



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
" I Z T A C A L A "
FACULTAD DE PSICOLOGIA

400282



61060

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TERAPIA
COGNITIVA-CONDUCTUAL Y LA TERAPIA
RACIONAL-EMOTIVA (USOS, VENTAJAS,
DESVENTAJAS, SIMILITUDES Y DIFERENCIAS).

P01350/96
Ej. 2

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

GABRIELA

MARTINEZ

YAÑEZ





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.

AGRADECIMIENTOS.

A:

Mi madre Ma. del Pilar:

porque con su ejemplo he salido adelante, porque me ha enseñado que cuando se quiere se puede y porque a ella tengo que agradecerle todo lo que he logrado y lo que soy.

A:

Mis hermanos Luis y Marcela:

por que han sido un gran ejemplo para mi y de cada uno he aprendido cosas muy valiosas como personas.

A:

*Mis tíos y tías Ma. Elena, Jesús, Rubí, Arturo y Mary:
por su apoyo durante todo este tiempo.*

Y a:

*Mis Primos Inna, Edgar, Fabiola, Odeth y Manuel:
Por su Cariño.*

A TODOS USTEDES LOS QUIERO MUCHO.

GRACIAS.

A:

Todos mis amigos que han estado conmigo a lo largo de tantos años en especial a:

Guille, Humberto, Hilario, a "Los Batos", etc.

Y a:

Las personas de quien he aprendido mucho como profesionalista:

Psic. Elizabeth Rogríguez Almaraz: por su confianza.

Dr. Arturo Soria: por la gran oportunidad que me brindó.

Psic. Amparo de la Vega Morell: por que de ella he aprendido mucho.

Psic. Victor Hugo Lara Granados: por compartir sus conocimientos y consejos conmigo.

Psic. Columba Armenta Armenta: por su gran amistad, por su ayuda y por ser muy buena colega.

A todos los profesores de la carrera, en especial a:

Angeles Campos Huichán:

por su apoyo y ayuda en la realización de mi tesis, su ayuda en los momentos difíciles y porque gracias a ella este trabajo fué posible.

A:

Esteban Vaquero:

porque aprendí mucho con él y por sus consejos profesionales.

A:

Los profesores que fueron mis sinodales, en especial Jesús Vargas y Rocio Soria por todo lo que aprendí con ellos y por su ayuda en la realización de mi tesis.

A:

La UNAM y en especial a LA ENEP IZTACALA.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA TERAPIA COGNITIVA -
CONDUCTUAL Y LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. (Usos,
ventajas, desventajas, similitudes y diferencias).

INDICE.

RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	6
CAPITULO 1: TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.....	13
1.1. DESARROLLO DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA.....	14
1.1.1. Influencia de la psicología rusa y norteamericana.....	15
1.1.2. Aplicaciones particulares de los principios del condicionamiento a las anormalidades del comportamiento.....	17
1.1.3. Desarrollo de la terapia del comportamiento en Norteamérica.....	18
1.2. DEFINICION DE LA MODIFICACION COGNITIVO - CONDUCTUAL.....	19
1.3. PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL.....	20

CAPITULO 2: TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA DE ALBERT ELLIS.....	24
2.1. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL-EMOTIVA (TRE).	27
2.2. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).	30
2.2.1. Submetas de la TRE.	34
2.2.2. Implicaciones de la TRE.	36
2.3. TEORIA DEL ABC DEL PENSAMIENTO Y LA PERTURBACION EMOCIONAL.	38
2.4. LA TERAPIA Y EL TERAPEUTA RACIONAL EMOTIVO.	41
2.4.1. El procedimiento de la Terapia Racional Emotiva.	43
2.4.1.1. Psicodiagnóstico Racional Emotivo.	44
2.4.1.2. Insight Racional Emotivo.	48
2.4.1.3. Trabajar hacia lo Racional - Emotivo, Parte 1: enseñar una Base de conocimiento racional.	49
2.4.1.4. Trabajar hacia lo Racional - Emotivo, Parte 2: facilitar una nueva filosofía.	51
2.4.2. El terapeuta.	54
2.5. TECNICAS.	57
2.5.1. Técnicas Cognitivas.	58
2.5.2. Técnicas Emocionales.	61
2.5.3. Técnicas Conductuales.	63
2.6. APLICACIONES.	64

CAPITULO 3: TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA LA DEPRESION DE AARON BECK.66	
3.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION.	69
3.2. LA TERAPIA Y EL TERAPEUTA COGNITIVO - CONDUCTUAL.	72
3.2.1. Principios terapéuticos de la terapia cognitiva - conductual.	75
3.2.2. El terapeuta cognitivo - conductual.	76
3.1.2.1. Relación terapéutica.	80
3.3. TECNICAS.	82
3.3.1. Técnicas cognitivas.	84
3.3.2. Técnicas conductuales.	88
3.4. APLICACIONES.	88
CAPITULO 4: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA DE ALBERT ELLIS Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL DE AARON BECK.90	
4.1. DIFERENCIAS COGNITIVAS ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.	91
4.2. DIFERENCIAS AFECTIVAS ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.	96

4.3. DIFERENCIAS CONDUCTUALES ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.	98
4.4. COMPARACION ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.	99
CONCLUSIONES.	104
REFERENCIAS.	108

RESUMEN

La terapia Racional-Emotiva y la terapia Cognitiva- Conductual surgieron del Condicionamiento clásico y Operante. Sus bases son todas las técnicas del condicionamiento que emplearon Thorndike, Pavlov, Skinner, etc. en la experimentación con animales. Aún cuando se conoce todo este trabajo experimental, poco se sabe de sus primeros estudios con personas. Albert Ellis, cuya formación filosófica lo guía hacia el conocimiento de la persona como creadora de sus propios males y no encontrando solución con el psicoanálisis, retoma las técnicas de la modificación de conducta y crea lo que él llama Terapia Racional-Emotiva en donde se trata de ayudar al paciente haciéndole ver cómo su forma de pensar sobre las cosas y sus experiencias anteriores son el origen de sus problemas. Aaron Beck, tomando como base este trabajo de Ellis, retoma algunos puntos y así es como surge la Terapia Cognitiva-Conductual, en donde se pretende ayudar al paciente tratando de que cambie sus pensamientos negativos por otros más positivos y así encontrar la raíz del problema y trabajar sobre eso.

Estos dos tipos de terapia presentan muchos rasgos en común, ambas son terapias breves con objetivos muy específicos para cada sesión, se pretende que el paciente cambie su modo de percibir el problema, el estilo del terapeuta es semejante, entre otros.

A lo largo de este trabajo se encontrarán todas las características de ambas terapias. Aún cuando se pueda ver que son muy parecidas se encontrarán detalles que las hacen diferentes y exclusivas en su aplicación para los distintos problemas psicológicos que se presentan en los pacientes.

Las diferentes terapias centradas en la introspección tienen en común el postulado de que la conducta desordenada puede mejorar haciendo que los pacientes conozcan las razones de su conducta. Estas terapias comparten también la esperanza de que las personas tratadas se sientan y se comporten mejor gracias a su mayor nivel de concientización.

En estos últimos años, se ha venido fraguando un tipo de psicoterapia en un marco científico de trabajo; se trata de la terapia de conducta o modificación de conducta. En un principio su método se limitó a una terapia basada en el condicionamiento clásico u operante, pero en la actualidad se considera en una perspectiva más amplia, que tiene por nombre Psicología Experimental Aplicada.

Por otra parte, si ha de tomarse en serio la modificación de la conducta como rama de la psicología experimental, lo más lógico sería incluir en ella las teorías e investigaciones realizadas sobre los procesos cognoscitivos. Efectivamente, en estos últimos años, las terapias conductistas hicieron uso explícito de conceptos cognoscitivos para tratar de entender y modificar la conducta manifiesta en un contexto clínico. (Davison y Neale, 1983).

La terapia de la conducta se puede definir como la aplicación sistemática de los principios del aprendizaje al análisis y tratamiento de los trastornos del comportamiento. El uso clínico de la terapia de conducta se apoya, sobre todo, en fenómenos observables, susceptibles de ser reproducidos y confrontados, relativos a la conducta del paciente, más que en inferencias, interpretaciones o suposiciones inherentes a sus vivencias psíquicas subjetivas. (Ruiloba, 1991).

En el enfoque conductual de los problemas clínicos se pone énfasis en los problemas observables y contrastables, y especialmente en la conducta del paciente, en vez de en sus estados y constructos mentales inferidos. El clínico pretende relacionar las diversas conductas y en especial aquellas conductas denominadas síntomas, con otros sucesos observables de naturaleza fisiológica o ambiental. Este proceso de realización del análisis conductual es un paso crucial en el diseño de un programa de tratamiento para el paciente. (Kaplan y Sadock, 1987).

Los postulados básicos del enfoque conductual son los siguientes:

*Todo sujeto, si se le enseña adecuadamente, puede aprender a cambiar.

*Los problemas intra e interpersonales no son necesariamente consecuencia de motivaciones: la mayoría dependen del aprendizaje de comportamientos poco efectivos.

*El *insight* puede generar comprensión, pero no motiva cambios comportamentales.

*Definir y comprender un problema no implica necesariamente encontrar su solución. Esta necesita de respuestas observables, inmediatas y duraderas, que se inscriban en el repertorio comportamental del sujeto.

*En cualquiera de sus formas, la meta de toda terapia conductual es encontrar, realizar y mantener estrategias adecuadas a los distintos problemas (emocionales, interpersonales o conductuales) identificados por el paciente.

*La psicoterapia conductual opera de manera visible y concreta. No busca causas, sino que se examinan directamente los problemas (síntomas) presentados. (Vidal y Alarcón, 1986).

El aprendizaje social o cognitivo es una forma de modificar la conducta que ha permitido desarrollar técnicas adaptativas como el autocontrol o el aprendizaje por imitación.

Las terapias cognoscitivas se derivan de conceptualizaciones que se encuentran en los conocimientos o pensamientos de las personas como una de las fuentes principales de transtornos psicológicos. La terapia cognoscitiva trata de modificar los sentimientos y conducta del paciente al modificar sus pensamientos. Los terapeutas cognoscitivistas suponen que los cambios efectuados en el conocimiento de los pacientes producirán cambios positivos en sus conductas problema.

Las terapias cognoscitivas y las terapias conductuales han quedado integradas recientemente en forma de

intervenciones cognoscitivo - conductuales. Los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognoscitivo - conductual están basados en los principios siguientes: 1) el organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho, 2) esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje, 3) la mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente y 4) los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos. (Kendall y Norton-Ford, 1988).

El supuesto teórico de la terapia cognitiva es que la conducta está mediada en gran medida por el modo que tiene un individuo de estructurar el mundo, modo que está basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias previas al aprendizaje. Este modo supone que un individuo determinado percibe una situación estimulante y la evalúa en función de las experiencias anteriores. El cómo las percibe y evalúa suscita unas respuestas emocionales -observables y no observables-, unas imágenes mentales y un lenguaje interno que "etiquetan" esas situaciones y toda esa cadena de procesos indicarán al individuo cómo afrontar esa situación y emitir una conducta determinada en función también de su estilo de afrontamiento modulado por aprendizajes anteriores.

Esos procesos de percepción, etiquetado o evaluación y afrontamiento colorean el modo como un individuo ve el mundo y su lugar dentro de él. Por lo tanto, las distorsiones o déficits cognitivos pueden ser, en alguna medida, los responsables de la aparición de trastornos emocionales. La terapia cognitiva pone el acento en esos procesos mediadores y en su posible distorsión e intenta identificarlos, analizarlos y modificarlos y, en consecuencia, modificar los

comportamientos que covarían con tales procesos. (Ruiloba, 1991).

En la revisión realizada por Mahoney y Arnkoff (1a8, citado en Ruiloba, 1991) sobre los tipos de terapia cognitiva se incluyen:

1. La terapia racional emotiva (TRE) de Ellis.
2. La reestructuración cognitiva sistemática de Goldfried y Goldfried.
3. La terapia cognitivo - conductual de Beck.
4. La terapia de habilidades de afrontamiento del estrés (técnica de inoculación de estrés de Meichenbaum y de Novaco).
5. La terapia de resolución de problemas de DáZurrilla y Goldfried.

La terapia cognitiva - conductual de Aaron Beck (1963) es un tratamiento fundado en el supuesto de que la cognición -el proceso de adquirir conocimientos y creencias- es un determinante primario del estado de ánimo y de la conducta. Se aplica, sobre todo, en pacientes deprimidos, los cuales tienen pensamientos negativos respecto de sí mismos, de los demás y del futuro. (Kaplan y Sadock, 1987). Estas tres áreas de interés reciben a menudo el nombre de triada negativa. Entre los pensamientos negativos típicos figuran las evaluaciones negativas de sí mismo debidas a comparaciones con personas que han tenido más éxito, las autocríticas y autoacusaciones resultantes del énfasis excesivo en los propios defectos, las evaluaciones negativas inexactas hasta del más simple acontecimiento, y una sensación de estar abrumado por responsabilidades comunes, hasta el punto de sentir impotencia. (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Las numerosas estrategias que se emplean en terapéutica cognoscitiva - conductual tienen como finalidad ayudar al paciente a percatarse de los pensamientos automáticos negativos, reconocer las relaciones entre pensamiento, afecto y conducta, y sustituir los pensamientos deformados con interpretaciones más realistas y llenas de opciones. (Levenson y Pope, citado en Goldman, 1989).

La terapia cognitiva - conductual es una terapia breve y estructurada que supone la colaboración activa entre paciente y terapeuta hacia la consecución de los fines de la terapia. Está orientada a los problemas actuales y a su solución. La terapia suele realizarse con carácter individual, aunque se han desarrollado y ensayado también técnicas de grupo.

La terapia racional emotiva (TRE), de Albert Ellis, tiene como principio ayudar a los pacientes a percatarse de sus creencias contraproducentes y a sustituirlas con afirmaciones más autoestimulantes.

La esencia de la Terapia Racional Emotiva (TRE) se puede resumir considerando el modelo "ABC" de Ellis. "A" se refiere al acontecimiento activador, la situación a la cual se expone el paciente, mientras que "C" representa las consecuencias (tanto emocionales como conductuales) que según el paciente resultaron de "A". El factor central es "B", las creencias que el paciente abriga con respecto a la situación de que se trate. La existencia de esas creencias irracionales, y la forma en que se reflexiona sobre ellas es una plática irracional consigo mismo, es lo que da lugar a las consecuencias emocionales experimentadas en el punto C. A no es la causa de C. C es el resultado de las creencias mediadoras. (Bernstein y Nietzel, 1986).

Como terapia, la Terapia Racional Emotiva (TRE) trata de alterar la conducta problema de los paciente atacando activamente a las creencias de la persona que según parece, están produciendo las consecuencias de inadaptación. El terapeuta reta al paciente, exige explicaciones de toda clase de suposiciones y expresa dudas y desaprobación cuando el paciente describe sus creencias irracionales. Sin embargo, el ataque va dirigido a las creencias irracionales y *no a la personalidad* del paciente. (Kendall y Norton - Ford, 1988).

El objetivo de este trabajo es conocer más sobre la Terapia Racional Emotiva (TRE) y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) con el fin de tener bases para su aplicación en los diferentes problemas psicológicos, esto es, al conocer las características de cada una de estas terapias poder elegir alguna de ellas sabiendo de antemano qué características debe poseer el terapeuta, cuáles son los pasos a seguir durante el tratamiento, qué se puede esperar y a qué tipo de pacientes va dirigida.

En el capítulo 1, se hará una breve revisión de cómo es que surge la terapia cognitiva y como se empezó a trabajar con ella, para posteriormente, en los capítulos 2 y 3, enfocarnos más sobre la TRE y la TCC, conocer cómo es que Albert Ellis crea la TRE y a partir de sus hallazgos Aaron Beck formula la TCC; en estos capítulos se revisarán características de cada una, técnicas, procedimientos, etc., para finalmente, en el capítulo 4, hacer una comparación de estas terapias con el fin de encontrar elementos comunes y diferentes entre ellas y así saber cual de las dos terapias nos conviene más utilizar en determinado momento y con un paciente en particular.

CAPITULO 1: TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL.

La psicoterapia cognitivo-conductual tiene su origen en las terapias de la conducta. Las terapias de la conducta son el empleo de principios del aprendizaje establecidos experimentalmente, con el propósito de cambiar conductas inadaptadas. Hábitos inadaptados son debilitados y eliminados; hábitos adaptados son iniciados y fortalecidos. (Wolpe 1985).

El dominio de la terapia de la conducta son los hábitos humanos no adaptativos (inadaptados). En esta el terapeuta busca reemplazar estos hábitos por otros adaptativos. La conducta es adaptativa cuando sus consecuencias satisfacen las necesidades del individuo, lo alivian del dolor, de la incomodidad o del peligro, o evitan el gasto de energía indebido. En la jornada diaria de todo mundo ocurren actos individuales no adaptativos. Es sólo cuando los actos particulares no adaptativos son habituales que surge la necesidad de tratamiento. Cuando un hábito no adaptativo está arraigado en un estado de alteración orgánica, como una lesión cerebral, el tratamiento impone que uno se ocupe de esa alteración orgánica. Cuando el hábito está basado en el aprendizaje, es el proceso de aprendizaje lo que debe proporcionar la clave para el cambio. Los hábitos no adaptativos que están basados en el aprendizaje son el campo de la terapia de la conducta. Estos hábitos son de 5 categorías: 1. neurósis, 2. hábitos no adaptativos aprendidos "puros" (berrinches, comerse las uñas, etc.), 3. conducta no adaptativa aprendida de los esquizofrénicos, 4. personalidad psicópata y 5. toxicomanías. (Wolpe, op. cit.).

Los avances logrados en las terapias de la conducta constituyen el movimiento más admirable y de mayor reto en el campo de la psicoterapia durante los últimos años. Se puede decir en su favor que las técnicas y los procedimientos que se usan son relativamente explícitos, el tiempo que se requiere para las terapias conductistas, por lo general, es mucho menor que el requerido para la terapia psicodinámica interpretativa; muchas de las técnicas y métodos se han derivado o se relacionan con la teoría e investigación psicológica básica, se logran algunas evaluaciones cuantitativas de éstos métodos conductistas, tienen como nota característica una orientación más rigurosa hacia la investigación objetiva, algunos de los casos más difíciles y desesperados han sido tratados con métodos conductistas, y los resultados obtenidos parecen ser por lo menos tan buenos como los que se obtienen con otras terapias. (Garfield, 1979).

1.1. DESARROLLO DE LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO.

La terapéutica de la conducta deriva de la teoría del aprendizaje y de las técnicas del condicionamiento clásico y operante. Los fundamentos de la terapia de la conducta se remontan a los laboratorios de experimentación sobre conducta animal de Bechterev (1912) y Pavlov (1927) en la URSS, y de Thorndike (1898) en Estados Unidos. Los principios de la teoría del aprendizaje que evolucionaron a partir de las observaciones de aquellos pioneros continúan siendo sometidos a revisiones y modificación en los laboratorios de psicología conductual. Todo el bagaje de conocimientos derivado de este proceso investigador constituye la base del tratamiento conductual aplicado al ser humano. (Ruiloba, 1991).

La terapia del comportamiento no es de ninguna manera una aproximación del todo nueva, sino más bien un desarrollo lógico de una serie de acontecimientos en la psicología experimental, los cuales fueron dando la base para el desarrollo de la terapia del comportamiento y éste a su vez sirvió de base para la terapia cognitiva. (Yates, 1975).

El modelo conductista se deriva del trabajo experimental con los humanos y los animales y representa la aplicación de los principios del aprendizaje a la conducta anormal. Dentro del modelo conductista, la psicopatología se ve en términos de la conducta externa más que del conflicto interno. Por lo tanto, los intentos para explicar la conducta anormal se enfocan sobre recompensas y castigos demostrables que controlan la conducta del paciente y no en estados internos no observables.

La conducta anormal, dado que es aprendida, se analiza esencialmente de la misma manera. Se piensa que la psicopatología se mantiene o persiste debido a ciertos estímulos ambientales que actúan como reforzadores. (Cashdan, 1983).

1.1.1. Influencia de la psicología rusa y norteamericana.

Los experimentos sobre condicionamiento clásico realizados por Pavlov y sus colegas, y por Bechterev y sus colegas acerca de condicionamiento instrumental ejercieron inmensa influencia en el desarrollo de la psicología experimental en las primeras tres décadas de este siglo. Los procedimientos experimentales de estos investigadores comenzaron a aplicarse, hasta donde fue posible, casi inmediatamente al área del comportamiento anormal, tanto en un sentido general explicativo como en la explicación de

trastornos particulares. Así, Pavlov no solamente publicó los resultados de sus experimentos de laboratorio con animales (Pavlov, 1927, 1928), sino que también hizo extensas publicaciones acerca de la aplicación de sus técnicas y teorías al comportamiento anormal, tanto en general (Pavlov, 1932, 1941) como en relación a trastornos particulares, tales como la histeria (Pavlov, 1933), las neurosis obsesivas y la paranoia (Pavlov, 1934). En forma similar, Bechterev publicó sus estudios experimentales generales (Bechterev, 1932) y consideró su aplicación a la psiquiatría (Bechterev, 1912, 1923a, 1923b). Así pues, hace mucho tiempo que se reconoció la posibilidad de una aproximación objetiva y con base en experimentos, a las anormalidades del comportamiento, derivada del conocimiento de los principios del condicionamiento. (Yates, 1975)

La influencia de la obra rusa, en especial los trabajos realizados por Pavlov, sirvieron como base para un amplio desarrollo de la psicología norteamericana. En dos notables artículos de Watson (1916) y de Burnham (1917) se exploró la posibilidad de explicar las anormalidades de comportamiento en terminología pavloviana, mientras que al mismo tiempo Mateer (1917) publicó una monografía sobre la aplicación de las técnicas de condicionamiento a niños. En la década de 1930, se hicieron muchos intentos de explorar la naturaleza de la neurósis induciendo "comportamiento neurótico" en animales como la oveja, el cerdo, la rata y el gato. En todo este trabajo posterior, se intentaba averiguar, en lo posible, si los principios derivados de estudios con animales podían o no aplicarse útilmente al estudio del comportamiento neurótico en sujetos humanos. (Yates, op. cit.)

1.1.2. Aplicaciones particulares de los principios del condicionamiento a las anomalías del comportamiento.

Tanto en Rusia como en los Estados Unidos (y en mucha menor escala en Inglaterra y en el continente europeo), surgió el interés por la aplicación de los principios del condicionamiento a la comprensión y tratamiento de los trastornos del comportamiento. La tabla 1, proporciona una lista selectiva de los tipos de investigaciones particulares realizadas en las décadas de 1920 y 1930, predominando los autores norteamericanos y los rusos; se puede notar la amplia gama de trastornos a los que se aplicaron los principios de condicionamiento.

TABLA 1. Primeras aplicaciones de los principios del condicionamiento a las anomalías del comportamiento.	
Fuente	Trastorno estudiado .
Bechterev (1923a)	Perversiones sexuales
Bregman (1934)	Temores en los niños.
Dunlap (1932)	Tics, tartamudeo, etc.
English (1929)	Temores en los niños.
Harris (1934)	Ansiedad.
Holmes (1936)	Temores en los niños.
Ichok (1934)	Alcoholismo.
Ivanov-Smolensky (1928)	Depresión
Jones (1931)	Temores en los niños.
Kostyleff (1927)	Aberraciones sexuales.
Krasnogorski (1933a)	Enuresis.
Levin (1934)	Narcolepsia.
Marinesco (1937)	Histeria.
Max (1935)	Homosexualidad.
Meignant (1935)	Aberraciones sexuales.
Moore (1938)	Tartamudeo.
Morgan y Witmer (1939)	Enuresis.
Morhardt (1930)	Alergia.
Moss (1924)	Temores en los niños.
Mowrer y Mowrer (1938)	Enuresis.
Rubenstein (1931)	Adicción a la morfina.
Sears y Cohen (193)	Histeria.
Tinel (1930)	Histeria.
Watson y Rayner (1920)	Temores en los niños.

La conclusión obvia que se obtiene de esta tabla es que a lo largo de la primera mitad de este siglo se puso de manifiesto un profundo interés en la aplicación de la experimentación controlada y objetiva a la investigación y tratamiento de una amplia variedad de formas de comportamiento anormal. Es más, como puede verse claramente, no se limitó a la investigación de fenómenos periféricos "simples", sino que abarcó formas más complejas de trastornos de comportamiento, tales como ansiedad, temores en los niños, y las psicosis. (Yates, op. cit.).

1.1.3. Desarrollo de la terapia del comportamiento en Norteamérica.

Los trabajos realizados por Skinner y sus obras publicadas dieron lugar a la aplicación de técnicas de modificación del comportamiento, basadas en el condicionamiento operante, a las anormalidades del comportamiento. Puesto que el empleo de técnicas de condicionamiento operante incluían esencialmente el estudio experimental del caso individual, aparentemente no hubo una diferencia fundamental entre la aproximación de Skinner y sus colegas en Norteamérica y Shapiro y sus colegas en Inglaterra. Hubo, en realidad, dos diferencias muy importantes en ese tiempo. Primero, casi todo el trabajo de los norteamericanos se realizaba con pacientes psicóticos, mientras que los terapeutas del comportamiento ingleses se dedicaron principalmente a pacientes neuróticos y no neuróticos (pero tampoco psicóticos) con anormalidades de comportamiento. Segundo, los terapeutas ingleses estaban fuertemente orientados hacia la teoría y tendían a emplear constructos hipotéticos, mientras que los terapeutas norteamericanos no estaban orientados hacia la teoría, en línea con los prejuicios antiteóricos de Skinner. (Yates, op. cit.).

1.2. DEFINICION DE LA MODIFICACION COGNITIVO - CONDUCTUAL.

La modificación cognitivo - conductual es considerada como una manera general de hacer alusión a una serie de aproximaciones terapéuticas: 1) La Terapia racional emotiva de ELLIS, 2) La Terapia cognoscitiva de BECK, 3) El Entrenamiento autoinstruccional e inoculación al stress de Meichenbaum, y 4) El Entrenamiento en habilidades de Golfried. (Meichenbaum, 1977).

Para este tipo de terapias la conducta es afectada por ciertos procesos mediadores a los cuales se denomina cogniciones, sin embargo, no considera a estas cogniciones como determinantes únicos; sino que afirma se da una interacción recíproca entre cogniciones, conducta y ambiente. Desde su concepción la conducta no se encuentra automáticamente bajo el control de contingencias externas, sino que la presencia de estos procesos mediadores (cogniciones) la afecta. Por lo tanto su principal intervención se centra en la modificación de los patrones de pensamiento, puesto que asumen que las cogniciones pueden ser cambiadas mediante el uso de técnicas cognitivas y conductuales. Aún cuando esta es su principal intervención, no es la única ya que como se dijo no toma a las cogniciones como responsables directas de la conducta de la persona, sino que afirma que los cambios que se producen en la conducta se encuentran bajo la influencia de ciertos factores que interactúan en forma recíproca como son la historia de aprendizaje, la situación ambiental existente, el estado fisiológico actual y los procesos cognoscitivos interdependientes (atención selectiva, procesos de comparación, de relación, etc.). Como se puede ver este tipo de aproximaciones terapéuticas toman al individuo como un participante activo en su desarrollo y no como alguien a merced de fuerzas ambientales. Así el hombre es un

organismo tanto controlado como controlador, un producto y un productor de fuerzas ambientales. (Meichenbaum, op. cit.)

Según Beck (1970), en un sentido muy general, se puede suponer que se podrá denominar cognitiva a "cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento." (Caro, 1991).

Freeman (1983), define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que el terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. La meta de la terapia va a ser la de ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonal. El terapeuta se centrará más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, en la dirección más que en la no dirección, y en la colaboración más que en la confrontación. (Caro, op. cit.).

La meta de la terapia cognitiva está en curar al paciente enseñándole cómo desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. La idea es que el paciente aprenda a hacerlo por sí mismo. (Caro, op. cit.).

1.3. PSICOTERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL.

Un modelo cognitivo en psicoterapia es más que la suma de una serie de técnicas, puesto que se rige por unos principios teóricos y terapéuticos que justifican su modo de

acción y lo distinguen de otros modelos cercanos o lejanos de su propio campo. (Caro, op. cit.).

Las técnicas terapéuticas en las que se basa la terapia cognitiva tienen como función identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas, así como las falsas creencias (esquemas) que subyacen a éstas cogniciones. Por medio de ellas el paciente logra resolver problemas y situaciones que creía insuperables lográndose la reevaluación y modificación de sus pensamientos. Su modo de pensar se vuelve más realista y adaptativo. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico con la colaboración del paciente. Cuando éste se muestre confundido, preocupado y distraído, se le ayuda a organizar sus pensamientos y conducta; el terapeuta debe valerse de cierta inventiva para estimular al paciente a una participación activa en las distintas operaciones terapéuticas. (Zermefio, 1982).

Como principios terapéuticos de las terapias cognitivas, conviene señalar los siguientes:

1. Un paciente tratado con terapia cognitiva debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad. El motivo es bien sencillo,

2. esta percepción de la realidad, se ve modificada, y está sujeta, a diversos procesos cognitivos, que son en sí mismos fruto de error, y de sesgos. Lo que lógicamente supone conseguir,

3. que el paciente asuma y contemple sus creencias, como hipótesis, con lo que se las convierte en un fenómeno, sujeto a verificación, negación y modificación. (Caro, op. cit.).

El terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia la idea de que *la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta* (Beck, 1976). El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta. En la investigación de los tres componentes de la cognición, el afecto y la conducta, el terapeuta intenta responder a la siguiente pregunta: "¿Cuáles son los sentimientos y los pensamientos de esta persona, aquí y ahora, y cómo se relacionan mutuamente para producir una conducta determinada?". Las principales técnicas implican:

- la *autoobservación*, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.

- la *identificación* de los lazos entre la cognición, el afecto y la conducta.

- el *examen de la evidencia* a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.

- *llevar a cabo "experimentos"* para comprobar los pensamientos automáticos.

- la *determinación* de las principales *actitudes disfuncionales* que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados, y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias. (Dobson y Franche, 1991)

Un terapeuta cognitivo: a) debe saber comunicar al paciente que es genuino, sincero y abierto, b) no criticar, desaprobar o ridiculizar al paciente, c) demostrará profesionalidad en todo momento, d) puede emplear el sentido del humor, e) manifestar interés por el paciente y el proceso en el que ambos se ven inmersos, demostrándolo tanto

en lo que dice como en la manera en la que lo dice. (Caro, op. cit.).

Hasta aquí se ha visto un poco cómo y de donde es que ha surgido la terapia del comportamiento, cuáles son sus bases y cómo es que se empezó a trabajar con personas. En los capítulos siguientes (capítulo 2 y 3) se realizará una breve revisión de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y de la Terapia Cognitiva Conductual de Aaron Beck: cómo es que surgen, cuáles son los principios terapéuticos, las características del terapeuta, etc. Para posteriormente, en el último capítulo (capítulo 4), hacer una comparación entre ambos tipos de terapia y conocer cuáles son o pueden ser las ventajas y desventajas de su aplicación, cuales las características particulares del terapeuta en cada una, si se comparten características, etc.

CAPITULO 2: TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA DE ALBERT ELLIS.

Durante muchos años, la labor clínica de un psicoterapeuta neoyorkino, Albert Ellis, se mantuvo ajena a la corriente principal de la modificación de la conducta. La tesis principal de lo que él llama terapia racional-emotiva es que las reacciones emocionales sostenidas se pueden atribuir a frases internas que las personas se dicen a sí mismas. Por ejemplo, una persona deprimida puede decir para sí, varias veces al día, "Qué inútil soy". Ellis propone que las interpretaciones cognoscitivas que las personas dan a las cosas que ocurren alrededor suyo, a veces pueden provocar una tempestad emocional y que la atención del terapeuta debería centrarse sobre estas frases internas y no tanto sobre las causas históricas, ni tampoco sobre la conducta manifiesta. (Davison y Neale, 1983).

Llamada en un principio psicoterapia racional, este nuevo método parece haber nacido de lo insatisfecho que estaba Ellis con la psicoterapia convencional de tipo analítico. Después de haberse sometido él mismo a un análisis, y después de haber ejercido el psicoanálisis y la psicoterapia de tipo psicoanalítico, Ellis se apartó de esta corriente y prosiguió a desarrollar el método llamado "terapia racional emotiva". La premisa fundamental de este método es que se puede ayudar a los clientes para que lleven una vida más satisfactoria enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, o dicho de otra manera, enseñándoles a pensar racionalmente. (Garfield, 1979).

Ellis (1973) reconoce la existencia de varios precursores del sistema de la terapia racional emotiva.

Entre los filósofos antiguos, los estoicos, en particular Epicteto, creían que "a los hombres no les turbaban la cosas, sino su perspectiva sobre ellas". La literatura proporciona otros ejemplos. Shakespeare, por ejemplo, pone en la expresión de uno de los personajes, Hamlet: "No hay nada bueno ni malo solamente el pensamiento lo hace así". (Bernstein y Nietzel, 1986).

Ellis cree que los pensamientos derrotistas y condenatorios son la base de la conducta desadaptada, y que éstos, a su vez, se basan en suposiciones arbitrarias e inexactas sobre uno mismo y sobre los demás, y que se caracterizan por el uso excesivo de la palabra *debo*: "Debo ser siempre amable con la gente", "No debo desilusionar a mis padres", "Debo ser un gran éxito". En la terapia racional emotiva (TRE) se ve a estos "*debo*" como la causa de la excitación emocional, que si se mantiene en un grado muy alto y por mucho tiempo, lleva a un proceso de agotamiento psicológico y físico. La TRE tiene dos metas: hacer que la gente ponga en tela de juicio estas creencias fundamentales, pero erróneas, y hacer que luego las cambie por otras más constructivas. (Sarason y Sarason, 1986).

Ellis supone que las conductas y emociones disfuncionales se deben a creencias irracionales y que otras emociones y conductas, incluyendo aquellas que son negativas aunque no disfuncionales, se deben a creencias racionales. Ambas creencias, racionales e irracionales, son altamente evaluadoras pero, además, las creencias irracionales son "expresiones de *tener que*"; es decir, expresan qué tiene o no tiene que existir de manera absoluta, incluyendo la propia perfección. Cuando la realidad amenaza con violar una "expresión de *tener que*", el resultado es una fuerte reacción emocional, por ejemplo, ansiedad, ira, depresión. (Caballo, 1991).

Ellis (1973) expresó los principios esenciales de la TRE de la siguiente manera: "Cuando una Consecuencia (C) llena de emociones sigue a un Evento Activador (A), puede parecer que A causó a C, pero en realidad éste no es el caso. En lugar de esto lo que sucedió, es que las Consecuencias emocionales fueron creadas en gran parte por B el sistema de creencias (Belief System), del individuo. Por lo tanto, cuando ocurre una consecuencia indeseable, como una ansiedad aguda, por lo general se puede encontrar fácilmente su origen en la Creencias irracionales de la persona cuando estas creencias se Disputan de manera efectiva (en el punto D), al retarlas de una manera racional, las consecuencias perturbadoras desaparecen y eventualmente dejan de presentarse otras veces".

Para aclarar estos principios, Ellis (op. cit.) proporcionó el siguiente ejemplo. Supóngase que un hombre pasó un día terrible en el trabajo. Llega tarde, se le olvidan la llaves en la oficina, se le cae el café en el escritorio y se le olvida acudir a dos de sus citas. El puede pensar, "Funcioné muy mal en mi trabajo hoy". Tiene razón, sí falló en su trabajo. Esto es lo que Ellis denomina el Evento Activador (A), un suceso que es molesto, no se desea, o de alguna forma le hace a uno quedar mal. En seguida el hombre puede pensar: "Qué horror, qué imbécil soy; si no me pongo alerta me van a echar del trabajo y sería lo que me merezco por valer tan poco". Estas ideas reflejan el Sistema de Creencias de la persona (B), y según Ellis, constituyen la explicación a causas de la consecuencias emocionales (C) de ansiedad, depresión y sentimientos de minusvalía que este hombre puede experimentar. (Bernstein y Nietzel, op. cit.).

El resumen del ABC de la TRE es: los problemas psicológicos no son provocados por la tensión externa sino

por las ideas irracionales que las personas mantienen y que las conducen a ordenar, insistir y dictar que se deben cumplir sus deseos para que sean felices. Por lo tanto la meta de la TRE es atacar estas creencias irracionales, irreales y que perjudican a la propia persona e instruir la en formas más lógicas y racionales del pensamiento que no la perturbará. (Bernstein y Nietzel, op. cit.).

Los objetivos de la TRE consisten en cambiar la conducta y las emociones perturbadas y afrontar casi cualquier acontecimiento desafortunado que pudiera surgir en la vida del paciente. La TRE mantiene que los seres humanos pueden emplear los procesos de sus pensamientos conscientes en su propio beneficio, solucionando sus problemas y replanteando las suposiciones autoderrotistas sobre la supuesta perfección propia y la de los demás. El resultado ideal de la TRE es que la persona adopte una actitud de autoaceptación, en vez de autocondena, y que acepte la realidad reconociendo su existencia, en vez de evitar los acontecimientos negativos o intentar evitarlos con pensamientos mágicos y acciones supersticiosas. La TRE intenta ayudar a la gente a reducir o eliminar las fuertes emociones negativas. Para alcanzar este objetivo, la TRE trata de ayudar a la gente a que identifique las creencias que producen y sostienen las conductas y experiencias emocionales disfuncionales. La valoración de uno mismo, de otras personas y del mundo son los principales objetivos de cambio. (Caballo, op. cit.).

2.1. HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

Los comienzos tempranos de la terapia racional emotiva (TRE) pueden trazarse por la vida personal de Albert Ellis como niño y adolescente en los años 20 y 30 cuando empezó a

enfrentarse a diversos problemas físicos y problemas de personalidad (timidez en general y miedo a hablar en público y encontrarse con mujeres en particular). Aunque no tenía intención de ser psicólogo o terapeuta en aquel momento, Ellis llega a estar interesado vivamente en la filosofía de la felicidad y leyó cientos de artículos y libros de filosofía, de psicología y de campos relacionados, particularmente los escritos de Epicteto, Marco Aurelio, Ralph Waldo Emerson, Emile Coué, John Dewey, Sigmund Freud, Bertrand Russell y John B. Watson. Ellis empezó a trabajar decididamente sobre sí mismo para superar lo que consideraba como sus inútiles problemas emocionales. Especialmente desde los 19 años en adelante (en 1932), adoptó un enfoque filosófico-cognitivo combinado con desensibilización *in vivo* y asignación de tareas activo-directivas. Con el tiempo superó completamente sus dificultades a hablar en público y su ansiedad social. (Ellis y Grieger, 1990).

Al referirse al inicio de la TRE, Ellis menciona: "...Siempre me gustó la filosofía y, al empezar a desilusionarme con el psicoanálisis, por no ser un método lo suficientemente eficiente y efectivo, volví a leer temas filosóficos, al tiempo que comenzaba a experimentar con otros tipos de psicoterapia. Desde un punto de vista filosófico, la TRE se remonta a dos corrientes antiguas: la filosofía oriental, con Buda y Confucio, que implícitamente afirma: "Cambia tu actitud y podrás cambiarte a tí mismo", y la filosofía griega y romana, con Epicteto, Marco Aurelio y el movimiento estoico en general, quienes resaltaron la importancia de la filosofía individual en el trastorno emocional. El postulado que mantiene que: "No nos preocupan las cosas sino la visión que tenemos de ellas", se convirtió en la base de lo que más tarde fué la TRE. ..."* (Lega, 1991).

*segmento de entrevista realizada a Albert Ellis por Leonor I. Lega.

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

Desde el principio, la TRE fué sumamente filosófica y debatidora, debido a que Ellis desde los 16 años tuvo como principal interés y hobby el seguimiento de la filosofía y defendía que si la gente adquiría una sana filosofía de la vida raramente estaría "trastornada emocionalmente".

La TRE fué la primera escuela importante de psicoterapia que casó el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual como para la terapia experimental. Al principio se emplearon unos pocos métodos conductuales básicos, tales como asignar tareas, fomentar la desensibilización *in vivo*, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento en habilidades. Más tarde cuando se desarrolló el movimiento de terapia conductual, la TRE adoptó (al menos durante cierto tiempo) casi la línea completa de técnicas conductuales y llegó a ser la forma pionera de terapia cognitivo-conductual. Bandura (1969), Beck (1967) y R. Lazarus (1966) parecen haber desarrollado

sus propias formas de terapia cognitiva - conductual independientemente de la TRE, pero lo hicieron casi una década después de que Ellis creara la TRE en 1955 y diese su primera conferencia sobre ella en la Asociación Psicológica Americana en Chicago en 1956. (Ellis y Grieger, 1990).

2.2. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

La TRE es un sistema de psicoterapia destinado a ayudar a la gente a vivir más tiempo minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes, y auto-actualizarse para que vivan una existencia más llena y feliz. Una vez elegidas estas metas entonces las submetas de las formas "mejores" para que la gente piense, sienta y actúe, parecen seguir de estos objetivos principales. Las submetas pueden estar científicamente (es decir lógicamente y empíricamente) determinadas tanto si realmente funcionan como si no, y de hecho dan lugar a unas vidas lo más largas y felices posibles para la mayoría de la gente durante el mayor tiempo posible.

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

Los pensamientos racionales (o ideas o creencias racionales) se definen en la TRE como aquellos pensamientos que ayudan a las personas a vivir más tiempo y más felices,

particularmente por (1) presentar o elegir por sí mismas ciertos valores, propósitos, metas o ideales (presumiblemente) productores de felicidad; y (2) utilizar formas eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas de alcanzar (presumiblemente) estos valores y metas y de evitar resultados contradictorios o contraproducentes.

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

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

La TRE ve las creencias irracionales, los sentimientos inconvenientes y las conductas contraproducentes como interactivas y transaccionales. (Ellis, op. cit.)

La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple: es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y, por otra, es, asimismo, una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a esas personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas. Es una terapia realista, que a nada compromete, así como directiva-activa y está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto. (Ellis y Abrahms, 1983.).

La meta central de la terapia está en ayudar al cliente a comprender que básicamente sus dificultades son el resultado de pensamientos y expectativas defectuosas, y luego en lograr que el paciente piense más racionalmente. En

otras palabras, la conducta perturbada del individuo, o su neurósis, está directamente relacionada con su pensamiento ilógico o irracional. Además, el sólo explorar y comprender los orígenes de este pensar defectuoso, como lo supone la terapia de tipo analítico, no necesariamente ayudará al individuo a modificar su conducta. Por el contrario, hay que fijarse mucho más en cómo perpetúan las personas perturbadas su pensamiento irracional y cómo puede éste modificarse. Por lo tanto, hay que demostrar a los pacientes que las verbalizaciones que se hacen a sí mismos son la fuente principal de sus dificultades emocionales, y que pueden controlar sus emociones mediante un pensamiento más racional.

De esta manera, el énfasis en la psicoterapia racional-emotiva se pone en lograr que el paciente se enfrente a su pensamiento ilógico, que es la causa de sus dificultades, y en que se haga más racional. Los métodos terapéuticos tradicionales, según este nuevo punto de vista, hacen ver al paciente que, efectivamente, piensa en forma ilógica y le hacen ver cómo ha llegado a ese estado. Sin embargo, con mucha frecuencia no le hacen ver en qué forma está conservando actualmente este pensamiento ilógico y cómo puede cambiar desarrollando modos de pensar racionales acerca de su propia vida y aplicándolos efectivamente a su vida diaria. (Garfield, op. cit.).

Uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás y, luego, discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.

Al mismo tiempo que hace mucho hincapié en el análisis cognoscitivo y filosófico, la TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e

intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, y esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan en formas complejas (es decir, cognoscitiva, emocional y conductualmente); por lo tanto, no existe un modo sencillo de ayudarse ellas mismas a estar menos alteradas. Lo que podríamos llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede en el punto A (Acontecimientos o Experiencias Activantes). Sin embargo, tales problemas consisten también en reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes; asimismo, pueden comprender habitualmente patrones de comportamiento disfuncional, como sus adicciones a actos destructivos de la salud (por ejemplo, comer en exceso y fumar) y la evitación de actos de protección de la salud (por ejemplo, limpiar sus dientes y hacerse examinar con regularidad por el médico y el odontólogo).

Desde un punto de partida cognoscitivo o filosófico, la TRE parte de la suposición o hipótesis de que lo que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocionales (punto C) proceden principalmente de nuestras ideas o creencias conscientes e inconscientes (punto B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre en el punto A (Experiencias Activantes). (Ellis y Abrahms, op. cit.)

2.2.1. Submetas de la TRE.

La TRE parte de la hipótesis de que si las metas principales de la gente son permanecer vivo, evitar las penas innecesarias y actualizarse a sí mismos, en general sería mejor que se esforzasen en conseguir un grupo de

submetas importantes que les ayuden en los siguientes aspectos:

Interés en sí mismo: Las personas sensibles y emocionalmente sanas tienden a interesarse en primer lugar por ellos mismos y ponen sus propios intereses al menos un poco por encima de los intereses de los demás.

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

Tolerancia: Los individuos racionales se concede a sí mismos y a los demás el derecho a equivocarse. Incluso cuando están francamente a disgusto con su propia conducta y la de otros, se abstienen de reprobarse a sí mismos o a los demás como personas, por esa conducta molesta.

Flexibilidad: Los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en sus pensamientos, abiertos al cambio, no fanáticos y pluralistas en su visión del resto de las personas.

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

Auto-aceptación: La gente sana en general está contenta de estar viva, se aceptan a sí mismos precisamente por estar

vivos, y tienen cierta capacidad para disfrutar de sí mismos. Procuran disfrutar más que probarse.

Arriesgarse: La gente emocionalmente sana tiende a aceptar una cierta cantidad de riesgo, tendiendo a hacer lo que quieren hacer, incluso cuando existe la posibilidad de que pueden fallar, tienden a ser aventureros pero no temerarios. (Ellis y Grieger, op. cit.).

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

2.2.2. Implicaciones de la TRE.

De acuerdo con las metas y fines de la TRE, algunas de las implicaciones para la psicoterapia son las siguientes:

Promoción del cambio concreto.

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

Promoción del cambio filosófico.

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

Apoyo de la auto-aceptación.

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

Reconocimiento de que la perturbación emocional es irrelevante.

Un fenómeno apuntado por muchos terapeutas TRE es lo que ha sido llamado un "problema de segundo nivel". Lo que esto significa es que, una vez que la gente desarrolla un problema emocional, por ejemplo una fobia social, a menudo desarrollan otro problema emocional *sobre* el problema original, como la depresión o la ira por tener fobia. En la TRE, a menudo, encontramos necesario ayudar a los pacientes a librarse del segundo problema antes de abordar el problema original. (Ellis y Grieger, op. cit.).

2.3. TEORIA DEL ABC DEL PENSAMIENTO Y LA PERTURBACION EMOCIONAL.

A la TRE se le conoce mejor por su famosa teoría del ABC del pensamiento irracional y del trastorno emocional. Esta teoría de la personalidad y de su cambio admite la importancia de las emociones y de las conductas pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos.

El modelo del ABC utilizado por la TRE para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo, la manera como el paciente interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general. Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de "irracionales". Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o inferencias del individuo están basadas en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional. (Lega, 1991)

En la versión de los ABC de la TRE para el trastorno emocional, A representa los acontecimientos activadores que sirven como preludeo a C, las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de A (conocidas frecuentemente como signos neuróticos). De acuerdo con la TRE, las personas empiezan por intentar alcanzar sus metas en algún ambiente determinado, y se encuentran con una serie de

acontecimientos activadores (A) que tienden a ayudarles a conseguir o bloquear estas metas. Los A que encuentran son generalmente sucesos corrientes o sus propios pensamientos, sentimientos o conductas relativos a estos sucesos; pero A también puede consistir en recuerdos o pensamientos conscientes o inconscientes sobre experiencias pasadas. Cuando molestan, la gente tiende a perseguir y responder de una forma ineficaz a estos A. Así bloquean el logro de sus metas debido a (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas, (2) su historia evolutiva, (3) su aprendizaje social e interpersonal previo, y (4) sus modelos de hábitos predispuestos innatos y adquiridos.

Los acontecimientos activadores nunca existen implícitamente de una forma pura, sino que casi siempre interactúan y en cierto modo incluyen creencias (B) y consecuencias (C). *Las personas se aplican a sí mismos* (sus metas, pensamientos, deseos, e inclinaciones fisiológicas) *sobre los sucesos activadores*. De alguna forma, por lo tanto, ellos *son* estos sucesos activadores y sus A (su medio ambiente) son parte de ellos mismos.

De acuerdo con la teoría de la TRE, la gente tiene innumerables creencias (B) -o cogniciones, pensamientos o ideas- acerca de sus acontecimientos activadores (A); y estas B tienden a ejercer influencias importantes, directas y fuertes sobre sus consecuencias (C) cognitivas, emocionales y conductuales y sobre lo que con frecuencia llamamos sus perturbaciones "emocionales". Aunque los eventos activadores (B) a menudo *parecen* "causar" o contribuir directamente a las C, esto raramente es cierto, por lo que las B normalmente sirven como importantes mediadores entre las A y las C, y por consiguiente más directamente "causan" o "crean" la C.

Cuando las C (pensamientos, sentimientos y consecuencias conductuales) se derivan de A y B, nunca son puras sino que se incluyen en parte e interactúan inevitablemente con A y B. Así, si A es un suceso molesto (por ejemplo una denegación de trabajo) y B es, primero, una creencia racional (por ejemplo, "esperaba no ser rechazado en este trabajo, me sentiría mal si no fuese admitido") y, segundo, una creencia irracional (por ejemplo, "Debo conseguir este trabajo, no soy bueno si no lo consigo"), la C tiende a ser, primero, un sentimiento sano de frustración y decepción y, tras la segunda creencia irracional, un sentimiento insano de ansiedad, inadecuación y depresión.

A, B y C, se relacionan estrechamente entre sí, y casi siempre existe cada una con las otras dos. (Ellis y Grieger, op. cit.).

La esencia de la TRE se puede resumir como sigue: "A" se refiere al acontecimiento activador, la situación a la cual se expone el paciente, mientras que "C" representa las consecuencias (tanto emocionales como conductuales) que según el paciente resultaron de A. El factor central es "B", las creencias que el paciente abriga con respecto a la situación de que se trate. La existencia de estas creencias irracionales, y la forma en que se reflexiona sobre ellas en una plática irracional consigo mismo, es lo que da lugar a las consecuencias experimentadas en el punto C. A no es la causa de C. C es el resultado de las creencias mediadoras.

El modelo ABC puede ser ampliado para incluir el tratamiento. "D" se refiere al proceso mediante el cual el terapeuta discute la irracionalidad del paciente. Por último, "E" representa los efectos de hacer frente a la creencias irracionales del paciente. Como resulta evidente en el modelo ABC de Ellis, no es el acontecimiento desencadenador el que altera emocionalmente al cliente, sino

que sus creencias irracionales, expresadas en una conversación también irracional consigo mismo, producen las consecuencias emocionales indeseables. (Kendall y Norton - Ford, 1988).

2.4. LA TERAPIA Y EL TERAPEUTA RACIONAL-EMOTIVO

La psicoterapia racional se basa en la premisa de que pensamiento y emoción no son dos procesos totalmente diferentes, sino que se sobreponen muy notablemente en muchos aspectos, y que, por lo tanto, las emociones desordenadas pueden con frecuencia (aunque no siempre) mejorarse, cambiando el propio modo de pensar. (Garfield, op. cit.).

La terapia racional emotiva (TRE) tiene como principio ayudar a los pacientes a percatarse de sus creencias contraproducentes (Tabla No. 1) y a sustituirlas con afirmaciones más autoestimulantes. Ellis propone la hipótesis de que las personas aprenden a hablarse a sí mismas con el fin de hacer frente a la tensión, y que, si esas afirmaciones son "irracionales", causan más problemas que los que resuelven. De acuerdo con este sistema, la manera en que la persona interpreta el medio es la que produce trastorno psicológico o bienestar.

En la tabla No. 1 se muestran las ideas irracionales que Ellis propone como ideas contraproducentes para el paciente, ya que éstas son las que de algún modo hacen que el paciente distorsione la realidad.

Tabla No. 1. Ideas irracionales, de Ellis.

1. La idea de que toda persona adulta necesita verdaderamente ser amada o aprobada por virtualmente todas las personas allegadas en su comunidad.
2. La idea de que, para sentir que uno vale la pena, tiene que ser absolutamente competente, adecuado, y triunfar en todos los aspectos posibles.
3. La idea de que ciertas personas son malas, malvadas e infames y deberían ser culpadas y castigadas severamente por su infamia.
4. La idea de que es horrible y catastrófico que las cosas no resulten como uno quisiera.
5. La idea de que la infelicidad proviene de causas externas y que la personas pueden hacer muy poco o nada para controlar sus penas y aflicciones.
6. La idea de que, si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe sentirse terriblemente preocupado por ello y seguir pensando en la posibilidad de que ocurra.
7. La idea de que es más fácil evitar que enfrentar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida.
8. La idea de que uno debe depender de los demás y necesitar a alguien, más fuerte que uno mismo, en quien confiar.
9. La idea de que nuestro pasado es un importantísimo factor determinante de nuestra conducta actual, y que, si alguna vez algo influyó fuertemente en nuestra vida, seguirá produciendo indefinidamente un efecto similar.
10. La idea de que uno debería sentirse sumamente afectado por los problemas y penas de los demás.
11. La idea de que, invariablemente, los problemas humanos tienen una solución correcta, precisa y perfecta, y que lo catastrófico es que no se encuentre una solución perfecta.

Como terapia, la TRE trata de alterar la conducta problema de los pacientes atacando activamente las creencias de la persona que según parece, están produciendo las consecuencias de inadaptación. El terapeuta reta al paciente, exige explicaciones de toda clase de suposiciones y expresa duda y desaprobación cuando el paciente describe sus creencias irracionales. Sin embargo, el ataque va dirigido a las creencias y *no a la personalidad* del paciente. De hecho, la TRE prescribe la total aceptación y tolerancia del paciente como persona. Sus creencias, en cambio, son refutadas directamente y destruidas por el terapeuta. (Kendall y Norton - Ford, op. cit.).

2.4.1. El procedimiento de la TRE.

La TRE debería proceder como sigue: el terapeuta muestra al paciente qué cambios conductuales y emocionales pueden alcanzarse por medio de los cambios cognitivos y enseña al paciente la teoría ABC. El terapeuta continúa mostrando al paciente qué pensamientos irracionales mantiene, de qué manera no son válidas estas creencias y cómo pueden cambiar. El terapeuta instruye al paciente para que trabaje en la consecución de los cambios cognitivos recomendados y puede asignarle tareas para casa con el fin de ayudarlo a conseguirlo. Este proceso básico se repite a lo largo de cada sesión.

El recomendarle tareas para casa se lleva a cabo con la intención de que fortalezca el pensamiento racional que se supone reemplazará al irracional. Las tareas para casa son, a menudo, conductuales, ya que el cambio cognitivo puede provenir del cambio conductual, aunque también se emplean tareas cognitivas, en las que la persona contraataca de

forma repetida su creencia irracional. La ventaja de las tareas para casa conductuales es que conllevan experiencias. Es menos probable que la gente cambie cogniciones mantenidas durante mucho tiempo simplemente decidiendo hacerlo así. Se obtienen mejores resultados cuando los individuos actúan de distintas formas y observan las consecuencias de su propia conducta. (Caballo, op. cit.).

El procedimiento consta de cuatro etapas: (1) psicodiagnóstico racional-emotivo, (2) insight racional-emotivo, (3) trabajar hacia lo racional-emotivo parte 1: enseñar una base de conocimiento racional y (4) trabajar hacia lo racional-emotivo parte 2: facilitar una nueva filosofía. Las etapas 3 y 4 son las etapas de cambio.

2.4.1.1. Psicodiagnóstico racional-emotivo.

Todas las psicoterapias empiezan con un intento de entender la naturaleza y la dinámica de los problemas del paciente. En contraste casi completo con la mayoría de otros tipos de psicoterapia, el centro de diagnóstico primario de la TRE se encuentra en descubrir las creencias o filosofías que producen perturbación en los pacientes, comprendiendo cómo estas contribuyen especialmente en los problemas emocionales del paciente, y señalar metas realistas en las que tanto el terapeuta como el paciente puedan estar de acuerdo. Los instrumentos que el terapeuta usa para llevar a cabo estas tareas son cuádruples: 1) un conocimiento y apreciación completas del rol crucial que juegan las cogniciones al impactar en la conducta y el afecto, 2) una comprensión y sensibilidad a las ideas irracionales básicas que crean las diversas perturbaciones emocionales, 3) confianza en la validez de las premisas de la TRE y un compromiso de entender a los pacientes bajo esta perspectiva, y 4) habilidades de entrevista general que son parte de todos los repertorios clínicos..

El psicodiagnóstico racional-emotivo abarca cuatro tareas separadas aunque solapadas: clasificar los problemas, detectar las creencias irracionales, detectar los problemas sobre los problemas y establecer metas.

Clasificación de los problemas.

Un punto de discusión es determinar lo que constituye y no constituye psicopatología y por lo tanto lo que sería mejor tratar a través de psicoterapia, pero es uno mismo el que es esencial al decidir cómo ayudar a las personas. Algunos problemas están claramente abocados a la psicoterapia, mientras que otros podrían ser manejados mejor con orientación profesional, consejo, manejo de situaciones, o alguna forma de manipulación ambiental.

Al hacer esta diferenciación, encontramos útil distinguir entre problemas externos e internos. Los problemas externos incluyen cosas tales como preocupaciones profesionales (por ejemplo, ¿cambio mi trabajo o no?), problemas en la vida (por ejemplo, dificultades económicas), y dificultades de relación (por ejemplo, un esposo(a) "odioso(a)"). En la TRE estos son con frecuencia denominados *sucesos activadores*, o A, en la fórmula ABC. Aunque estas son a menudo preocupaciones de peso que ciertamente merecen atención, difícilmente constituyen patología y, a menos que se acompañen de problemas emocionales, ciertamente no entran dentro de la esfera de la psicoterapia. Por lo contrario, los problemas internos incluyen perturbaciones emocionales (depresión, ira, culpa y ansiedad) y conductas desadaptadas (adicción, indecisión, ansiedad y etc.) las cuales son en general atendidas en psicoterapia y suponen una competencia clara para la TRE. Los problemas internos son a menudo problemas acerca de los problemas externos, y en la TRE se

denominan *consecuencias* y se expresan con la letra C en la fórmula ABC.

De este modo, lo primero en psicodiagnóstico, es que el terapeuta determine si el paciente tiene o no tiene un problema interno y emocional consecuencia de algún problema externo. Si se descubre un problema emocional, o si se encuentra un problema emocional que se superpone a un problema externo, entonces primero se centra la atención en esto, y el paso siguiente será detectar las creencias irracionales que el paciente tiene, causantes de su perturbación.

Detectando las creencias irracionales.

Un terapeuta TRE asume, bajo los fundamentos teóricos y empíricos, que la perturbación emocional procede de las creencias irracionales (Ci) que tiene una persona. Desde el momento que el paciente comienza a hablar, el terapeuta detectará algunos indicios de estos temas y empezará a determinar cuales acompañan y causan los problemas emocionales presentados.

La detección de las Ci es probablemente el paso más crucial en el proceso diagnóstico, por lo que aquí se revela como el centro de los esfuerzos de cambio de la TRE que se abordarán más adelante. Antes de que los terapeutas puedan oír o informarse acerca de las Ci, deben entender verbalmente las dinámicas de la psicopatología, estar familiarizados con cómo la gente expresan las ideas que se sitúan detrás de su patología, y tener las habilidades para obtener estas ideas.

Detectando los problemas sobre los problemas.

Es raro el paciente que presenta sólo un único problema emocional. Más bien, la gente desarrolla síntomas secundarios que solapan sus síntomas primarios. Para decirlo de forma diferente, generalmente desarrollan problemas emocionales sobre sus problemas emocionales. Cuando la gente siente y se conduce de forma perturbada en C (por ejemplo, experimentan depresión), esta C por sí misma llega a ser otro suceso en sus vidas (perciben su depresión), y muy a menudo crean una perturbación secundaria (vuergüenza y depresión por estar deprimidos) sobre el problema original.

Los síntomas secundarios de la perturbación emocional generalmente exacerbaban los síntomas primarios; también interfieren en gran medida en la percepción clara de la gente de cómo crean sus síntomas primarios y lo que pueden hacer para eliminarlos. En la TRE se busca cuidadosamente evidencia tanto de los problemas primarios como secundarios. Si se encuentran ambos, lo que sucede a menudo, es que somos capaces de organizar más exactamente la perturbación del paciente y somos más eficaces al ayudarle a abandonarlos.

Establecimiento de metas.

El psicodiagnóstico conceptualiza los sucesos (A), las creencias irracionales (Ci), y las consecuencias emocionales y conductuales (C) que comprenden el cuadro sintomático. Inmediatamente después de plantear el psicodiagnóstico apropiado, el terapeuta comenta al paciente qué opciones están asequibles y las que uno recomienda. Las opciones asequibles para los pacientes de la TRE, en orden de preferencia son: (1) trabajar sobre los problemas emotivo-conductuales, si están presentes; (2) trabajar sobre los temas emotivo-conductuales y, cuando se resuelvan, dirigir la terapia hacia cualquier problema ambiental y de profesión

que resten; (3) trabajar sobre materias ambientales antes de trabajar sobre problemas emotivo-conductuales es una opción no recomendada por las razones ya expuestas. El establecimiento de metas en la TRE dirige al paciente hacia la opción uno o hacia la dos o a la conjunción de ambas, esta última opción es a menudo la más elegida.

2.4.1.2. Insight racional-emotivo.

Facilitar el insight al paciente es la segunda tarea fundamental en la TRE.

En la TRE hay cinco insights que sería importante que los pacientes adquiriesen para obtener lo más posible de su terapia. Algunas personas requieren educación en todos ellos, mientras que otras, más preparadas, necesitan aprender sólo algunos en concreto. No obstante, es importante chequear a cada paciente en los cinco para estar seguro de que cada insight está en su sitio.

1. Las ideas y creencias actuales de la gente juegan un papel extremadamente importante en el origen de sus problemas emocionales y conductuales. Este insight, por lo tanto, explica la causa "real" de los problemas emocionales y ayuda a la gente a ser responsable de ellos.

2. De nuevo, se anima a la gente a ser responsables de sus problemas emocionales por entender que, a pesar de los sucesos históricos circundantes en la adquisición original de las Ci, la gente se siente trastornada y se perturba hoy debido a que continúan adoctrinándose con las mismas Ci que aprendieron en el pasado. A través de este insight aprenden que su auto-condicionamiento continuo es mucho más importante que sus experiencias tempranas.

3. Los pacientes "necesitan" tener conciencia, conocimiento y apreciación de que las ideas o creencias irracionales particulares causan sus problemas emocionales. Las tres partes de este insight son importantes porque una concientización, sin un conocimiento y una apreciación está inmotivado; de hecho, algunas personas pueden encontrar enseguida sus creencias irracionales, pero no caer en la relevancia de las mismas, por consiguiente el conocimiento no surte efecto. Este insight entonces, no sólo muestra que uno tiene específicamente que cambiar para superar los problemas, sino que también fomenta la confianza y el poder en el paciente. Ya que los pacientes originan sus problemas al ratificar las Ci, no dependen del buen deseo de fuerzas externas para estar mejor.

4. Los pacientes pueden aceptarse a sí mismos incluso cuando se hayan creado y sigan manteniendo todos sus problemas emocionales.

5. Durante la mayor parte del tiempo que la gente pasa en terapia se han hecho propaganda a sí mismos de sus propias creencias que ciegamente aceptan como verdaderas y de las que raramente cuestionan su validez. Desgraciadamente es necesario un ataque enérgico y prolongado sobre ellas si están renunciando a resolverlas. Este insight por lo tanto, pone de manifiesto que los primeros cuatro insight no son suficientes, más bien, la gente debe trabajar durante mucho tiempo e intensamente para abandonar sus creencias irracionales si quiere vencer sus problemas emocionales.

2.4.1.3. Trabajar hacia racional-emotivo, parte 1: enseñar una base de conocimiento racional.

El trabajar hacia racional-emotivo constituye el corazón de la TRE. Ayudar a los pacientes a trabajar hacia

sus problemas emotivo-conductuales significa ayudarles sistemáticamente a renunciar a sus ideas irracionales y adoptar unas más racionales y auto-intensificantes. En esta etapa es en la que el terapeuta concentra la mayor energía y dedica más tiempo y donde tienen lugar los cambios de larga duración.

Ayudar a la gente a vencer sus ideas irracionales es a menudo una empresa muy difícil y ardua. Esto es así por tres razones. Primera, porque la gente ha creído tradicionalmente en estas ideas durante años y está habituada a relacionarse y desenvolverse con indicios de las situaciones que son consistentes con estas ideas, a menudo se adhieren con fuerzas a sus ideas irracionales. De hecho, han ratificado y practicado tanto con estas ideas irracionales que estas se han convertido en "su segunda naturaleza". Cambiar, por consiguiente, una cosa así de bien aprendida requiere esfuerzos enérgicos y repetidos, incluso para aquellos que están deseando cambiar y están comprometidos con el cambio.

El hecho de que a veces la gente no quiera cambiar proporciona una segunda razón por la que puede resultar difícil trabajar hacia lo racional-emotivo. Para algunas personas, la perspectiva de renunciar a las formas actuales, aunque contraproducentes de pensar, sentir, y actuar elicitó miedos y resistencias que en ellas mismas representan importantes distorsiones cognitivas y requieren atención terapéutica.

Y, tercero, el proceso de trabajar hacia lo racional-emotivo a menudo resulta ser muy difícil debido a que la gente no es muy hábil en el pensamiento crítico. Esto se debe con frecuencia a resistencias, falta de habilidades en el pensamiento crítico, o simple ignorancia acerca de las formas diferentes de pensar, distintas de las que ya utiliza.

Las metas en esta etapa son: (1) ayudar a los pacientes a comprender claramente lo que es ilógico y falso acerca de las ideas o filosofías que apuntalan sus perturbaciones; (2) mostrar a los pacientes las consecuencias temerarias o contraproducentes de sus ideas irracionales; (3) enseñar a los pacientes ideas nuevas y alternativas que son contrarias a sus ideas irracionales; y (4) convencerles tanto de la lógica que hay detrás como de los beneficios de estas nuevas ideas, para motivarlos a comprometerse y ser responsables al adoptar estas nuevas ideas. Mediante estos esfuerzos, intentamos (1) conseguir pacientes que adquieran una base de conocimiento racional que pueda ser aprendido, ratificado, y adoptado en el futuro, y de ese modo efectuar un cambio terapéutico efectivo; y (2) fomentar su motivación para trabajar en llevar a cabo estos cambios.

2.4.1.4. Trabajar hacia racional-emotivo, parte 2: facilitar una nueva filosofía.

Esta etapa es continuación de los tres procesos precedentes, el psicodiagnóstico, el insight, y el trabajar hacia lo racional-emotivo, parte 1, ahora, el terapeuta pone todas sus energías en ayudar al paciente a deshacerse de las filosofías viejas e irracionales y reemplazarlas por unas nuevas racionales. El proceso final es casi siempre crear nuevas ideas o filosofías racionales y obrar de acuerdo con ellas automáticamente.

Trabajar hacia racional-emotivo, parte 2, puede subdividirse en los siguientes dos componentes: debate y fortalecimiento del hábito.

Debate.

El proceso de debate emplea el método lógico-empírico de experimentación y el cuestionamiento científico de forma persistente y reiterada. A través de multitud de estrategias cognitivas, conductuales y emotivas, el terapeuta ayuda a los pacientes a hacer tres cosas, todas las cuales son diseñadas para ayudarles a determinar si sus ideas son válidas o nulas. Primero, el terapeuta suscita preguntas retóricas, idea experiencias conductuales y emotivas y enseña a los pacientes a hacer lo mismo. De esta forma, se ayuda a los pacientes a debatir sus ideas irracionales. Para decirlo de otra forma, se anima a los pacientes a jugar al abogado del diablo, ocupándose con energía de un debate interno acerca de la defendibilidad de la idea en cuestión. El terapeuta también ayuda a los pacientes a discriminar, o hacer distinciones, entre las partes racionales e irracionales de sus ideas -entre sus quieros y deseos y sus "debes"; entre las consecuencias indeseables y "horribles"; entre hacer algo mal y "ser" una mala persona; entre las conclusiones lógicas y no consecuentes; etc. Mediante este proceso, la gente aprende a reducir gradualmente las partes de su pensamiento que no tienen sentido y que les conduce a su propio juicio. Y, tercero, el terapeuta ayuda a los pacientes a definir los términos de forma clara y precisa. Se les ayuda a hacer definiciones de términos muy sutiles hasta que las falacias lógicas y las conclusiones ilógicas se ven como absurdas.

Fortalecimiento del hábito.

Trabajar hacia, parte 2, también sirve para arraigar en la gente sus ideas nuevas y racionales. Por consiguiente se muestran a los pacientes formas (y se les anima a encontrar formas por sí mismos) para convencerse, una y otra vez, tanto de la validez como del valor pragmático de lo que han

aprendido. Así los terapeutas de la TRE les enseñan un tipo de habituación de imaginación racional-emotiva, les animan a predicar pensamientos racionales a otros, les sugieren que se refuercen por pensar racionalmente y se castiguen por pensar irracionalmente, y les sugieren que lean material biblioterapéutico racional, y, desde luego, les urgen fuertemente a continuar haciendo su debate, tanto de forma mental como escrita, durante el resto de sus vidas. Quizá lo más importante, es que los terapeutas de la TRE hacen algo que sus pacientes puedan conseguir para actuar de forma consistente en sus vidas diarias con su nueva filosofía racional; en otras palabras, se les anima a tener muchas experiencias-directas en la vida que expresen lo racional, que auto-realcen las ideas o filosofías aprendidas a través del curso de su terapia racional-emotiva. Aquí es probablemente donde y cuándo los cambios duraderos tienen lugar. (Ellis y Grieger, op. cit.).

Cognoscitivamente, pues, la TRE emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes cómo se trastornan *ellos mismos* y no son trastornados por otros. De un modo activo y directivo se les enseña que cada vez que experimentan una emoción o un comportamiento negativo en el punto C (Consecuencia) esto sólo procede *indirectamente* de alguna experiencia activante, de alguna actividad o de algún agente en el punto A. De manera mucho más concreta e importante, surge de sus interpretaciones, filosofías, actitudes o creencias en el punto B. Se muestra a los pacientes cómo discutir científica y lógicamente sus propias creencias irracionales y a persistir en esto hasta que de modo consistente lleguen a un conjunto sensible de efectos cognoscitivos y luego, por último, a efectos emocionales apropiados y a efectos conductuales más efectivos. (Ellis y Abrahms, op. cit.)

2.4.2. El terapeuta.

La premisa básica de la TRE es que gran parte, si no todos los sufrimientos emocionales, es debido a los modos inadaptados en que las personas construyen el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos y sentimientos autoderrotistas que ejercen un efecto adverso sobre la conducta. En consecuencia la tarea del terapeuta de la TRE encierra tres tipos de acción. Primera, debe determinar los eventos que perturban al paciente. A continuación, el terapeuta debe ayudar al paciente a descubrir las pautas específicas de pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas. Tercera, el terapeuta ayuda al paciente a alterar estas pautas de pensamiento y creencias. (Linn y Garske, 1988).

Según Ellis, el terapeuta, además de tratar específica y concretamente el pensamiento distorsionado e ilógico del paciente, también deberá "demostrarle a su paciente cuáles son en general las principales ideas irracionales que los seres humanos suelen seguir y qué filosofías más racionales acerca de la vida se pueden adoptar en su lugar". Si no se hace esto, es muy probable que el paciente acabe por adoptar sencillamente otro conjunto de pensamientos ilógicos. Por consiguiente, Ellis enumera muchas ideas ilógicas* en nuestra cultura que parecen conducir a dificultades personales si los individuos las adoptan. Veamos algunas brevemente. Una es la idea de que la persona tiene que ser amada o aceptada por todo lo que hace, en lugar de procurar la aprobación por un logro verdadero o amar en vez de ser amado. Otra idea es que muchas de las miserias humanas

*consultar tabla no. 1

tienen su origen en causas externas, en lugar de la idea de que la infelicidad la causa y la sostiene el modo que uno tiene de ver las cosas y no las cosas mismas. (Garfield, op. cit.).

En la TRE el terapeuta suele actuar de dos formas principales. Primero, constantemente le está haciendo ver al paciente las ideas ilógicas y las supersticiones que están a la base de sus temores.

Los terapeutas racional-emotivos enseñan a los pacientes (1) a buscar y detectar sus creencias irracionales, en especial sus "tendría que" y "debería de" absolutistas, sus "es horroroso", sus "no puedo soportar", sus "no puedo" y su auto-decaimiento; (2) a cuestionar y desafiar lógicamente y empíricamente sus creencias irracionales (Ci) y a disuadirse a sí mismos de creer en ellas; (3) a reemplazar las Ci por creencias racionales (Cr) y estrategias de enfrentamiento alternativas; (4) a pensar sobre sus creencias racionales y mostrarse por qué son racionales y en qué se diferencian de las creencias irracionales; y (5) a internalizar el método científico, y afianzarlo para el resto de su vida, ver que sus creencias irracionales son hipótesis, no hechos y desafiar y cuestionar con fuerza estas hipótesis hasta abandonarlas. (Ellis y Grieger, op. cit.).

Por ejemplo, si el individuo tiene el temor de ser imperfecto, se le tiene que demostrar de muchas maneras que estos temores son irracionales, ya que nadie es perfecto. Segundo, el terapeuta anima y persuade al paciente a que emprenda aquellas actividades que contrarrestan las ideas que mantiene el paciente. Por ejemplo, si el paciente cree que nadie quiere salir con él, se harán todos los intentos por hacerlo pasar por ciertas experiencias en su vida real que contradigan esta falsa creencia. De esta manera, en la

terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas como auxiliares para superar efectivamente las creencias y temores ilógicos del paciente. (Garfield, op. cit.).

El estilo del terapeuta de la TRE es activo, retador, lleno de demostraciones y a menudo incisivo. Ellis aboga por la utilización de una forma enérgica y directa de comunicación con el objeto de persuadir a los pacientes a que abandonen las ideas irracionales con las que se adoctrinan a sí mismos hasta el punto de que se sienten miserables. (Bernstein y Nietzel, op. cit.).

El ataque confrontador del terapeuta a las creencias irracionales del paciente no se restringe a las intervenciones cognitivas. El terapeuta de la TRE también empleará ejercicios de prácticas simuladas, de concientización sensorial, la desensibilización, el entrenamiento autoafirmativo y determinadas tareas en un esfuerzo para proporcionar un complemento conductual al cambio cognitivo. (Bernstein y Nietzel, op. cit.)

Utilizando la terapia racional-emotiva, el terapeuta dispone de una teoría estructurada y funcional para:

- reconocer rápidamente las pocas creencias irracionales centrales con las que sus pacientes tontamente se preocupan;
- mostrarles cómo se están causando sus propios problemas y síntomas emocionales,
- demostrarles en forma precisa cómo discutir (en el punto D) sus propias creencias irracionales y, a menudo, inducirlos a abandonar tales creencias y reemplazarlas con hipótesis más científicamente comprobables acerca de sí mismos y del mundo, que es mucho menos probable que les creen dificultades emocionales en el presente y en el futuro. (Ellis y Abrahms, op. cit.)

Los terapeutas racional-emotivos afrontan y discuten (en el punto D) las creencias creadoras de trastornos de las

personas, en forma mucho más activa y enérgica que los terapeutas de la mayoría de las demás escuelas. Claramente hacen ver a sus pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, les explican cómo éstas crean trastornos emocionales, les enseñan el modo de atacarlas en los terrenos lógicos y empíricos y, por último, les instruyen sobre la forma de desecharlas. Los terapeutas de la TRE ayudan, asimismo, a sus pacientes a desarraigar sus irrationalidades obligándolos a hacer ejercicios emotivos y asignándoles tareas que sirven para destruir sus ideas rígidamente sostenidas. Sin embargo, en la forma clara y precisa de la TRE, subrayan especialmente la reestructuración cognoscitiva o la discusión. (Ellis y Abrahms, op. cit.)

2.5. TÉCNICAS.

Desde sus comienzos la TRE ha recomendado con firmeza que los pacientes emprendan "alguna clase de actividad, la cual por sí misma actuará como un agente poderoso contrapropagandístico contra las tonterías que él cree". Ellis ha apuntado constantemente que para los pacientes que están conformes en hacerlas, las actividades dramáticas, fuertes, e implosivas siguen siendo los mejores métodos de las tareas de trabajar-hacia. Tales tareas enfatizan tanto las bases cognitivas como las actividades conductuales. (Ellis y Grieger, op. cit.).

La TRE es un método de terapia verdaderamente amplio, debido a que tiene muchas técnicas cognoscitivas, emotivas y conductuales. La utilización de cada una de éstas depende del terapeuta y de los fines que se quieran conseguir en conjunción con el paciente.

2.5.1. TECNICAS COGNITIVAS.

Para lograr un cambio filosófico, las personas tienen que hacer lo siguiente:

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales puedan contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.

2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.

3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.

4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.

5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.

6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.

7. Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas. (Lega, op. cit.)

El debate filosófico.

En la TRE el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es el debate, que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. La refutación de las creencias irracionales comprende tres pasos. Primero, los terapeutas ayudan al paciente a *descubrir* las creencias irracionales que subyacen

a sus conductas y emociones autodevaluadoras. En segundo lugar, *debaten* con sus pacientes la verdad o falsedad de sus creencias irracionales. Durante el proceso, ayudan a sus pacientes a *discriminar* entre creencias irracionales y creencias racionales. Si el Debate ataca únicamente a las inferencias irracionales, constituye un Debate empírico, utilizado también en otras formas de psicoterapia. El Debate filosófico va más allá de estas inferencias y ataca los "Debo de" dogmáticos implícitos, de los cuales se derivan. En tercer lugar un estilo terapéutico bastante eficaz, al utilizar el Debate filosófico, es el Diálogo socrático (haciendo preguntas como: "en que sentido es cierta o falsa esta creencia"), ya que ayuda al paciente a generar, en lugar de simplemente memorizar, creencias racionales y apropiadas. (Lega, op. cit.)

Asignación de tareas.

Desde que se empezó a usar la TRE ésta siempre ha enfatizado la actividad de asignación de tareas, por lo general sobre una base *in vivo* o con vida (más que imaginativa). El insensibilizar *in vivo* la asignación de tareas es lo que mejor funciona para muchos individuos que encuentran difícil cambiar su conducta disfuncional. (Ellis y Abrahms, op. cit.)

Las "tareas para casa" se emplean de forma regular en la TRE y tienen como propósito ayudar al paciente a generalizar su trabajo terapéutico más allá de la consulta del terapeuta.

Otras tareas incluyen técnicas como la *Biblioterapia*, donde se asigna al paciente la lectura de libros y artículos que se relacionan con la utilización de la TRE en su problemática particular. Esto también puede hacerse con el

uso de cassettes. El propósito de esta técnica es ayudar al paciente a practicar su nueva forma de pensar, ya que la práctica es vital en la sustitución de hábitos disfuncionales antiguos por hábitos eficaces, producto de una nueva filosofía racional. (Lega, op. cit.).

Fantasia racional-emotiva.

El propósito de la Fantasia o de imágenes Racional-Emotiva es el de permitir al paciente la exploración de la conexión B-C, es decir, interpretaciones-consecuencias, donde puede experimentar un cambio cognitivo, sin necesidad de estar envuelto directamente en la situación (A), pero teniendo una imagen vívida, una fantasía sobre ella. Los pacientes obtienen práctica en cambiar sus emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas (C), mientras mantienen una imagen vívida del acontecimiento negativo de A. De hecho aprenden a modificar sus emociones autodevaluadoras cambiando las creencias subyacentes en B. De manera indirecta, esta técnica permite hacer ver al paciente que la vida continúa y que las personas se recuperan a pesar de todo. (Lega, op. cit.).

Proselitismo Racional.

Aquí se anima a los pacientes a enseñar la TRE a sus amigos. Al enseñarlo a otros, los pacientes llegan a estar más convencidos de las filosofías racionales. Esta técnica, sin embargo, deberá ser usada con precaución, y se prevendrá a los pacientes contra desempeñar el papel de terapeuta no deseado con amigos y familiares. (Ellis y Grieger, op. cit.)

2.5.2. TECNICAS EMOCIONALES.

La TRE utiliza una serie de técnicas enfocadas hacia el cambio emocional, teniendo presente, claro está, que dicho cambio corresponde a un cambio en el pensamiento del individuo.

Ejercicios de ataque de vergüenza.

El *ejercicio para atacar la vergüenza* es una de las técnicas emocionales más conocidas. Uno de los principales componentes de todo trastorno emocional es la vergüenza, o sea el sentimiento de que las personas se afectan a sí mismas cuando piensan que han hecho algo tonto, ridículo o estúpido y que otros pueden despreciarlos por proceder de ese modo. En la TRE se induce a los pacientes a hacer en particular su A-B-C-D-E cuando se sienten avergonzados de algo y se lleva a discutir activamente sus ideas creadoras de humillación. (Ellis y Abrahms, op. cit.).

En los ejercicios para atacar la vergüenza, el paciente actúa de una manera deliberadamente "vergonzosa" en público tratando, al mismo tiempo, de aceptarse a sí mismo a pesar de su comportamiento y de tolerar la incomodidad que éste le produce. (Lega, op. cit.). Aquí se anima a los pacientes a hacer algunos actos que previamente han considerado como "vergonzosos". Se anima al paciente a actuar de tal forma que anime a otras personas del entorno a prestarle atención sin producir daño ni a sí mismo ni a otras personas y sin alarmar indebidamente a otros. Simultáneamente se le anima a engancharse en fuertes debates, tales como, "Puedo parecer raro, pero no lo soy". (Ellis y Grieger, op. cit.).

Al realizar los actos "vergonzosos" como tareas asignadas, los pacientes tenderán a descubrir que los demás

no están interesados en sus actos como ellos creen que lo están; que muchas personas sencillamente los pasan por alto y que algunas ni siquiera piensan de ellos como "vergonzados" sino sólo como "divertidos" o "interesantes". También se les puede ayudar a ver que aún cuando otros desapruaban su conducta y los consideren "locos", ellos no tienen por qué aceptar tales veredictos, sino que deben mantener su propio parecer, comprender que han realizado sus ejercicios contra la vergüenza por razones muy sensatas y de conveniencia personal y que lo que los demás piensen al respecto, en general no cuenta gran cosa para ellos. (Ellis y Abrahms, op. cit.).

Ejercicios de correr riesgos.

Otra técnica similar la constituyen los *ejercicios de correr riesgo*, donde el paciente se arriesga a actuar en situaciones en las que normalmente no lo hubiese hecho, como iniciar una conversación con una persona extraña en un acontecimiento social, teniendo muy presente que su propósito no es sólo el cambio conductual sino también el cambio cognitivo, al darse cuenta que la situación no es "horripilante" sino, simplemente "muy incómoda" y que se puede tolerar. (Lega op. cit.). Al preparar a los pacientes para los ejercicios de tomar riesgos, se necesita hacer la identificación y el debate de las inferencias defectuosas y las evaluaciones irracionales consecuentes. El problema, sin embargo, es conseguir que el paciente apunte las respuestas aversivas de los otros que predice que ocurrirán. (Ellis y Grieger, op. cit.).

Desensibilización *in Vivo*.

Estos métodos requieren que los pacientes confronten sus miedos repetidamente de una forma impositiva. Por

ejemplo, a los pacientes con fobia a los ascensores se les pide que suban en ellos veinte o treinta veces al día al comienzo del tratamiento, en vez de trabajar de forma gradual para subir en los ascensores tanto en la imaginación como en la realidad. De nuevo, se anima al debate cognitivo simultáneo. La meta principal es que los pacientes experimenten un "nivel diez" lo que es pánico extremo. Neuman señala continuamente a la gente que es importante experimentar "nivel diez" porque sólo después pueden aprender que pueden sobrevivir y continuar con una experiencia tal. Igualmente, si se tiene constancia de la invasión de diversas condiciones fóbicas, es importante que los terapeutas racional-emotivos trabajen en ayudar a los pacientes a tolerar formas extremas de ansiedad antes de ayudarles a reducir esta ansiedad.

2.5.3. TECNICAS CONDUCTUALES.

La TRE ha defendido el uso de técnicas conductuales (especialmente las tareas para casa) desde su creación en 1955, puesto que es sabido que el cambio cognitivo es facilitado muy a menudo por el cambio conductual. Los terapeutas de la TRE intentan ayudar a sus pacientes para que eleven su nivel de tolerancia a la frustración, por lo que les anima a que realicen tareas para casa basadas en los modelos de la desensibilización en vivo y la inundación. Otras técnicas conductuales son la utilización de premios y castigos, la terapia del papel fijo en la que se anima a los pacientes a que actúen "como si" ya piensen racionalmente, con el fin de permitirles experimentar que el cambio es posible, o los métodos de entrenamiento en habilidades. (Lega, op. cit.).

El renombrado psicólogo B. F. Skinner realizó mucho trabajo experimental utilizando programas de refuerzo con

animales y humanos; en esta experimentación tendía a mostrar que si los individuos (o los pichones) son reforzados cada vez que realizan un acto determinado, y castigados (o privados) cada vez que no los ejecutan, su conducta puede cambiar enormemente, de modo que siguen "natural", "fácil" o "espontáneamente" ejecutando el acto reforzado o compensado. Otros muchos experimentadores interesados en ayudar a las personas a cambiar sus emociones y conductas disfuncionales han utilizado las técnicas de Skinner y las han usado con buenos, y a veces notables, resultados. De este condicionamiento operante se han utilizado muchas técnicas en la TRE para la ayuda de los pacientes, tomando como base los principios del condicionamiento.

2.5. APLICACIONES.

Ellis (1973) sostiene que la TRE es un tratamiento apropiado para casi todos los problemas emocionales con la excepción de la esquizofrenia severa, manía extremada, lesión orgánica cerebral y retraso mental. (Bernstein y Nietzel, op. cit).

Ellis admite que la terapia no es eficaz para todos los candidatos potenciales. No parece servir para los pacientes que no tienen la suficiente capacidad intelectual como para emprender análisis racionales, ni para los que están demasiado perturbados emocionalmente, o son demasiado inflexibles o están demasiado predispuestos en contra de la lógica y de la razón. (Garfield, op. cit.).

Este método ha sido utilizado por el propio Ellis para disminuir pensamientos obsesivos y la culpabilidad derivada de la religión, y también ha sido aplicada a la depresión, a los estados de ansiedad y problemas conyugales. (Ruiloba, 1991).

CAPITULO 3: TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL PARA LA DEPRESION DE AARON BECK.

En el más amplio sentido, la terapia cognitiva consiste en todas las aproximaciones que alivian las penas psicológicas a través de corregir las malas percepciones que se tienen de sí mismo. El énfasis en el pensamiento, puede no oscurecer la importancia de las reacciones emocionales, las cuales son generalmente el origen inmediato de los males. Esto simplemente significa que nosotros conocemos las emociones de las personas a través de sus cogniciones. A través de corregir las creencias erróneas podemos disminuir las reacciones emocionales inapropiadas.

La forma de funcionamiento intelectual es análogo a la formación de lenguaje, en donde las reglas de pronunciación y construcciones gramaticales son aplicadas sin estar conscientes de las reglas o de su aplicación. Cuando un adulto tiene que corregir un error en el lenguaje o quiere aprender un nuevo idioma, tiene que concentrarse en la formación de palabras y oraciones. Similarmente, cuando él tiene problemas interpretando ciertos aspectos de la realidad puede serle útil centrarse en las reglas que aplica haciendo juicios. Estos juicios en un principio son inconscientes, pero aprendidos, cuando se da cuenta de cómo esto está afectando sus relaciones interpersonales, las hace conscientes y al cambiar su forma de pensar errónea, sus pensamientos y percepciones también cambian. (Beck, 1978).

Las terapias cognoscitivas se derivan de conceptualizaciones que se encuentran en los conocimientos o pensamientos de la persona como una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. La terapia

cognoscitiva trata de modificar sus pensamientos. Los terapeutas cognoscitivistas suponen que los cambios efectuados en el conocimiento de los pacientes producirán cambios positivos en sus conductas problema.

La terapia cognoscitiva es diferente de los métodos más tradicionales que también son un tanto "cognoscitivos" (por ejemplo, el psicoanálisis), porque hay más estructura, más concentración en los síntomas evidentes, se presta poca atención a las experiencias que tuvo el cliente en su infancia y hay menos preocupación por ahondar en los orígenes del problema. (Beck, 1970. citado en: Kendall y Norton - Ford, 1988).

Beck sienta la hipótesis de que los trastornos psicológicos, en este caso la depresión, son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismas. Es decir, se supone que hay pensamientos contraproducentes típicos, o distorsiones cognoscitivas, que caracterizan a la persona deprimida. Mientras que el método cognoscitivo aplicado a la depresión pone de manifiesto el papel de las ideas deprimentes, reconoce también una multitud de síntomas adicionales de depresión. Entre éstos figuran el estado de ánimo triste y sombrío, cierta dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido pese a la sensación constante de cansancio, pérdida de apetito, sensación de impotencia, falta de satisfacción, dificultad para tomar decisiones y una imagen de sí mismo generalmente negativa.

Beck piensa que las personas se sienten deprimidas porque se han evaluado a sí mismas como inadecuadas y de modo sistemático interpretan equivocadamente los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de sí mismo. (Kendall y Norton - Ford, 1988).

La premisa subyacente de la terapéutica cognoscitiva consiste en que afecto y conducta son primordialmente funciones en que las personas elaboran (estructuran) su mundo. Según una teoría cognoscitiva, todo mundo tiene "filtros" a través de las cuales interpreta el mundo. Cuando estas estructuraciones se vuelven deformadas y disfuncionales, los pacientes suelen experimentar desesperanza, ansiedad y depresión. Las finalidades de esta modalidad de tratamiento consisten en: (1) hacer que los pacientes se percaten de sus deformaciones cognoscitivas mediante psicoterapia, y (2) lograr los cambios mediante corrección de estas deformaciones. Las deformaciones comunes (errores en el proceso de información) que vuelven a las personas deprimidas consisten en abstracciones selectivas (falta de significado de una situación total por selección de un detalle fuera de contexto), inferencias arbitrarias (saltar a una conclusión con falta de pruebas o pruebas contradictorias), sobregeneralizaciones (generalizaciones injustificadas basándose en un incidente), y amplificaciones (exageración o elaboración de los aspectos específicos).

Las numerosas estrategias que se emplean en terapéutica cognoscitiva tienen como finalidad ayudar al paciente a percatarse de los pensamientos automáticos negativos, reconocer las relaciones entre pensamiento, afecto y conducta, y sustituir los pensamientos deformados por interpretaciones más realistas y llenas de opciones. (Goldman, 1989).

La terapia cognitiva es un tratamiento fundado en el supuesto de que la cognición -el proceso de adquirir conocimientos y creencias- es un determinante primario del estado de ánimo y de la conducta. Se aplica sobre todo, en pacientes deprimidos, los cuales tienen pensamientos negativos respecto de sí mismos, de los demás y del futuro.

Esta triada negativa subyace a un esquema mal adaptado, que se reactiva por efecto de acontecimientos circunstanciales. Por esquema se entiende aquí una estructura usada para seleccionar, codificar y evaluar estímulos contradictorios. Los esquemas constituyen las premisas de las que arranca el paciente para interpretar la información que recibe de su entorno. Estos esquemas patológicos -derivados de las distintas experiencias históricas personales que determinan errores lógicos de juicios-, a su vez, sirven para confirmar la orientación negativa de las opciones del sujeto, quien queda fijado a una interpretación arbitraria de los hechos que le acontecen, tanto interna como externamente.

Según este esquema teórico, cualquier intervención terapéutica debe clarificar, evaluar, reordenar y modificar los supuestos básicos que tiene el sujeto acerca de sí mismo, de su circunstancia y de su futuro, generando al mismo tiempo nuevos significados y opciones menos patológicas. (Vidal y Alarcón, 1986).

3.1. MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION.

Según Beck "las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas". Agrega que "la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica". Infiere que después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho

obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa. (Arieti y Bemporad, 1981).

El modelo cognitivo de la depresión formulado por Beck parte de dos hipótesis fundamentales:

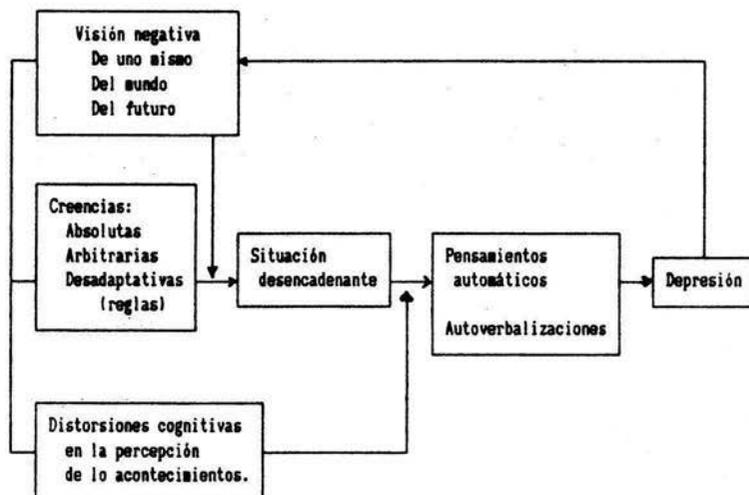
1. Las cogniciones distorsionadas del paciente no son un producto secundario de la depresión, sino que pueden tener una relación causal en su desarrollo.

2. Las cogniciones distorsionadas, negativas, y las actitudes inadecuadas, fomentan la predisposición a la depresión y, por lo tanto, favorecen las recaídas.

De ahí se infiere que el cambio en las cogniciones y las actitudes del individuo será un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y la prevención de posibles recaídas.

La siguiente figura del modelo cognitivo pone de relieve que los tres factores que desencadenan los pensamientos automáticos distorsionados causantes de la depresión son, por una parte, la llamada por Beck "triada cognitiva", es decir, la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. En segundo lugar, unos patrones cognitivos estables o creencias absolutas, arbitrarias y desadaptativas, que pueden estar inactivos, pero que son repetitivos y se avivan cuando hay un acontecimiento activador. Por último, las distorsiones cognitivas en la percepción de los acontecimientos o errores cognitivos, tales como la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva o la sobregeneralización entre otras. (Ruiloba, 1991).

FIGURA No. 1 MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESION



Beck y sus colaboradores han descrito varios procesos cognitivos que es probable que conduzcan a emociones, conductas y consecuencias motivacionales negativas. Estos procesos se han descrito como distorsiones cognitivas que tienen el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento relativamente ambiguo o inocuo, en uno que se experimenta como negativo. Incluidos en esta lista de distorsiones cognitivas se encuentran errores tales como la generalización excesiva, la magnificación o minimización, la personalización, el pensamiento absolutista dicotómico, la inferencia arbitraria, y la abstracción selectiva.

1. Inferencia arbitraria. Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva. Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

3. Generalización excesiva. Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.

4. Magnificación y minimización. Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

5. Personalización. Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.

6. Pensamiento absolutista dicotómico. Se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, como por ejemplo, bueno-malo. Para describirse a sí mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo. (Dobson y Franche, 1991).

3.2. LA TERAPIA Y EL TERAPEUTA COGNITIVO - CONDUCTUAL.

El objetivo de la terapia es aliviar la depresión y prevenir su recurrencia ayudando al paciente a: 1)

identificar y contrastar las cogniciones negativas, 2) a desarrollar esquemas alternativos y más flexibles, y 3) a ensayar nuevas respuestas cognitivas y conductuales. El objetivo también es modificar la forma de pensar del individuo y, posteriormente, aliviar el síndrome depresivo.

La terapia cognitiva es una terapia breve y estructurada que supone la colaboración activa entre paciente y terapeuta hacia la consecución de los fines de la terapia. Está orientada a los problemas actuales y a su solución. La terapia suele realizarse con carácter individual, aunque se han desarrollado y ensayado también técnicas de grupo. Esta terapia puede utilizarse conjuntamente con la terapia medicamentosa.

Como enfoque terapéutico altamente estructurado, la terapia cognitiva exige establecer un programa al comienzo de cada sesión, asignar tareas para casa entre sesión y sesión y en aprender nuevas facultades de carácter específico. La colaboración activa entre el terapeuta y el paciente proporciona una sensación genuina de labor de equipo. (Kaplan y Sadock, 1987).

El primer paso del tratamiento cognoscitivo de la depresión es una evaluación precisa de los pensamientos negativos que están influyendo en el paciente. De modo general, los pensamientos negativos típicos de los pacientes deprimidos caen en una de las tres categorías siguientes descritas por Beck: ideas negativas respecto al mundo (tendencia a experimentar el mundo como un lugar negativo, exigente y frustrante y a esperar fracaso y castigo), pensamientos negativos acerca de sí mismo (negativa percepción de uno mismo que consiste en considerarse defectuoso, insuficiente, deprivado, indigno e indeseable), y percepciones negativas del futuro (expectativas de continuas dificultades, sufrimientos, deprivaciones y

fracasos). Entre los pensamientos negativos típicos figuran las evaluaciones negativas de sí mismo debidas a comparaciones con personas que han tenido más éxito, las autocríticas y autoacusaciones resultantes del énfasis excesivos en los propios defectos, las evaluaciones negativas inexactas hasta del más simple acontecimiento, y una sensación de estar abrumado por responsabilidades cotidianas comunes, hasta el punto de sentir impotencia. (Kendall y Norton - Ford, op. cit.).

El procedimiento terapéutico consta de una fase diagnóstica y otra específicamente terapéutica.

En la primera fase se realiza:

1. un análisis de la sintomatología somática, afectiva, cognitiva y conductual y la comprobación de que la alteración cognitiva es predominante en relación a otros componentes.

2. Orientación, en la que se le explica al paciente en qué va a consistir la terapia.

3. Definición de los problemas cognitivos, conductuales y emocionales y especificación de los objetos terapéuticos.

La fase terapéutica transcurre a través de los siguientes pasos:

5. Análisis funcional de la conducta depresiva. Para ello el paciente realiza un autorregistro como el descrito anteriormente (ver figura no. 1). Además, un registro conductual en el que registra las actividades que ha de realizar diariamente y que considera agradables y reforzantes.

6. Generación de soluciones. Se formulan formas de pensamiento alternativas a aquellas rígidas y estereotipadas así como alternativas conductuales introducidas mediante

técnicas tales como el modelamiento, la realización gradual de tareas, el entrenamiento en relajación o las habilidades sociales.

7. Experimentación personal que consiste en poner a prueba nuevas hipótesis y estrategias de pensamiento y comportamiento en la vida cotidiana del paciente.

8. Evaluación de los progresos, teniendo en cuenta el cambio conductual.

9. Graduación de la intervención terapéutica. La directividad inicial del terapeuta se irá diluyendo para que el paciente asuma y aplique directamente los procedimientos aprendidos. (Ruiloba, op. cit.).

3.2.1. PRINCIPIOS TERAPEUTICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL.

Como principios terapéuticos de las terapias cognitivas, conviene señalar las siguientes:

1. Un paciente tratado con terapia cognitiva debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad. El motivo es bien sencillo,

2. esta percepción de la realidad, se ve modificada, y está sujeta, a diversos procesos cognitivos, que son en sí mismo fruto de error, y de sesgos. Lo que lógicamente supone conseguir,

3. que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis, con lo que las convierte en un fenómeno, sujeto a verificación, negación y modificación. (Caro, 1991)

Los principios básicos que caracterizan el quehacer psicoterapéutico dentro del modelo de Beck se encuentran en la tabla #1.

Tabla 1. Principios básicos de la terapia cognitiva de Beck.

1. Modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
2. Se sigue un modelo educativo.
3. Es breve y con límite de tiempo.
4. Se basa en un esfuerzo colaborador entre paciente y terapeuta.
5. Empleo del método socrático.
6. Condición necesaria: una buena relación terapéutica.
7. Estructurada y directiva.
8. Orientada hacia los problemas.
9. Basada en el método científico.
10. Gran importancia del trabajo para casa.

Sobre la base de estos 10 principios podemos concluir que el modelo cognitivo de tratamiento postulado por Beck se caracteriza por ser:

1. Extremadamente educativo y reeducativo. Se busca un aprendizaje de patrones alternativos, de formas diferentes de percibir la realidad, siendo el propio paciente el agente principal del cambio.

2. Una sesión de terapia cognitiva debe estar muy preparada y altamente estructurada y de centrarse en los temas importantes a corto y a largo plazo, va permitiendo alcanzar las metas de tratamiento en el plazo adecuado, que suele ser breve, unas 20 sesiones aproximadamente.

3. El modo fundamental de trabajo con el material cognitivo que el paciente aporta, con independencia de las técnicas que se usen para hacerlo, va a ser el establecer un diálogo continuo, reflexivo,, cuestionador, encaminado a lograr el conocimiento interno del paciente sobre las causas de sus problemas, lo que se conoce como método socrático.

4. Finalmente, se entiende que el problema que presenta el paciente es dependiente de ciertas estructuras cognitivas, que aportan un significado especial a todo aquello que conoce una persona y cómo lo conoce. (Caro, op. cit.).

3.2.2. El terapeuta cognitivo - conductual.

Al igual que con otras psicoterapias, los atributos del terapeuta son de fundamental importancia para el éxito de la terapia. Los terapeutas deben ser capaces de expresar afecto, ser capaces de comprender la experiencia vital de cada paciente y ser auténticamente sinceros y honestos consigo mismos así como con los pacientes. Los terapeutas deben ser capaces de relacionarse hábilmente con los pacientes en su mundo experiencial y de forma realmente interactiva. (Kaplan y Sadock, op. cit.)

El terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran su mundo es lo que determina sus emociones y su conducta (Beck, 1970). El papel del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darse cuenta de sus cogniciones y de cómo éstas median su afecto y su conducta. (Dobson y Franche, op. cit.).

Las características generales del terapeuta que facilitan la aplicación de la terapia cognitiva incluye afecto, empatía y genuinidad. Estas características afectan las actitudes y conducta del terapeuta. Si estos atributos son muy enfatizados o mal aplicados pueden hacer que la colaboración terapéutica fracase. Por otro lado, un terapeuta con estas cualidades bien utilizadas puede incrementar la efectividad de la terapia.

AFECTO.

Una actitud de afecto, preocupación e interés por el paciente, pueden ayudar a éste a percibir al terapeuta como una persona interesada en sus problemas y no como una persona indiferente o distante hacia él mismo. Así, la actitud de afecto del terapeuta puede ayudar a corregir cogniciones negativas específicas que la persona deprimida trae a la relación terapéutica. Es crucial tener en mente que el factor determinante en la respuesta del paciente es su percepción de afecto tanto como el grado de afecto expresado por el terapeuta.

El terapeuta debe cuidar y vigilar su actitud de afecto. Si el terapeuta es muy activo en demostrarlo (o más importante, si el paciente cree que el afecto es muy intenso), el paciente puede reaccionar negativamente. Ocasionalmente, el paciente puede interpretar expresiones de afecto como signo de amplio afecto o amor y puede "enamorarse" del terapeuta.

En esencia, el terapeuta debe mostrar balance en su expresión de afecto y atender las señales que sugieran que sus actitudes son contraproducentes.

Generalmente el terapeuta demuestra su aceptación y afecto en el tono de voz y en la forma en cómo dice las palabras. Al principio de la terapia, el paciente puede necesitar más expresiones de afecto. Posteriormente, el paciente puede asumir que el terapeuta está interesado y requerir menos demostraciones de afecto.

EMPATIA.

La empatía se refiere a cómo el terapeuta puede introducirse al mundo del paciente y ver y experimentar la vida en la forma en la que el paciente lo hace. De hecho, el terapeuta al establecer la empatía puede, en algún grado, experimentar los sentimientos del paciente, pero debe ser capaz de entender cómo el paciente estructura y responde a ciertos eventos.

Si el terapeuta puede percibir y tomar parte de las expectativas del paciente, será capaz de entender las conductas "improductivas" del paciente y hará menos juicios acerca de él. Por ejemplo, el terapeuta puede darse cuenta que el paciente "negativo" o "resistente" es actualmente una persona que se ve a sí mismo como incompetente o sin esperanzas que no cree poder contestar o seguir las tareas que se le dejan para casa aún cuando él trate. El terapeuta empático puede ser capaz de entender que el "paciente cínico" es una persona que se siente fracasada por los errores cometidos en el pasado y que está cauteloso y a la vez enojado con la idea de otra frustración.

Es importante mantener la distinción entre empatía y simpatía. La simpatía se refiere más a los sentimientos de compasión hacia el dolor de los pacientes. La empatía incluye un componente intelectual (tanto como emocional), entendimiento de las bases cognitivas de los sentimientos del paciente, habilidad para detectar en uno mismo los

sentimientos del paciente (que incluye enojo o ansiedad, así como tristeza), con el propósito de mantener la objetividad hacia los problemas del paciente.

GENUINIDAD.

La genuinidad es un ingrediente importante en todos los tipos de psicoterapia. Un terapeuta genuino es honesto consigo mismo y con el paciente. Necesita además de ser genuino, una forma de comunicación genuina con el paciente. La genuinidad es una parte importante de la relación terapéutica ya que si el paciente se siente genuinamente comprendido la relación terapéutica puede brindar más resultados positivos, además de que esto hará que el paciente se abra más a la experiencia y se muestre más sincero.

3.2.2.1. Relación Terapéutica.

La relación terapéutica incluye al terapeuta y al paciente y está basada en la confianza, en el rapport y en la colaboración.

Confianza básica.

Los pacientes con una genuina confianza básica tienden a exhibir una transferencia positiva que favorece el progreso.

Para desarrollar la confianza en la relación, el terapeuta cognitivo balancea cuidadosamente la importancia de la autonomía (dejando al paciente hablar, planear, etc.) contra la necesidad de estructura (siendo el terapeuta directivo, tomando la iniciativa, etc.), responsabilidad

(siendo puntual, respondiendo las llamadas telefónicas, etc), contra el establecer límites.

La confianza se va desarrollando a lo largo de toda la relación terapéutica, y es necesaria una buena relación entre el paciente y el terapeuta que se va obteniendo conforme cada uno vaya logrando sus metas.

Rapport.

El rapport es un ingrediente crucial en el tratamiento de los pacientes deprimidos. El término rapport, en general, se refiere al acuerdo armonioso entre las personas. En la relación terapéutica, rapport consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando este tipo de relación es establecida, el paciente percibe al terapeuta como alguien a) que entiende sus sentimientos y actitudes, b) que es simpático y empático, y c) que lo está aceptando con todas sus fallas. Cuando el rapport es óptimo, el paciente y el terapeuta se sienten seguros y razonablemente confortados con el otro.

Un factor que tiene influencia para establecer el rapport incluye la apariencia, manierismos y expresiones faciales del terapeuta. Una actitud de afecto, neutralidad y profesionalismo puede ser lo mejor.

Colaboración terapéutica.

Inicialmente el terapeuta trata de comprometer al paciente en una alianza terapéutica de colaboración. El foco inicial de la colaboración es un interés común en los pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del paciente. Específicamente, el terapeuta y el paciente trabajan juntos

para determinar cuales son los pensamientos distorsionados, la base de estos pensamientos y los beneficios prácticos que resultan de estos pensamientos. La colaboración que se tiene entre paciente y terapeuta es la de obtener toda la información necesaria que ayude al avance terapéutico, el paciente proporciona toda la información que el terapeuta necesite, para que éste trabaje con esto y encuentre formas de ayudar a su vez al paciente. Esta colaboración es activa y continua. (Beck, Shaw, Emery y Rush, 1979).

3.3. TECNICAS.

La aplicación y planeamiento de técnicas y estrategias específicas necesita tomar en cuenta no sólo la patología específica de los pacientes, sino además recordar que los métodos que son exitosos en un momento particular con un paciente pueden ser inefectivos en otro momento. Los terapeutas deben usar su mejor juicio en diseñar tratamientos y seleccionar las mejores técnicas de la amplia variedad que se tiene o improvisar otras nuevas.

La más efectiva aplicación de técnicas depende no solamente de una clara conceptualización del caso y la relación de trabajo amistosa, sino también del talento del terapeuta. El arte de la terapia envuelve el uso del humor, las anécdotas, y metáforas de la experiencias del terapeuta tanto como las técnicas cognitivas y conductuales. (Beck, Freeman and associates, 1990).

Según Beck (1970), en un sentido muy general, se puede suponer que se podrá denominar cognitiva a "cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento."

Las principales técnicas de la terapia cognitiva implican:

- la autoobservación, para aumentar el darse cuenta de los mecanismos psicológicos que están funcionando.
- la identificación de los lazos entre cognición, afecto y conducta.
- el examen de la evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos con el fin de sustituirlos por otros más funcionales.
- llevar a cabo experimentos para comprobar los pensamientos automáticos.
- la determinación de las principales actitudes disfuncionales que están operando, basándose en los pensamientos automáticos identificados, y que predisponen a una persona a distorsionar las experiencias.

El instrumento más importante de que disponen los terapeutas son las preguntas. El preguntar de forma adecuada es esencial para obtener una imagen no sesgada de las circunstancias que rodean al paciente, con el fin de desarrollar empatía y llegar a una conceptualización específica y concreta del problema del paciente. Las preguntas deberán utilizarse para clarificar el significado de las verbalizaciones del paciente, de modo que se eviten los malentendidos. Sin embargo, el terapeuta deberá tener cuidado en no disparar rápidamente una pregunta tras otra a los pacientes, ya que éstos pueden sentirse abrumados o atacados.

El momento adecuado de las intervenciones es importante. Por ejemplo, antes de adelantar una hipótesis sobre lo que constituye una cognición disfuncional fundamental del paciente, el terapeuta deberá esperar hasta que tenga suficiente información y luego presentarlo cuidadosamente como una hipótesis que se tiene que

comprobar. De hecho, puede ser más eficaz cuando los pacientes presentan ellos mismos la hipótesis, puesto que esto les proporciona un mayor control sobre su propio progreso.

Finalmente, es esencial obtener retroalimentación de los pacientes para examinar su interpretación de las intervenciones del terapeuta. Por ejemplo, los pacientes deprimidos construyen a menudo ciertas hipótesis sobre sus cogniciones, como el rechazo o la crítica, pero puede que no lo digan abiertamente. Si el terapeuta quiere evitar el seguir a ciegas con la terapia, tiene que preguntar sobre las percepciones del paciente a lo largo de la misma.

En resumen, los principios directrices en la aplicación de las técnicas de la terapia cognitiva comprenden el empleo de preguntas al modo socrático, el ser sensibles a los momentos oportunos y el provocar retroalimentación. (Dobson y Franche, op. cit.).

Las técnicas están divididas en cognitivas u conductuales. Debemos de tener en mente que las técnicas no son puramente cognitivas o conductuales. Las estrategias cognitivas pueden producir cambios conductuales, y los métodos conductuales generalmente instigan a reestructuraciones cognitivas. (Beck, Freeman and associates, op. cit.).

3.3.1. Técnicas cognitivas.

Las técnicas cognitivas son útiles para: (1) un descubrimiento guiado, en el cual el paciente será capaz de reconocer sus patrones disfuncionales de interpretación, (2) descubrir los significados idiosincráticos, desde los

cuales el paciente interpreta sus experiencias en formas extremas e inusuales, (3)colaboración empírica -trabajando con el paciente para probar la validez de las creencias, interpretaciones y expectativas de éste y (4)examinar las ventajas y desventajas de mantener o cambiar las creencias y conductas.

El enfoque cognitivo incluye cuatro procesos: 1)la generación de pensamientos automáticos; 2)la comprobación de los pensamientos automáticos; 3)la identificación de suposiciones subyacentes desadaptadas, y 4)la comprobación de la validez de las suposiciones desadaptadas.

Generación de pensamientos automáticos. Los pensamientos automáticos son cogniciones que median entre los sucesos externos y la reacción emocional del individuo a éstos. Un ejemplo de un pensamiento automático es la creencia de que "Todos se van a reír cuando vean que mal juego a los bolos" -un pensamiento que le sobreviene a alguien a quien se le ha preguntado si quiere jugar a los bolos y ha respondido negativamente-.

Comprobación de los pensamientos automáticos. El terapeuta, actuando como maestro, ayuda al paciente a comprobar la validez de un pensamiento automático. El objetivo es alentar a los pacientes a rechazar los pensamientos automáticos imprecisos o exagerados después de un minucioso examen de éstos.

Identificación de suposiciones desadaptadas. A medida que el paciente y el terapeuta siguen identificando los pensamientos automáticos, suelen manifestarse pautas que representan reglas o suposiciones generales desadaptadas que orientan la vida del paciente. Algunos ejemplos de estas reglas son: "Para ser feliz, debo ser perfecto", o "Si nadie me agrada es que no soy simpático". Estas reglas llevan

inevitablemente a decepciones y fracasos y producen depresión.

Análisis de la validez de las suposiciones desadaptadas. Una operación similar a la comprobación de la validez de los pensamientos automáticos es la comprobación de la precisión de las suposiciones desadaptadas. Una técnica especialmente efectiva para esta prueba es que el terapeuta le pida al paciente que defienda la validez de la suposición. Por ejemplo, cuando el paciente afirma que él siempre debería aprovechar todo su potencial, el terapeuta puede preguntarle: "Por qué es tan importante esto para usted?". (Kaplan y Sadock, op. cit.).

3.3.2. Técnicas conductuales.

A menudo se utilizan técnicas conductuales junto a las técnicas cognitivas. Sin embargo, con pacientes muy deprimidos, las técnicas conductuales pueden ser, en principio, la única vía de cambio, puesto que sus capacidades para el pensamiento abstracto y para verbalizar sus pensamientos pueden estar extremadamente limitadas. En este caso las intervenciones conductuales suelen ser eficaces para demostrar a los pacientes que no son débiles, incompetentes e inútiles. (Dobson y Franche, op. cit.).

El objetivo general de éstas técnicas consiste en ayudar a los pacientes a comprender la imprecisión de sus suposiciones cognitivas y a aprender nuevas estrategias y formas de hacer frente a los problemas.

Entre las técnicas conductuales utilizadas en la terapia son la programación de actividades, dominio y placer, asignación de tareas graduadas, repetición

cognitiva, ejecución de roles, etc. (Kaplan y Sadock, op. cit.).

Programación de Actividades.

La programación de actividades consiste en planificar actividades a realizar, bien de vez en cuando o bien cada hora. El propósito de ésta técnica es el contrarrestar cogniciones comunes como "Ya no hago nada". Su objetivo es proporcionar al paciente cierta sensación de eficacia y de control. Una vez que está resuelto el aspecto de la planificación, la tarea del paciente consiste en registrar sus actividades cada hora. El terapeuta debería anticipar y preparar al paciente ante los reveses, señalando que nadie realiza siempre todo lo que planifica y que simplemente el intentar llevar a cabo cualquier actividad planeada debería considerarse como un éxito.

Evaluación de la destreza y del placer.

Para cada actividad que se planifique, se pide a los pacientes que evalúen en una escala, el grado en el que piensan que han dominado la tarea y también el grado en que han disfrutado de ella. Estas dos evaluaciones son independientes, puesto que el paciente puede haber disfrutado al hacer algo, a pesar del hecho de que no lo hizo tan bien como solía hacerlo. El propósito de esta tarea es contrarrestar la cognición "Ya nada me divierte", y reconocer que el placer y la destreza no son fenómenos dicotómicos.

Ensayo Cognitivo.

Para lograr ciertos objetivos, como el arreglar su despacho, los pacientes pueden imaginarse a sí mismos pasando por cada fase de la tarea de un modo sistemático y

focalizado. De esta manera, la tarea se puede descomponer en pasos manejables, lo que hace posible anticipar obstáculos y, lo que es más importante, da al paciente la sensación de que es posible llevar a cabo la tarea. (Dobson y Franche, op. cit.).

3.4. APLICACIONES.

Aunque la terapia cognitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, éste no es el único problema al que se ha aplicado la terapia cognitiva. En la primera formulación de la terapia cognitiva Beck trabajó con la hipótesis de que este enfoque de tratamiento podría utilizarse con problemas como la ansiedad, la depresión la ira, los problemas interpersonales, entre otros, y el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización. Realmente, después de la depresión, los trastornos de ansiedad han recibido probablemente la mayor atención por parte de los teóricos y de los terapeutas cognitivos. Otras aplicaciones más recientes, y en algunos aspectos menos desarrolladas, de la terapia cognitiva incluyen los intentos de tratar con problemas tales como la soledad, las disfunciones matrimoniales, los trastornos de la personalidad y los síntomas psicóticos. También se han hecho intentos de aplicar los principios y los procedimientos cognitivos al trabajo con niños y, aunque este trabajo tiende a ser de naturaleza más conductual que cognitiva, se pueden emplear muchos de los principios usados en el tratamiento de adultos.

La terapia cognitiva ha ido más allá de ser únicamente un tratamiento para la depresión y ha extendido sus horizontes teóricos y terapéuticos en diversas direcciones. (Dobson y Franche, op. cit.).

La importancia de la terapia cognoscitiva aplicada a la depresión radica en que es un procedimiento terapeutico rigurosamente diseñado para el tratamiento de los factores cognitivos que están implicados en las conductas depresivas reactivas, moderadas o graves.

CAPITULO 4: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA TERAPIA RACIONAL - EMOTIVA DE ALBERT ELLIS Y LA TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL DE AARON BECK.

En este último capítulo se hará una comparación de los dos tipos de terapia que se han estado revisando: la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva Conductual. En la primera parte del capítulo se verán las diferencias y semejanzas que hay entre ambas de acuerdo con el punto de vista de Albert Ellis*, para posteriormente, en la segunda parte, hacer una comparación en cuanto a rasgos que las hacen ser diferentes o iguales desde un punto de vista personal.

La Terapia Racional-Emotiva (TRE) y la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) tienen similitudes y diferencias.

La TRE es el tipo de terapia que generalmente se prefiere usar con pacientes relativamente inteligentes, neuróticos, y razonablemente bien motivados, debido a que se piensa que es más efectiva, más completa, más duradera y productora de un cambio de personalidad más "profundo" y "persuasivo" que la TCC, que es un tipo de terapia que a menudo prefieren *no* usar cuando las condiciones restringidas de terapia y/o los recursos limitados de los pacientes la hacen imposible o nada práctica. (Ellis y Grieger, 1990).

*Datos obtenidos de un capítulo del libro "Manual de Terapia Racional-Emotiva" de Albert Ellis y R. Grieger, publicado en 1990, donde hacen una comparación entre las diferencias cognitivas, afectivas y conductuales de estas dos terapias.

El foco de la terapia está en el contenido ideacional envuelto en el síntoma. Por tanto, los terapeutas cognitivos intentan familiarizarse con el contenido del pensamiento, los estilos de pensamiento, los sentimientos y las conductas de los pacientes con el fin de comprender su interrelación. El enfoque está orientado fenomenológicamente ya que el terapeuta intenta ver el mundo a través de los ojos del paciente. (Linn y Garske, 1988).

4.1. DIFERENCIAS COGNITIVAS ENTRE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA Y LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL.

Algunas de las principales diferencias entre la TRE y la TCC incluyen las siguientes:

Enfasis Filosófico.

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) por supuesto enfatiza los procesos cognitivos, pero no aporta un énfasis filosófico como lo hace la Terapia Racional Emotiva (TRE). La TRE enfatiza que los hombres nacen (al igual que se educan) como filósofos y por eso son científicos naturales, creadores de un significado y usuarios de medios racionales para predecir el futuro. Uno de los objetivos principales, por consiguiente, es ayudar a los pacientes a realizar un *profundo cambio filosófico* que afectará tanto a sus sentimientos y conductas futuras como a las presentes. (Ellis y Grieger, op. cit.).

Necesidad de estimación propia o de ego.

La TRE difiere significativamente de la terapia de conducta, de la modificación de conducta cognitiva y de casi todas las otras terapias existencial-humanistas en que *no* defiende la propia estimación positiva, o que los pacientes adquieran lo que a menudo se llama "confianza en sí mismos" o "autoestima". Como estas otras terapias, pone el énfasis en lo negativo de la autocondena o baja autoestima, pero toma la posición en cierto modo especial de que todas las valoraciones o evaluaciones del Ego tienden a ser erróneas e ilegítimas. Mantiene, sin embargo, que aunque la gente, biológica y socialmente tiende con fuerzas a valorarse a sí misma tanto como a sus actos y realizaciones, puede aprender a omitir esa primera valoración y quedarse solamente con la segunda. Es decir, puede establecer metas y valores y después valorar lo que hace solamente en términos de si les ayuda o no aconseguir sus metas, sin llegar a dar ninguna valoración global "de sí mismos" por la consecución o no de tales metas.

Varios tipos de TCC enseñan estrategias de enfrentamiento racional, tales como, "Soy bueno porque existo" o "Incluso aunque falle, sigo siendo una buena persona". Pero el fundamento filosófico para mantener la creencia de que "No soy ni bueno ni malo, ni puedo legítimamente valorarme a mí mismo como persona como una única globalidad, incluso aunque algunos de mis rasgos sean buenos (eficaces) o malos (ineficaces) para alguno de mis principales propósitos", probablemente no puede mostrarse a los pacientes sin un análisis muy sofisticado y un diálogo de tipo socrático que es inherente a la TRE.

Técnicas de discusión.

La TRE, como la TCC, emplea muchos métodos cognitivos, entre los que se encuentra la enseñanza de autoestrategias racionales o de enfrentamiento, la distracción cognitiva, el paro de pensamiento, la biblioterapia, el análisis semántico, el modelado, la imaginación y la solución de problemas. La TRE se especializa, más que la TCC, en dos formas activas de discusión: (1) la discusión o debate vigoroso por parte del terapeuta del pensamiento irracional de los pacientes y (2) que éste enseñe a los pacientes a realizar sus propias autodiscusiones y autodebates, para que internalicen el cuestionamiento, el desafío y el modo escéptico de la ciencia, y lo utilicen para abandonar sus cogniciones absolutistas presentes y futuras.

Mientras sea factible, la TRE defiende la discusión activa por varias razones: (1) es un procedimiento muy democrático que permite adoctrinar a los pacientes en la creencias "racionales" del terapeuta; (2) ayuda a los pacientes a hacer sus propias generalizaciones que pueden inducirles a muchos y más profundos cambios emocionales y conductuales; (3) parece ayudar a los pacientes no sólo a realizar sino también a mantener sus progresos; y (4) muestra a los pacientes cómo discutir las irracionalidades de sus familiares, amigos y conocidos, y frecuentemente ayuda a estas personas y a su relación con los pacientes.

Reconocimiento de los métodos cognitivos paliativos.

Como la TCC, la TRE emplea muchos métodos de distracción cognitiva, tales como enseñar a los pacientes a utilizar la técnica de relajación progresiva de Jacobson o la respuesta de relajación de Benson. Todos estos métodos funcionan en el mismo sentido, ayudan a los pacientes a

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

Métodos de solución de problemas.

Mientras que la TCC hace hincapié en el uso de métodos de resolución de problemas en el tratamiento, la TRE desapruueba tales métodos en lo que llama A (experiencias activadoras en la vida de los pacientes) hasta *después de* o al menos *junto con* el trabajo de los pacientes por minar y cambiar B (sus creencias irracionales sobre lo que está ocurriendo en A). Así, si en el punto A (experiencia activadora) tu pareja está dándote un mal rato, y estás indeciso en el punto C (consecuencia afectiva o conductual) sobre si abandonarlo o no, una solución típica de la TCC a este problema será discutir entre la figura del terapeuta y tú cómo puedes cambiar a tu pareja, reorganizar las condiciones bajo las que tú funcionarías con el o ella, formar una nueva pareja con alguien más, etcetera. Por el contrario la TRE explorará primero lo que te estás diciendo

a tí mismo -en B, tu sistema de creencias- para hacerte dudar a tí mismo, y para que cambies tales creencias irracionales como "Debo tomar una decisión perfecta, si no soy despreciable" "No puedo tomar una decisión desventajosa" y "Es horroroso si pierdo definitivamente a mi pareja".

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

Selectividad de las técnicas.

Como la TCC, la TRE es excepcionalmente escogida en sus métodos de tratamiento y aunque fomenta lo cognitivo, también intenta animar el cambio de personalidad a través de métodos afectivos y conductuales, reconociendo que si la gente se fuerza a sí misma a actuar y/o sentir de forma diferente, a menudo, llegarán a una modificación cognitiva. La TRE, sin embargo, presupone que el *rendimiento* es un aspecto importante de la terapia, y que para alcanzar la máxima eficacia y el mínimo perjuicio para sus pacientes, es

mejor que los terapeutas sean muy selectivos más que indiscriminadamente eclécticos en el uso de diversas metodologías.

Siguiendo su filosofía de eficacia terapéutica la TRE fomenta la desensibilización *in vivo* y la asignación de tareas implosivas, y presupone que generalmente darán lugar a cambios filosóficos más profundos y duraderos de los que produciría la desensibilización gradual y/o imaginativa.

4.2. DIFERENCIAS AFECTIVAS ENTRE LA TRE Y LA TCC.

Trabajar directamente con y sobre las emociones.

Al igual que la TCC, la TRE utiliza muchos ejercicios evocativo-emotivos que dan a los pacientes una oportunidad de reconocer, ponerse en contacto, trabajar sobre, y cambiar sus sentimientos inapropiados por apropiados. En particular emplea la imaginación racional-emotiva en la que se invita a los pacientes a imaginar intensamente una de las cosas posiblemente peores que podrían suceder, para permitirles sentirse fuertemente ansiosos, deprimidos, o enojados, y para trabajar directamente en el cambio de estos sentimientos hacia aquellos de dolor, frustración o incomodidad.

Al mismo tiempo, la TRE elude muchos procedimientos emotivos, tales como las técnicas reichianas, gestálticas, bioenergéticas y primarias, que algunos practicantes de la TCC utilizan, porque estos procedimientos con frecuencia ayudan a exacerbar más que a mejorar los sentimientos que la TRE ve como inapropiados, tales como la ira y la "autoestima".

Procedimientos de relación.

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

Intervenciones fuertemente emotivas.

Debido a que teoriza que los seres humanos están en gran parte predispuestos biológicamente a perturbarse a sí mismos y perpetuar su propio pensamiento, emoción y conducta disfuncionales, y que tienen gran dificultad para cambiar y mantener ese cambio de sus reacciones emocionales auto-destructivas, la TRE mantiene que a menudo es importante para el terapeuta usar mucha fuerza o vigor para interrumpir las filosofías y conductas de sus pacientes. Consecuentemente, la TRE emplea estrategias de enfrentamiento racional extraordinariamente fuertes con una poderosa calidad afectiva, utilizando ejercicios de role-playing, como el famoso ejercicio de ataque de la vergüenza, para inducir a muchos pacientes a inundarse de sentimientos positivos o

negativos que puedan ser útiles terapéuticamente. La TCC puede, por supuesto, emplear el mismo tipo de intervenciones fuertemente emotivas utilizadas en la TRE, pero tiende a hacerlo con menos frecuencia y por motivos pragmáticos más que teóricos.

4.3. DIFERENCIAS CONDUCTUALES ENTRE LA TRE Y LA TCC.

Tanto la TCC como la TRE incluyen un amplio rango de procedimientos conductuales; de hecho utilizan casi todos los procedimientos comunes que se utilizan en la terapia conductual general.

La desensibilización *in vivo*.

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

Terapia implosiva o de inundación.

Debido a la suposición de que la interrupción dramática de las creencias irracionales es a menudo más efectiva que la interrupción gradual y menos dramática de estas creencias, la TRE tiende mucho más que la TCC a fomentar la terapia implosiva o de inundación. Anima a los individuos con problemaes a comprometerse --repentina, implosiva y repetitivamente-- en la conducta "peligrosa" o "fóbica", no meramente a desensibilizarse del "dolor" de experimentar este tipo de acción sino también a chocar con sus ideas irracionales de que ellos *no pueden* realizar esta conducta, que les *destruirá* si la hacen, que es *demasiado* doloroso sufrirla, etcétera. (Ellis y Grieger, op. cit.).

4.4. COMPARACION ENTRE LA TRE Y LA TCC.

Como pudo observarse, la comparación realizada anteriormente tiende más a referirse a la TRE y deja un poco de lado a la TCC, o bien, se encuentran más ventajas sobre la TCC al utilizar la TRE, esto se debe a que las diferencias fueron encontradas por un terapeuta Racional-Emotivo como lo es Albert Ellis. A continuación se realizará una comparación personal sobre los dos tipos de psicoterapia donde se tratará de evitar la tendencia a preferir algún tipo de terapia.

Albert Ellis y Aaron Beck toman como base la terapia del comportamiento, y aunque Ellis tiene una base filosófica, ya que estudia durante un tiempo la filosofía antigua, ambos comparten la idea de que es la manera en que uno piensa sobre las cosas lo que crea todos los problemas psicológicos posteriores, además de que Beck retoma varios

de los aspectos de la terapia de Ellis (ya que él crea la TRE años antes de que Beck lo hiciera), y es en este retomar aspectos lo que hace que las dos terapias compartan características similares.

Teóricamente, los dos tipos de terapia muestran gran interés por el peso de los pensamientos de las personas en los trastornos psicológicos. La TRE hace referencia al sistema de creencias (B) que tienen las personas ante determinadas situaciones; la TCC habla de distorsiones cognitivas que se refieren al modo en que las personas perciben las cosas de acuerdo a sus experiencias anteriores. Ambos términos son semejantes desde el punto de vista de que se refieren a los pensamientos de las personas, aquí la TRE habla de *creencias irracionales* o racionales y la TCC habla de *cogniciones*, pero ambas influyen en las personas y en sus trastornos psicológicos.

En relación al modo de pensar que tienen las personas, Ellis menciona las *ideas irracionales* que frecuentemente tienen las personas sobre las cosas que pasan a su alrededor, Beck habla de la *tríada negativa* en la que se ve la visión que tienen las personas sobre sí, sobre los demás y sobre el futuro. En este aspecto tanto las ideas irracionales de Ellis y la tríada negativa de Beck son similares: en las ideas irracionales se encuentran las ideas que una persona puede pensar sobre sí mismo, sobre los sentimientos de los otros hacia él y sobre lo que puede pasar en el futuro de acuerdo a su modo de actuar, que es básicamente a lo que se refiere la tríada negativa de Beck.

El objetivo de las terapias es hacer que la gente cambie sus ideas por otras más realistas. La TRE intenta hacer ver al paciente que sus creencias sobre las cosas son irracionales e intenta ayudarlo a cambiar éstas por ideas más racionales. La TCC intenta hacer ver al paciente cómo

sus cogniciones son las que está causando todos sus males, le ayuda a buscar nuevas formas de pensar sobre las cosas e intenta que se dé un aprendizaje sobre esto. En ambas terapias se explica al paciente la base de sus problemas, cómo es que crea sus problemas a partir de la mala interpretación que hace de las situaciones y cómo puede encontrar modos más realistas de ver las cosas sin preocuparle en gran medida lo que los demás puedan pensar de él. En este aspecto se les muestra que muchas veces es su propia imaginación lo que les hace creer que se les juzga y que en la realidad su comportamiento no está afectando a los demás.

La TRE, así como la TCC, están a menudo interesadas, o al menos tratarán de estarlo, en la desaparición de los síntomas, en primer lugar se esforzarán en afianzar el cambio emocional y conductual. Trabajarán --pero, por supuesto, no siempre lo lograrán-- por conseguir una *estructura* psicológica notablemente nueva por parte de los pacientes que les capacitará no sólo para sentirse mejor y mitigar los síntomas que presentan, sino también para presentarles una perspectiva radicalmente revisada hacia todo lo *nuevo*, presente y futuro, situaciones que semiautomáticamente les ayudarán a dejar de frustrarse a sí mismos, en primer lugar, o a no frustrarse rápidamente, en segundo término.

Terapéuticamente, los dos tipos de terapia son breves (se utilizan poco número de sesiones), estructuradas (se planea cómo comenzar, que fines se pretenden para cada sesión, etc.), usan técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, dejan tareas para casa con el fin de que los pacientes estén continuamente practicando sus nuevos estilos de pensamiento, las técnicas conductuales que emplean surgen de la modificación de conducta; las terapias llevan un orden, es decir, primero se trata de averiguar qué es lo que le

ocurre al paciente (se hace un diagnóstico), para continuar con la enseñanza de cómo es afectado por sus pensamientos, y finalizar con el tratamiento donde el terapeuta aplica las técnicas que crea necesarias para ayudar al paciente; el terapeuta es directivo, tiene una actitud de confianza, y se muestra interesado por los progresos del paciente, reta a este a enfrentar y debatir sus ideas irracionales (cogniciones), etc., su principal interés es hacer que el aprendizaje que está teniendo el paciente sea permanente para que pueda ayudarse a sí mismo aún cuando la terapia haya terminado.

En general, ambas terapias tienen muchos puntos en común, aunque también tienen cosas que las hacen diferentes como ya se vió anteriormente. Los dos tipos de terapia plantean la necesidad de hacer consciente cómo es que las cogniciones (para la TCC) y las ideas irracionales (para la TRE) son la base de nuestros problemas, ambas terapias utilizan el método socrático, ambas llevan una estructura en cuanto a la forma de llevarse a cabo la terapia, etc. Por otro lado, las diferencias que se plantean hacen ver cómo cada una de las terapias, aunque con muchas características en común, tienen rasgos específicos que las hacen ser diferentes una de la otra.

La TRE y la TCC al tomar como base la modificación de conducta emplean muchas de las técnicas aplicadas por ésta, sin embargo, cada una tiene sus objetivos de terapia muy específicos: la TRE intenta hacer que el paciente encuentre cuáles son las ideas irracionales que están llevándolo a sus problemas emocionales y trabaja sobre esto, en hacer que comprenda cómo es que sus ideas irracionales lo están llevando a conclusiones erróneas, entonces, a partir de esto tratar de que el paciente esté continuamente trabajando sobre sus irracionalidades y aprenda a pensar de formas más racionales. En cambio, la TCC ayuda al paciente a que se dé

cuenta de como su forma de pensar (sus cogniciones) lo están llevando a actuar de un modo determinado, aquí se trabaja para que el paciente busque soluciones más apropiadas a los problemas que se le presentan y los pueda resolver en lugar de pensar que por culpa de él las cosas están saliendo mal, se pretende que el paciente busque sus propias soluciones y que no espere que las cosas se resuelvan por sí mismas creyendo que si lo hace él mismo, lo hará mal y todos pensarán que es un tonto, se trabaja sobre sus distorsiones cognitivas.

Por último, como se pudo observar a través de este capítulo, cada una de las psicoterapias aquí comparadas tiene sus características que la hacen ser diferente una de la otra, características muy particulares que hacen que una sea preferida sobre la otra en determinado momento, que cada una tenga sus ventajas y desventajas sobre la otra, que se tenga preferencia en una al utilizarla, etc.

CONCLUSIONES.

Como se ha podido ver a través de este trabajo, la terapéutica cognitiva surge de la modificación de conducta y de las técnicas del condicionamiento clásico y operante aplicadas a las primeras investigaciones con personas.

La terapia cognitiva tiene como fin ayudar a los pacientes en sus diversos problemas psicológicos, haciéndoles ver cómo es su modo de pensar la causa principal de su trastorno. Dentro de esta modalidad de terapia se encuentra la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) de Aaron Beck.

Albert Ellis, creador de la TRE, buscando formas de solucionar sus problemas personales (timidez, ansiedad), y al no encontrar respuestas con el psicoanálisis, retoma sus estudios sobre filosofía y es donde encuentra que el origen de sus trastornos se debía a sus pensamientos y no a las situaciones a las que se enfrentaba, ya que éstas eran sólo un activador de sus ideas. Con este conocimiento es que empieza a buscar la forma de poder ayudar a las personas en situaciones similares a las de él, es aquí donde empieza la historia de la TRE, que es un tipo de psicoterapia centrada en las "ideas irracionales" de las personas, donde se intenta el reconocimiento de estas ideas como las que desencadenan una serie de trastornos que afectan al paciente, se le hace ver que la situación a la que se enfrenta no es la que ocasiona el problema, sino lo que piensa y sus experiencias anteriores.

Ellis estableció algunos de los fundamentos básicos y cimientos teóricos de todas las terapias posteriores de cambio cognoscitivo, con un hincapié en la relación indirecta entre determinadas situaciones y los sentimientos

y conductas consecuentes. Se suponía que este nexo era indirecto, debido a las influencias mediadoras de las creencias y valores encubiertos que una persona tenía ante las circunstancias, mismos que determinaban los sentimientos y las acciones en forma más directa que los sucesos externos. La suposición de que una situación (A) activaba ciertas creencias, interpretaciones y actitudes aprendidas y muchas veces distorsionadas (B), para producir sentimientos o conductas inadecuados y a veces neuróticos (C), se mantiene como principio esencial de la terapia de cambio cognitivo de Ellis, el cual definió 11 actitudes irracionales básicas que en su opinión son la raíz de la mayoría de las neurosis y problemas de ajuste (en cambio Beck más que suponer la existencia de un número finito de ideas de carácter neurótico, intenta establecer las estructuras cognoscitivas que precipitan sentimientos de malestar y conductas inadecuadas).

Aaron Beck, al conocer el trabajo realizado por Albert Ellis, comienza a desarrollar una terapia similar, a la que llama Terapia Cognitiva Conductual. En este tipo de psicoterapia, que fué aplicada desde el principio con pacientes deprimidos, se busca que el paciente cambie su modo de pensar por otro que no le cause trastorno. Beck reconoce que muchas veces lo que nosotros pensamos sobre nosotros mismos, lo que creemos que otros piensan de nosotros y nuestras expectativas del futuro es la base del problema, es entonces que se pretende que el paciente cambie su forma de pensar y con esto su percepción de sí.

Beck, a diferencia de Ellis no pretende identificar una cantidad finita de actitudes inadecuadas o irracionales que caractericen a todos los pacientes. El invirtió mucho tiempo y esfuerzo en definir las estructuras básicas de los patrones cognitivos, que subyacen a varios tipos de trastornos. Por esta razón se ha clasificado e identificado

los medios usuales por los que los pacientes asignan atribución causal, así como los tipos más frecuentes de errores cognitivos, para ayudar tanto al terapeuta como a sus pacientes a encontrar aquellos que más concuerden con la depresión de estos últimos.

La TRE y la TCC al surgir de la modificación de conducta y del condicionamiento clásico y operante comparten muchos rasgos en común: las técnicas que emplean en algunos casos son iguales, en ambas se utiliza la relajación, la asignación de tareas, el reforzamiento social (aunque no en todo momento), etc.

Aún cuando ambas terapias parezcan semejantes cada una tiene sus rasgos particulares: Terapéuticamente, ambas terapias buscan el cambio de pensamientos negativos que causan conflictos por otros más positivos. El terapeuta de la TRE intenta que el paciente reconozca sus pensamientos irracionales y le hace ver la relación que hay entre estos y las experiencias anteriores como la base de su trastorno emocional presente, esto es, la situación que se le presenta no es la causa, sino lo que él piensa de ésta y lo que le ha ocurrido anteriormente. Para el terapeuta de la TCC, en cambio, lo importante es que el paciente busque modos de pensar más positivos para el cambio de su trastorno, es decir, se busca la solución del problema reconociendo la importancia que tiene lo que la persona piensa de sí mismo como el origen de todo lo que le ocurre, ya que se reconoce aquí que muchas veces la persona "cree" que otros piensan mal de él y que si esto ocurre todo lo que haga le saldrá mal. En general, la TRE busca la causa y la TCC busca la solución del mal y tratan de lograr el cambio.

Aunque estos enfoques no dejan de recalcar el cambio conductual y afectivo, difieren filosóficamente de las estrategias conductuales encubiertas en el hecho de que su

meta principal no es que el paciente adquiriera una habilidad de conducta (por ejemplo, relajación o nuevas estrategias de adaptación), sino reorientar y reajustar creencias y actitudes arraigadas de modo que sean más congruentes con las exigencias de la realidad. El objetivo del cambio es el bienestar del paciente, un estado subjetivo e interno.

Por último, aún cuando se ha visto que ambas terapias tienen muchas cosas en común, hay rasgos que las hacen diferentes, la principal diferencia es que la TCC de Beck fué pensada para pacientes con depresión y es con ellos con los que se ha trabajado más; en cambio, la TRE de Ellis se hizo para diferentes tipos de problemas como la ansiedad ante exámenes, problemas sexuales, timidez, etc. A pesar de que el origen de cada terapia fué para algo específico se han ampliado sus aplicaciones a otros tipos de problemas, (por ejemplo la TCC se ha aplicado a problemas de ansiedad, ira, baja autoestima, etc. (Yost, Beutler, Corbishley y Allender, 1991) y la TRE ha sido aplicada a problemas de alcoholismo, depresión, ansiedad social, etc. (Ellis y Grieger, 1990), pero aún no se han hecho estudios donde se comparen ambos tipos de terapia con un problema en particular, esto sería de gran importancia ya que a través de la investigación se podría conocer más sobre éstas, con el fin de poder ampliar el campo de aplicación y tal vez encontrar datos que sean de gran utilidad para investigaciones futuras dentro de instituciones donde el tiempo para las terapias y la frecuencia de asistencia de los pacientes sea reducida, también se podrán hacer investigaciones en áreas donde no se han hecho estudios, como con los problemas psiquiátricos, donde a los pacientes sólo se les da terapia farmacológica y en algunas ocasiones algún tipo de terapia psicológica que les ayuda mientras están acudiendo a la institución.

REFERENCIAS.

- 1.- Arieti, S. y Bemporad, J. "Psicoterapia de la Depresión". Buenos Aires. Paidós. 1981. Cap. 2.
- 2.- Beck, A. T. "Cognitive Therapy and The Emotionals Disorders". New York. International Universities Press. 1978. Chapter 9.
- 3.- Beck, A. T., Shaw, B. F., Emery, G. and Rush, A. J. "Cognitive Therapy of Depression". New York. The Guilford press. 1979. Chapters: 1. 2. 3 and 8.
- 4.- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. "Introducción a la Psiquiatría Clínica". México. McGraw - Hill. 1986. 431-436.
- 5.- Caballo, V. E. (comp.) "Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta". España. Siglo XXI, editores. 1991. Cap. 32.
- 6.- Caro, I. Tratamiento Cognitivo / Conductual de la Depresión: El Modelo de Beck. en: G. Buela Casal y V. E. Caballo. (Comps.). "Manual de Psicología Clínica Aplicada". España. Siglo XXI editores. Capítulo 19. 1991.

- 7.- Cashdan, S. "Psicopatología de la Conducta Anormal". España. Editorial Prentice / Hall Internacional. 1993
Cap. 1.

- 8.- Davison, G. C. y Neale, J. M. "Psicología de la Conducta Anormal. Enfoque Clínico Experimental". México. Limusa. 1983. Cap. 19.

- 9.- Dobson, K. S. y Franche, R. L. La Práctica de la Terapia Cognitiva. en: V. E. Caballo. (Comp.). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España. Siglo XXI editores. Capítulo 21. 1991.

10. Ellis, A. y Abrahms, E. "Terapia Racional Emotiva". México. Edit. Pax-México. 1983.

- 11.- Ellis, A. y Grieger, R. "Manual de Terapia Racional-Emotiva". España. Desclée de Brouwer, S. A. 1990.

- 12.- Garfield, S. L. "Psicología Clínica. El estudio de la personalidad y la conducta". México. El Manual Moderno. 1979. Caps. 8, 9, 10, 11, y 12.

- 13.- Goldman, H. H. "Psiquiatría General". México. Manual Moderno. 1989. Cap. 46.

- 14.- Kaplan H. I. y Sadock, B. J. "Compendio de Psiquiatría". México. Salvat editores, S. A. 1987. Cap. 26.

- 15.- Kendall, P. C. y Norton - Ford, J. D. "Psicología Clínica". México. Limusa. 1988. Cap. 13.
- 16.- Lega, L. I. La Terapia Racional - Emotiva: Una Conversación Con Albert Ellis. en Caballo, V. E. "Manual de Técnicas de terapia y Modificación de Conducta". España. Siglo XXI. 1991.
- 17.- Levenson, H. y Pope, K. S. Terapeutica de la Conducta y Terapeutica Cognoscitiva. en: H. H. Goldman. "Psiquiatría General". México. Manual Moderno. 1989. Cap. 46.
- 18.- Linn, S. J. y Garske, J. P. "Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos". España. Desclée de Brouwer. 1988. Cap. 8.
- 19.- Meichenbaum, D. Cognitive - Behavior. And integrative approach. New York. Plenum. 1977.
- 20.- Ruiloba, J. V. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría". México. Salvat Editores, S. A. 1991. Cap. 40.
- 21.- Sarason, I. G. y Sarason, B. G. "Psicología Anormal". México. Trillas. 1986. Cap. 17.

- 22.- Vidal, G y Alarcón, R. D. "Psiquiatría". Buenos Aires. Panamericana. 1986. Cap. 3 y pags. 589 - 593.
- 23.- Wolpe, J. Practica de la Terapia de la Conducta. México. Trillas. 1985.
- 24.- Yates, A. J. "Terapia del Comportamiento". México. Trillas. 1975. Cap. 1.
- 25.- Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A. y Allender, J. R. "Terapia Cognoscitiva de Grupo. Tratamiento para personas de edad avanzada con depresión". México. Limusa. 1991.
- 26.- Zermeño, T. E. La Depresión: Modelos clínicos, experimentales, y en manejo terapéutico. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. VIII. No. 1. Pags. 107-135. 1982.