuos muy diferentes entre sí. Pueden formarse con clientes perturbados moderadamente,

neuróticos severos, sociopatas, border line o psicóticos. Sin embargo, es requisito que los clientes que van a pertenecer a un grupo deben asistir por lo menos a una sesión individual para establecer los objetivos, escoger las técnicas y saber si se beneficiarán del proceso de grupo. La mayoría de las personas se unen al grupo, pero pueden ser rechazadas las personas demasiado indisciplinadas, habladoras o maniacas, las personas autistas o esquizoides con gran dificultad para participar, las personas hostiles o disruptivas que no puedan ser controladas fácilmente por el líder del grupo y con dificultad para cooperar con los demás.

**Las sesiones de grupo se desarrollan en forma organizada, con un líder que se preocupa de que hable sólo una persona a la vez, que les anima a la espontaneidad y a que hablen los menos participativos, que asigna tareas específicas para casa y se revisan posteriormente.**

Las sesiones de los grupos TRE suelen durar dos horas y cuarto una vez a la semana. Incluyen un líder y un ayudante de líder en prácticas. La primera hora y media está dirigida por ambas personas y los tres cuartos de hora restantes pasan a otra habitación sólo con el ayudante para la realización de las prácticas. Sin embargo, pueden funcionar perfectamente con un sólo líder. Además de las sesiones semanales, los grupos tienen un maratón de 10 horas una vez al año.

## **2) El proceso de la terapia racional emotiva de grupo.**

Los elementos básicos del proceso de la terapia racional emotiva son:

**a)** Cada miembro presenta un **problema corriente** (por ejemplo, ansiedad, depresión, inferioridad, hostilidad o autocompasión) o una **conducta disfuncional** (como una adicción, anticipación o ataques de violencia). El terapeuta y los miembros del grupo hablan a la persona que presentó el problema e intentan descubrir: \*su experiencia activadora "A", \*su consecuencia conductual y \*su consecuencia emocional derrotista "C".

**b)** Una vez determinado esto, el terapeuta y



el grupo ayudan a que la persona se centre en sus creencias irracionales importantes "B" y en particular en las creencias irracionales absolutistas que están creando o causando principalmente las consecuencias disfuncionales "C", c) Luego, tales creencias son refutadas directamente y con fuerza por el terapeuta y el grupo, quienes intentan ayudar a la persona a que aprenda la refutación efectiva y la extrapole a su vida diaria. Los miembros del grupo también sugieren algunas tareas cognitivas y conductuales para refutar las creencias irracionales y las revisan en las siguientes sesiones a fin de comprobar lo realizado y continuar por la misma línea o hacer cambios en el futuro.

Se utilizan otras técnicas: las tareas asignadas y el role-playing y **tres métodos especiales:** a) **Ejercicios estructurados**, como el enfrentamiento al riesgo, las auto-revelaciones y los ejercicios de ataque a la vergüenza para sacar a luz y manejar los sentimientos de algunos de los miembros no pueden experimentar normalmente, b) **Lectura de libros básicos de la TRE**, c) **Participar en charlas, talleres, seminarios y grupos especializados de entrenamiento en habilidades TRE.**

**Los grupos trabajan en base a reglas que se entregan a los miembros del grupo por escrito**, que explican cómo deben discurrir las sesiones, cuáles son las reglas de asistencia, cuáles las normas de las relaciones entre los miembros, etc. Algunas de ellas son: a) Todas las transacciones que se realicen durante el grupo y los contactos que tengan los miembros entre ellos fuera del grupo, son estrictamente confidenciales y no se pueden revelar a otros, b) Los miembros tienen permitido relacionarse entre ellos libremente fuera del grupo siempre que informen a los demás de lo que van aprendiendo de cada uno y siempre que no transformen toda su vida en un proceso de grupo, c) A los miembros se les anima a que se ayuden entre sí durante las sesiones y fuera del grupo, a que sean muy críticos con las conductas de los demás pero sin condenarles como personas y a que sean especialmente cooperativos con los nuevos miembros del grupo, d)

Se invita a los miembros a que, en las sesiones regulares y durante los maratones se obliguen a sí mismos a revelar sus sentimientos más incómodos y sus problemas más serios.

### 5.6.5 La Terapia racional emotiva sexual.

#### 1) Fundamentos de la terapia racional emotiva sexual.

Por sus características, la **TRE** se ha aplicado a menudo a problemas sexuales humanos, **particularmente a la frigidez e impotencia**. El mal funcionamiento sexual requiere el uso efectivo de métodos directivos y asignación de tareas por parte de un terapeuta experimentado de manera más explícita que cualquier otro problema psicológico. Ante esto, el tratamiento racional emotivo de las dificultades sexuales emplea una aproximación cognitivo, emotiva conductual. **Analicemos a continuación los tres métodos de la terapia sexual TRE.**

De igual manera que Masters y Johnson, Hartman y Fithian, Kaplan y otros terapeutas, **los practicantes de la TRE, observan que la mayoría de los clientes con ansiedad, hostilidad o compulsión sexual carecen de información, lo que les lleva a desarrollar ideas irracionales, como por ejemplo:** que deben tener un coito convencional, que todos los hombres y mujeres "normales" desean sexo incesantemente y que pueden excitarse y obtener satisfacción con facilidad, que si una persona esta enamorada, su pareja le excita automáticamente. Por ello, **los terapeutas TRE dan tanta o más información que cualquier otro terapeuta sexual.** Lo hacen no sólo para proporcionar conocimientos y entrenamiento a los individuos mal adaptados sexualmente, sino también para intentar ayudarles a que adopten una actitud abierta, experimentada, individualista y racional hacia el sexo, el amor y el matrimonio, así como para ayudarles a que superen los mitos, supersticiones y dogmas autoderrotistas y saboteadores de la pareja.

## 2) El proceso de la terapia racional emotiva sexual.

La premisa principal de la TRE dice que los seres humanos se perturban y actúan disfuncionalmente en el sexo, el amor y otras áreas cuando convierten cualquier deseo o preferencia en debos, tengo qué, debiera, órdenes y demandas absolutistas y perfeccionistas.

La TRE enseña el ABC de la perturbación emocional a la mayoría de personas con problemas sexuales y les ayuda a que adquieran herramientas cognitivas, emotivas y conductuales con las que podrán cambiar de manera efectiva. Se manejan no sólo problemas sexuales específicos sino también la tendencia general del cliente a crear perturbaciones emocionales en áreas no sexuales de la vida.

En cuanto al tratamiento de problemas específicos, la TRE propone los siguientes procedimientos cognitivos: a) **Métodos de imaginación en la terapia sexual**, sobre todo con personas que tienen dificultades en excitarse o llegar al orgasmo, qué tipo de fantasía funcionará en su caso particular y a no sentir vergüenza o culpabilidad si sus fantasías parecen bizarras o inadecuadas socialmente. El terapeuta le ayuda a utilizar fantasías sexuales corrientes, algunas imágenes pornográficas o fantasías románticas, centrándose en las sensaciones y respuestas propias o de su pareja o en fantasías expresadas por ambos. Cuando es conveniente se recomienda material fotográfico o escrito como ayuda a éstas fantasías, b) **La imagen racional-emotiva de Maxie C. Maultsby Jr.** que consiste en cambiar las imágenes mentales, creencias irracionales, que se tienen de la relación en base a la vivencialización de lo que le frustra y encontrando alternativas racionales. Es una técnica de anti-horribilización y anti-absolutización porque ayuda a las personas cuyo funcionamiento sexual no es satisfactorio a pensar y actuar de forma diferente y a cambiar sus filosofías de vida empíricas, c) La masturbación es recomendable y positiva, pero a la necesidad perturbadora de masturbarse se califica como perniciosa y creadora de ansiedad, d) **Técnicas de reducción de**

la vergüenza y de la culpabilidad. Hoy en día existe aún un número muy grande de personas relativamente cultas que se sienten avergonzadas o culpables por sus actos sexuales. Es fundamental minimizar la vergüenza y la culpabilidad. Los terapeutas TRE trabajan para que el cliente elimine la culpabilidad y así obtenga la máxima satisfacción, e) **La biblioterapia y la terapia grabada como parte de su programa de reestructuración cognitiva siguiendo un modelo educacional.** También utiliza modalidades audiovisuales, como panfletos, libros, grabaciones, películas, charlas, talleres y programas computacionales.

Entre las principales técnicas emotivas utiliza: a) **La aceptación incondicional del cliente.** El terapeuta acepta a las personas con problemas sexuales sin importar su conducta y les enseña cómo aceptarse a sí mismos tanto si los demás están a su favor como si están en su contra, b) **Ejercicios de ataque a la vergüenza.** La vergüenza y la autodestrucción son la parte más importante de muchas perturbaciones humanas, c) **Ejercicios de riesgo.** Los seres humanos no quieren arriesgarse en el sexo y en el amor así como en otras áreas de su vida. Suelen definir como horrible o terriblemente peligroso a cualquier cosa que entrañe un peligro. A lo que más temen arriesgarse es a actuar de forma tonta a los ojos de los demás y por ello están autodeterminados a condenarse a sí mismos. En la TRE se busca persuadir, animar e incitar a los clientes para que realicen actos emotivos arriesgados, d) **Imaginación racional emotiva.** Se utiliza porque en ella no sólo se incluyen elementos cognitivos sino también factores emotivos importantes, e) **Ejercicios no verbales.** Se utilizan en aquellos clientes que tienen dificultad en realizar actividades no verbales. Se les pide que expresen sus sentimientos unos a otros mientras dan vuelta en la habitación despacio, se escoge a alguien para que se coloque en el centro de un círculo mientras los demás le expresan con lenguaje no verbal sus sentimientos hacia él o ella, ejecutan ejercicios de sostener la mano, le dan masaje facial o fricciones en la espalda, etc, f) **Verbalizaciones emotivas.** Según la TRE las personas crean sus propios trastornos emocionales a causa

de sus fuertes creencias y contribuyen ampliamente a perturbarse ellos mismos por mantener filosofías negativas muy firmes. Por ello, las personas que tienen problemas para llegar al orgasmo pueden estar totalmente convencidos de que deben conseguirlo, de que no puede ser fácil lograrlo y de que tendrán poco valor como personas si no lo consiguen. En consecuencia, en la **TRE** no sólo se busca que los clientes vean cuáles son las ideas creadoras de perturbación, sino que se contradicen y refutan de manera efectiva. Los terapeutas **TRE** ayudan a sus clientes a convencerse totalmente de que pueden tener una relación sexual satisfactoria, g) **Feedback emotivo**. Enseña a los clientes cuáles son sus sentimientos, pero también cómo reaccionarían los demás y cómo podría cambiar para conseguir mejores reacciones de los demás. Tanto el terapeuta como los miembros del grupo lo emplean de manera educativa y correctiva, además de expresiva.

**Entre sus principales métodos conductuales están:** a) **Tareas activas para casa**. La **TRE** es partidaria de utilizar la **desensibilización in vivo**. A los clientes con mal funcionamiento sexual se les anima a que tengan más actividades sexuales en vez de evitarlas., b) **Condicionamiento operante**. La **TRE** emplea en buena medida las técnicas de autodirección y de condicionamiento operante, c) **Entrenamiento en aserción**. Es uno de los procedimientos terapéuticos conductuales más usados, especialmente con clientes tímidos y poco asertivos.

## Capítulo VI.

### 6. Metodología de la investigación bibliográfica.

#### 6.1 Planteamiento del problema.

**¿En base a sus planteamientos teóricos y a sus técnicas terapéuticas y en comparación con otros procedimientos de intervención terapéutica, se podrá considerar la terapia racional emotiva como una alternativa terapéutica?**

#### 6.2 Objetivo de la investigación bibliográfica.

Tomando en cuenta que en la actualidad existen diversos modelos de intervención terapéutica, el objetivo de la presente tesis **es determinar si la terapia racional emotiva es una alternativa terapéutica que responde a los requerimientos actuales de la atención psicológica.**

Los tiempos actuales se caracterizan por generar altos niveles de estrés, depresión, angustia y una gran cantidad de diversas alteraciones psicológicas en las personas, que las impulsa a buscar ayuda especializada que les permita enfrentar su problemática. **Ante esta situación ha surgido un gran número de procedimientos de ayuda psicológica de diversa índole.** Algunos de ellos contienen los elementos necesarios para considerar que sus servicios son adecuados y profesionales, mientras que otros no. La terapia racional emotiva se presenta a sí misma como una alternativa terapéutica ante "las deficiencias" de los modelos pertenecientes a la psicología científica.

**Nos proponemos en base a cuadros comparativos, determinar si en realidad su marco teórico, procedimientos terapéuticos y técnicas utilizadas ofrecen mejores o al menos respuestas adecuadas a los requerimientos actuales de ayuda terapéutica.**

Es importante señalar que la terapia racional emotiva se presenta a sí misma como un intento serio y profesional de integración, en su propia estructura, de los aspectos cognitivos, emotivos y conductuales desarrollados ya, de manera específica, en los principales modelos de intervención terapéutica establecidos, buscando crear un enfoque filosófico integral característico de la persona sana en contraposición al enfoque filosófico de la persona alterada. Por ello, **nos proponemos revisar hasta qué punto logra su objetivo y hasta dónde puede desarrollar una nueva filosofía de vida en el paciente.**

**Para lograr el objetivo propuesto se requiere realizar:**

a) El estudio de las principales escuelas psicoterapéuticas, psicoanalíticas, de aprendizaje social y fenomenológicas, sus teorías y procedimientos, a fin de conocer su naturaleza y en base a ello, realizar un análisis crítico de la terapia racional emotiva como alternativa terapéutica, por medio de la comparación de sus marcos teóricos, procedimientos y técnicas.

b) Analizar la historia, proceso de formación y estado actual de la terapia racional emotiva, su marco teórico, sus procedimientos terapéuticos, sus campos de acción, sus posibilidades de evolución y su nivel de respuesta ante las necesidades de tratamiento que otorga a sus pacientes.

c) Definir el lugar que ocupa la terapia racional emotiva entre los modelos de intervención clínica y evaluar la trascendencia de sus aportaciones.

d) Analizar los alcances y limitaciones de la terapia racional emotiva como alternativa terapéutica.

### **6.3 Hipótesis de trabajo.**

Si los elementos que se requieren para reconocer y aceptar un proceso terapéutico, son la existencia de un marco teórico sistemático, un proceso terapéutico integrado y la aplicación de técnicas terapéuticas debidamente validadas y comprobadas, entonces, si la terapia racional emotiva cuenta en su estructura con estos elementos, será considerada como una alternativa terapéutica que responde a los requerimientos de tiempo, costo, aplicabilidad a la realidad mexicana y funcionalidad.

### **6.4 Tipo de estudio. La presente tesis reúne los siguientes requisitos:**

- a) Es una tesis de investigación bibliográfica a fin de realizar un análisis crítico de los distintos modelos de intervención terapéutica y su comparación con la terapia racional emotiva para determinar su naturaleza como alternativa terapéutica.
- b) Es una tesis que plantea un análisis de los principales modelos de intervención terapéutica, revisando sus marcos teóricos, procedimientos terapéuticos y principales técnicas utilizadas.

### **6.5 Elementos para el análisis comparativo.**

**Para lograr el análisis entre los modelos de intervención terapéutica y la terapia racional emotiva, consideramos los siguientes elementos:**

- a) Revisión del marco teórico de cada modelo.
- b) Revisión de los procedimientos terapéuticos de cada modelo.
- c) Revisión de las principales técnicas de cada modelo.
- d) Revisión del marco teórico de la terapia racional emotiva.



- e) Revisión de los procedimientos terapéuticos de la terapia racional emotiva.
- f) Revisión de las técnicas de la terapia racional emotiva.
- g) Comparación de los elementos de los marcos teóricos de cada modelo mencionado con los elementos del marco teórico de la terapia racional emotiva.
- h) Comparación de los procedimientos terapéuticos de cada modelo mencionado con los procedimientos de la terapia racional emotiva.
- i) Comparación de las principales técnicas de cada modelo mencionado con las técnicas de la terapia racional emotiva.

#### **6.6 Procedimiento para la realización del análisis comparativo.**

El análisis se realizó en base a la elaboración de cuadros comparativos entre los modelos de intervención terapéutica psicoanalíticos, de aprendizaje social y fenomenológicos y la terapia racional emotiva para detectar diferencias y similitudes entre:

- a) Sus marcos teóricos.
- b) Sus procedimientos terapéuticos.
- c) Sus técnicas utilizadas.

En segunda instancia, se integraron y analizaron los resultados de la investigación. Por último, se llegó a la presentación de sugerencias y conclusiones finales de la tesis.

### **Parte III.**

#### **Capítulo VII.**

#### **7. Análisis comparativo de los modelos de intervención clínica y la terapia racional emotiva.**

##### **7.1 Principales diferencias y similitudes entre los modelos de intervención clínica y la terapia racional emotiva.**

**La terapia racional emotiva se presenta a sí misma como una alternativa terapéutica ante aquellos procesos psicoterapéuticos que, según el autor, son largos en tiempo y de resultados muy relativos.**

Todos los modelos de intervención terapéutica, incluyendo la terapia racional emotiva, han realizado su mejor esfuerzo buscando respuestas a la problemática humana, su análisis y estudio y proponiendo procedimientos terapéuticos que aportan elementos positivos, aunque también muestran sus propias limitaciones.

**A continuación realizaremos un análisis comparativo entre los modelos psicoanalíticos, de aprendizaje social y fenomenológicos con la terapia racional emotiva referente a sus marcos teóricos, características y elementos de sus procedimientos terapéuticos y principales técnicas utilizadas, a fin de establecer diferencias y similitudes entre ellos. Terminaremos nuestro estudio con la presentación de los resultados obtenidos de dicha comparación, el análisis de los mismos y la discusión y conclusiones finales de la tesis.**

##### **7.1.1 Aspectos generales.**

**a) Cada modelo de intervención terapéutica es un intento sistematizado de tratar de explicar los porqués de los comportamientos alterados del ser humano y la propuesta de formas específicas para influir en el cambio de dicha situación por parte del**

**paciente. El papel del terapeuta, sancionado socialmente, implica guía y asistencia. A menudo es testigo de la amplitud y profundidad del sufrimiento humano y de la tenacidad y coraje del paciente para cambiar. Así, cualquier modelo tiene en su horizonte tres posibilidades: Mejoramiento, prevención y superación. En suma, cada modelo busca mejorar la calidad de vida de los pacientes, enfrentando y solucionando aquello que altera y desborda su salud psicológica. De manera concreta, la terapia racional emotiva, en este sentido, habla que su metodología terapéutica busca transformar la filosofía de vida del paciente ya que, afirma, las personas enfermas poseen una filosofía absolutista, lo que hace que posean imposiciones dogmáticas e incondicionales; en cambio, las personas psicológicamente sanas, poseen una filosofía relativista que les permite experimentar emociones negativas apropiadas, en lugar de inapropiadas.**

**b) Hoy por hoy, el campo de la intervención terapéutica presenta un número muy grande de teorías y técnicas acompañadas por posiciones que a veces parecen ser irremediamente opuestas y sin posibilidad de acuerdo. Sin embargo, existen manifestaciones y signos de que las distintas escuelas empiezan a reconocer el valor potencial de un rango de técnicas comunes y una mayor flexibilidad en su aplicación. Es decir, hay un reconocimiento de que todos los procedimientos terapéuticos comparten ciertos componentes terapéuticos que explican una considerable proporción de su efectividad, de tal manera que los pertenecientes a distintas escuelas pueden aprender beneficiándose de los de otras. Todas las psicoterapias poseen características en común que se presentan como procedimientos terapéuticos probados durante mucho tiempo. Sin embargo, históricamente se ha puesto mayor énfasis en las características que les distinguen entre sí, resaltando sus diferencias. Es importante mencionar que la psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, basada en la confianza, entre un terapeuta y otra persona que padece algún conflicto psicológico. El terapeuta busca aliviar el dolor y el malestar del paciente por**

medio de comunicaciones simbólicas. Es más, la psicoterapia refleja no sólo las conceptualizaciones que tiene una sociedad sobre la enfermedad y la salud sino también sobre sus valores. Un punto de divergencia importante es el carácter de ciencia que requiere cada modelo terapéutico para obtener reconocimiento y aceptación de la sociedad en que se desarrolla. En el presente estudio comparativo, profundizamos para establecer las divergencias y convergencias entre la terapia racional emotiva y los demás modelos de intervención terapéutica que ya cuentan con el reconocimiento como procedimientos terapéuticos.

c) Cada modelo de intervención terapéutica posee sus propios procedimientos, técnicas y referencias teóricas y cada terapeuta su estilo propio. Con claridad podemos ver que, cada modelo posee su propia teoría formal de la conducta, de la personalidad y sus propios principios de tratamiento, pero aquí se encuentra una de las principales razones de diferenciación entre ellas, ya que difiere el grado en que las teorías de la personalidad y la perturbación conductual se relaciona con las técnicas aplicadas. En suma, cada procedimiento terapéutico difiere de los demás dependiendo de los cambios que desea efectuar.

d) Sin importar el orden y la profundidad, casi todos los procedimientos de intervención terapéutica observan y aplican las siguientes técnicas: Fomentar el insight, reducir la perturbación emocional, fomentar la catarsis, proporcionar nueva información al paciente, asignar nuevas tareas fuera de la terapia, desarrollar confianza, fe y nuevas expectativas de cambio. La terapia racional emotiva lo hace a su estilo propio y busca producir un cambio radical en el paciente, cambiando su filosofía de vida.

e) La terapia racional emotiva, como los demás modelos de intervención terapéutica, tiene como campos de acción: La terapia individual, la terapia de grupo, la terapia de pareja, la terapia familiar y de manera particular, su modelo de terapia sexual.

Podemos decir que, en cuanto desarrollo, ha incursionado en todas las áreas de aplicación de la psicología clínica, aún cuando sus resultados no son lo especial y diferente que el autor intenta presentar y que serán analizados más adelante.

f) **Los modelos son puntos de referencia para interpretar el comportamiento, empleando términos o constructos teóricos que tienen un significado particular dentro de su estructura.** Este hecho produce una gran variedad de puntos comunes, pues la conducta ha sido evaluada, clasificada y modificada por modelos clínicos que parecen ser totalmente distintos en sus principios y técnicas. Sin embargo, todos ellos convergen en el esfuerzo por comprender y modificar la conducta.

**Los modelos facilitan la integración de conceptos, teorías, procedimientos y técnicas afines para sistematizar una corriente, una escuela o una forma específica de interpretar la realidad, sus problemas y una manera específica de abordarlos.** Para poder encontrar una base común entre los modelos de intervención terapéutica necesitamos comprender los diversos enfoques que permitan un acercamiento al caso individual. **La terapia conductual se ha inspirado en un sistema materialista; el psicoanálisis depende fundamentalmente de un sistema mentalista y la terapia cognitiva es fundamentalmente interaccionista.** A pesar de sus diferencias filosóficas, teóricas y técnicas, hay similitudes importantes que justifican el presente estudio.

Por otro lado, **los modelos psicodinámicos** cuentan con una estructura bien fundamentada lograda desde las aportaciones iniciales de Freud, que ha tomado forma en una escuela de pensamiento y de intervención terapéutica, aún cuando han surgido leves y profundas desviaciones de la escuela original, pero sigue vigente y cuenta con reconocimiento mundial, propiciando hasta la fecha reacciones a favor y en contra, pero ha permanecido en el tiempo, reconociendo a Freud como el padre de la psicoterapia. **Los modelos de aprendizaje**

**social**, forman otra de las líneas fundamentales de la psicología científica que ha prevalecido en el tiempo y que ha logrado dar avances significativos en la interpretación de la conducta y en la manera de enfrentarla cuando está desfasada o en problemas. Muchas de sus técnicas han sido utilizadas en el campo de la educación, en la industria y en la familia. Skinner, Wolpe, Eysenck y Bandura son reconocidos por sus aportaciones. **Los modelos fenomenológicos** reconocen el valor del paciente como persona y desarrollan todo un procedimiento en base a la relación entre el paciente y el terapeuta basada en principios humanistas. Por su parte, **la terapia racional emotiva** surge, en primer lugar, como un procedimiento para atender problemas de carácter sexual y en segundo lugar, como una alternativa creada por el **Dr. Albert Ellis**, al no encontrar las respuestas que él buscaba en la terapia psicoanalítica para ayudar a sus pacientes, señalando que ni era eficiente ni efectiva. Así, surge como una reacción a la acción del tratamiento psicoanalítico.

g) Existen algunos aspectos generales que nos permitirán establecer las diferencias y similitudes entre ellos: 1) **Los fenómenos no materiales y no espaciales son tan reales como los fenómenos o procesos materiales y espaciales;** estos fenómenos son privados y dependen del informe introspectivo del individuo que los está experimentando y por lo mismo, no pueden ser validados por otra persona, 2) **Un mismo fenómeno puede interpretarse desde varias perspectivas a la vez: bioquímica, psicológica, conductual y otras.** Las perspectivas conductual y bioquímica son similares, hasta el punto de que se relacionan con estímulos públicos espaciales. Las perspectivas cognitivas y las psicoanalistas se refieren a datos fundamentalmente privados, no materiales y no espaciales. Ninguna de estas perspectivas es más correcta que las otras, 3) **Las distintas perspectivas tienen distintos grados de fuerza explicativa.** Relacionándolas, podemos intentar construir un modelo integrado que tenga un poder explicativo más fuerte que las perspectivas individuales. Cada uno de estos sistemas se califica como un sistema de terapia, que contiene: **un marco teórico coherente, un cuerpo de**

datos clínicos que lo apoya y un enfoque terapéutico relacionado intrínsecamente con la teoría.

### 7.1.2 Análisis comparativo entre los marcos teóricos de los modelos de intervención terapéutica y el marco teórico de la terapia racional emotiva.

Elementos de comparación.	Terapia Psicoanalítica	Terapias de aprendizaje social.	terapias fenomenológicas	Terapia racional emotiva.
1. El concepto de conducta.	Centra su atención en los impulsos instintivos fundamentales y en los aspectos del inconsciente.	Pone su atención en la conducta manifiesta y la adaptación al medio ambiente por medio del aprendizaje.	La conducta está determinada por la percepción del mundo que tenga la persona. Acentúa las tendencias naturales del hombre hacia su autodirección y autorrealización.	La conducta está determinada por pensamientos que pueden ser "creencias racionales e irracionales", con consecuencias emocionales, como determinantes de su ubicación en la vida.
2. El concepto de salud.	Es la capacidad para satisfacer las pulsiones dentro de los límites impuestos por la sociedad.	Se caracteriza por una experiencia de aprendizaje que proporciona herramientas para responder al medio ambiente.	Es el alcanzar los niveles adecuados de autorrealización como persona.	Las personas psicológicamente sanas poseen una "filosofía del relativismo o deseo", es decir, creencias racionales que le llevan al equilibrio psicológico.
3. El concepto de enfermedad.	Es el resultado de un desarrollo defectuoso o de medidas defensivas exageradas para superar la ansiedad.	Es la adaptación ineficaz que resulta del aprendizaje de respuestas desadaptativas y/o el fracaso de aprender las necesarias.	Es el fracaso en desarrollar completamente lo humano como resultado del bloqueo o distorsión de las tendencias al crecimiento y autorrealización.	En el fondo de una alteración psicológica está la tendencia de los seres humanos a realizar "evaluaciones absolutistas" sobre los hechos cotidianos.
4. El concepto de psicoterapia.	Es el proceso en el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se vuelven conscientes a través de las interpretaciones que hace el terapeuta del comportamiento del paciente.	Es la modificación planeada de patrones de conducta desadaptados sin buscar su origen o auto comprensión por parte del cliente, aplicando principios del aprendizaje.	Es el proceso que centra su atención en la experiencia consciente como base para el desarrollo, el mantenimiento y la modificación del comportamiento del cliente, desarrollando su imagen optimista como ser creativo, en crecimiento y en busca de su potencial máximo como individuo único.	Es un proceso educacional, activo-directivo que busca que el cliente identifique sus creencias absolutistas sobre sí mismo, los otros y el mundo, como causa y conservación de su conducta de autoderecha y le muestra el camino para superarlas al reemplazarlas por creencias racionales que le lleven a una nueva filosofía de vida.

<p>5. El concepto de terapeuta.</p>	<p>Juega un rol altamente directivo, ya que aporta su conocimiento y experiencia en el análisis de las causas históricas del problema del paciente poniendo énfasis en sus instintos y elementos inconscientes, interpreta los simbolismos, analiza las resistencias y transferencias y aporta otros elementos interpretativos para que el paciente pueda lograr una mejor integración de su personalidad.</p>	<p>El terapeuta detecta exactamente la queja expresada por el paciente, analiza las variables que mantienen el patrón de conducta inadaptada por medio de un análisis funcional, le proporciona nuevas experiencias de aprendizaje y le enseña nuevas habilidades para controlar su vida de manera más eficaz. Trata de obtener cambios observables mediante un tratamiento basado en el desempeño.</p>	<p>El terapeuta desempeña un rol relativamente pasivo sin nociones preconcebidas de los problemas del cliente o la resolución de estos, reflejando los sentimientos y pensamientos del cliente para ayudarlo a clarificarlos sin interpretaciones. El terapeuta facilita el crecimiento, que es inherente al cliente, no es el experto, ni el maestro ni el concededor.</p>	<p>El terapeuta juega un papel activo en el proceso terapéutico ya que busca las imposiciones dogmáticas e incondicionales del cliente, diferenciándolas de sus preferencias y enseñándole cómo desterrar el pasado y quedarse con el presente. El terapeuta es activo, demostrativo y a veces hasta incisivo. Busca persuadir a sus clientes para que abandonen sus creencias irracionales. Es abyecto, acepta incondicionalmente a su cliente, tiene sentido del humor y muestra empatía.</p>
<p>6. El concepto de paciente.</p>	<p>Debe descubrir, con ayuda del terapeuta, las verdaderas razones por las cuales actúa o se siente de determinada forma. Participa en el proceso de comprenderse a sí mismo identificando los factores inconscientes que han determinado su conducta pasada y por medio del insight emocional e intelectual busca cambiar su situación actual.</p>	<p>El paciente desempeña un rol participativo abriéndose a las nuevas experiencias de aprendizaje que le permitan asumir una nueva conducta.</p>	<p>El cliente tiene la responsabilidad primordial de la terapia, ya que posee la capacidad inherente de solucionar sus propios problemas y desarrollar su disposición y capacidad de ser él mismo. No se le considera como "enfermo", "con trastornos" o "anormal", sólo es una "persona" en búsqueda de lo mejor de sí mismo.</p>	<p>Su responsabilidad básica es trabajar arduamente en la comprensión de las consecuencias de sus creencias irracionales con la ayuda del terapeuta para cambiarlas por creencias racionales más apropiadas. Debe darse cuenta de que él crea en gran medida sus propias perturbaciones, debe reconocer que tiene la capacidad de cambiar, debe comprender que las alteraciones emocionales y conductuales provienen la mayoría de las veces de creencias dogmáticas, debe refutar sus creencias irracionales, debe interiorizar sus nuevas creencias racionales y debe continuar el nuevo proceso de cambio filosófico.</p>



7. principios teóricos fundamentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) El determinismo psíquico.</li> <li>b) El ello, el yo y el super yo.</li> <li>c) Los mecanismos de defensa.</li> <li>d) Las etapas de desarrollo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) La conducta medible y objetiva.</li> <li>b) La influencia del medio ambiente.</li> <li>c) Evaluación de la conducta, su desarrollo y modificación.</li> <li>d) El condicionamiento.</li> <li>e) El reforzamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) El yo unificador.</li> <li>b) Interés en los valores y el significado.</li> <li>c) La unicidad del ser humano.</li> <li>d) Visión positiva del potencial humano.</li> <li>e) El tener y el ser.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) La teoría del ABC.</li> <li>b) Las metas y propósitos humanos.</li> <li>c) Las creencias racionales y las creencias irracionales.</li> <li>d) Las tendencias biológicas básicas.</li> <li>e) Las perturbaciones humanas fundamentales.</li> <li>f) La filosofía absolutista y la filosofía relativista.</li> <li>g) La filosofía de baja tolerancia a la frustración.</li> </ul>
B. Principales representantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sigmund Freud.</li> <li>b) Erik Erikson.</li> <li>c) Alfred Adler.</li> <li>d) Otto Rank.</li> <li>e) Karen Horney.</li> <li>f) Harry S. Sullivan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) John Watson.</li> <li>b) B.F. Skinner.</li> <li>c) Joseph Wolpe.</li> <li>d) Hans Eysenck.</li> <li>e) Albert Bandura.</li> <li>f) John Dollard.</li> <li>g) Neal Miller.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) George Kelly.</li> <li>b) Carl Rogers.</li> <li>c) Abraham Maslow.</li> <li>d) Fritz Perls.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Albert Ellis.</li> <li>b) Dryden.</li> <li>c) A. T. Beck.</li> <li>d) E. Abrahamis.</li> <li>e) R. Grieger.</li> <li>f) Ch. Huber.</li> <li>g) L.G. Baruth.</li> </ul>

### 7.1.3 Análisis comparativo entre los procedimientos terapéuticos de los modelos de intervención terapéutica y el procedimiento de la terapia racional emotiva.

Elementos de comparación.	Terapia Psicoanalítica	Terapias de aprendizaje social.	Terapias fenomenológicas	Terapia racional emotiva.
1. El proceso psicoterapéutico.	Procedimiento complejo y a largo plazo. Se basa en la comunicación verbal entre dos personas, busca de manera sistemática las relaciones entre la historia personal del paciente y sus problemas actuales y le da importancia a sus pensamientos y emociones en base a la relación terapéutica.	Son las técnicas de tratamiento que implican un compromiso con la medición, metodología, conceptos y procedimientos derivados de la psicología experimental. Implica cambiar la conducta y la emoción humana de manera benéfica de acuerdo a la teoría moderna del aprendizaje.	Procedimiento que se centra en la experiencia consciente del cliente. Considera a cada cliente como un individuo único que se guía por sus propios sentimientos, busca su crecimiento como persona alcanzando su mayor potencial en la dirección del terapeuta ya que el cliente es completamente responsable y potencialmente capaz de manejar su propia vida.	El ser humano a pesar de que tiene una tendencia biológica a pensar irracionalmente posee la capacidad de trabajar para cambiarlos por pensamientos racionales hasta llegar a una reestructuración filosófica, lo que implica el cambiar sus exigencias absolutistas irracionales por unas preferencias racionales a través del proceso terapéutico.
2. Las metas del tratamiento.	Su meta es ayudar al paciente a pensar y a conducirse de maneras más adaptativas por medio de una mayor comprensión de sí mismo. El paciente debe descubrirse por sí mismo con la ayuda y guía del terapeuta. Así, busca a) la captación insight intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas y b) El trabajar a fondo y elaborar las implicaciones de esta captación.	Busca detectar exactamente la queja expresada por el paciente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de manera más eficaz. Para lograrlo, analiza las variables que mantienen el patrón de conducta inadaptada del paciente haciendo un análisis funcional. Ahí estima la frecuencia y la duración de las conductas para luego proporcionarle nuevas experiencias de aprendizaje para propiciar el cambio.	Su meta principal es facilitar el crecimiento del cliente en base al desarrollo de su propia potencialidad en una relación interpersonal real con el terapeuta pero por encima de la metodología y técnicas aplicadas, ya que sus propias experiencias humanas promueven su crecimiento. Existe poca evaluación formal del pasado del cliente, ya que su hipótesis de trabajo es que el pasado se ha ido, que no se puede cambiar y que en cualquier caso no es tan importante para el futuro del cliente como lo que sucede en el presente.	Su meta principal es ayudar al cliente a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo y a demostrarle que esto se consigue cuando se acepta totalmente a sí mismo y tolera las condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar. Procura, además que obtenga las habilidades necesarias para prevenir el desarrollo de perturbaciones futuras e implementa las estrategias para que se mantenga en un profundo cambio filosófico. Su objetivo final es la re-educación del cliente para que cambie su filosofía de vida.

3. La relación terapéutica.	La relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta es un medio para lograr el insight. Su propósito determinado es demostrar al cliente de que su conducta actual está determinada por las experiencias en sus periodos tempranos de desarrollo. Juega un papel fundamental la relación de transferencia.	Perciben la relación terapéutica como un elemento importante pero no como una condición suficiente de la terapia. Es más un contexto útil en el que se introducen las técnicas específicas del cambio conductual. Implica una atmósfera de confianza en donde el terapeuta comunica al cliente que lo comprende y acepta, que están trabajando juntos y que dispone de los medios para ayudarlo.	Consideran que la relación terapéutica es el único elemento esencial de la terapia. En ella se encuentran todos los elementos necesarios y suficientes para el cambio terapéutico, ya que es el vehículo primario a través del cual se realizará el crecimiento.	La relación terapéutica se considera importante. Se permite que el cliente pregunte al terapeuta sobre su propia experiencia, pero sin llegar a establecer lazos afectivos. Debe ser una relación lo más abierta posible. Los terapeutas llevan a sus clientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos y les demuestran que pueden enfrentarlos y cambiar sus evaluaciones.
4. Los elementos del proceso terapéutico.	<p>a) Descubrir las causas históricas de su conducta actual.</p> <p>b) Volver consciente al inconsciente.</p> <p>c) Promover la elaboración de los insights y la comprensión de las defensas que mantienen ocultas su conciencia de sí mismo.</p> <p>d) Aplicación de las técnicas del tratamiento.</p> <p>e) Evaluación de resultados obtenidos.</p> <p>f) Terminación de la terapia.</p>	<p>a) Aplicación de las leyes básicas del aprendizaje.</p> <p>b) Aplicación de las técnicas terapéuticas basadas en hallazgos empíricos de las teorías del aprendizaje.</p> <p>c) Modificación de las conductas desadaptativas específicas y manifiestas.</p> <p>d) Enfoque especial sobre los problemas actuales del cliente.</p> <p>e) Evaluación experimental del tratamiento.</p> <p>f) Terminación de la terapia.</p>	<p>a) Creación de la relación terapéutica.</p> <p>b) Expresión por parte del cliente de los sentimientos y pensamientos anteriormente negados y distorsionados, incluyendo sentimientos negativos.</p> <p>c) Comprensión interna y aumento de la autoconciencia.</p> <p>d) Pasos positivos hacia la resolución de sus conflictos y sentimientos más positivos sobre sí mismo y los demás.</p> <p>e) Terminación de la terapia.</p>	<p>a) Inducción al cliente.</p> <p>b) Valoración del cliente.</p> <p>c) Tratamiento en la evaluación.</p> <p>d) Aplicación del procedimiento ABC.</p> <p>e) Aplicación de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.</p> <p>f) Refutación de creencias.</p> <p>g) Fin de la terapia.</p> <p>h) Seguimiento al nuevo sistema de filosofía de vida.</p>
5. Difusión de la intervención terapéutica.	Es la más difundida y la más famosa. Se considera a Sigmund Freud como el padre de la intervención terapéutica contemporánea. Se le atribuye gran influencia en los procedimientos actuales.	Su surgimiento fue impresionante. Es una de las áreas de investigación más populares. Actualmente existe una gran cantidad de publicaciones y cientos de libros de manifiestan sus avances y descubrimientos actuales.	Se consideran como una tercera fuerza que cuenta con menos difusión que los dos anteriores, pero día a día gana más adeptos. Han aportado mucho en cuanto a la relación terapéutica y a la humanización del proceso mismo.	En los últimos años ha tenido ha gran difusión y aplicación en los estados Unidos. En México y América latina no hay mucha difusión. Existe bastante bibliografía y se están creando institutos TFE.

### 7.1.4 Análisis comparativo entre las técnicas utilizadas por los modelos de intervención terapéutica y las técnicas de la terapia racional emotiva.

Elementos de comparación.	Terapia Psicoanalítica	Terapias de aprendizaje social.	terapias fenomenológicas	Terapia racional emotiva.
1. Naturaleza de técnica terapéutica.	Las fantasmas, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por mecanismos de defensa. Por ello, es muy difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar en el fondo de sus conflictos. Es necesaria la aplicación de técnicas por medio de las cuales el terapeuta le enseñará cómo y dónde debe buscar la información significativa y ayudarlo a integrarla.	Las técnicas terapéuticas se basan en los hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la psicología experimental y especialmente en las teorías del aprendizaje. Buscan la modificación de las conductas desadaptativas.	Las técnicas son lo menos importante. Lo fundamental es la relación terapéutica, ya que en ella se analizan los elementos que obstaculizan su crecimiento como persona.	El terapeuta debe prestar atención especial a los problemas de alteración del yo y en la perturbación inconsciente del cliente ya que estas interactúan. Debe evaluarlos por medio de técnicas especializadas y adecuadas al problema en cuestión. Muchas de las conductas disfuncionales son defensivas. Por ello, es necesario ayudar al cliente a identificar sus creencias irracionales implantando una estrategia terapéutica productiva.
2. Principales técnicas utilizadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Asociación libre.</li> <li>b) Interpretación de los sueños.</li> <li>c) Atención a la conducta cotidiana.</li> <li>d) Análisis de la resistencia.</li> <li>e) Análisis de la transferencia.</li> <li>f) Interpretación analítica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) desensibilización sistemática.</li> <li>b) El flooding y la Implosión.</li> <li>c) El entrenamiento autoafirmativo.</li> <li>d) Reforzamiento positivo.</li> <li>e) El modelamiento.</li> <li>f) La terapia aversiva.</li> <li>g) El manejo de contingencias.</li> <li>h) La bio-retroalimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Incremento de conciencia (awareness).</li> <li>b) Incremento de la autoaceptación.</li> <li>c) Comodidad interpersonal incrementada.</li> <li>d) Incremento de la flexibilidad cognoscitiva.</li> <li>e) Incremento de la autoconfianza.</li> <li>f) Funcionamiento mejorado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Técnicas cognitivas: Refutación de creencias irracionales, La discriminación, tareas cognitivas, biblioterapia, métodos semánticos, técnicas de imaginación.</li> <li>b) Técnicas emotivas: métodos humorísticos, métodos de auto-descubrimiento, ejercicios de ataque a la vergüenza, ejercicios de riesgo, repetición de frases racionales.</li> <li>c) Técnicas conductuales: tareas para casa, ejercicios de anticipación, recompensas y castigos.</li> </ul>

## **7.2 Resultados de la comparación entre los modelos de intervención terapéutica y la terapia racional emotiva.**

### **7.2.1 Resultados del análisis comparativo entre los modelos teóricos.**

Es claro que cada modelo de intervención terapéutica está determinado por sus propios esquemas conceptuales, que le implica el desarrollo de conceptos propios, los que le dan solidez como modelo, como sistema con procedimientos propios y con la aplicación de técnicas específicas para intervenir en el cambio de conducta del paciente ante determinada problemática.

Los cuatro modelos presentan elaboraciones teóricas aún no terminadas, mostrando más integración el psicoanálisis y las terapias de aprendizaje social. Los modelos fenomenológicos están en proceso de integración, sobre todo en México, ya que la más difundida es la terapia centrada en el cliente de Rogers, aunque a últimas fechas se le está dando más importancia a la terapia Gestalt. En cuanto a la terapia racional emotiva, aunque lleva ya 50 años de desarrollo, en México es poco conocida y su marco teórico se caracteriza por un intento de integración de aspectos cognitivos, emotivos y conductuales.

**1. El concepto de conducta.** En cuanto a los aspectos fundamentales de que se ocupan, los cuatro modelos hacen énfasis en aspectos diferentes, lo cual determina la fuerza y la manera de abordar la conducta alterada. No es lo mismo centrar la atención en el inconciente y los instintos, o en la conducta manifiesta y su adaptación al medio ambiente o en la persona en búsqueda de su autorrealización o en la generación de creencias irracionales que deben ser convertidas en racionales para alcanzar el cambio filosófico. Es claro que el punto de partida de cada uno de los modelos presentados nos muestra más claramente la inclinación a las diferencias que a las similitudes, pero aunque son cuatro planteamientos diferentes, cada uno de ellos busca ayudar al

**paciente a transformar aquellos aspectos que obstaculizan su desarrollo, lo detienen en su crecimiento y/o alteran su salud.**

**2. El concepto de salud. Son cuatro puntos de partida distintos.** De acuerdo a su propio marco teórico, el psicoanálisis hace énfasis en la satisfacción de las necesidades internas; el aprendizaje social le da relevancia al aprendizaje y a las influencias del medio ambiente; las terapias fenomenológicas insisten en alcanzar la autorrealización personal; y para la terapia racional emotiva es importante alcanzar la filosofía del relativismo por medio de la generación de creencias racionales. Sin embargo, los cuatro modelos coinciden en una cosa: **Buscan contribuir de la mejor manera a que cada uno de sus pacientes alcance la salud psicológica que les permita liberarse del dolor, del sufrimiento y de todo aquello que no les permite integrarse a sus grupos sociales y alcanzar la paz interior como seres humanos.** La eficacia de cada uno de los modelos depende del tipo de paciente, tipo de enfermedad o alteración, tipo de terapeuta y del momento histórico en que se encuentre tanto el paciente como el terapeuta.

**3. El concepto de enfermedad. El psicoanálisis hace énfasis en** las medidas defensivas que incorpora el paciente ante la ansiedad generada por su alteración; el aprendizaje social insiste en la falta de adaptación o en la adaptación ineficaz que vive el paciente por haber aprendido respuestas desadaptativas y el fracaso por no haber aprendido las necesarias; las terapias fenomenológicas insisten en aquello que bloquea u obstaculiza el camino para que la persona alcance su autorrealización; la terapia racional emotiva insiste en que una persona se perturba o se altera por desarrollar una gran cantidad de creencias absolutistas que le generan emociones inadecuadas y conductas alteradas. Aunque se nota que cada enfoque identifica como diferentes las causas de la alteración y enfermedad psicológica y su mantenimiento en cuanto tal, es claro que los cuatro modelos coinciden en que el paciente se altera por la influencia de factores medio ambientales o por factores internos o ambos. De alguna

manera, ofrecen al paciente un camino para abordar su problemática y tratar de resolverla.

**4. El concepto de psicoterapia.** Señalando diferencias, el psicoanálisis busca que las necesidades, sentimientos y pensamientos del paciente, que son inconscientes para él, se vuelvan conscientes centrando su atención en el análisis de sus pautas de conducta alterada y su interpretación; las terapias de aprendizaje social, por su parte, enfatizan la modificación planeada de los patrones de conducta desadaptados aplicando principios de aprendizaje; por su parte, las terapias fenomenológicas centran su atención en la experiencia conciente del paciente como base para su desarrollo, el mantenimiento o modificación de su comportamiento hasta lograr el máximo desarrollo de su potencial; la terapia racional emotiva, en cambio, centra su atención en que el cliente identifique cuáles son sus creencias absolutistas que le impiden lograr una nueva filosofía de vida. En cuando a similitudes, cada modelo maneja su propio concepto de intervención terapéutica, pero todos coinciden en los elementos fundamentales que todo proceso de intervención terapéutica debe poseer: Un intento de ejercer influencia sobre el paciente para que se comporte de determinada manera, buscan prevenir, mejorar y superar la situación actual del paciente, se establece una relación terapéutica formal y profesional entre un paciente y un terapeuta debidamente calificado y preparado, fomentan el insight, reducen la perturbación funcional, fomentan la catarsis, proporcionan información nueva al paciente, designan tareas fuera de la terapia y desarrollan fe, confianza y expectativa de cambio. En suma, participan en el proceso de cambio del paciente hasta que obtenga una nueva visión de su realidad y un nuevo sentido existencial.

**5. El concepto de terapeuta.** Para el psicoanálisis el terapeuta juega un papel fundamental ya que de su trabajo depende el éxito o el fracaso de la terapia al desempeñar un papel altamente directivo. Analiza, interpreta y aporta elementos para la solución del problema

del paciente; **para las terapias de aprendizaje social**, el terapeuta también juega un papel altamente directivo aunque de diferente manera: Establece los programas para que el paciente trabaje los patrones de conducta inadaptada y le proporciona nuevas experiencias de aprendizaje para que adquiera nuevas habilidades para controlar su vida de manera más eficaz; **en las terapias fenomenológicas**, el terapeuta juega un papel relativamente no directivo, sin nociones preconcebidas del problema del cliente centrandó su trabajo en el "Reflejo" de sentimientos y pensamientos del cliente para ayudarlo a que él los clarifique sin realizar interpretaciones, ya que no se le identifica como maestro, experto ni conocedor; **en la terapia racional emotiva** el terapeuta juega un papel activo y demostrativo y a veces, hasta incisivo, ya que busca persuadir al cliente para que abandone sus creencias irracionales y las cambie por creencias racionales, todo ello, en base a su apertura, sentido del humor y capacidad empática. **En todas ellas, el papel del terapeuta es fundamental. De hecho, aún cuando existen diferencias sobre el papel que juega cada uno de ellos en su propio sistema de intervención, en todas es fundamental la relación entre él y su paciente y el avance, retroceso o resultados de la intervención va a depender de la manera como se dé dicha relación.**

**6. El concepto de paciente.** Para el psicoanálisis el paciente es una persona activa en el proceso, que con la ayuda del terapeuta deberá descubrir las razones por las cuales actúa o siente de determinada forma, debiendo identificar los factores inconscientes que han determinado su conducta pasada e incorporar nuevos elementos conscientes por medio del insight emocional para cambiar su situación actual; **las terapias de aprendizaje social** identifican al paciente como la persona que desempeña un rol participativo, quien debe abrirse a nuevas experiencias de aprendizaje para poder asumir una nueva conducta; **las terapias fenomenológicas** identifican al paciente como el cliente que lleva la responsabilidad primordial de la terapia, ya que posee la capacidad inherente de solucionar sus propios problemas; **la terapia racional emotiva** identifica al paciente



como el cliente que tiene la responsabilidad de trabajar arduamente para comprender sus creencias irracionales y que con ayuda del terapeuta, logrará cambiarlas por creencias racionales hasta llegar a tener una nueva filosofía de vida. Aún cuando existen diferencias entre el considerar al paciente como enfermo o como cliente se manifiesta una idea básica compartida por todas las terapias: El paciente o cliente necesita ayuda, la requiere por vivir una situación de vida que le produce sufrimiento y dificultad para encontrar por sí mismo los caminos idóneos para resolver su problemática. El proceso terapéutico en el que participa se le presenta como la alternativa para enfrentarla y reducirla o eliminarla.

**7. Principios teóricos fundamentales.** Es claro que cada uno de los modelos de intervención terapéutica, incluyendo la terapia racional emotiva, ha elaborado sus propios principios, procedimientos, técnicas, investigaciones, estudios y esquemas que les ha permitido crear un marco teórico que fundamenta su ser como modelo de intervención terapéutica. Entre los modelos con más influencia y sistematización se encuentra el psicoanálisis y las terapias de aprendizaje social; los modelos fenomenológicos ejercen gran influencia sobre todo en cuanto al énfasis dado a la relación terapéutica; la terapia racional emotiva intenta integrar elementos cognitivos, emotivos y conductuales. Hasta la fecha, no existe un marco teórico integrado para todas las terapias, en su lugar, cada una de ellas, busca prevalecer y reafirmar sus propios conceptos que le permitan destacar y atender de la mejor manera a sus pacientes o clientes.

### 7.2.2 Resultados del análisis comparativo entre los procedimientos terapéuticos.

**1. El proceso terapéutico.** Para el psicoanálisis es un procedimiento largo y complejo en donde la base es la comunicación verbal entre dos personas, dando gran importancia a la relación terapéutica, en donde el paciente trabaja su material inconciente hasta lograr el cambio enfatizando la intervención interpretativa del terapeuta; para las terapias de aprendizaje social son las técnicas de tratamiento que implican un compromiso con la medición, metodología, conceptos y procedimientos que implican el cambio de conducta y de la emoción humana en base a las teorías del aprendizaje; para las terapias fenomenológicas es un procedimiento que se centra en la experiencia conciente del cliente el cual es un individuo único que puede llegar a desarrollar todo su potencial; para la terapia racional emotiva es un procedimiento donde el cliente tiene la capacidad de trabajar para cambiar su tendencia natural a pensar irracionalmente hasta llegar a una re-estructuración filosófica. **Es importante concluir que no existe superioridad de una técnica sobre otra, sino que cada una de ellas intenta alcanzar sus objetivos de ayudar al paciente con sus propios medios y de la mejor manera posible.** Un punto crítico es la dificultad para conocer los resultados de cada una de ellas, lo cual permitiría reconocer a alguna de ellas como más o menos eficiente con respecto a las demás. **Hasta el momento no existe un estudio con resultados claros y definitivos sobre dicha cuestión y mientras prevalezca esta situación, no podemos concluir al respecto.**

**2. Las metas del tratamiento.** Para el psicoanálisis su meta principal es ayudar al paciente a pensar y a conducirse de maneras más adaptativas a su medio. Para ello busca la captación intelectual y emocional de las causas fundamentales de la conducta del paciente y el trabajar a fondo sobre ellas y elaborar el proceso de cambio; las terapias de aprendizaje social buscan detectar exactamente la queja del paciente y enseñarle nuevas habilidades para que controle mejor su vida. Para ello se vale del análisis funcional; La meta principal de

**las terapias fenomenológicas** es facilitar el crecimiento del cliente en base al desarrollo de toda su potencialidad jugando un papel básico, para ello, la relación interpersonal con el terapeuta; **para la terapia racional emotiva** su meta principal es ayudar al cliente a perseguir metas y propósitos a largo plazo y a demostrarle que está en sus manos el cambiar su propia filosofía de vida. Implica un re-educarse para lograr cambios en su estilo propio de vivir. **Es importante señalar que, aunque los medios utilizados por cada modelo de intervención terapéutica son distintos, es fundamental señalar que todos los modelos buscan un mismo fin: Que el paciente o cliente encuentre el mejor camino, con la mayor o menor ayuda del terapeuta, para ser mejor superando sus problemas psicológicos actuales que le limitan o impiden alcanzar su mejor estado personal. Este es uno de los puntos de mayor coincidencia entre todos los modelos de intervención terapéutica.**

**3. La relación terapéutica.** El psicoanálisis señala que juega un papel vital para que el paciente logre superar su problemática. Es el medio para lograr el insight y de acuerdo a como se establezca, habrá mayor o menor transferencia; **las terapias de aprendizaje social** perciben la relación terapéutica como un elemento importante, pero no como una condición suficiente de la terapia. Implica una atmósfera de confianza donde el terapeuta comunica al cliente que lo comprende y acepta y en donde trabajarán juntos para enfrentar sus problemas; **para las terapias fenomenológicas** la relación terapéutica es el único elemento esencial de la terapia. Ahí se encuentran los elementos necesarios y suficientes para que se dé el cambio del paciente; **en la terapia racional emotiva** la relación terapéutica es el medio adecuado para el cambio del paciente en base a la buena relación entre ambos sin establecer lazos afectivos, pero debe ser una relación lo más abierta posible, basada en la apertura, la confianza y el buen humor. **En todos los modelos de intervención terapéutica es claro que el tipo de relación establecida entre el terapeuta y el paciente juega un papel fundamental. Es un punto de coincidencia muy importante habiendo diferencias sólo en la manera de llevarla a cabo,**

desarrollarla, mantenerla y concluirla, pero ningún modelo le resta importancia o intenta desaparecerla.

**4. Los elementos del proceso terapéutico.** En el **proceso terapéutico psicoanalítico** se busca descubrir las causas históricas de la conducta actual del paciente, volver conciente al inconciente, promover la elaboración de insights y comprender las defensas utilizadas por el paciente, por la resolución del proceso transferencial, aplicando las técnicas del tratamiento y evaluando los resultados obtenidos; el **proceso terapéutico de los modelos de aprendizaje social** aplica las leyes básicas del aprendizaje y las principales técnicas obtenidas de su investigación hasta modificar las conductas desadaptativas específicas y manifiestas y llegar a la evaluación experimental del tratamiento; el **proceso de las terapias fenomenológicas** exige la creación de la relación terapéutica para que el cliente exprese libremente sus sentimientos y pensamientos negados y distorsionados, buscando la comprensión interna de los mismos para aumentar la auto-comprensión y así dar los pasos positivos hacia la resolución de sus conflictos; el **procedimiento terapéutico de la terapia racional emotiva** inicia con una clara y necesaria inducción al cliente para que conozca los lineamientos básicos de la terapia y se familiarice con ella, hasta entonces, se valorará su situación, aplicando además el procedimiento ABC y las técnicas cognitivas, emotivas y conductuales necesarias para enfrentar el caso en cuestión. Juega un papel importante la refutación de creencias irracionales y su sustitución por nuevas creencias racionales. Una vez concluida la terapia, se establecerán sesiones libres para dar seguimiento al nuevo sistema de vida del cliente. Es importante señalar que **todos los modelos de intervención terapéutica coinciden en una cosa: Todos cuentan con un proceso terapéutico debidamente integrado y desarrollado, con un marco teórico sistematizado y con técnicas específicas derivadas de su investigación y trabajo de campo, no queriendo establecer cuál es mejor o peor. Pero al mismo tiempo, todos los modelos de intervención terapéutica son distintos en la manera de ayudar al paciente o cliente. Este es uno de los puntos**

importantes que impiden la formación de un modelo psicoterapéutico integral. A la fecha es más notorio el trabajo individual de cada terapia por sí misma que por establecer elementos comunes entre ellas.

**5. Difusión de la intervención terapéutica.** La terapia psicoanalítica es la más famosa y la más difundida. De hecho, se considera a Freud como el padre de la intervención terapéutica por sus grandes aportaciones a este campo; los modelos de aprendizaje social tuvieron un surgimiento impresionante. Es uno de los modelos más populares en la actualidad y cuenta con gran difusión bibliográfica de sus avances, descubrimientos y aplicaciones; por su parte, las terapias fenomenológicas cuentan con menos difusión que las anteriores, pero llegaron a tener un boom en cuanto a la importancia de la relación terapéutica y a la humanización del proceso mismo; por último, la terapia racional emotiva ha sido poco difundida en México, aunque en los estados Unidos tiene gran auge y una gran proliferación de bibliografía al respecto. En suma, es claro que, aunque la terapia racional emotiva, tiene ya 50 años de desarrollo, siguen siendo el psicoanálisis y las terapias de aprendizaje social los modelos de mayor influencia y aplicación en nuestro medio, pero es necesario señalar que el campo de las terapias cognitivas se está haciendo mayor en nuestro país. La terapia racional emotiva está trabajando intensamente para presentarse como una adecuada alternativa ante lo que ofrecen los modelos ya establecidos pero aún sin mostrar con gran claridad cuáles son esas ventajas y diferencias.

### 7.2.3 Resultados del análisis comparativo entre las principales técnicas utilizadas.

**1. Naturaleza de la técnica terapéutica.** Para el psicoanálisis es muy difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar a fondo en sus conflictos psicológicos. Necesita de la ayuda del terapeuta quien aplicará técnicas terapéuticas por medio de las cuales le enseñará cómo y dónde buscar la información significativa para entrar en un proceso de cambio; **para las terapias de aprendizaje social** sus técnicas se basan en hallazgos empíricos y en los fundamentos teóricos de la psicología experimental, especialmente en las teorías del aprendizaje. Son los medios necesarios para inducir al cliente al cambio; **para las terapias fenomenológicas** las técnicas son lo menos importante aunque no las desechan totalmente ya que ellos dan más importancia a la relación entre el cliente y el terapeuta; **en cambio, para la terapia racional emotiva**, juegan un papel muy importante ya que por medio de ellas se trabajará para cambiar las cogniciones, emociones y conductas de los clientes. Han tomado algunas técnicas de los modelos de aprendizaje social, cognitivos, psicoanalíticos, y fenomenológicos y han desarrollado algunas de manera particular. Se clasifican en técnicas cognitivas, emotivas y conductuales y tienen gran diversidad de aplicación. **Podemos concluir que en este aspecto, los tres primeros modelos poseen técnicas muy claramente definidas y difícilmente utilizan técnicas de los demás modelos. La terapia racional emotiva se caracteriza por tomar, lo que considera valioso, de las demás terapias.** No hay que olvidar que su fundador, el Dr. Albert Ellis, propone su terapia como una alternativa a las limitaciones de las otras terapias, principalmente del psicoanálisis. **En suma, la terapia racional emotiva no es una alternativa ante los demás modelos. Es un modelo más que aporta elementos valiosos para el tratamiento de sus clientes pero también cuenta con sus propias limitaciones y deficiencias.**

**2. Principales técnicas utilizadas.** El modelo psicoanalítico utiliza como sus técnicas principales: la asociación libre, la interpretación de

los sueños, atención a la conducta cotidiana, el análisis de la resistencia, el análisis de las transferencias y la interpretación analítica; **por su parte, las terapias de aprendizaje social utilizan:** la desensibilización sistemática, el flooding, la implosión, el entrenamiento autoafirmativo, el reforzamiento positivo y la modelamiento, la terapia aversiva, el manejo de contingencias y la bio-retroalimentación; **las terapias fenomenológicas dan importancia a:** El incremento de la conciencia, incremento de la autoaceptación, comodidad interpersonal incrementada, incremento de la flexibilidad cognoscitiva, incremento a la autoconfianza y el funcionamiento mejorado; **por último, la terapia racional emotiva las clasifica en:** técnicas cognitivas, emotivas y conductuales. Entre las principales están: Refutación de creencias irracionales, la discriminación, biblioterapia, técnicas de imaginación, métodos de proyección del tiempo, métodos humorísticos, métodos de autodescubrimiento, historias, parábolas, repetición de frases racionales, tareas para casa, ejercicios de anticipación, recompensas y castigos. **Cada modelo de intervención terapéutica muestra coherencia entre su marco teórico y sus técnicas utilizadas delimitando su campo de acción y de influencia.** Cada técnica posee su propio nivel de complejidad y especificidad y sobre un propio campo de aplicación, por lo tanto, no podemos mencionar que unas son mejores que otras, sino que cada una de ellas se avoca a proporcionar elementos de solución a determinados conflictos del paciente. **En suma, la terapia racional emotiva se abre en mucho a aplicar técnicas terapéuticas de otros procedimientos y lo hace de acuerdo a sus propios planteamientos.**

## Capítulo VIII.

### 8. Conclusiones finales.

Como resultado de la investigación bibliográfica desarrollada, concluimos que:

1. En coherencia con nuestra hipótesis de trabajo, si los elementos que se requieren para reconocer y aceptar un proceso terapéutico, son la existencia de un marco teórico sistemático, un proceso terapéutico integrado y la aplicación de técnicas terapéuticas debidamente validadas y comprobadas, entonces, si la terapia racional emotiva cuenta en su estructura con estos elementos, será considerada como una alternativa terapéutica funcional. Concluimos: **La terapia racional emotiva es una alternativa terapéutica que responde a los requerimientos actuales de la atención psicológica, ya que cubre los requerimientos teóricos, comparte los elementos básicos del procedimiento de intervención terapéutica con los otros modelos, y cuenta con técnicas de intervención propias y aplica otras utilizadas por los demás modelos.** Además, es importante señalar que ha permanecido vigente desde su surgimiento, hace 50 años y se ha extendido a otros países formándose institutos de terapia racional emotiva. México cuenta con uno de ellos. **Sin embargo, también concluimos que la terapia racional emotiva no es "la alternativa terapéutica",** como el Dr. Albert Ellis y sus seguidores la presentan ante las supuestas deficiencias de los demás modelos por ellos señaladas, especialmente del procedimiento psicoanalítico.

2. La terapia racional emotiva utiliza técnicas cognitivas, emotivas y conductuales de manera integrada y propone un fundamento de carácter filosófico, que pone de manifiesto que los seres humanos producimos ideas esenciales creadoras de trastornos que, según el autor, son la base de los actos contraproducentes de las personas. Por lo tanto, propone un cambio radical de la filosofía negativa y afirma mostrar el camino más adecuado para lograrlo. En nuestro análisis de



sus procedimientos terapéuticos descubrimos que en realidad, los medios para lograr este objetivo no se especifican de manera consistente, clara y profunda, quedándose en un esbozo general. Además, concluimos que el intento de cambio de la filosofía de vida del paciente o cliente no es privativo de la terapia racional emotiva, ya que todos los procedimientos de intervención terapéutica, buscan un cambio en la forma de vivir del paciente aunque lo hacen por distintos caminos. En la terapia racional emotiva es más explícita su referencia y definición.

3. En cuanto al marco teórico de la terapia racional emotiva, concluimos que muestra falta de estructura y sistematización en sus conceptos básicos, restándole importancia a las causas profundas del comportamiento y manifiesta una tendencia de explicación simplista sobre el mismo, tratando de dar respuestas sencillas y rápidas a la problemática presentada por el paciente. Es un proceso terapéutico enfocado más hacia los resultados inmediatos.

4. Referente a su procedimiento terapéutico, concluimos que la terapia racional emotiva es un proceso de re-educación que implica un cambio radical en la forma de vida del cliente cambiando sus formas de pensar y en consecuencia, sus formas de sentir y de actuar, pero esto no es exclusivo de la terapia racional emotiva, ya que cada uno de los modelos busca cambiar la forma de vivir de cada paciente de acuerdo a sus propios procedimientos. La terapia racional emotiva expresa que el punto medular del cambio terapéutico del cliente, es la transformación de sus creencias irracionales por creencias racionales y sólo así podrá cambiar su filosofía de vida. Sin embargo, el que una persona cambie sus formas de pensar no es suficiente, ya que existe una gran brecha entre los mapas teóricos de las personas y su territorio experiencial. Al igual de los demás modelos, es un medio para combatir directa o indirectamente la desmoralización del paciente.

5. La terapia racional emotiva, al autodenominarse como "la alternativa terapéutica", se valora como la mejor alternativa que ofrece resultados eficaces sobre los problemas de sus clientes. **Concluimos que, hasta el momento actual, no existen estudios comparativos y determinantes que demuestren la efectividad de los procedimientos terapéuticos y el reto lanzado por Eysenk en 1952 sobre los efectos que producen las psicoterapias, no ha sido resuelto, debido a la dificultad de la formulación del problema de evaluación, por la gran cantidad de variables a considerar; además, existe una gran deficiencia teórica al no existir un marco teórico de referencia común a los diferentes enfoques; existen dificultades metodológicas en cuanto a la mejor manera de enfrentar la cuestión; existe resistencia de algunos terapeutas a realizar la evaluación, ya que algunos consideran la idea fuera de lugar y otros piensan que sus efectos son tan claros y evidentes que nadie duda razonablemente de su eficacia y existe un problema de valores que impide una toma de decisión uniforme en cuanto a la forma de juzgar sus resultados.**

6. Por último, concluimos que la esencia de todas y cada una de las psicoterapias es la resolución de los problemas personales del cliente y cada terapeuta debe responder a ello. Desde el mismo momento en que un procedimiento terapéutico aplica un conjunto de técnicas concebidas para lograr un objetivo preciso, es legítimo preguntarse si tales objetivos han sido alcanzados o no. En consecuencia presentamos tres sugerencias:

6.1 Consideramos importante la realización de investigaciones que aborden y respondan al problema de la efectividad de las psicoterapias.

6.2 Es necesario investigar qué elementos deben tomarse en cuenta para la búsqueda de la integración de los modelos de intervención terapéutica en un sólo marco conceptual y técnico que permita el desarrollo integral de todas las psicoterapias, poniendo énfasis mayor en sus convergencias, más que en sus diferencias, ya que en la

actualidad existen problemas de definición e interpretación, en donde predominan obstáculos hacia la integración, como son la complejidad y la especificidad de los procesos psicopatológicos, las técnicas empleadas bajo el título de psicoterapia, el problema de la diversidad de la terminología, la falta de definición de los criterios de mejoría, la falta de definición de las variables de estudio, los diversos métodos de interpretación, y la falta de una estructura teórica adecuada integral que sirva de base a las investigaciones.

**6.3** Que se fomente el estudio y la investigación en el ámbito académico de aquellos enfoques o procedimientos terapéuticos que presenten alternativas que enriquezcan la práctica profesional del psicólogo clínico.

### Referencias bibliográficas.

DRYDEN-ELLIS A. Práctica de la terapia racional emotiva. Ed. Desclee de brouwer. Biblioteca de psicología. México. 1982.

ELLIS-ABRAHAMAS E. Terapia racional emotiva. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. E.d. Pax. México.1989.

ELLIS-GRIEGER. R. Handbook of rational emotive therapy. Ed. Springer publishing company. New york. 1977.

BERNSTEIN D.-NIETZEL M. Introducción a la psicología clínica. Ed. Mc graw hill. México. 1982.

MAHONEY M.-FREEMAN A. Cognición y psicoterapia. Ed. Paidos, México. 1985.

HUBER CH.-BARUTH L.G. Terapia familiar racional-emotiva. Perspectiva sistémica. Ed. Herder. Biblioteca de psicología. 1991.

GARFIELD SOL L. Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta. Ed. El manual moderno. México. 1979.

KENDALL-NORTON. Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales. Ed. Limusa. México. 1988.

PEREZ GOMEZ AUGUSTO. Psicología clínica. Problemas fundamentales. Ed. Trillas. México. 1981.

THOMPSON CLARA. El psicoanálisis. Ed. Fondo de cultura economica. México. 1983.

ELLIS-BERNARD. Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Desclee de brouwer. Bilbao. 1989.

ELLIS-WHILELEY. Theoretical and empirical foundations of Rational-emotive therapy. Ed. Brooks. Monterey, cal. 1979.

ELLIS ALBERT. The essence of rational psychotherapy. A comprehensive approach to treatment. Ed. Itre. New york. 1970.

BECK A.T. Cognitive therapy and emotional disorder. Ed. International universities press. New york. 1976.

ESCHENROEDER C. How rational is rational emotive therapy? Ed. Itre. New york. 1982.

WALEN S.-GIUSEPPE R. A practitioner's guide to rational-emotive therapy. Ed. Oxford university press. New York. 1980.

MC.CONNELL JAMES V. Psicología. Ed. Interamericana. México. 1978.

KOLB L.C.-BRODIE H.K. Psiquiatría Clínica. Ed. Interamericana. México. 1985.

HORNEY KAREN. La personalidad Neurótica de nuestro tiempo. Ed. Paidós. Biblioteca Mundo Moderno. Buenos Aires, Argentina. 1976.

FOUCAULT MICHEL. Historia de la locura en la época clásica. Ed. Fondo de cultura económica. México. 1964.

CAMERON NORMAN. Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico. Ed. Trillas. México. 1983.

COLEMAN C. JAMES. Psicopatología.I. Los grandes modelos teóricos. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1977.

COLEMAN C. JAMES. Psicopatología.II. Personalidad. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1978.

ROGERS C. R. El proceso de convertirse en Persona. Mi técnica terapéutica. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.1961.

ROGERS C.R. La terapia centrada en el Cliente. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1965.

ALEXANDER F. Fundamentals of Psychoanalysis. Ed. W. W. Norton. Nueva York. 1948.

WOLBERG L.R. La técnica de la Psicoterapia. Ed. G.S. Nueva York. 1967.

YATES A.J. Terapia Conductual. Ed. Trillas. México. 1975.

ULLMAN-KRASNER. Psychological approach to abnormal Behavior. Ed. Prentice-Hall. Nueva York. 1969.

WOLPE J. The practice of behavior therapy.. Ed. Pergamon. Nueva York. 1969.

RIMM, David C.. Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. Ed. trillas. México. 1979.

MILLER N. Aprendizaje de respuestas glandulares y viscerales. Ed. Science. Nueva York. 1969.

COLEMAN C. JAMES. Psicología contemporanea y conducta eficaz. Ed. Manual Moderno. México, D.F.1977.

WOLFE J.L-BRAND E. Twenty years of rational therapy. Ed. Institute for rational living. Nueva York. 1977.

MAULTSBY Jr. Maxie C. Help yourself to happiness. Ed.The Institute for rational living,Inc. New York. 1975.

DANSKIN-CROW. Biofeedback. An Introduction and Guide. Ed. Mayfield Publishing Co. Palo Alto, California, U.S.A. 1981.

GOODMAN-MAULTSBY. Emotional Well-Being Through rational behavior training. Ed. Charles C. Thomas. Springfield, Illinois U.S.A. 1978.

WESSLER-WESSLER. The principles and practice of rational emotive therapy. Ed. Jossey-Bass Pub. San Francisco Cal. U.S.A. 1980.