



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

Programa de Intervención en Educación
Racional

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

RODRÍGUEZ OLIVARES MANUEL ENRIQUE

REYES CRUZ OCTAVIO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: Mtra. JULIETA MARÍA DE LOURDES GARCÍA PÉREZ

COMITÉ: Lic. JUANA ALEJANDRA VILLAGOMEZ RUIZ

Lic. JORGE ARTURO MANRIQUE URRITIA

Lic. JESUS BARROSO OCHOA

Lic. GERARDO REYES HERNÁNDEZ



MÉXICO, D.F.

Noviembre 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Rodríguez Olivares Manuel Enrique:

A mi familia, a todos por haberme apoyado a lo largo de toda mi vida y confiar en mí, en mis capacidades y haber contribuido tan positivamente en mi formación como persona.

A mi padre en especial que ha sido tan bueno conmigo, que me ha dado todo su apoyo y cariño incondicional, que me ha tenido tanta paciencia en este largo trayecto. Gracias papá por haber estado siempre a mi lado, por haberme formado y darme la vida tan genial que he llevado, gracias por todo tu esfuerzo y lo bueno que eres.

Especial gracias a López Velasco Lucero Margarita por haberme inspirado tanto, por tu apoyo, y por darme tu cariño tan cálido y hermoso, gracias por ser un ejemplo de comprensión, paciencia, constancia, fortaleza, disciplina, y también de lealtad.

A mis camaradas motociclistas, a todos los de GDA-MC-CD-MX que me han dado grandes satisfacciones y me han dado un grato sentido de pertenencia, gracias especiales a Efraín Díaz Morales por tanto apoyo en estos momentos difíciles, y por ofrecer una amistad sincera.

A mi amiga “Mech” que me estuvo apoyando incondicional e incansablemente, eres a todo dar amiga, una amiga igual a ti no la hay en el mundo. Me siento honrado de ser tu amigo.

En general gracias a mis amigos y compañeros que de una u otra forma sacaban palabras de apoyo en los momentos de desánimo y cansancio.

Y gracias a la Mtra. Julieta García por hacerme volver la vista al camino con sus comentarios cuando de repente parecía que miraba a donde no era preferible.

Gracias profesor Gerardo Reyes por su apoyo en el análisis estadístico, ahí estaba “la llave del tesoro”.

...y bueno, Octavio, mi amigo y compañero de tesis. Gracias por todo tu apoyo que también ha sido incondicional, por fin hemos terminado la tesis.

AGRADECIMIENTOS

Reyes Cruz Octavio:

Como al término de cada esfuerzo empleado, queda un vano elogio por el logro obtenido; sin embargo al detenerse a pensar cuantos actores y circunstancias afectan el proceso, es difícil tarea poder agradecer a cada parte de manera puntual, sin dejar de lado y deprecia el valor que cada persona ha dejado en mí. Por ello me gustaría que cada persona que lea esta tesis, en tanto familia, amigos, profesores y conocidos que han marcado en mi algo que merezca reconocer, y agradecer haberse cruzado en mi camino, tome parte del agradecimiento que me merece.

Solo una mención habrá de ser el ápice de mis agradecimientos y que con total admiración a Margarita Rojas reconozco su esfuerzo, desvelos, apoyo incondicional y el haber inculcado en mí valores que hoy en día me llevan a mirar hacia adelante sin temer a los obstáculos. Gracias porque desde que vi el mundo por primera vez, hasta tus últimos días fuiste una madre ejemplar.

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. Antecedes y Conceptos.....	9
Capítulo 2. El ABC en la TREC y las Ideas o Creencias Irracionales.....	38
Capítulo 3. Técnicas de intervención en Educación Racional desde un modelo cognitivo conductual.....	58
Capítulo 4. Aplicaciones de la TREC y TCC en investigaciones actuales.....	80
Metodología.....	84
Resultados.....	94
Discusión.....	103
Conclusión.....	115
Anexos.....	118
Referencias.....	130

Programa de Intervención en Educación Racional

Resumen

La finalidad que se propuso esta investigación fue que los participantes disminuyeran sus niveles de irracionalidad a partir de completar el programa de intervención en educación racional. Por lo que se construyó e impartió un Programa de Intervención, en un lapso de 20 horas: 5 sesiones de 4 horas a lo largo de una semana. La muestra la conformo un grupo de 54 participantes, en su mayoría estudiantes universitarios, a quienes se les aplico el inventario IBT de Jones, con un diseño pre-experimental pretest-postest. Los datos obtenidos se analizaron a través de un análisis descriptivo y una prueba de t de student para muestras relacionadas, para observar si existía una diferencia estadísticamente significativa entre los participantes antes de participar en el programa y después de haberlo cursado. Los resultados obtenidos muestran que el programa de intervención es significativo, es decir, que se cumple con el objetivo principal que fue disminuir los niveles de irracionalidad en los participantes que formaran parte él.

Palabras clave: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Racional Emotiva Conductual, Educación Racional Emotiva, Racional e Irracional.

INTRODUCCIÓN

Tanto la psicología cognitiva como la terapia cognitiva surgen en la misma época. Sin embargo, aparecen en contextos intelectuales diferentes y evolucionan de manera independiente, persiguiendo diferentes objetivos. De manera *a posteriori* las terapias han buscado fundamento y respaldo en las teorías cognitivas (Martín, 2011) y han sentado sus bases no solo en fundamentos empíricos y de análisis teórico contemporáneo. Sus fundamentos están basados en aspectos tanto filosóficos como científicos, que la han dotado de ser uno de los modelos más influyentes y de mayor uso en la actualidad; siendo así un modelo base para diferentes formas de psicoterapia, desde mediados del siglo XX, tal es el caso de la Terapia Racional Emotiva Conductual, que es guía del Programa de Intervención en Educación Racional.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) que fue fundada por Albert Ellis en 1955 (Ruiz y Cano, 2002) postula que no son las situaciones las que llegan a perturbar al ser, incluso sean cuales sean estas situaciones, sino más bien son sus formas de pensamiento distorsionado con que la persona interpreta y experimenta esas situaciones que lo perturban llevándolo al malestar psicológico (Ellis y Dryden, 1989; Ellis y Bernard, 1990). Al respecto del pensamiento, Ellis (1999) menciona que la consecuencia puede ser diversa desde sensaciones de grave ansiedad, depresión, desesperación, inutilidad, ira, resentimiento, autocompasión, y baja tolerancia a la frustración, hasta acciones de evitación, abandono, queja continuada, adicciones, renuncia, lucha e incluso genocidios.

Para el presente Programa de Intervención en Educación Racional se parte de la evidencia de que todos los seres humanos no importando cultura, nación, edad, o nivel educativo tienen pensamientos disfuncionales con sus respectivas consecuencias (Ellis y Dryden, 1989). Una evaluación realista y la consiguiente modificación de pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y

comportamientos. Esta mejoría resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes, es decir, pensamientos irracionales (Riso, 2006).

En consecuencia a lo anterior se propone la creación del presente Programa de Intervención en Educación Racional basado en la TREC aplicado a participantes voluntarios de diferentes características tanto en edad como en condición académica, con el objetivo de que los participantes con ayuda de los ponentes disminuyan sus niveles de irracionalidad a partir de adquieran y apliquen estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y emocionales desde el enfoque TREC contra sus ideas irracionales, así como también sean capaces de hacer un manejo teórico y práctico de las bases necesarias de la TREC, para que en consecuencia se lleven estrategias que les ayuden a corto, mediano y largo plazo a llevar una vida más plena, trabajando ellos mismos sobre los obstáculos puestos por su pensamiento irracional en las diferentes áreas de desarrollo en el que se está expuesto.

Se comienza por exponer una semblanza general del desarrollo de los antecedentes históricos de la TREC, así como su desarrollo en específico y cuál es su situación actual en el país. Así mismo, se presenta una descripción teórica de los principales conceptos y fundamentos básicos de la TREC necesarios para su introducción y manejo adecuado. Posteriormente, se presenta de manera extensa y detallada el modelo A-B-C-D-E-F en la TREC y las ideas o pensamiento irracional. Continuando con un análisis de los aspectos sobre el hacer una intervención grupal desde la TREC, ventajas y desventajas, así como aspectos básicos a tener en cuenta sobre este enfoque a nivel grupal. Finalmente se realiza un desglose detallado de las diferentes herramientas terapéuticas (técnicas de intervención) con que cuenta la TREC en el plano cognitivo, conductual y emocional.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES Y BASES CONCEPTUALES DE LA TREC

ANTECEDENTES

Durante siglos la humanidad ha tratado de dar solución a sus diferentes problemas y malestares, es así que en el terreno psicológico incluso antes del surgimiento de la psicología como una disciplina formal ya se gestaban modelos de terapia que trataban con todos sus recursos para dar solución a los problemas del individuo quien solicitaba la ayuda (un ejemplo es el Psicoanálisis el cual fue un tremendo potencializador de otros modelos e incluso se podría ver como el primer modelo psicoterapéutico formal que se instauró a finales del siglo antepasado y principios del pasado (Coon, 2009)).

A finales de siglo antepasado comienza a surgir la psicología como una ciencia formal, específicamente en 1879 Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig en Alemania, de ahí comenzaron a surgir modelos que trataban de explicar aquellas cuestiones del procesamiento y proceder del ser humano (Morris y Maisto, 2005). Posteriormente, a principios de siglo XX, y dado que el psicoanálisis, si bien cobraba cada vez más fuerza y se ampliaba más su campo de acción con otros desarrolladores como Adler, o Jung, surgen otros modelos de modificación de la conducta, basados en el condicionamiento operante, donde su representante F.B. Skinner, es la diana de una corriente de pensamiento emergente (Ibáñez, Onofre y Vargas 2012). A este grupo de autores y desarrolladores de la psicología conductista que estuvo de principios de siglo XX y a mediados, se le denominó la “primera ola” de modelos psicoterapéuticos, posteriormente y dado que esta no tenía todos los frutos esperados, surge la “segunda ola” en la cual encontramos a aquellos autores de corte cognitivo, Mañas (2007) menciona al respecto que lo que caracterizó en esta ocasión a esta segunda ola de terapias, surgida en la década de los 60, fue el hecho de considerar al pensamiento o la cognición como causa principal de la

conducta y, por ende, como causa y explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos. Aunque esta nueva ola de terapias, que pueden ser agrupadas bajo el vasto umbral de las denominadas Terapias Cognitivo-Conductuales, mantuvieron (y aún lo hacen) las técnicas centradas en el cambio por contingencias, las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos considerándolos, ahora, como la causa directa del comportamiento y, por tanto, transformándose el pensamiento en el objetivo principal de intervención. Como consecuencia de ello, tanto la variable de análisis así como los objetivos perseguidos y muchas de las técnicas, se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o en la alteración, en cualquiera de sus formas, de los eventos privados, es decir, el pensamiento. La importancia de este modelo queda entonces más clara al manifestar que al pertenecer al grupo de Terapias Cognitivas pone énfasis en la modificación cognitiva de esquemas, procesos y productos, y las relaciones que el pensamiento automático o controlado y las distorsiones cognoscitivas que se establecen con la conducta motora y las emociones (Riso, 2006).

Dentro del amplio abanico de terapias de segunda generación se encuentran las más estandarizadas y utilizadas actualmente tales como la Terapia cognitiva de Beck para la Depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum (Mañas, 2007) así como a multitud de paquetes de tratamiento programados o estandarizados amparados bajo la rúbrica de Terapias Cognitivo Conductuales.

La terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se funda en 1955 cuando Ellis ejercía de psicólogo clínico en Nueva York, con 15 años de experiencia en terreno clínico. Ellis en un principio hace investigaciones sobre relaciones sexuales y maritales, entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual, por mencionar algunos: "sexo sin culpa" en 1958, "Arte y Técnica del Amor" en 1960 y "La enciclopedia de la conducta sexual" en 1961 (Ruiz y Cano, 2002), que le hicieron ocupar un lugar relevante en esta área, es así que se da cuenta de que puede ser de gran ayuda pero al intentar

formarse en psicología clínica en este tema encuentra que no había un entrenamiento formal. Después de conseguir un doctorado en psicología clínica, Ellis estudia psicoanálisis ya que él consideraba a éste como la forma más efectiva hasta el momento en psicoterapia. Ellis estaba decidido a seguir ese camino ya que su experiencia como consejero informal en temas maritales y sexuales lo llevo a ver, que si la gente quería ser, primero tendrían que aprender a vivir en paz consigo mismos (Ellis y Dryden, 1989).

Después de su formación psicoanalítica, Ellis con el paso del tiempo fue quedando cada vez menos satisfecho con los resultados, es así que probó con terapias alternativas al psicoanálisis como la terapia psicoanalíticamente orientada pero el resultado fue el mismo, es así que a principio de la década de los 50 Ellis vuelve a su hobby que era leer filosofía y en donde recibe una fuerte influencia filosófica, la cual en esa década no estaba de moda (Ellis y Dryden, 1989). Por otro lado, algunos de los contemporáneos que también se dieron cuenta como Ellis de las limitaciones del Psicoanálisis fueron Karen Horney (1939), George Kelly (1955), Harry Stack Sullivan (1947, 1953) entre otros (Ellis y Russell, 2003).

El mismo Ellis (Ellis, 1998) menciona: *“Tanto mi analista como yo consideramos que mi análisis había terminado con éxito, y por sugerencia suya llevé varios casos-control hasta su término, es decir, trabajé bajo la supervisión de una analista instructor con mis pacientes, con los cuales empleé lógicamente el sofá, la asociación libre, el extenso análisis de sueños y la resolución de la neurosis de transferencia. Durante este periodo, aunque vi algunos matrimonios y algunos casos de consulta familiar a los que no intenté hacerles psicoanálisis, sin embargo sentaba por rutina a todos mis pacientes en el sofá y les sometía a un psicoanálisis ortodoxo. Por desgracia, el milagro de la terapia profunda, que esperaba conseguir con este procedimiento analítico, nunca se materializó totalmente...muy a menudo se volvían a mí con amargura, lamentándose de que no hacía nada para ayudarles y diciendo que eso era todo lo que podían aguantar de semejante destino. Paulatinamente fui cambiando de los análisis profundos con sus sesiones de 3 a 4 veces por semana en el sofá, a una psicoterapia de*

orientación psicoanalítica, cara a cara, con una o dos sesiones semanales, empecé a obtener resultados terapéuticos. Para mi sorpresa, este método superficial empezaba a producir efectos no solo más rápidos sino aparentemente más profundos y duraderos... así donde un analista clásico freudiano necesitaría un año o dos para demostrar a su paciente que está todavía superdependiente de sus padres, y que esta dependencia le produce una conducta bastante neurótica, un terapeuta de orientación psicoanalista puede comunicar la misma interpretación a un paciente después de unas pocas sesiones, y al mismo tiempo relacionar de forma activa el pasado del paciente (que conoce a través de sus preguntas directas y agudas)... en consecuencia, de 1952 a principios de 1955 llegué a ser uno de los terapeutas de orientación psicoanalítica más activo-directivo... con una media de 35 sesiones. Sin embargo, todavía no me sentía satisfecho..."

Ellis (1998) puso mucha atención a la teoría del aprendizaje, y es de ahí que, empezó a ver después de que no funciono la orientación psicoanalítica como él esperaba, que no era probable que la introspección sola lograra que el individuo superara sus temores y hostilidades tan profundamente arraigados sin una amplia etapa de **acción** combatiendo el temor y la hostilidad.

En 1959, Ellis fundó la organización sin ánimo de lucro llamada inicialmente Instituto para la Vida Racional (Institute for Rational Living), actualmente conocido como Instituto Albert Ellis (Albert Ellis Institute) donde, hasta la fecha, alrededor de 7,500 profesionales provenientes de dentro y fuera de los Estados Unidos se han capacitado en su modelo de psicoterapia (Lega y Velten, 2008).

En un principio la Terapia Racional Emotiva fue llamada Terapia Racional (TR) porque Ellis enfatizó sus aspectos cognitivos y filosóficos, pretendiendo diferenciarlos claramente de otras terapias de los 50 (Ellis y Bernard, 1990). Es en enero de 1955, cuando Ellis le dio formalmente el nombre de **Terapia Racional** (*Rational Therapy*), y presentó su primer trabajo significativo al respecto en el congreso de la *American Psychological Association* (APA) en Chicago en 1956. En aquel año fue también miembro fundador y primer presidente de la Sociedad para el Estudio Científico del Sexo (*Society for the Scientific Study of Sex*). Ellis siempre

tuvo comportamientos evocativos-cognitivos y conductuales muy fuertes y desde el comienzo impuso *las tareas terapéuticas* para casa, orientadas a la actividad, la desensibilización “in vivo”, y el entrenamiento en competencias. Era muy confrontativo, a diferencia del análisis clásico y de la terapia centrada en el cliente de Rogers, argumentando que una *terapia* debe ser *activa y directiva*. Esta opinión obedece a que los *problemas psicológicos* no se hayan *cimentados*, sino en las *ideas irracionales* que subyacen, y con las que el paciente interpreta. El papel del terapeuta es intentar descubrir estas ideas y establecer el proceso para conseguir la supresión mediante *la persuasión activa y directiva* (Saiz, 2009). Así Ellis, en colaboración con su primer asociado en esta nueva modalidad de tratamiento, el Dr. Robert E. Harper, decidió a comienzos de los 60’s (1961) cambiar el nombre por el de **Terapia Racional Emotiva** (TRE) (Ellis y Bernard, 1990), y en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia (“Razón y Emoción en Psicoterapia”) donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva (Ruiz y Cano, 2002). Y fue al comienzo de 1993, cuando la rebautizó a **Terapia Racional Emotivo-Conductual** (*Rational Emotive Behavior Therapy*, o REBT), para *enfaticar los cambios en el comportamiento externo* que, junto con *los cambios cognitivos y emocionales*, son las metas de su modelo de psicoterapia (Lega y Velten, 2008).

Desde sus comienzos, como ya se ha mencionado, la TREC fue altamente filosófica y dada a emplear la discusión, debido a que Ellis tomó desde los 16 años como su interés y hobby principal, la búsqueda de la filosofía toda vez que defendía que si las personas adquirieran un pensamiento funcional de la vida sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbadas. La TREC fue influenciada por los escritos de muchos filósofos, especialmente Epicteto, Marcus Aurelius, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, entre otros. Tal era el interés de Ellis por Epicteto que de él toma como **lema** para la TREC: “*Lo que inquieta las mentes de las personas no son los acontecimientos, sino sus juicios sobre los acontecimientos*” (Oller, 2009). Psicológicamente, incorporaba algunos de los puntos de vista de importantes terapeutas cognitivos, como Adler, Coué, Jonhson entre otros también destacados de esta área (Ellis y Bernard, 1990). Otro

elemento importante ha sido la influencia de la filosofía cristiana, a pesar de que la TREC está en desacuerdo con la devoción religiosa. La teoría del **valor humano** de la TREC es similar al punto de vista cristiano de condenar el pecado y perdonar al pecador. Debido a esta creencia y a su prejuicio contra cualquier forma de valoración humana, la TREC concuerda en muchos aspectos con la filosofía del humanismo ético que niega el que los hombres sean dioses o demonios. Además tiene sus raíces en la filosofía existencial de Heidegger y Tillich, en cuanto que considera que los humanos están en el centro de su universo (pero no del universo) y tienen el poder de elegir (pero no un poder ilimitado) poniendo especial atención al campo de las emociones. De hecho, la TREC tiene una marcada apariencia humanística existencial (Ellis y Dryden, 1989).

En sus inicios la TREC era fundamente experiencial (experimental) y más en los sesenta cuando empezó a utilizar algunos métodos de encuentro creados por Perls, Schulz y otros. Desde entonces ha desarrollado sus propios *ejercicios experienciales* tales como sus famosos ejercicios para vencer la vergüenza (Ellis y Bernard, 1990). Hay que tener en cuenta que la TREC siempre estuvo especializada en *procedimientos de autoayuda* y Ellis fue un pionero al respecto publicando una gran cantidad de libros populares sobre procedimientos racional-emotivos que han sido diseñados para la realización personal, así mismo ha influenciado a otros a crear libros de este tipo y con esta orientación como por ejemplo Wayne Dayer (1977) con su libro *Tus Zonas Erróneas* (Ellis y Bernard, 1990).

Finalmente, desde 1955 a 1963 Ellis estuvo prácticamente solo en la práctica y difusión de la terapia racional emotiva, busco un punto de vista más vital y adaptativo del hombre, intentando hacer una tregua sobre el viejo debate filosófico (conducta-emociones) y la reestructuración cognitiva tanto para la terapia conductual como para la experimental (Pastor, 2002). Pero a partir de ahí, en gran parte debido a los efectos de la decidida defensa de la terapia racional-emotiva y al trabajo de los terapeutas que se habían ido formando en la TREC, esta forma de terapia comenzó a extenderse entre los profesionales y al ser adoptada o

modificada por un número de reconocidos profesionales e investigadores. La mayoría de los destacados terapeutas han seguido directamente el camino pionero abierto por Ellis; pero unos pocos, como Beck y Bandura han llegado de manera independiente a principios y prácticas que coinciden significativamente con la TREC. Algunos de los profesionales que han tenido mayor peso específico en el área cognitivo-conductual y que han contribuido a hacer de este tipo de terapia la forma quizás más conocida actualmente, incluye a Goldfried y Davison, Greenwald y Rimm, A. Lazarus, R. Lazarus, entre otros (Ellis y Bernard, 1990). Lo anterior podemos comprobarlo con investigaciones recientes en TREC, tan solo en la página Redalyc que contiene investigaciones científicas serias, al poner en el buscador “terapia racional emotiva” arroja un total de más de 54 mil artículos. Así como también en la página de CONRICYT hay una cantidad considerable de artículos que contienen la terapia racional emotiva como eje guía o de contraste con fechas de publicación recientes. Sin embargo, según Ibañez, Onofre y Vargas (2012), es de tomar en cuenta que la revista *Journal of Rational Emotive Cognitive-Behavior Therapy* no hizo nunca ninguna mención sobre el fundador de la terapia racional emotiva.

Con lo anterior queda de manifiesto la importancia e influencia que la Terapia Racional Emotiva Conductual puede llegar a tener en un programa de intervención racional como lo es el caso de la presente tesis, ya que es este modelo el que mayormente se consideró para dotar a los participantes del Programa de Intervención en Educación Racional de herramientas viables a nivel cognitivo, conductual y emocional; las cuales fueran de utilidad sin ser ellos profesionales en la materia.

EL PANORAMA ACTUAL EN LA CORRIENTE TERAPIA

COGNITIVO CONDUCTUAL (TCC)

Hernández y Sánchez (2007) presentan un **panorama actual** de la corriente cognitiva conductual, mencionan que en la actualidad la terapia cognitivo conductual dada su característica de centrarse en el problema para mejorar la situación del paciente de manera rápida y efectiva está siendo muy utilizada en los institutos de salud pública o privada. En la UNAM se da la maestría en Medicina Conductual, pero no solo en ese lugar como se presenta a continuación, por ejemplo el Dr. Samuel Jurado se dedica a la investigación de los trastornos de pánico, el Dr. Juan José Sánchez Sosa a investigaciones de salud. Por otro lado en el Hospital Infantil “Federico Gómez” se trabaja con éste enfoque con niños que presentan TDAH, así mismo, en el Hospital Juárez de la ciudad de México la Mtra. Bertha Molina coordina talleres psicoemocionales para tratar problemáticas similares desde este enfoque.

En cuanto a la esquizofrenia, Hernández y Sánchez (2007) realiza investigaciones para implementar planes de intervención desde lo cognitivo conductual en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos mentales en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” de la secretaria de salud. Así mismo, desarrolla cursos de capacitación sobre este enfoque. Así mismo, detectaron que en el interior de la república, y en lo referente al trastorno obsesivo compulsivo y los ataques de pánico, Robles se encuentra en el Instituto Jalisciense de Salud Mental realizando investigaciones en cuanto a variables cognitivas, afectivas y conductuales de estos trastornos. De igual manera da cursos para formar profesionales en esta materia.

Dentro de un esquema particular encontramos el Instituto de Terapia Racional Emotiva de México, fundado por Leal, en donde se ofrecen servicios como diagnósticos, psicoterapia y la maestría en Psicoterapia Cognitivo conductual. Otra institución privada es el Centro Especializado Para el Tratamiento Integral de los

Trastornos por Ansiedad (INTEGRA), el cual fue fundado y dirigido por la Basañez. En este centro se ofrecen servicios a personas con trastornos provocados por ansiedad (ataques de pánico, agorafobia, fobia, etc.) así como también cuenta con programas de tratamiento para diversos trastornos como el TOC, aquí también se imparte un diplomado especializado en Terapia Cognitiva para los trastornos por ansiedad (Hernández y Sánchez, 2007).

BASES CONCEPTUALES DE LA TREC

Ellis (1998) planteó que el **hombre** es el único animal que es a la vez **racional e irracional**, donde sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado de su pensamiento ilógico e irracional, es decir, de manera consciente o inconsciente el individuo escoge ponerse en ese papel neurótico al elegir un pensamiento anticientífico o irracional (Ellis y Lega, 1993); pero puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental y de su perturbación, si aprende a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional.

Se debe tomar especial atención en el “sí se **aprende**” ya que como menciona Hernández y Sánchez (2007), Ellis plantea que lo que las personas hacen se encuentra implícito el aprendizaje. Por ejemplo se tiene una tendencia innata o biológica a caminar sobre el suelo, como los monos a columpiarse en los árboles. Hay aprendizaje con las enseñanzas de los demás o con la propia experiencia, a caminar mejor, más rápido, mas erguido y a mayor distancia. Así la herencia biológica y las tendencias de aprender por sí mismo y por los demás se mezclan para conformar al ser humano y de esa manera proporcionar fines y satisfacciones primordiales, teniendo en consecuencia estar feliz y satisfecho mientras se vive. Por ello, existe una tendencia (no de forma exclusiva) a controlar el propio destino y en especial las emociones, a través de nuestras creencias, según la forma en

que se interprete o consideren los eventos o situaciones que ocurren a lo largo de la vida y según las acciones que se elijan para que así suceda.

Lo anterior pone de manifiesto parte cumbre del por qué se eligió la TREC como base teórica de esta intervención, ya que es el ser humano, el que cuenta con el potencial necesario para hacer la diferencia sobre su bienestar y es él mismo quién se hace infeliz o se daña. Aquí, la labor del terapeuta será mostrar a los pacientes que sus dificultades son producidas por sí mismos, en particular por el tipo de percepción que tienen en relación al evento, gracias a una percepción distorsionada y a un pensamiento ilógico, así mismo mostrar que existe un método para **reordenar** esas **percepciones** y **reorganizar** su **pensamiento** de tal forma que, haga desaparecer la causa básica de sus dificultades. Es decir, le enseña a descubrir las propias ideas, conocer cuales les llevan a resultados positivos o negativos y a hacer un uso favorable de su pensamiento (Cabezas y Lega, 2006).

Es por ello que, la TREC diferencia en dos tipos de realidades, la **realidad objetiva**, que es aquella a la que el consenso social refiere en relación con lo que sucedido y la **realidad percibida** aquella conforme la describen las personas y como supuestamente ellas creen que es y en donde entran y se ponen de manifiesto sus formas subjetivas e irracionales de pensamiento y percepción (Pérez, 2007).

Dentro del modelo de la TREC un individuo siempre operará dentro de sus cuatro **operaciones fundamentales** de la vida, que son la *sensitiva*, *motora*, *emotiva* y *pensante*, pero básicamente es en el pensamiento donde se hermanan las otras tres. Es decir, uno piensa y hace el problema, y piensa y siente, y piensa y se mueve, o piensa y se desarrolla la emoción. Así mismo, hay que tener en cuenta como se define una emoción en este esquema de trabajo, y es así: una **emoción** es una forma de conducta compleja que está totalmente relacionada con los demás procesos sensitivos y de respuesta; así mismo se puede decir que las emociones son evaluaciones con un fuerte componente corporal dado que siempre están acompañadas de sensaciones físicas y en donde se puede ver la relación directa de emoción, pensamiento, conducta y sensación (sin un orden

específico). También se debe aclarar una diferencia marcada entre emoción y sensación, por un lado la emoción es un proceso más reflexionado y duradero en cuanto al tiempo, mientras que la **sensación** es más inmediata e irreflexiva, pero ambas comparten que su origen está en la pregunta “¿Qué significado tiene *para mi* este hecho al que estoy dando una respuesta?”. Ambas incluyen una tendencia a actuar ya sea alejándose o acercándose al objeto o significado. Así mismo, la emoción tiene tres orígenes importantes, que es (a) a través de los procesos sensorio-motrices; (b) a través de la estimulación biofísica mediada por los tejidos del sistema nervioso autónomo, del hipotálamo y otros centros subcorticales; y (c) a través de los procesos cognoscitivos o de pensamiento. Y se podría mencionar un cuarto origen a partir del recuerdo de una emoción ya experimentada. Hay que destacar, que si una de estas emociones se quisiera cambiar hay cuatro grandes formas de hacerlo, una es por medios eléctricos o bioquímicos; técnicas de relajación; empleando los estados emocionales y prejuicios existentes; y usando los procesos cerebrales como pensar, reflexionar, decir a uno mismo que se tranquilice o anime (Ellis, 2006); y se podría agregar un siguiente factor: el escenario o contexto.

Es decir, las emociones, son generadas por una evaluación previa, aprendida a lo largo de las diferentes experiencias de la persona que evalúa y aprecia dicho suceso o acontecimiento, siempre estarán originadas por juicios de valor acerca del acontecimiento y podrán encontrarse con larga duración y reflexivas, así como también con poca duración e irreflexivas siendo estas últimas sentimientos, pero ambos siempre acompañados de conductas, pensamientos, y sensaciones. Siendo básicamente este complejo de multifactores los que tienen el potencial de generar el bienestar o malestar del ser humano. Ya Möller, Rabe y Nortje (2011) muestran el tipo de detonante que la interpretación de un escenario en particular puede ocasionar en las personas, en su investigación podemos observar la relación que hay entre un escenario adverso y no adverso con la evocación de pensamientos negativos o positivos según sea el caso, siendo también la angustia un factor determinante y potencializador.

Si en un dado caso que el pensamiento, vaya acompañado del sentimiento, y que la mayor parte de los pensamientos cotidianos tiene la forma de palabras, frases y oraciones, podríamos decir que muchas de nuestras emociones toman la forma de autoconversación o frases interiorizadas convirtiéndose así en nuestros pensamientos y emociones. Parecería entonces que las emociones humanas positivas – como los sentimientos de amor o júbilo van asociadas o son el resultado de frases interiorizadas del tipo “¡esto es bueno para mí!”, y que las emociones humanas negativas –como los sentimientos de rabia o depresión- van asociadas o son el resultado de frases del tipo de: “esto es malo para mí”. Si un ser humano adulto no utilizara estas frases evaluativas a un nivel consciente o inconsciente, gran parte de su emoción no existiría (Ellis, 2006).

Al respecto de las emociones positivas en Vera (2006) se menciona que, el experimentar de forma continua este tipo de emociones lleva a estado mentales y de comportamiento que, de forma indirecta preparan al individuo para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras, incluso, desde esta perspectiva las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento de forma que se transformen en verdaderas armas para enfrentar las dificultades.

En este modelo terapéutico la **tarea del terapeuta** racional-emotivo-conductual es enseñar al paciente la forma en que el pensamiento humano y las emociones que van asociadas a este pensamiento se pueden controlar o cambiar por el análisis de las oraciones y frases que constituyen, en esencia, los pensamientos y emociones, les enseñará a superar sus perturbaciones emocionales; intenta penetrar en la mente cerrada del cliente al demostrar que una reacción emocional que aparece después de un evento en realidad es el efecto de creencias desconocidas acerca del evento (Gerrig y Zimbardo, 2005). El terapeuta racional considera que las emociones negativas mantenidas tales como la depresión intensa, la ansiedad, la rabia y la culpabilidad, no son necesarias para la vida humana, y si la gente aprende a pensar de un modo correcto y a traducirlo en acciones eficaces, se pueden erradicar las emociones inadecuadas. Su tarea es

mostrar al paciente como pensar correctamente y actuar de un modo eficaz. Este sistema terapéutico no se enfoca en síntesis sobre los eventos pasados. Porque tal enfoque solo sirve a la persona para disculparse convenientemente para seguir culpando a los otros (especialmente a los padres), y de esta manera conservar los patrones de autodestrucción (Knaus, 1974). Es decir, el terapeuta eficaz debería estar desenmascarando continuamente las verbalizaciones autodestructivas y el pensamiento ilógico del paciente en el pasado, pero, sobre todo, las del presente, a través de (a) llamar la atención de él sobre ellas o sacarlas de su conciencia; (b) enseñarle como le causan y mantienen su perturbación e infelicidad; (c) demostrarle exactamente cuáles son los vínculos ilógicos de sus frases interiorizadas, y (d) enseñarle cómo volver a pensar, desafiar, contradecir y reverbalizar estas frases (y otras similares), de forma que sus pensamientos interiorizados lleguen a ser más lógicos y eficaces (Ellis, 2006).

Una vez que se comprende en la terapia el tipo de pensamiento que está propiciando conductas disfuncionales, se crean nuevas auto-afirmaciones que son constructivas y que reducen el uso de auto-devaluaciones que provoquen malestar (Gerrig y Zimbardo, 2005)

Otro aspecto importante a destacar en este modelo es que de acuerdo a la teoría de la TREC, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone que en el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social (Ellis y Dryden, 1989). Al respecto Ellis (1999) menciona que dentro de las metas y propósitos que el ser humano va a buscar a lo largo de la vida serán básicamente:

- Permanecer vivos, en movimiento, y disfrutar.
- Disfrutar la vida tanto solo como en colectivo.
- Mantener relaciones de intimidad con determinadas personas.
- Hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia.

- Inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación.
- Disfrutar del ocio y del juego.

En esta persecución de metas la persona encontrará un acontecimiento o experiencia activadora o adversidad que bloquee y provoque sensación de fracaso, rechazo, o incomodidad. Cuando este **acontecimiento activador** desafortunado ocurre, independientemente de ser consciente de ello o no, se cuenta con la opción de experimentar una **consecuencia saludable** y útil como ocurriría si se tuviera un sentimiento de lastima, decepción o frustración. Pero también se puede elegir la **consecuencia destructiva** o no saludable como una grave ansiedad, depresión, cólera o autocompasión. Sí se tiene una consecuencia saludable es señal de que se está utilizando un pensamiento racional, y si encontramos una consecuencia no saludable, encontramos pensamiento irracional caracterizado por ser afirmaciones absolutistas del *tipo debería de, tendría que, tengo que*, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionalidades que por lo general acompañan a estos *debes* (Ellis, 1999). Por lo tanto, una filosofía del propio interés debido a estas metas, implica que una persona se coloca a sí misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son representados ni tenidos en cuenta (Ellis y Dryden, 1989).

LO IRRACIONAL Y LO RACIONAL

Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo **racional** en la teoría de la TREC es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario entonces lo **irracional** es lo que les frena a alcanzar esas metas y propósitos básicos” sin embargo cabe destacar que la racionalidad no puede definirse de forma absoluta ya que es relativa por

naturaleza (Ellis y Dryden, 1989). De hecho, si no hubiese sido porque la TREC ya tenía muchos años en marcha, Ellis habría cambiado el término “racional” por “cognitivo” (Oller, 2009).

Desde un punto de vista de la TREC, se ha mantenido la idea de que hay una interacción entre las cogniciones, emociones y la conducta. La TREC ha demostrado como la forma en que percibimos los hechos interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas, teniendo una fuerte interacción con la salud psíquica y física del ser (Ellis y Dryden, 1989). Es así que, el modelo cognitivo ha planteado la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por la situación misma, sino por el modo en que las personas interpretan la situación, como ya se ha mencionado (Beck, 2000).

CREENCIAS IRRACIONALES

Por otro lado una de las mayores contribuciones que se le puede atribuir a la TREC al campo de la terapia cognitivo conductual es la **distinción entre Creencias irracionales y racionales**. Las **Creencias racionales** son cogniciones evaluativas propias de cada persona con un sentido de tipo preferencial (no absoluto), que se expresan en la forma de “me gustaría” “quisiera” “no me gustaría” “preferiría” “desearía” solo por mencionar algunos. Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean, por el contrario los sentimientos negativos de displacer e insatisfacción (tristeza, preocupación, dolor, disgusto) se experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Estos sentimientos negativos son considerados como respuestas apropiadas a los acontecimientos negativos que hayan podido ocurrir, pero no interfieren en la persecución de nuevas metas o propósitos. Estas creencias son racionales por dos aspectos: primero porque son relativas, y

segundo porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Por otro lado, las **creencias irracionales** se diferencian de las racionales en dos características: primero, en que son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “tengo que”, “debo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a” etc. Y segundo, en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas. Es decir, las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están en la base de las conductas disfuncionales de aislamiento, demora, alcoholismo, y abuso de sustancias tóxicas (Ellis y Dryden, 1989).

Precisando un poco más Hernández y Sánchez (2007) suponen algunos aspectos para la irracionalidad:

- La irracionalidad constituye la principal fuente de psicopatología neurótica.
- Las creencias fácilmente adquieren el poder para guiar y gestar las emociones y las conductas motoras.

EL ASPECTO BIOLÓGICO DE LA IRRACIONALIDAD

La base biológica de la irracionalidad, de acuerdo con esta postura, todas las personas aun habiéndose educado en entornos muy racionales llegan a ser irracionales ya que hay factores biológicos y sociales que influyen para que las personas cambien sus ideas preferenciales por deseos absolutistas e irracionales respecto de (a) sí mismos, (b) a los demás, y (c) al mundo que les rodea. A este respecto hay toda una serie de evidencias que respaldan lo biológico de la irracionalidad (Ellis y Dryden, 1989):

- En potencia todos los humanos, incluidas las personas brillantes y competentes, demuestran tener los principales pensamientos irracionales.
- Todos los pensamientos irracionales productores de trastornos (los absolutistas **tengo y debo**) que se han descubierto en nuestra sociedad,

también han sido encontrados en prácticamente todos los grupos sociales y culturales que se han estudiado en la historia y antropología.

Respecto al punto anterior, durante los 90s se realizó una investigación comparativa entre la aplicación de ciertas técnicas específicas por terapeutas de Estados Unidos (a pacientes estadounidenses) y terapeutas Latinoamericanos (a pacientes latinoamericanos), lo que se encontró es que hay diferencias significativas entre unos y otros en aplicar técnicas como Ataque a la vergüenza, específicamente los terapeutas latinoamericanos mencionaron que ellos no utilizaban con frecuencia esta técnica porque era imposible hacer que los pacientes hicieran los ejercicios que se les dejaban con esta técnica (Lega, 1993). Es decir, si bien las ideas irracionales son encontradas en todas las culturas y generaciones, la aplicación de las técnicas si tendrá una variación con respecto al desarrollo de la terapia y cuales técnicas usará o no el terapeuta.

- Muchas de las conductas irracionales que realizamos, como “el dejar para mañana lo que puedes hacer hoy” o la falta de disciplina, van en contra de las enseñanzas de nuestros padres, amigos y medios de comunicación.
- Los humanos incluso las personas inteligentes y brillantes una vez abandonadas y superadas las irracionalidades, adoptan otras nuevas.
- Las personas que se oponen con toda su fuerza a diversos tipos de conductas irracionales a menudo son presas de estas mismas irracionalidades. Los ateos y agnósticos predicán filosofías profundamente religiosas y los individuos profundamente religiosos actúan inmoralmente.
- Caer en la cuenta de los pensamientos y conductas irracionales ayuda a cambiarlos sólo parcialmente. Por ejemplo, hay personas que saben que beber alcohol en grandes cantidades es dañino, pero el hecho de saberlo no les conduce necesariamente a abstenerse de beber.
- Los humanos a menudo recaemos en hábitos y patrones de conducta irracionales, incluso aunque hayamos trabajado mucho para vencerlos (Navas, 1981).
- Las personas a menudo encuentran más fácil aprender conductas de autodestrucción que de autovaloración. De Hecho no suele haber

problemas para comer más de la cuenta, pero sí para seguir una dieta sencilla.

- Psicoterapeutas que debieran ser un buen modelo de racionalidad para sus pacientes, a menudo actúan irracionalmente en su vida personal y profesional.
- Las personas con frecuencia se autoengañan creyendo que algunas experiencias negativas no les van a ocurrir.

Sin embargo la TREC sostiene que los humanos tienen una segunda tendencia biológica básica, destinada a **ejercitar la capacidad de elección** y a trabajar contra el pensamiento irracional. Por eso, tienen (1) la habilidad de darse cuenta de que se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones, (2) la habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar su pensamiento, y lo que es más importante: (3) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar ese pensamiento, mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales (Ellis y Dryden, 1989), es decir, a pesar de la evidencia anterior no todo está perdido, desde esta perspectiva se puede ver a las personas con tendencias innatas a ser constructivas y destructivas; y a diferencia de cualquier animal, el ser humano utiliza esta constructividad especial para poder pensar, pensar sobre sus pensamientos y pensar sobre los pensamientos de sus pensamientos y gracias a ello poder salir adelante (Zagmunt, Lecannelier y Silva 1999).

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

Otra concepción dentro de la TREC y que es importante destacar son los sentimientos y emociones negativos adecuados. En la TRE los sentimientos negativos adecuados son aquellos que tienden a darse cuando los deseos y preferencias humanas son bloqueados y frustrados y que ayudan a las personas a

minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones. Las emociones negativas adecuadas incluyen penas, la lamentación, el malestar, las frustraciones y el desasosiego. Las emociones positivas adecuadas son el resultado de realizar los ideales o metas determinadas y de la satisfacción de las preferencias y deseos humanos. Incluyen el amor, la felicidad, el placer y la curiosidad, todo lo cual tiende a incrementar en gran medida la longevidad y la satisfacción. Los sentimientos negativos inadecuados se definen como los sentimientos de agresión, ansiedad, depresión y las inutilidades que provocan que las condiciones adversas y las frustraciones empeoren, en lugar de posibilitar su superación. Los sentimientos positivos inadecuados del tipo de grandiosidad, hostilidad, y la paranoia son contemplados, como aquellos que tienden de manera provisional a hacer que las personas se sientan mejor que antes, sin embargo, después conllevan resultados desafortunados y mayores frustraciones (tales como peleas, toma de decisiones precipitadas sin una adecuada valoración, homicidios, guerras y encarcelamiento). Por otro lado, la TREC define las conductas o actos inadecuados como aquellas acciones humanas que intervienen seriamente y sin necesidad en la vida y en la felicidad y más especialmente en las metas individuales a corto y largo plazo. Por lo tanto, los actos que son rígidamente compulsivos, adictivos y estereotipados tienden a ir contra los intereses de la mayoría de las personas y de los grupos sociales en los que se hallan; así mismo, los actos que implican unos severos retraimientos, fobia y demora en la resolución de acontecimientos futuros, también suponen una lesión personal y social (Ellis y Bernard 1990).

TIPOS DE PERTURBACIONES

Dentro de la TRE también se van a encontrar dos perturbaciones humanas fundamentales de acuerdo a Ellis (Ellis y Dryden 1989) se encuentran las perturbaciones del yo, y las perturbaciones incómodas. En las **alteraciones del yo**

una persona hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, y si estas peticiones no se satisfacen en un pasado, presente o futuro la persona puede llegar a perturbarse condenando su “sí mismo”. Esta autocondena incluye: (1) el proceso de dar una “reprimenda” negativa a mi self, y (2) clasificar a mi “self” como malo o infravalorarlo. La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación, que implica el negarse a dar una reprimenda al “self” y reconocer nuestros fallos.

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

Se debe tomar en cuenta que la TREC, en tanto, parte del modelo cognitivo, en consecuencia, existen ciertos principios que subyacen a este modelo en general (Beck, 2000):

1. La terapia cognitiva se fundamenta en una **formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos**. Este principio se maneja en tres tiempos. Primeramente se identifica el pensamiento presente y sus comportamientos problemáticos; en segundo término se discriminan los factores desencadenantes que influyen sobre la percepción. Y por último se formula una hipótesis sobre las situaciones claves en el desarrollo de la persona y modelos persistentes de interpretación de esas situaciones que pueden llevar a un pensamiento disfuncional.

2. La terapia cognitiva requiere de una **sólida alianza terapéutica**. Se requiere por parte de la persona calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia. Mientras que, la labor del terapeuta es mostrar un interés haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente

las ideas y sentimientos, y mostrando una actitud realista y optimista. Todo esto para formar una buena alianza de trabajo. Un buen ejemplo de lo anterior se hace evidente en el estudio de caso de Guajardo y Cavazos (2013) en donde aplican esto en un caso específico donde existió violencia en el noviazgo y abuso sexual reiterado, a partir de una buena relación terapéutica se le otorgaron al paciente las herramientas psicológicas precisas para poder salir adelante en tan solo 8 sesiones y dos llamadas de seguimiento.

3. La terapia cognitiva **enfatiza** la colaboración y la **participación activa**. Se alienta a la persona a considerar la terapia como un trabajo en equipo.

4. La terapia cognitiva está **orientada hacia objetivos y centrada en problemas** determinados. La persona enumera sus problemas y se fijan objetivos, posteriormente se evalúa que pensamientos interfieren con dichos objetivos, y qué tan validos son esos pensamientos mediante un examen de evidencia. Ya que se ha reconocido y corregido la distorsión puede valerse de estrategias de resolución de problemas.

5. La terapia cognitiva inicialmente **destaca el presente**. Se hace un énfasis de los problemas actuales y en situaciones específicas de alteración a la persona haciendo un abordaje lo más realista. A pesar de procurar el aquí y él ahora la atención se puede centrar en el pasado en tres circunstancias: cuando la persona presenta una fuerte predilección por hacerlo, cuando el trabajo centrado en el presente produce poco o ningún cambio (cognitivo, conductual o emocional), o cuando el terapeuta considere necesario comprender como y cuando se formaron las ideas disfuncionales. Otros aspecto importante del pasado del paciente es que le permite se apropie de sus caso, lo internalice, y pueda comprender a cabalidad los factores que intervinieron en la conformación de su problema. Sobre esto se afirma que *si el pasado está almacenado en la memoria conceptual, en el aquí y en el ahora entonces es real y presente* en tanto pueda afectar distintos niveles de procesamiento de la información (Riso, 2006).

6. La terapia cognitiva **es educativa**, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.

7. La terapia cognitiva **tiende a ser limitada en el tiempo**. El terapeuta establece objetivos los cuales van desde aliviar los síntomas facilitar la remisión del problema, ayudar a resolver los problemas más acuciantes y proporcionar herramientas para que se trate de evitar las recaídas. El tiempo va a variar entre cada individuo a manera de ejemplo de 4 a 14 sesiones para tratar depresión y angustia.

8. **Las sesiones** de terapia cognitiva son **estructuradas a libre albedrío**. No importa cuál sea el diagnóstico o la etapa en que se encuentre el tratamiento, la tarea del terapeuta es establecer una estructura para cada sesión la cual permanecerá constante durante toda la terapia. Esto facilitará la mejor comprensión, tanto de la persona como del terapeuta mismo, maximizando así el uso del tiempo.

9. La terapia cognitiva **ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia**. El terapeuta ayuda a centrarse en un problema específico, identificar el pensamiento disfuncional, evaluar la validez de este pensamiento y diseñar un plan de acción.

10. La terapia cognitiva **se sirve de una variedad de técnicas** para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo, y la conducta. Algunas de las estrategias cognitivas que se utilizan de manera importante son el *questionamiento socrático* y el *descubrimiento guiado*. Sin embargo también se utilizan técnicas basadas en otras orientaciones terapéuticas (especialmente terapia de comportamiento y terapia gestáltica), todo dentro de un marco cognitivo.

Por otro lado, sí bien la TREC tiene aspectos que pertenecen al modelo cognitivo, además agrega otros en particular que la hacen única (Ellis, 2000):

- **Enseña una filosofía explícita coherente para pensar y vivir racionalmente**, pero no es un “libro de recetas” con técnicas terapéuticas.
- Desalienta el tipo de autoestima que subordina el hecho de hacer algo bien y, por su parte, **fomenta la aceptación incondicional de uno mismo y los demás**.
- Regularmente **centra a las personas en sus perturbaciones secundarias**, es decir, en aquellas alteraciones que se crean por sentirse perturbados.
- Acepta a menudo que se pongan de manifiesto las inferencias negativas y distorsionadas de la gente sobre los acontecimientos desafortunados de sus propias vidas. **Motiva a la persona a primeramente debatir filosóficamente sus “deberías”, “tendrías que”, “mandatos” y “demandas” explícitas e implícitas**. La TREC supone que esa tendencia a demandar lleva en primera instancia a la persona a realizar inferencias negativas y distorsionadas sobre sus vidas.
- **Se esfuerza por ayudar a las personas por mejorar** en lugar de sentirse mejor. Se motiva a la persona a **realizar cambios auténticos y trascendentes**.
- Se motiva a la persona a **luchar contra la tendencia de perturbarse** por sus problemas debido a la propensión, inherente del ser humano, a la baja tolerancia.

EL ASPECTO HUMANO

La TREC, como ya se menciono tiene bases e influencia humanista, es por ello que **el valor del ser humano** cobra tal importancia, desde la TREC el terapeuta puede criticar las conductas del paciente y aceptar abiertamente no estar de acuerdo con ellas, aclarando que lo que se está clasificando como “bueno o malo” son las conductas y no el paciente, así mismo el terapeuta hace hincapié en que por el hecho de ser humanos, se es falible y a pesar de ello se acepta y aprecia a él sí mismo y se es feliz (Rojas, 2010).

La TREC plantea la hipótesis de que si los objetivos principales de las personas son el mantenerse vivos, evitando el dolor innecesario, y buscando la realización plena de sí mismos, habrá de comenzar por intentar adquirir el interiorizar los siguientes valores, muchos de los cuales pueden verse como actitudes racionales (Ellis y Bernard, 1990):

- **Auto interés:** las personas sensatas y emocionalmente sanas tienden a estar primaria y fundamentalmente interesadas en sí mismas y a poner sus propios intereses ligeramente por delante de los de los demás. Sacrifican a sí mismos hasta cierto punto por aquellos que estiman pero no completa o totalmente.
- **Interés social:** el interés social normalmente es *racional* y sugiere una autoayuda, dado que la mayoría de las personas eligen vivir y disfrutar en un grupo o comunidad social; y si no actúan moralmente, ni protegen los derechos de los demás, ni luchan por la supervivencia social, es poco probable que puedan crear el tipo de vida en la que ellos mismo puedan vivir feliz y confortablemente.
- **Auto-dirección:** las personas sanas tienden a *asumir responsabilidades* principalmente de sus propias vidas, prefiriendo simultáneamente cooperar con los demás. No necesitan o demandan un apoyo o socorro importante de los demás.

- **Alta tolerancia a la frustración:** los individuos racionales se *otorgan a sí mismo y a los demás el derecho a equivocarse*. Incluso cuando rechazan abiertamente su conducta y la de los demás, se abstienen de condenarse a sí mismos y a los demás, como personas, por una conducta inaceptable.
- **Flexibilidad:** los individuos sanos y maduros tienden a ser flexibles en su *forma de pensar, abiertos al cambio, tolerantes y pluralistas* en su visión de otras personas.
- **Aceptar la incertidumbre:** los hombres y mujeres sanos, tienden a reconocer y aceptar la idea de que aparentemente *vivimos en un mundo de incertidumbre y probabilidades*, donde no existen, y probablemente nunca existirán, las certezas absolutas.
- **Compromiso de búsquedas creativas:** la mayoría de las personas tienden a sentirse más sanos y felices cuando están vitalmente ocupadas en un proyecto ajeno a ellos mismos y preferiblemente si tiene al menos un tema de interés creativo importante, además de algún *compromiso humano principal, al que otorgan tanta importancia que planifican una buena parte de su existencia* diaria en función de él.
- **Pensamiento científico:** los individuos tranquilos tienden a ser más *objetivos, racionales y científicos* que los intranquilos. Son capaces de sentir profundamente y actuar de manera concentrada pero tienden a regular sus emociones y acciones, reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias, en función de hasta qué punto llevan o no la consecución de metas a corto y largo plazo.
- **Auto-aceptación:** las personas sanas normalmente están contentas de estar vivas y se aceptan a sí mismas por el simple hecho de estar vivos y tener la capacidad de divertirse. Rechazan la búsqueda de medir su valor intrínseco en función de sus logros existentes o de lo que otras personas pueden pensar de ellos. Simplemente eligen aceptarse incondicionalmente a sí mismo, e intentan por todos los medios evitar auto-valoraciones de su totalidad o su forma de ser intentando disfrutar en lugar de probarse a sí mismos.

- **Asumir riesgos:** las personas sanas emocionalmente *tienden a asumir una cantidad considerable de riesgo* se intentan hacer lo que quieren hacer, e incluso cuando tienen muchas posibilidades de fracasar tienden a ser aventuradas pero no son temerarias.
- **Hedonismo en el sentido amplio:** las personas bien ajustadas *tienden a buscar tanto los placeres del momento como los del futuro*, y no suelen renunciar al beneficio presente por temor al dolor futuro. Son hedonistas, es decir, buscan la felicidad y evitan el dolor, pero como también saben que tendrán que vivir durante bastantes años saben que tienen que pensar tanto en el hoy como en el mañana y no obsesionarse con la gratificación inmediata.
- **No utopismo:** las personas sanas *aceptan el hecho de que las utopías son con toda probabilidad, algo que no se puede alcanzar* y que por lo tanto nunca van a conseguir todo lo que desean ni van a poder evitar todo dolor.
- **Auto-responsabilidad por el propio malestar emocional:** los individuos sanos *tienden a aceptar la responsabilidad de su propia existencia* en lugar de descargarse culpando defensivamente a los demás o a las condiciones sociales por sus pensamientos, sentimientos y conductas auto-derrotistas.

Se ha mostrado cuales son entonces las actitudes de una persona racional pero ello no puede quedar del todo asentado si no se tiene claro que *el humano tiene un valor que no se sustenta exactamente en tener, sino en ser*. Esto se explica a continuación.

La TREC no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Es sobre todo racional y científica pero pone la racionalidad y la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices. Es hedonista, pero combina el hedonismo a largo plazo y a corto plazo, de tal forma que las personas puedan disfrutar del placer del presente y del futuro y puedan conseguir la máxima libertad y disciplina. Plantea la hipótesis de que probablemente no exista nada superhumano, ya que la creencia devota en lo

superhumano favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales. Asume que ningún ser humano, por muy antisocial y horrible que nos parezca, puede catalogarse como condenable o subhumano. Pone un énfasis especial en la importancia de la capacidad de desear y de elegir en un momento dado, aunque también acepta la posibilidad de que algunas conductas estén en parte determinadas por lo biológico, social y otras fuerzas (Ellis y Dryden, 1989).

Por otra parte, se considera al individuo como un actor totalmente activo, en su recuperación, se enaltece o más bien se le da mucha importancia al factor de la aceptación incondicional, así como también su existencia, su condición de ser animado, sin requerimientos o limitaciones de ninguna especie. Es decir, la confianza en sí mismo, o amor propio, es una forma sumamente condicional de aceptación (que puede voltearse a nuestra contra), uno tiene confianza en sí mismo o estimación de su persona debido a que posee alguna *razón* específica para ello, a que hace algo bien o con excelencia. Por lo tanto, perdería esa confianza o estimación en el primer momento en que empiece a comportarse de manera deficiente (Ellis y Abrahms, 1978).

Desde sus comienzos, la TREC ha diferenciado entre la confianza en mi trabajo, la confianza en el amor y la confianza en sí mismo. Ni la confianza, en el trabajo ni la que se tenga en el amor proporcionan al individuo confianza en sí mismo puesto que él no puede desprenderse de la creencia irracional implícita de que “si pierde su capacidad para trabajar bien o no puede ya ganar la aprobación de la gente, se convertirá en una persona inútil, porque sólo logrando y ganando amor continua siendo un valor real”. No obstante **la confianza en sí mismo significa que “está siempre determinado a aceptarse tal cual es**, ya sea que actúe mal o bien o que gane o no la aprobación de la gente”. El individuo no logra autoconfianza mediante la realización de algo o teniendo éxito en el amor sino por *pura elección*. Debido a lo anterior los terapeutas racional-emotivos hablan de *aceptación de uno mismo o autoelección*, porque tales términos no representan clasificación o juicios propios de ninguna índole. Las clasificaciones si bien para algunas cosas de la vida son “funcionales” la verdad es que las autclasificaciones empeoran las

cosas, conducen a la definición o la satanización: porque la principal razón para que usted quiera decir: “soy bueno porque he hecho tales o cuales cosas buenas”, es porque probar que usted es mejor persona que alguien y, en realidad, mejor que cualquiera. Y la razón verdadera que usted tiene para decir: “soy malo porque tengo tales o cuales malas cualidades”, es que cree que puede y debe hacer las cosas bien y, si no hace lo que debe, es peor que cualquiera otro (Ellis y Abrahms, 1978).

Una solución a esta problemática del ego o valía del hombre es haciendo una evaluación de sus rasgos, sus hechos y ejecuciones, pero no de ellos mismos. Y en caso de que llegasen a insistir en evaluarse por completo tomando en consideración un solo rasgo, entonces se puede proceder diciendo que uno no es bueno porque haga las cosas bien o sea excelente en todo, sino que simplemente porque se está vivo, es decir, mi bondad es mi condición de ser viviente Nada más (Ellis y Abrahms, 1978). Con lo anterior no se trata de dejar todo a un lado, si bien uno puede preferir tener ciertas características que le traerían a uno ciertas atribuciones benéficas, uno no necesitaría obligadamente tenerlas para ser valioso. Por otro lado, si es que existiesen ciertos rasgos indeseables uno no es menos valioso por ellos y bien tiene la elección de tomar cartas en el asunto para comenzar de manera gradual o inmediata a modificarlos o erradicarlos.

En síntesis sobre el aspecto del valor humano que hace la TREC, es que las personas no deben evaluar su Yo o su ser en absoluto, sino sólo sus pensamientos, sentimientos, y conductas basándose en sus metas y propósitos escogidos. Así como también hacer una fuerte distinción entre que la autoaceptación es realmente positiva para la persona, mientras que la “autoestima” está en función de la valoración de un comportamiento o actos adecuados según la persona, es decir una (evaluación) subjetiva de sí mismo la cual lo puede llevar a un contrario aversivo si la valoración como ya se menciona anteriormente es negativa (Ellis y Blau, 2000). Es por ello que, Vásquez (2014) aboga por sustituir en la práctica terapéutica el objetivo de elevar “autoestima” por

uno menos inestable, y es que el paciente sea el que se acepte incondicionalmente, es decir, propone promover el uso de la autoaceptación incondicional en la intervención, así como en el caso del presente Programa De Intervención En Educación Racional.

CAPITULO 2. EL ABC EN LA TREC Y LAS IDEAS O CREENCIAS IRRACIONALES

La TREC se ha distinguido por su **modelo de identificación** a partir del **ABC**, la cual se expondrá a continuación. Como ya se mencionó antes esta teoría acepta la importancia de las emociones y conductas pero pone un énfasis especial en el rol que juegan las cogniciones en los problemas humanos. En la versión de la TREC del ABC de la perturbación emocional, **A** significa el **acontecimiento activador** que posterior a un proceso mental (**B pensamientos**) surgirá una **C** que son **consecuencias cognitivas, emocionales, y conductuales** (a menudo identificado como síntoma neurótico). De acuerdo con la TREC, las personas comienzan por intentar alcanzar sus metas en un tipo determinado de ambiente, y se encuentran con una serie de acontecimientos activadores y experiencias (As) que tienden a ayudarles a alcanzar o bloquear esas metas. Pero las As también pueden consistir en memorias o pensamientos (consientes o inconscientes) de experiencias pasadas. Cuando las personas se encuentran muy disgustadas, propensas a solucionar y responder a estas As de manera ineficaz y por consiguiente bloquear el logro de sus metas debido a: (1) sus predisposiciones biológicas o genéticas; (2) sus antecedentes constitucionales; (3) sus anteriores aprendizajes interpersonales y sociales; y (4) sus patrones de hábitos adquiridos y predisponentes. De acuerdo con la teoría de la TREC, las personas tienen incontables **creencias (Bs)**, o cogniciones, pensamientos, o ideas, **sobre sus acontecimientos activadores (As)**; y estas Bs tienden de manera importante y directa a ejercer una fuerte influencia sobre sus consecuencias (**Cs**) **emocionales y conductuales** y sobre lo que solemos llamar sus perturbaciones emocionales. A pesar de que los acontecimientos activadores As a menudo parecen causar o contribuir directamente las Cs, esto raramente puede ser así, porque las Bs sirven de mediadores importantes entre los As y las Cs, y por lo tanto los que causan o crean más directamente las Cs. Por lo anterior, es que la TREC sostiene que las personas aplican fácilmente sus creencias (B) a (A) y experimentan las As

subjetiva e idiosincráticamente a la luz de estas creencias (expectativas, evaluaciones) y también a la luz de sus consecuencias emocionales Cs (deseos, preferencias, esperanzas, motivaciones, gustos, perturbaciones) (Ellis y Bernard, 1990).

Cabe mencionar a manera de ejemplo sobre la presencia de la (B) un estudio en donde se identificó la presencia de pensamientos irracionales en cuidadores de personas mayores diagnosticadas con demencia en 2005 en donde su práctica se veía afectada debido a la presencia de una necesidad irracional de ser reconocidos y valorados (Losada, *et al.*, 2005).

Ya que el término **creencia** puede utilizarse para sugerir varias características de la actividad del pensamiento que se consideran causantes de emociones y patrones de conductas disfuncionales. Las propiedades específicas de las creencias pueden resumirse de la siguiente manera (Ellis y Bernard, 1990):

- Las creencias pueden contemplarse como una **construcción hipotética** muy amplia que abarca al menos tres subclases distintas del fenómeno cognitivo: (1) *los pensamientos creados* por el sujeto y de los que se consciente en un momento determinado; (2) *los pensamientos* de los que sin una *conciencia inmediata*; (3) creencias más abstractas que el individuo puede mantener en general.
- Las **creencias más abstractas** que tienen las personas no se articulan oralmente y constituyen un marco de referencia supuesto el cual se elaboran y se llegan a conclusiones sobre lo que observan, acerca de lo que les está ocurriendo a ellos mismos, a los demás y al mundo que les rodea.
- Las **creencias abstractas** pueden diferenciarse con base a que reflejan cualidades absolutas o imperativas (irracionales) o cualidades relativistas y condicionales (racionales).
- Las **creencias irracionales** que las personas tienden a mantener, pueden *agruparse en 3 fundamentos*, cada uno con muchas derivaciones: (a) “**yo debo** hacerlo bien y ganar el reconocimiento, o de lo contrario seré inútil”,

(b) “**los demás deben** tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten; si no lo hacen la sociedad y el universo entero debe condenar, castigar y maldecirles severamente por su falta de consideración”, (c) “*las condiciones* bajo las que me desenvuelvo *deben* estar de tal manera arregladas que yo pueda tener todo lo que desee, confortable, rápida y fácilmente, sin hacer y prácticamente nada que no desee”.

- Hay cuatro modos comunes de **pensamiento auto-derrotista** que se derivan de estas creencias irracionales y conducen a perturbaciones psicológicas: (a) *el dramatizar*, (b) el “es que *no puedo soportarlo*”, (c) *inutilidad*, (d) *totalidad o sobregeneralización* ilusoria (¡si fracasase aquí, siempre fracasare!).
- Las **creencias abstractas** suelen ser la expresión de los *valores de las personas* y como tales juegan un papel importante en la explicación de las metas básicas y los propósitos que dirigen las conductas de las personas.
- Las creencias hacen referencia a las valoraciones y evaluaciones que hacen las personas de sus interpretaciones, expectativas e inferencias de la realidad.
- Las **creencias irracionales** pueden distinguirse de las expectativas, inferencias y conclusiones, en tanto estas últimas pueden considerarse *asunciones sobre la realidad* de las que puede probarse su verdad o mentira, mientras que las creencias se juzgan como *irracionales cuando expresan demandas incondicionales y absolutistas* que no ayudan al individuo a ser feliz y a lograr sus metas.

Por otro lado, no solo encontramos el ABC principal en la TREC, sino también el proceso completo básico de la TREC comprendería enseñar a las personas a **debatir** sus propias B en un punto clasificado como **D** con el fin de cambiar esas B irracionales por unas que sean racionales y en donde se han denominado **E** (*expectación*) (Ellis y Blau, 2000, y Caro 1997), es decir, que si una persona puede persuadirse con éxito de que alguna de sus creencias irracionales es falsa, sentirá

una mejoría, sea cual sea la alteración emocional que le esté afectando, y se encontrara más libre para atacar sus problemas específicos tan eficazmente como sea posible. Finalmente a este se le puede considerar una letra más que es la **F** (quedando así el modelo como A-B-C-D-E-F) en donde F es toda una nueva filosofía de vida que guía al sujeto hacia una vida saludable y más resistente (Pérez, 2007).

A manera de ejemplo podemos hacer referencia del ejercicio de autoayuda denominado *Auto-examen Racional* que expone Maultsby (1975), este ejercicio es el análisis racional con el que la persona dirige su pensamiento para controlar sus reacciones emocionales ante los hechos o eventos. Este AER está basado en las tres partes que forman una emoción completa: su percepción de los hechos o eventos específicos, sus pensamientos evaluativos o calificativos sobre esos hechos o eventos específicos, y sus sensaciones viscerales acerca de ellos.

El hacer el AER cuando la persona se siente más desdichada es el primero paso hacia la *reeducación racional-emocional*. Las dos formas con las que se puede beneficiar con el AER es aprendiendo bien cada una de sus seis partes, así como también escribir siempre en el orden ABC mostrado anteriormente. El Formato AER también ha de seguirse y escribirse en su formato original antes de comenzar a hacerlo mentalmente para lograr mejores resultados.

FORMATO AER

“A” HECHOS Y EVENTOS	“Da” CHEQUEO DE CÁMARA DE “A”
“B” AUTO-LENGUAJE 1. 2. 3. Etc...	“Db” DEBATE RACIONAL DE “B” 1. 2. 3.
“C” CONSECUENCIAS EMOCIONALES DE “B” (RESPUESTAS O SENTIMIENTOS EMOTIVOS)	“E” META EMOCIONAL PARA FUTURAS “As”

Para poder lograr una adecuada aplicación de AER se tienen en cuenta las 5 reglas para el pensamiento racional:

1. Objetivo
2. Protege su vida
3. Facilita sus metas
4. Le evita problemas con los demás
5. Elimina conflictos emocionales significativos

Para la realización de este AER a de escribirlo en su propio lenguaje, y preferentemente lo más pronto posible para evitar el olvido de los detalles y lograr un mayor nivel de autoayuda. A continuación se explica paso a paso la ejecución de este ejercicio:

- **“A” LOS HECHOS Y EVENTOS.** En este apartado se escribe en simples enunciados de los hechos o eventos tal cual como los ha visto.
- **“B” AUTO LENGUAJE O PENSAMIENTOS EVALUATIVOS.** Aquí escribe todos sus pensamientos, actitudes y creencias acerca de **“A”**. Se ha de enumerar cada enunciado independiente (1, 2, 3, etc.). Algunos ejemplos típicos de **“B”** son: “no es justo”, “ella debería amarme” “el mundo está en mi contra” etc. Así mismo, a de agregar entre paréntesis a cada uno de estos enunciados la palabra (“bueno, malo o neutral” haciendo referencia a su sentir acerca de ese planteamiento) ejemplo: “Estoy atrapado en mi relación (malo)” esto demostraría que usted cree que está atrapado en su relación y que cree que es malo, y dada esa combinación hace que usted se sienta mal en C.
- **“C” CONSECUENCIA EMOCIONAL DE “B”.** En este apartado se escriben enunciados simples de cómo se siente, algunas conductas y consecuencias propias acerca de **“B”**, ejemplo: “sentí furia hacia mi novia”. Sea tan específico como sea posible acerca del cómo se siente, no ponga opiniones sobre quién o qué lo hizo sentir de esa manera. Luego, sume y compare el total de “buenos” con el total de “malos” y “neutrales” en su sección **“B”**

usted verá como sus creencias sinceras fueron las que determinaron como se sintió en “C”.

Inmediatamente bajo la sección “C” se escriben las cinco reglas para el pensamiento racional. Regresa a ella cada vez que este usted debatiendo una oración en la sección “B” o bien, si está usted tratando de elaborar un pensamiento más racional que algunos de los de la sección “Db”. Luego vuelva a leer la sección “A” y aplique la regla de cámara.

- **“Da” SU CHEQUEO DE CÁMARA DE “A”.** Aquí se corrigen opiniones como: “mi mujer me humilló” a descripciones de hechos como: “Ella no me humilló, ni siquiera me tocó. Yo me sentí humillado, pero yo creé ese sentimiento. Fue una manera tonta de sentir porque yo estuve defendiéndome todo el tiempo”.

La regla de cámara se aplica sólo a los sucesos externos. Una sección “Da” bien hecha le ayudará a ver la diferencia entre hechos objetivos y sus opiniones subjetivas y acusaciones falsas. Al terminar de hacer la sección “Da” lea el primer enunciado de “B” y vea si cumple al menos tres de las cinco reglas del pensamiento racional. Cuestione si esos pensamientos cumplen cada apartado de las 5 reglas del pensamiento racional. Si el enunciado B1 no cumple por lo menos con tres no es racional, entonces sustituya por uno que si cumple al menos 3 de las reglas de pensamiento racional y escríbalo en la sección “Db”, continúe de esta manera con cada uno de los apartados de “B” y vaya escribiéndolos en “Db”. Aquellas ideas que no vale pena siquiera pensarlas escriba en la sección “Db”: este pensamiento no vale la pena mantenerlo y dejaré de usarlo a partir de este momento, y cada vez que se venga ese pensamiento ignórelo.

- **“E” SU META EMOCIONAL PARA FUTURAS “As”.** Aquí se escriben las emociones que usted quiere sentir en situaciones similares del futuro (en lugar de las que siente actualmente), sea lo más realista posible, evite escribir que usted no quiere sentir nada o que desea ser siempre feliz, ya que incluso la visión “rosa” permanente es perjudicial para el individuo.

Finalmente no espere un milagro al haber terminado su primer AER, si bien si puede sentirse bien, no será de un día para otro, este ejercicio es preferible que se continúe manejando decenas de veces de manera escrita antes de comenzar a hacerlo solo con el pensamiento.

Así mismo el terapeuta se debe asegurar que el paciente haya aceptado los siguientes puntos, previo a recibir el modelo ABC (Pérez 2007) (ya que si bien es cierto que algunas técnicas o conocimientos teóricos se dan a conocer al paciente para que el mismo las domine y comprenda, no excluye que un personal profesional maximiza la fuerza de las intervenciones de la TREC, de aquí que el trabajo conjunto entre paciente y terapeuta sea muy recomendable (Mas, 2006)):

- Que sus ideas y creencias tienen *un papel fundamental en sus problemas* emocionales y de conducta.
- Que aunque sus ideas irracionales las haya podido *aprender*, en parte, en experiencias tempranas desagradables la causa de sus problemas actuales no es la experiencia anteriormente vivida como negativa, sino que ahora sigue utilizando estas mismas ideas irracionales en el momento de interpretar los acontecimientos de su entorno.
- Que para superar su problemas no existe otro *método* que el de *observar, cuestionar y debatir reiteradamente las creencias irracionales*, ya que el simple conocimiento de las mismas y de su influencia en la conducta no es suficiente para producir cambios duraderos en los síntomas.
- Que tiene la opción de aceptarse a sí mismo aunque haya creado y continúe creando todos sus problemas emocionales.

CREENCIAS CENTRALES, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y MÁS DE CREENCIAS IRRACIONALES.

¿Por qué es que una misma persona puede interpretar una situación de dos maneras distintas en dos momentos diferentes? La respuesta a este cuestionamiento se ve influenciado por un fenómeno cognitivo perdurable: Las creencias. A partir de la infancia las personas desarrollan creencias acerca de sí mismas, los demás y el mundo que les rodea. Ahora bien **las creencias centrales**, son *ideas tan fundamentales y profundas* que no suelen expresarse ni siquiera ante la persona misma, *siendo consideradas como verdades absolutas* creyendo que es así como son las cosas. Estas creencias centrales son el nivel más esencial de creencia, son globales, rígidas, y se generalizan en exceso. Por su parte los **pensamientos automáticos**, que se entienden como las palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona son específicos para cada situación y pueden ser vistos como el nivel más superficial de la cognición (Beck, 2000).

Por su parte **las creencias centrales** inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias que consisten en *actitudes, reglas, y suposiciones anticipadas* regularmente no expresadas por ejemplo (Beck, 2000):

- Actitud: “ser incompetente es algo terrible”
- Reglas/expectativas: “debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo”
- Presunción: “si trabajo muy duro podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente”.

Si bien las creencias pueden ser variables de acuerdo al desarrollo y experiencia de cada uno de nosotros y el proceso de desarrollo al que en algún momento a lo largo de su vida fue expuesto, podemos encontrar ciertas distorsiones en el pensamiento originadas por aquellas creencias particulares que un evento activador cualquiera pueda ocasionar, y en general podemos encontrar de manera

constante ciertas creencias manifiestas en palabras tan simples que parecen inofensivas, pero que en sí son muy dañinas, y estas son los “debo y tengo que”, que se presentan comúnmente así (Ellis y Dryden, 1989):

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

2. **Salto a las conclusiones y non sequiturs** negativos: desde el momento en que los demás me han visto llorar, como no **debería** haberlo hecho, ya me ven como un estúpido incompetente.

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

4. **Fijar la atención en lo negativo:** Como no puedo soportar que las cosas me vayan mal, y no **debe** irme mal, ya no veo nada bueno en mi vida.

5. **Descalificar lo positivo:** cuando me felicitan por las cosas buenas que he hecho, lo único que hacen es ser amables conmigo y olvidar las estupideces que no **debería** haber hecho.

6. **Siempre y Nunca:** como mis condiciones de vida **tienen** que ser buenas y en realidad son malas e intolerables, **siempre serán** así, y yo **nunca** seré feliz.

7. **Minimización:** mis aciertos en este juego son pura casualidad y no son importantes, pero mis errores, que nunca **debiera** haber cometido, son un total **desastre e inolvidables**.

8. **Razonamiento emocional:** como mi comportamiento ha sido tan pobre y no **debiera** haberlo hecho, ¡me siento como un total incompetente, y mi sentimiento tan fuerte prueba que no soy bueno.

9. **Etiquetar y sobre generalizar:** como no **debo** fallar en un trabajo importante y lo he hecho. ¡Soy un perdedor y un completo fracaso!

10. **Personalizar**: como estoy actuando peor de lo que **debería** y ellos se están riendo, estoy seguro de que se están riendo de mí ¡y eso es horrible!

11. **Estafa**: cuando no hago las cosas tan bien como **debiera** y los demás todavía me aceptan y premian, ¡lo que soy es un estafador y pronto me daré de narices y les demostraré lo despreciable que soy en realidad.

12. **Perfeccionismo**: me doy cuenta de que lo que he hecho bastante bien pero **debiera** haberlo hecho perfecto y por lo tanto soy un incompetente.

Pero por supuesto estas son demasiadas, es así que actualmente **se puede resumir en tres afirmaciones absolutistas básicas** generadoras de neurosis que son (Ellis, 1999):

1. **“Yo debo absolutamente**, tener éxito en la mayoría de mis actuaciones y relaciones; de no ser así, ¡como persona soy alguien del todo inadecuado e inútil!” Resultado: sensaciones de grave ansiedad, depresión, desesperación, inutilidad. Acciones de evitación, renuncia, abandono, adicción.
2. **“El resto de la gente debe**, absolutamente, tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad; ¡de lo contrario, no son tan buenos como dicen, y no merecen alcanzar la felicidad mientras vivian!” Resultado: Sentimientos de ira, furia, resentimiento. Acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras, genocidios.
3. **“Las condiciones bajo las que vivo deben ser absolutamente confortables**, placenteras y valiosas; ¡de lo contrario será asqueroso!” Resultado: sentimientos de autocompasión, ira, y baja tolerancia a la frustración. Acciones de abandono, queja continuada y adicciones.

Estas tres creencias básicas (*YO, LOS DEMAS Y EL MUNDO*) también pueden ser vistas como creencias nucleares, las cuales desencadenaran otros pensamientos distorsionados (Bahamón, 2010).

Jarne *et al* (2006) mencionan que de entre las características más comunes que se pueden encontrar en las creencias irracionales es que hay **rigidez** e

inflexibilidad, así como también son **absolutistas, rotundas y excluyentes**. Además Hernández y Sánchez (2007), plantean que cuando un individuo experimenta emociones disfuncionales se debe a que su sistema de creencias es irracional y tiene alguna de las cuatro características básicas:

1. Piensa que alguien o algo **debería ser** necesario o tiene que ser diferente de cómo es en realidad.
2. Se lo encuentra **horrendo, terrible, horroroso** cuando es de la manera que se piensa.
3. Piensa que **no puede sufrir, soportar o tolerar** a esta persona o cosa y por eso concluye que no debería haber sido así.
4. Piensa que el u otras personas han cometido **errores horribles** o los siguen cometiendo, y por qué no deben actuar como lo hacen, no valen para nada bueno en la vida y merecen reprobación, por lo que pueden ser legítimamente catalogados como canallas, podridos o despreciables.

Como se puede ver estas ideas irracionales son muy frecuentes entre la población aunque hay que mencionar que no son las únicas, y que hay variantes, así mismo las encontraremos en las que están centradas en el yo, en los demás y en el entorno, pero finalmente todas y cada una de ellas sin importar la cultura o educación, van a ser generadoras de malestar al ser humano.

Pérez (2007) por su parte menciona que estas ideas o creencias irracionales provocan o potencializan la perturbación, pero no solo cognitiva como ya se había mencionado sino en tres rubros; la perturbación ya sea emocional, conductual o cognitiva está constituida por un conjunto de atributos de la personalidad, formado por la historia del desarrollo bio-psico-social de cada persona, que no son lo suficientemente adecuados o flexibles como para permitir a la persona afrontar con eficacia las presiones y problemas de la vida.

Finalmente se cierra este capítulo de concepciones básicas con **las características de salud mental**, el cual es un fundamento con un valor

inconmensurable en la aplicación y búsqueda de este Programa De Intervención Racional. Da las características de lo que se asemeja en lo más posible a la salud mental (Preston, 1998):

- **Espontaneidad y viveza del afecto:** Esta característica refleja la capacidad de experimentar toda la gama de emociones humanas y de sentirlas profundamente.
- **Capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos:** Esta capacidad es algo más que simplemente darse cuenta de lo que ocurre por dentro, ya que implica comprender los propios sentimientos, necesidades, etc. y otorgarles un significado.
- **Valoración positiva de uno mismo:** internalización del derecho de sentirse bien con uno mismo al conseguir cosas, del derecho a sentirse orgullosos y a valorar lo que uno hace. Este permiso interno para sentirse bien con uno mismo es probablemente el resultado de haber tenido experiencias tempranas en las que los padres proporcionaron apoyo y reconocimiento, no solo por los logros sino por el simple hecho de estar vivo y de formar parte de una familia. Una característica que tiene que ver con ésta es la capacidad de generar sentimientos de valía y autoestima. Aunque en este caso en particular se busca una autoaceptación más que una valoración positiva o negativa.
- **Autoafirmación:** Este proceso tiene dos aspectos. Se inicia con la convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones, así como defenderse cuando éstos son heridos por los demás. Se trata, además de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones al terreno de la acción, para tomar una postura, dar la propia opinión o expresarse.
- **Capacidad de procurarse consuelo:** Proporcionarse consuelo, que es un tipo de cuidado que tiene lugar en el interior de uno mismo, comprende el ver como un derecho el sentirse mal y no culparse por ello. Otra acción es

darse algo que lo ayude a sentirse mejor, ya sea un día libre, leer un libro, etc., así como también el evitar la autocrítica severa.

- **Intimidad:** La capacidad de intimidad supone la capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo cual implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.
- **Compromiso:** Es la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles y no abandonar en una relación o interacción.

CONSIDERACIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN

EN GRUPOS CON LA TREC

De acuerdo con Lega, Caballo y Ellis (1997) la TREC dada su flexibilidad de intervención puede ser adaptada a grupos, tal es el caso del presente **Modelo de Intervención en Educación Racional**:

Ventajas

1. El paciente practica el modelo de la TREC en sí mismo y en los demás, con retroalimentación por parte del terapeuta y de otros miembros. La ventaja del grupo es que incrementa la diversidad en la puesta en práctica de técnicas como las tareas para casa, así como también aumenta la posibilidad de que se lleven a cabo, pues hay mayor propensión si son asignadas por el grupo y no solamente por el terapeuta.
2. El paciente se da cuenta de que no está solo y de que hay más personas que tienen problemas similares a los de él.
3. Poder practicar en “vivo” habilidades que requieren la presencia de un grupo, como hablar en público, utilizar el “riesgo controlado” al revelar detalles íntimos frente a varias personas, etc. y recoge evidencias empíricas, en lugar de subjetivas, sobre sus resultados.

4. Incrementar el aspecto activo, directivo y didáctico de la TREC, a través de la discusión de sus técnicas, la distribución de información sobre temas específicos, etc. además animando a hablar a aquellos participantes más tímidos, así como limitando o interrumpiendo a aquellos otros que tienden a monopolizar demasiado el tiempo.

Desventajas

1. Dentro del grupo hay personas que pueden dificultar el proceso grupal cuando éstas tienen alguna psicopatología grave.
2. Algunos miembros del grupo pueden confundir a otros participantes dando consejos superficiales o anti terapéuticos, o incluso abrumarles con demasiadas sugerencias, inutilizando gran parte del tiempo del grupo. Por lo tanto el terapeuta ha de tener cuidado con este tipo de personas.
3. En algunos casos los participantes pueden tener esquemas de comportamiento equivocados, como creer que las “catarsis emocionales” son un medio de resolver las perturbaciones psicológicas, o que deben de condenar a otros miembros por sus acciones – ya que consideran que expresar ira es “saludable”-, es por ello que se necesita atención del terapeuta y la reeducación de los pacientes.
4. En algunos grupos se puede dar la transferencia o contratransferencia por parte del terapeuta. En el caso en que se suscite la contratransferencia, el terapeuta ha de analizar cuáles son los mensajes subyacentes que se dan entre ese paciente o grupo para que esto ocurra.
5. Lo siguiente no necesariamente es una desventaja pero si es una llamada de atención para que el terapeuta esta alerta ante: a) miembros interesados únicamente en sí mismos; b) miembros extremadamente agresivos o pasivos; c) miembros que únicamente ofrecen consejos prácticos en lugar de debatir su filosofía irracional; d) miembros que están siendo demasiado punitivos que no trabajan lo suficiente; e) miembros que están siendo demasiado sociables en relación con la terapia; f) creación de subgrupos

dentro del grupo. Lo anterior puede ser manejado por el terapeuta mediante una confrontación directa o haciendo contacto visual a la situación.

Otra cosa que el terapeuta ha de cuidar es no monopolizar demasiado el tiempo, más bien regular el tiempo entre el terapeuta y los participantes. Así mismo la utilización del “aquí y ahora” es parte fundamental en la intervención grupal ya que la TREC considera que gran parte de los comportamientos y problemas de los miembros durante la sesión de grupo refleja comportamientos y problemas existentes en su vida cotidiana. Por consiguiente la utilización del “aquí y ahora” también se incluye en análisis de la similitud entre lo que ocurre en el grupo y lo que sucede en la vida real (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

En la misma dinámica de la terapia grupal se desarrollan o presentan ideas irracionales implícitas que el terapeuta ha de identificar y debatir utilizando la fuerza del grupo. Algunas de estas ideas son:

- Tengo que decir lo que estoy pensando inmediatamente o voy a olvidarlo y eso sería terrible.
- Si no hago la mejor, y más brillante de las contribuciones de la discusión del grupo, soy un ser incompetente y más vale entonces que no diga nada, ni ahora ni después.
- Es muy difícil realizar esta tarea, las tareas no deberían ser tan difíciles.
- Aunque los otros hagan sus tareas, yo puedo pasar desapercibido y no hacer la mía.
- Si digo algo estúpido todos se reirán de mí. Son mucho mejores que yo en la TREC, soy un tonto.

Para confrontar este tipo de ideas irracionales dentro del grupo el terapeuta ha de valerse de las técnicas que él considere más convenientes (Lega, Caballo y Ellis, 1977).

LA EVALUACIÓN EN EL MODELO COGNITIVO

El modelo de intervención no estaría del todo completo si no tuviera la efectividad que se busca al aplicarlo si este no tuviera un punto sobre el cual intervenir, es por ello que la evaluación dentro del modelo cognitivo cobra tal importancia ya que es el primer paso antes de comenzar con la intervención. A continuación se presentan algunos puntos básicos sobre la evaluación en este modelo.

En primer lugar, la evaluación mediante el uso de pruebas, cuestionarios, inventarios, etc. y la evaluación mediante el empleo de tareas desarrolladas para facilitar al paciente, el acceso a sus productos, procesos y operaciones cognitivas (ideas irracionales) son la que se van a analizar a continuación. Acerca del uso de inventarios, estos facilitan, entre otras cosas (Caro, 2011):

- Evaluar el grado de malestar de un paciente al inicio y guiar, por tanto, evaluaciones clínicas más pormenorizadas.
- Hacer evaluaciones pormenorizadas en distintos momentos de la terapia.
- Evaluar temas específicos importantes para la terapia cognitiva.
- Ahorro en tiempo y alcances inmediatos.
- Hacer comparaciones pre-test/post-test. Tal como fue en el caso del presente modelo de intervención en educación racional en donde se aplicó IBT de Jones 1968.

También dentro de la evaluación de este modelo terapéutico encontramos los registros de pensamientos automáticos o del uso del lenguaje y etiquetas así como de ideas irracionales, previo a este registro que el paciente hace el terapeuta le enseña el modelo de ABC, entonces así el paciente estará en condiciones de reconocer y comprender aquello que le afecta y en consecuencia poder plasmarlo. Dentro de las ventajas de hacer un registro encontramos las siguientes (Caro, 2011):

- Un registro hace evidente al paciente el contenido cotidiano de su pensamiento, junto con sus principales emociones y conductas ya que el registro no solo es para fines cognitivos.
- Un registro señala los temas sobre los que centrarse: es decir, un registro no debe tomarse como una serie inconexa de pensamientos automáticos, si no que el terapeuta debe indagarlos en áreas que reflejan los problemas principales de un paciente, para planear la intervención terapéutica.
- Mediante los registros hacemos que el paciente entienda el modelo cognitivo, reconociendo los distintos elementos del ABC; llevando al campo de acción una máxima de Epicteto: *“El hombre no se trastorna por las cosas, sino por el punto de vista que adopta sobre ellas”* (B, *beliefs/creencias*).
- Mediante los registros comprobamos el nivel de implicación del paciente en tratamiento y empezamos a sentar las bases del trabajo fuera de sesión en la línea de la estructura básica del modelo cognitivo más clásico.
- En la mayoría de los casos, el registro, al comienzo del tratamiento esta saturado de pensamientos automáticos negativos. La evolución del contenido de los registros nos da una idea de la evolución y cambios del paciente.

Ejemplo de la estructura simple de un registro.

Situación activante (A)	Pensamiento (B)	Emoción (C)	Conductas o acciones (C)

Por otro lado un terapeuta puede valerse de otros métodos para encontrar las ideas irracionales, tales técnicas pueden ser:

- Preguntas directas.
- Descubrimiento Guiado y cuestionamiento Inductivo.
- Utilizar momentos de fuerte emoción durante las sesiones.
- Imaginación.
- Juego de roles.
- Buscar el significado de los acontecimientos.
- Hacer tareas conductuales y registrar pensamientos.
- Diario de cambios de humor y pensamientos asociados.

Queda clara que la importancia de identificar un posible perfil cognitivo a partir de la evaluación puede facilitar entre otras cosas: (a) la exploración del caso de manera idiográfica; (b) la inclusión y conocimiento de las estructuras más profundas de la cognición del paciente; (c) el fortalecimiento de la alianza terapéutica; (d) la tipificación del caso para una mayor comprensión de los esquemas y las creencias; y, (e) facultar potencialmente la efectividad del trabajo terapéutico (Toro y Ochoa, 2010). De lo anterior, se observa que el proceso terapéutico no está completo sin evaluación.

Ellis (1999) mencionó que: las **desventajas** de indagar rápida y directamente en los síntomas reales y profundamente arraigados, entre otros son:

- Puede ser difícil de asimilar para aquellos que están a la defensiva y que son de naturaleza asustadizos.

- Puede motivar algunas personas a inventar o exagerar sus problemas más profundos.
- Puede dejar de manifiesto aspectos serios que a la persona resulta difícil enfrentar porque regularmente es mejor dejar escondidos.
- Se pueden plantear en la revisión y el tratamiento aspectos que sean más del interés del terapeuta que de la persona que solicita la ayuda.

Cabe mencionar que en la TREC específicamente la evaluación se realiza en las tres áreas relacionadas, es decir, la cognición, la emoción y la conducta, es por ello que casi siempre se hará lo siguiente (Ellis y Dryden, 1989).

- Se les ayuda a los pacientes a reconocer y describir sus sentimientos inapropiados, y estos son diferenciados claramente de sus sentimientos negativos apropiados (desilusión, tristeza, frustración y displacer).
- Se les lleva a reconocer y diferenciar sus conductas autocastigadoras (adicciones, fobias, compulsiones) de aquellas que son idiosincráticas e inocuas (devoción inusual a la socialización, sexo, estudio o trabajo).
- Se les pide que señalen los acontecimientos Activadores específicos de sus vidas que suelen ocurrir justo antes de experimentar los sentimientos y conductas perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias racionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas consecuencias no perturbadoras.
- Se evalúan y discuten las Creencias irracionales que acompañan a los acontecimientos Activadores y que llevan a unas consecuencias perturbadoras.
- Se determinan las Creencias irracionales que incluyen los absolutistas “debo” y las grandes exigencias a uno mismo, a otros y al universo.
- Se descubren también las creencias irracionales de segundo nivel que se derivan de los absolutistas “debiera” y “debo”, es decir, los catastrofismos y las demás sobregeneralizaciones.

- Se descubren y discuten las Creencias irracionales que les llevan a la perturbación por estar perturbados, es decir la ansiedad que les da por estar ansiosos, y la depresión en la que caen por estar deprimidos.

Mientras se perfila la evaluación en la TREC ya se va haciendo la planeación del tratamiento y en conjunto con el paciente se decide atacar a lo más importante y luego lo evaluado como de menor importancia. Así mismo, mientras el paciente describe sus problemas, el terapeuta TREC interviene en dividirlo en sus componentes ABC, si el paciente empieza por A entonces se le pregunta por C y viceversa, ya que primero se evalúa A y C y al final B. Cuando se trata de C tiene que ser valorada en sus niveles: emocional, conductual y cognitivo. También ha de tenerse en cuenta que el paciente no habla con la terminología especializada, hay que hacerle una distinción al paciente, sin tecnicismos, que le facilite el entendimiento del proceso terapéutico, y finalmente saber que los pacientes no siempre están dispuestos a cambiar todas sus B (Ellis y Dryden, 1989).

Se presentará una serie de las principales técnicas clasificadas en diferentes modalidades: cognitivas, conductuales, y emocionales.

Capítulo 3. APROXIMACIÓN A LA INTERVENCIÓN DESDE LA TREC Y EL MODELO COGNITIVO.

Si bien la terapia racional emotiva centra sus fuerzas en el eje del pensamiento, específicamente en el pensamiento irracional, para modificarlo a uno racional, se vale de técnicas específicas que van desde, lo cognitivo, lo emotivo y lo conductual, ampliando de esta manera el abanico y flexibilidad de intervención en aquellos casos que se le presenten al terapeuta ya sea de manera individual, familiar, parejas, empresarial o como en este caso grupal.

Antes de comenzar con la revisión específica de las técnicas de intervención, téngase en cuenta que la TREC es una forma de intervención que evoluciona y confirma su profundidad y durabilidad respecto a otras formas terapéuticas de la siguiente manera (Ellis, 1999):

- La TREC propugna que si las personas desean sentir, comportarse y estar mejor, básicamente tienen que cambiar su sistema filosófico presente que se basa la mayoría de las veces en obligaciones e imperativos muy rígidos.
- La TREC ayuda a la gente a ver y a eliminar sus creencias autoderrotistas, es decir, ayuda a ver que detrás de sus miles de creencias hay una creencia cumbre que modifica muchas de las subcreencias del individuo.
- La TREC ayuda a las personas a trabajar en aras de abandonar sus molestias y trastornos presentes logrando así una actitud antiforzante y anticatastrofista que les lleva a ser considerablemente menos susceptibles al trastorno.
- Enseña a las personas métodos cognitivos, emocionales y conductuales esperando sean usados de manera persistente y firmes hasta ser automatizados.
- Enseña a las personas que a pesar de ser ellas las que consiguen hacerse menos vulnerables, existe la posibilidad de una recaída, así que será

necesario. Dotarles de métodos que restablezcan la integridad de la persona.

- En la TREC obtener resultados profundos no significa remediar el pasado.

En este enfoque específicamente lo que se busca es hacer un afrontamiento y discusión de las ideas irracionales del paciente o de uno mismo, para posteriormente cambiar por otras más racionales y funcionales que no nos lleven a emociones, cogniciones o conductas que nos limiten y afecten nuestro estado de ánimo. Al hacer ver o dar cuenta de que la filosofía llevada hasta el momento es irracional y contraproducente, se puede explicar más fácilmente como se crean los trastornos emocionales, lo anterior permite que se puedan atacar desde un terreno tanto lógico como empírico a partir de reestructuración cognitiva o la discusión. Aunque cabe mencionar que en la TREC la asignación tareas que te llevan a experiencias, emocionales, cognitivas y por supuesto conductuales es una forma irrefutable de demostrar que no solo trabaja en un plano cognitivo, y que si bien en la explicación podría decirse relativamente simple su forma de trabajo en realidad es más compleja y muy estructurada. Cabe destacar que en este modelo se adopta un criterio muy práctico para determinar su meta terapéutica, y es que los pacientes se *sientan y estén bien*, es decir que no solo se digan estar mejor, sino que se noten los cambios en su calidad de vida en el cambio profundo en su filosofía de vida (Ellis y Abrahms, 1978).

Para Ellis y Abrahms (1978) dentro de la TREC se busca una filosofía centrada en sí mismo pero no dejando de lado el aspecto social, es así que dentro del abanico de opciones la búsqueda de una nueva filosofía del placer tiene ciertos requerimientos que el paciente debe comprender y en donde residirá mucho el efecto positivo de este modelo de terapia; esos requerimientos en general son:

- Sería mejor que trabajaran para superar sus temores sobre cierto pasatiempo como: deportes, sexo, pintura o escribir. En la mayoría hay un temor a hacerlo *mal ya que deben hacerlo bien, y sería horrible que lo hicieran mal*.

- Pueden aceptar el hecho de que aun el placer con frecuencia requiere trabajo.
- Es mejor que ellos reconozcan su propia unicidad e individualidad, esto por supuesto requiere de mucha exploración selección de parte de la persona. Esto es buscar aquello que los haga únicos, ya sea digamos una actividad.
- El quedar involucrado en un interés vital absorbente con frecuencia requiere mucha meditación y experimentación. Muchas personas impiden ellas mismas quedar vitalmente absorbidas en alguna actividad en particular, porque la consideran trivial, poco importante o que no contribuye al bienestar humano. Aquí se les puede ayudar a los pacientes a no tener que dar una explicación de estar, o tener, simplemente lo pueden hacer sin buscar justificaciones. Aun así, se debe adecuar que tipo de actividades serían benéficas y cuales podrían llegar a ser peligrosas para cada paciente y en base a ello, hacer una distinción para ellos, que ellos la adquieran y puedan hacer estas distinciones ellos mismos.

Finalmente, habría que tomar en cuenta el uso de las tecnologías dentro de la intervención como una posibilidad más de tener una atención más integral al paciente, esto dado que en el investigación de Mantilla y Sologuren (2006) fue solo un 10% de terapeutas racional emotivos los que hacían uso de la tecnología con sus pacientes.

TRATAMIENTO

Existen dos formas de tratamiento en la TREC, el *preferencial* y el *general*, planteadas por Ellis y Dryden (1989), en donde la TREC general es sinónimo de la terapia cognitivo conductual para solucionar problemas concretos, mientras que la preferencial es única en muchos sentidos. El propósito de esta última es animar a los pacientes a hacer un cambio filosófico profundo en las dos áreas fundamentales de perturbación del yo y de perturbación incomoda. Así mismo, en

la TREC preferencial sus objetivos más importantes consisten en ayudar a los clientes a perseguir metas y propósitos básicos a largo plazo, y en demostrarles que esto se consigue aceptándose totalmente a ellos mismo y tolerando condiciones de vida incómodas e imposibles de cambiar. Se intenta que los pacientes vean que:

- Las perturbaciones conductuales y emocionales tienen antecedentes cognitivos, y estas cogniciones suelen tomar la forma de evaluaciones devotas absolutistas.
- Las personas tiene una cierta autodeterminación y pueden *elegir* trabajar para no perturbarse.
- Las personas pueden elegir y maximizar su libertad trabajando activamente para cambiar sus creencias perturbadoras irracionales.

Para poder lograr los objetivos y metas en terapia desde este enfoque se aplican una serie de técnicas las cuales tienen una orientación cognitiva, emotiva y conductual (Ellis y Dryden, 1989).

TÉCNICAS COGNITIVAS

La mayoría de las denominadas técnicas cognitivas, de acuerdo con Caro (2011), van a ser técnicas de reestructuración cognitiva y como tal integrantes del formato de tratamiento de los modelos más clásicos, racionalistas en terapia cognitiva como el modelo de Ellis o Beck. A manera de introducción cabe destacar que las metas principales de las técnicas cognitivas son:

- Dudar del significado que aportamos a las cosas.
- Distanciarnos de nuestros pensamientos, emociones, etc.
- Diferenciar entre aquello que nos causa problemas, nuestras experiencias y la construcción que hacemos de esas experiencias.

- Debatir nuestros pensamientos, lo que nos decimos a nosotros mismos.
- Detectar aquello que nos causa problema a nivel cognitivo, afectivo, y conductual.
- Desarrollar nuevos pensamientos, alternativos, mas válidos y viables o funcionales.

Por otra parte las intervenciones cognitivas ayudan a los pacientes a identificar los patrones distorsionados de pensamiento y les asisten en el desarrollo de cogniciones más basadas en la realidad y menos productoras de trastornos, al cambiar el modo en que estos individuos interpretan las fuentes potenciales de provocación, se les puede ayudar a reducir o extinguir su problemática (Lyddon y Jones, 2002). Incluso, este tipo de técnicas son utilizadas también, en conjunto con otras para el manejo del estrés, mejorando ayudando sin distinción tanto a hombres como a mujeres (Ramírez y González, 2012).

De acuerdo con Dattilio y Padeske (1995) una forma de que, los pacientes lleguen a las metas y objetivos de la terapia independientemente de las técnicas que se aplican durante y posteriores a ella también recomiendan la biblioterapia en donde dependiendo de la problemática será el libro o texto recomendado. Un excelente libro ejemplo de la biblioterapia es “Tus zonas erróneas” del Dr. W. Dayer.

Descubrimiento guiado (método socrático). El término (descubrimiento guiado) se refiere al proceso, a través de preguntas guía para ayudar a los pacientes a alcanzar nuevas perspectivas que desafían sus conclusiones equivocadas (Caro, 2011). Para aplicar esta técnica apropiadamente, el terapeuta debe considerar ser capaz de hacer las preguntas adecuadas sin poner palabras en su boca, también se ha de ayudar al paciente a que deduzca conclusiones, así mismo el terapeuta, con una actitud de modestia y escepticismo guie el dialogo de forma tranquila, ayudando al paciente a identificar pero no ofreciendo solución a los problemas. Es decir, el terapeuta no ha de decir al paciente que ha de ver, sino lo ha de ayudar a darse cuenta y decidir por sí mismo (Vallejo, 2012). Por otro lado, las preguntas deben ser cortas el método no es una aplicación al azar y en todo momento se

requiere cooperación y atención al estado de ánimo del paciente, estas preguntas deben estar adecuadas al estado de ánimo del paciente, el terapeuta debe evitar hacer interpretaciones de lo que dice o hace el paciente y finalmente el uso de metáforas está permitido (Caro, 2011).

Algunas preguntas, citadas por Caro (2011), eje del descubrimiento guiado son:

- ¿Qué quiere decir cuando está diciendo eso en concreto?
- ¿Qué evidencia tiene de que lo que está diciendo sea verdad?
- ¿Cuál es la evidencia que tiene en contra de lo que está diciendo?
- ¿Qué es lo peor que puede pasar, y si pasa, entonces, qué puede ocurrir?
- ¿Qué le lleva a pensar que eso puede pasar?
- ¿Cómo se siente su cuerpo al pensar eso?
- ¿Cómo le hace sentir eso?
- ¿Qué le diría a un amigo qué hiciera en su misma situación?
- ¿Puede decirse algo que le sea de utilidad?
- ¿Qué piensa que puede cambiar para hacer que las cosas le vayan mejor?

Por otra parte Riso (2009) menciona que el terapeuta ha de tener claro a la hora de cuestionar al paciente que las estrategias compensatorias/aseguradoras y evitativas no pueden separarse de las creencias que las anteceden, ya que responden a una necesidad de supervivencia psicológica. Por lo tanto, las preguntas han de evitar hacer sentir al paciente acorralado.

Refutación de ideas irracionales. Es la técnica más empleada dentro de la TREC, la meta de esta técnica es hacer que el paciente entienda algunas de las ideas principales de la TREC como por ejemplo “la tiranía de los debes” acerca del catastrofismo, lo soportable e insoportable, la condena, y el pensamiento todo o nada. En la refutación el terapeuta ayuda a realizar tres acciones básicas: detectar

las ideas irracionales que subyacen a sus emociones y conductas autodestructivas; debatir sobre la verdad o falsedad de esas creencias; y discriminar entre sus creencias racionales e irracionales. En Caro (2011) se plantean:

1. Que el A no solo contribuye a C sino que también mantiene su B fuerte y persistente sobre sus A creando con esto un círculo.
2. Hay que mostrar a los clientes cómo pensar, sentir y actuar contra sus ideas irracionales.
3. Mostrar a los clientes cómo disputar sus ideas irracionales de forma realista y empírica, lógica y pragmática.
4. Mostrar a los clientes que cuando disputan de forma activa y persistente (B) sus ideas irracionales se transforman y pueden crear una nueva filosofía (E).

Lega, Caballo y Ellis (1997) mencionan que la TREC utiliza tres estrategias básicas en el debate o cuestionamiento de los pensamientos irracionales: 1) Centrarse en la falta de lógica, 2) centrarse en el aspecto empírico/objetivo y 3) centrarse en el aspecto pragmático práctico.

- Estrategia 1: *cuestionar la falta de lógica (debate filosófico)*. El propósito principal es ayudar al paciente a entender por qué su pensamiento irracional es ilógico, contradictorio e inocente, ya que la conclusión no corresponde a las premisas sobre las que está basado (aquí utilizamos el cuestionamiento socrático o refutación).
- Estrategia 2: *centrarse en el aspecto objetivo (debate empírico)*. La meta principal es ayudar al paciente a observar y comprobar la evidencia empírica, la veracidad de los hechos, la objetividad de los datos que está utilizando, para comprobar sus hipótesis. En general, los “debos” absolutistas son casi siempre inconscientes con la realidad empírica. El terapeuta puede hacer preguntas como: “¿Qué prueban los datos? ¿Es

cierto que siempre ha sido así o, aunque elevado, esto ocurre sólo un porcentaje de las veces? ¿Cuál es su probabilidad de ocurrencia?

- Estrategia 3: *centrase en el aspecto pragmático/practico (debate empírico)*. Su propósito es ayudar al paciente a evaluar, de forma práctica, las consecuencias de continuar pensando irracionalmente, a darse cuenta de que mientras mantenga sus “debo” rígidos y las conclusiones que se derivan de ellos, también mantendrá su perturbación emocional. Por ejemplo, el terapeuta puede hacer preguntas como “¿Qué resultados obtendrá, diferentes de la depresión y la ansiedad, si continúa pensando que debe tener éxito, no importa a qué precio, siempre y en todo lugar?

Tómese como cuarta estrategia: al término de un debate hay que agregar un pensamiento racional alternativo (E), para que en consecuencia se obtenga una nueva (C). Tómese en consideración el siguiente **ejemplo**:

-*Baja tolerancia a la frustración*: Se produce cuando la gente piensa (iB) que el mundo/la vida *deben* ser justos, no muy difíciles y requerir mucho esfuerzo, ya que, de lo contrario no podrían tolerar dicha *incomodidad*.

- *Consecuencia emocional (C)*: Ansiedad (situacional).

- *Debate filosófico*: Por ley de probabilidad nada tiene un 100% de garantía. Ciertos factores pueden *incrementar* dicha probabilidad, pero no pueden *asegurar* resultado alguno. Además, ¿quién ha dicho que la vida es siempre justa y que el desear algo implica que tengo que obtenerlo, no importa ni cómo ni cuándo?

- *Debate empírico*: La incomodidad es soportable y puedo tolerarla pues me he sentido incomodo muchas veces y aún no he muerto.

- *Pensamiento racional (E)*: Aun cuando estoy verdaderamente incómodo y no puedo hacer nada para cambiarlo, puedo seguir viviendo y encontrar felicidad en otros aspectos de mi existencia.

- *Nueva consecuencia emocional (C)*: La ansiedad se convierte en incomodidad.

Ellis y Dryden (1989) presentan algunas preguntas en la *Refutación que se pueden aplicar así*:

1. ¿A qué Creencia irracional quiero renunciar y refutar.
2. ¿Puedo mantener racionalmente esta creencia?
3. ¿Qué evidencia hay de la verdad de esta creencia?
4. ¿Qué evidencia hay de la falsedad de mi creencia?
5. ¿Qué es lo peor que puede pasar si sucediera, no sucediera, fuera yo en contra de ella, o según sea el caso de la CI?
6. ¿Qué cosas buenas pueden pasar o puedo hacer que me pasen si no cumplo con la Creencia irracional que me planteo?

Esta refutación puede estar acompañada de tareas para casa y más conocimiento sobre la TREC como lo son las notas racionales sobre la creencia racional, lectura de libros, y ayuda a otros como parte de su proceso de intervención. Un ejemplo de tarea de autoayuda la presenta Caro (2011) con la cual ha de complementarse la Refutación de Ideas Irracionales, como se presenta en el siguiente cuadro:

A Acontecimientos o adversidades activadoras.

--

- Resuma, brevemente, la situación que le molesta (que vería una cámara).
- Un **A** puede ser interno o externo, real o imaginario.
- Un **A** puede ser un acontecimiento del pasado, presente o futuro.

C Consecuencias.

Principales emociones negativas poco saludables:
Principales conductas auto-derrotistas:

B Creencias Irracionales	D Disputar las B	E Nuevas Filosofías Efectivas	F Nuevas Conductas y emociones
			Nuevas emociones negativas saludables: Nuevas conductas constructivas saludables:
<p>Para identificar las B, hay que buscar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exigencias dogmáticas (debos, absolutos, etc.) • Catastrofismos (es horrible, terrible, etc.) • Baja tolerancia a la frustración (no puedo soportarlo) • Estimación de uno mismo/demás (yo no tengo, el/ella no tiene valor) 	<p>Para disputar hay que preguntarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿A dónde me lleva esta creencia, me ayuda o me dificulta? • ¿Dónde está la evidencia que apoya mi creencia irracional, es consistente con la realidad social? • ¿Es mi creencia lógica?, ¿es una derivación de mis preferencias? • ¿Es de verdad tan espantosa (tan mala como podría ser)? • ¿De verdad no puedo soportarla? 	<p>Para formar de forma más racional, busca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preferencias no dogmáticas (deseos, querencias, etc.) • Evaluar lo malo (es malo, desafortunado) • Alta tolerancia a la frustración (no me gusta, pero lo puedo soportar) • No estimar de forma global el sí mismo y a los otros (yo y los otros somos seres humanos que fallamos) 	<p>Las emociones negativas saludables incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar • Preocupación • Fastidio • Tristeza • Pesar • Frustración

Técnicas desde Ellis y Dryden (1989): Técnica de definición. *En esta técnica se busca que los pacientes aprendan a usar el lenguaje de manera menos castigadora. Por ejemplo, en vez de decir: “no puedo” es mejor decir: “todavía no he...” o en vez de decir “soy malo” pueden decir “esta acción fue mala o incorrecta”.*

Técnica proyección en el tiempo (Ellis y Dryden 1989). Aquí el paciente dice una creencia irracional a la cual tema, y entonces se le va pidiendo que la visualice en el futuro a intervalos de tiempo bajo la suposición de que ha ocurrido. Esto para demostrarle que la vida continúa y que desde antes puede hacerle frente a la creencia irracional.

Desarrollo de una filosofía antiquejas. Hacer que el paciente se dé cuenta como él mismo está *eligiendo* quejarse, que es *responsable* por ellas. Hacerle ver las desventajas de estarse quejando continuamente (buscar varias). Mostrar a los pacientes que todo lo que *pueden* hacer, también lo *pueden* dejar de hacer. También hay que convencerlos de que es peor seguirse quejando que dejar de hacerlo. Mostrarles que el quejarse no soluciona nada, sino que a veces solo lo empeora. Finalmente mostrar que las quejas solo aumentan los sentimientos de frustración más que disminuirlos (Ellis, 1999).

Técnica de la triple columna. Caro (2011) destaca de entre las técnicas cognitivas de mayor influencia para el trabajo en casa la técnica de la triple columna de Beck y Cols. (1979) la cual consiste en hacer un registro de la situación, pensamiento o distorsión pero además agregar una columna llamada respuesta racional en donde llevara al paciente, esta última columna, a acciones o pensamientos alternativos más saludables que él hará para contrarrestar los efectos del pensamiento por la situación activadora. De lo que se trata es que el paciente se aleje de sus pensamientos distorsionados y él mismo ofrezca una respuesta racional (aunque hay que tener presente que para aplicar esta técnica ya el terapeuta trabajó previamente con el paciente para que este cuente con las herramientas necesarias para poder lograrlo).

Ejemplo:

Situación	Pensamiento	Emoción	Respuesta racional
En el trabajo, preparando un informe.	No soy capaz. Mi jefe me dirá que está mal. Me despedirán.	Miedo, ansiedad.	Todavía no lo he acabado. Si me concentro y veo otros informes bien hechos puede que no quede tan mal, y si me llagan a despedir puedo encontrar otro trabajo.

Otra técnica para casa es la que menciona Semerari (2002) la cual consiste en experimentos comportamentales que se le prescriben al paciente adaptándolos de acuerdo a la problemática que este tiene, estos experimentos comportamentales guardan su **aspecto cognitivo** en el dar cuenta de que el pensamiento irracional es la fuente de imposibilidad a atreverse a *Hacer*, así como también para invalidar las expectativas de poca eficacia personal propias del paciente. También menciona que estos experimentos pueden llevar también un proceso de registro el cual puede ser elaborado bajo un formato estándar ya mencionado previamente o adaptado de acuerdo a la situación. Los resultados de estos experimentos se valoraran luego según su eficacia y la relación costes/beneficios.

El análisis de la lógica incorrecta. Esta técnica consiste en la búsqueda de respuestas racionales, alternativas y suficientes para producir una restructuración cognitiva. Hay que tener en cuenta que no se puede solo “disparar” las preguntas, sino que es recomendable ir poco a poco en el marco del descubrimiento guiado, logrando que el paciente aporte significados nuevos a sus experiencias.

Las preguntas más frecuentes pueden ser (Caro, 2011):

1. ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de una idea determinada?
Reformulación: ¿le ha pasado eso alguna vez?, ¿Siempre que ha pensado así le ha pasado?, ¿Si no lo piensa le ha pasado alguna vez?, ¿De qué depende eso?, etc.
2. ¿Qué lógica hay detrás de esa idea? Reformulación: ¿Qué tipo de razonamientos está haciendo?, ¿Cómo está viendo esta situación?, ¿Qué se está diciendo?, etc.
3. ¿Está usted simplificando una relación causal? Por ejemplo, una A con B porque A sucede antes, ¿Qué otros elementos están implicados?, ¿Cuál es el contexto?, etc.
4. ¿Está usted confundiendo un hábito con un hecho?, ¿Por qué siempre se comporta así, quiere decir que nunca va a dejar de comportarse así?, ¿Qué esa es la única forma de comportarse?, ¿Qué opciones tiene? etc.
5. ¿Sus interpretaciones de la realidad están tan alejadas de esta que no pueden ser precisas o exactas de ninguna manera?, ¿Qué distorsiones comete?, ¿De dónde parte?, ¿Se está equivocando de alguna manera?, etc.
6. ¿Está confundiendo su versión de los hechos, con los hechos tal cual y como son?
7. ¿Está pensando en términos de todo o nada?
8. ¿Está usted usando frases extremas o muy exageradas?
9. ¿Está usted perdiendo de vista el contexto?
10. ¿Está usted utilizando mecanismos de defensa cognitivos?
11. ¿Es fiable su fuente de información?, ¿De dónde parte?, ¿Sobre qué se basa?
12. ¿Está usted pensando en términos de certeza y no de probabilidades?
13. ¿Está usted confundiendo una alta con una baja probabilidad?
14. ¿Están sus juicios basados sobre sentimientos, más que sobre hechos?

15. ¿Está usted excesivamente centrado en un factor irrelevante?, ¿Está haciendo una abstracción selectiva?, ¿Qué otros factores hay?, ¿Qué otros factores está perdiendo de vista?, etc.

La técnica de la comprobación de hipótesis. Caro (2011) menciona que esta es una de las técnicas que mejor ejemplifica la visión del ser humano como un científico que ha de someter sus pensamientos a contrastación. Antes de comenzar con esta técnica ha de tenerse en cuenta lo siguiente:

- El paciente ha de convertir una idea irracional en una hipótesis.
- Ha de elegir una y sola una de todas sus ideas irracionales.
- La idea que haya elegido debe ser escogida porque tenga la característica de ser comprobable.

El *primer paso* en la comprobación de hipótesis¹ consiste en *anotar*, la idea negativa que está causando el problema al paciente. El terapeuta ha de anotar también esa idea en una hoja de papel y ponerla en un lugar visible para ambos, así como también anotará las siguientes instrucciones en esa misma hoja para que el paciente las pueda ir siguiendo. El *segundo paso* entonces se refiere a la *búsqueda de la evidencia a favor o en contra de la idea negativa*. El *tercer paso* es hacer una segunda columna en la hoja en donde el paciente tiene que ofrecer o buscar ahora la evidencia en contra, de ser posible que el paciente le dé una valoración en una escala del 0 al 10 en cada elemento a favor o en contra. Ha de tenerse en cuenta que lo que se busca es establecer un contraste, para lograr motivar al paciente a realizar sus propias inferencias. El *cuarto paso* supone plantear un *experimento* que permita comprobar la hipótesis negativa, y el *quinto paso* consistiría entonces en observar los resultados de dicho experimento, si es posible se ha de acordar con el paciente que él le llame al terapeuta para informarle el resultado.

¹ Una hipótesis es una suposición que debe examinarse para determinar si es correcta o no (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

En función del experimento y de las consecuencias de este se debe intentar modificar o reevaluar la idea negativa. A continuación un ejemplo de comprobación de hipótesis:

Idea negativa como hipótesis: “si le digo a mis amigas que no quiero ir de vacaciones a la playa se enfadaran y me rechazarán”.	
Evidencia a favor:	Evidencia en contra:
<ul style="list-style-type: none"> • Son muy suyas y muy mandonas. • A veces se han enfadado conmigo cuando les he llevado la contraria. • Han hablado varias veces de ir a la playa. • Creo que ya han mirado sitios y hoteles. 	<ul style="list-style-type: none"> • No sé si es seguro que quieran ir a la playa. • A veces no se han enfadado cuando les he dicho lo que quería. • Nunca han dejado de hablarme. • A veces han seguido mis consejos y me han dejado decidir.
Experimento	Se lo voy a decir el sábado en la cena cuando alguna saque el tema.
Resultado	Dos querían ir y otra como yo tampoco quería. Decidimos buscar un sitio que nos guste a todas.
Revaluación	No ha pasado lo que temía y me siento mejor después de haberme expresado. Pensaba de forma equivocada.

Finalmente cabe destacar que hay muchas más técnicas cognitivas aún por explorar, pero comienzan en algunos casos a distar mucho del enfoque TREC, es por ello que dentro de las técnicas cognitivas aquí se ha de quedar el listado y presentación como las principales y más efectivas técnicas cognitivas.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

El terapeuta racional emotivo o en general un terapeuta cognitivo conductual puede hacer una valoración de la problemática y en consecuencia hacer una aplicación ecléctica acerca del tipo de técnicas y manera de intervención que el paciente requiere. La problemática se considera grave es conveniente una aplicación casi al 100% de técnica conductual, en cambio si es leve se recomienda aplicar técnicas cognitivas, y es sobre ese balance que se aplicaran cognitivas o conductuales o ambas (Caro, 2011). Dentro de las principales técnicas conductuales con este enfoque terapéutico se encuentran las siguientes:

Actividades de quedarse allí. Esta técnica sirve para tolerar el malestar crónico supone pedirle al cliente que recuerde “situaciones incómodas” durante un largo periodo de tiempo es un tipo de técnica de explosión, previo a esta aplicación el cliente ha de trabajar en sus ideas irracionales.

Ejercicios contra la dilación. Esta técnica se aplica para aquellas personas que dejan para mañana lo que tienen que hacer cotidianamente. Se trata de animar al paciente a empezar las tareas cuanto antes tolerando la incomodidad de romper el hábito de dejar las cosas para otro día. Sería recomendable que para mayor efectividad de esta técnica se aplique un balance de pros y contras.

Uso de recompensas y castigos. Lo que se busca con esta técnica es animar a los clientes a hacer actividades molestas para lograr sus objetivos a largo plazo, se puede invitar al paciente a irse acercando progresivamente al estímulo desagradable o también puede ser recompensado positivamente con alguna actividad agradable o un pequeño refuerzo material con un intervalo variable mientras se mantenga haciendo la actividad “desagradable”.

Los castigos raramente se utilizan, pero cuando son utilizados se utilizan en pacientes difíciles, ha de adaptarse a aquel caso difícil de acuerdo al paciente. Y

ha de tenerse muy presente que si se usan castigos en ningún momento han de suponer algún tipo de condena o crítica.

En Caro (2011) se desarrollan las siguientes dos técnicas siendo de sus más representativas:

La programación de actividades. Esta técnica tiene dos finalidades, la primera es utilizar en contra la pérdida de motivación, la inactividad y la preocupación por ideas depresivas, la segunda es transmitir al paciente que simplemente debe intentar hacer las cosas sin esperar encontrarse mucho mejor, y sin exigirse, y desde luego, hacerla de forma correcta desde el principio. El terapeuta ha de tener los siguientes puntos en cuenta antes de aplicar esta técnica:

- Explicar al paciente cual es objetivo de esta técnica.
- Hay que preguntarle al paciente cuales son las posibles objeciones en contra o a favor de hacerla.
- Decirle al paciente que no ha de preocuparse si no es capaz de acabar la tarea prescrita.
- El paciente ha de ser capaz de planificar sólo lo que debe hacer y no cuánto debe hacer.
- Hay que insistir mucho al paciente en que lo importante es hacer la actividad, o al menos, intentar hacerla sin tener en cuenta el posible éxito o consecuencias de hacerla.
- El paciente ha de ser capaz de buscar tiempo para planificar lo que ha de hacer y para aplicarla. A inicios de la aplicación paciente y terapeuta es conveniente diseñen la programación de actividades.

Las tareas graduadas. La finalidad de esta técnica no es aliviar, de forma directa, el problema del paciente, más bien es demostrarle si es capaz o no de hacer algo. Esta técnica es poder decirlo así, el primer paso de una secuencia de pasos progresivamente más complejos. Los pasos a seguir serían los siguientes:

1. Definir el problema.
2. Formular el proyecto desde tareas que son más sencillas a más complejas para completar esa tarea final.
3. Dar retroalimentación inmediata al paciente, relacionada con hacerle ver que puede alcanzar ese objetivo determinado.
4. Aclarar las dudas o cualquier problema que haya podido surgir durante el cumplimiento de una tarea.
5. Hecho lo anterior, se pasa a elegir otras tareas más complejas, más complicadas, en colaboración con el paciente.

Finalmente ha de tenerse en cuenta lo siguiente, las evaluaciones de lo realizado han de ser los más realistas posibles, así como también ponen un énfasis de que lo que ha logrado el paciente se ha debido a su propio esfuerzo, sus posibilidades, y no a cuestiones relacionadas con el azar

Ellis y Dryden (1989) destacan una técnica en apariencia sencilla de utilizar pero de mucha utilidad en el proceso terapéutico cuando este ya se encuentra en un nivel avanzado por llamarlo de alguna forma. Esta técnica se denomina:

Técnica de *Como sí*. Esta técnica consiste en pedirle al paciente que ya cuenta con conocimiento de lo racional e irracional, de un modelo de ser racional, de cuáles son las actitudes racionales, se comporte *como si* fuera racional en aquellas situaciones en donde él con ayuda del terapeuta hayan identificado la situación activante, el pensamiento irracional, y la consecuencia ordinaria de ese pensamiento irracional.

TÉCNICAS EMOTIVAS

Contrario a lo que se pensaba sobre que la TREC es demasiado irracional (Caro 2011); existen también técnicas dedicadas a trabajar con el componente emocional y experiencial, para la TREC es igual de importante conseguir un insight intelectual que un insight emocional. El terapeuta racional emotivo ha de aceptar al paciente incondicionalmente no importando lo negativo de su conducta y le dará pauta a él de verse como una persona que tiene el derecho de fallar pero que no siempre se mantendrá en esa situación.

Para Ellis el ensayo de emociones supone una convicción fuerte y bien establecida que influye en nuestros sentimientos y conductas. Por ello es importante que este ensayo se lleve a través de un proceso *ver y creer, pensar y actuar*, así como también *querer y practicar*. Supone entonces una secuencia compleja de pensamiento y acción, comenzando por algún tipo de ensayo o comprensión de tipo intelectual al que le sigue una cadena de conductas. Es por ello que la TREC incorpora técnicas enérgicas, intensas, evocadoras y dramáticas para el logro de este insight emocional. A continuación se presenta un listado de las principales técnicas emocionales y experienciales de la TREC así como algunas del modelo de Beck (Caro, 2011):

La imaginación racional emotiva. Previo a la aplicación de esta técnica el cliente ha de conocer el esquema ABC, partiendo de lo anterior se ha de aplicar de la siguiente forma:

1. Se le pide al paciente o cliente que se imagine con gran dramatismo la ocurrencia de un acontecimiento activador (A) que conlleve un fuerte sentimiento o una conducta alterada.
2. Preguntar al cliente qué emoción siente, e invitar al cliente a experimentar dicha emoción plenamente.

3. Se le pide al cliente que mantenga la imagen horripilante, pero esta vez cambiando el sentimiento que le provoca por otro análogo saludable (ejemplo, depresión a tristeza, euforia a alegría).
4. Cuando el cliente ha logrado cambiar el sentimiento, se le pregunta cómo lo ha cambiado, y qué hizo para cambiarlo. Hay que evitar a toda costa preguntar qué se dijo porque muchas veces no necesitan decirse nada.

Las imágenes racionales emotivas se basan en la hipótesis neurofisiológica (Lega, Caballo y Ellis, 1997) de que no solo las experiencias reales si no también el uso de la imaginación sirven para crear conexiones y circuitos del impulso nervioso. Por esta razón, la práctica mental puede servir para desarrollar hábitos de pensamiento racional y facilitar emociones que son producto de ellos. Si es utilizada correctamente pueden lograrse tres resultados psicoterapéuticos: 1) El paciente extingue su condicionamiento al estímulo externo que juega el papel más importante en desencadenar las respuestas emocionales indeseadas; 2) El paciente crea marcos de referencias mentales para comportarse racionalmente, lo que incrementa la probabilidad futura de un comportamiento racional real, y 3) El paciente aprende a dialogar racionalmente consigo mismo tan fácil y naturalmente como antes lo había hecho de forma irracional. Se recomienda hacer este ejercicio durante 30 días seguidos por cada emoción negativa que está tratando de cambiar para obtener resultados tangibles, siendo esta técnica una buena opción para tarea en casa.

Ejercicios para atacar la vergüenza. El problema de la vergüenza radica en que hay una tendencia a sobre generalizar entre el acto de uno mismo y el *sí mismo*. Los ejercicios para atacar la vergüenza suponen hacer que el cliente se meta en una situación chocante, contradictoria, en la que se sienta avergonzado por lo que hace, pero siendo entrenado previamente para no tomarlo como un ataque hacia su persona o para no sentirse humillado con respecto a su personalidad. Durante el ejercicio el cliente ha de poner en marcha un pensamiento racional voluntario y a propósito del acto cometido, esto dotará al cliente de las herramientas

necesarias de corte psicológico para confrontar las adversidades de esta índole con una postura más racional. Lega, Caballo y Ellis (1997) mencionan que en este tipo de ejercicios se debe tener cuidado en que las actividades no pongan en riesgo al paciente, sino más bien se trata de actividades en las que se utilizan pequeñas infracciones de reglas sociales o conductas socialmente torpes; así mismo el terapeuta ha de tener en cuenta el factor cultura/región en la que se encuentra laborando.

Ejercicio de tomar riesgos. Estos ejercicios aunque van sobre la misma línea de los anteriores tienen una diferencia específica, ya que buscan que el cliente haga algo en concreto que él mismo quiere hacer pero que suele evitar. Es decir, corra riesgos calculados en aquellas áreas que se han fijado en las metas de la terapia. Previo a la realización de este ejercicio el paciente ha trabajado de manera cognitiva a través de un balance de pros y contras y cuestionamiento socrático acerca de lo que va a realizar.

Utilización del humor y utilización racional humorística. En su libro “Anatomía del Humor” define lo cómico como una especie de magia, una magia capaz de desplazar de manera repentina y racionalmente inexplicable el sentido de la realidad. En la TREC incluir el humor permite al paciente tener una forma diferente de afrontar situaciones que anteriormente le ocasionaban problemas. El objetivo de esta técnica es que el cliente se dé cuenta de que sus principales problemas no son más que exageraciones de la realidad y que pueden resultar incluso divertidos. Se trata del desarrollo de canciones humorísticas que enseñen a los clientes a reírse de ellos mismos combinándolos con letras satíricas y adecuándolos con melodías conocidas (Chazenbalk, 2005).

Airar las emociones por escrito. El paciente recuerda un acontecimiento problemático y escribe una descripción lo más detallada posible de éste, prestando mucha atención a las emociones y al significado adscrito a dicho acontecimiento. Hay que tener en cuenta que un principio, esta técnica puede provocar un aumento en el afecto negativo, pero con el tiempo producirá su disminución así como una reducción en el estrés. Se recomienda escribir sobre

ello durante aproximadamente 20 min, intentando dar la mayor cantidad posible de detalles y que el recuerdo sea lo más vívido posible.

Rescribiendo la imagen. Esta técnica utiliza el cambio en la historia. Esta técnica es recomendable para casos de abuso. La intervención sería como sigue: “cuando tiene esas imágenes y recuerdos terribles se siente vencido y atacado. Volvamos a atrás y cambiemos la imagen y la historia. Ahora quiero que se imagine que usted es fuerte, alto, agresivo y está enfadado. Su abusador es débil, pequeño y estúpido. Quiero que se imagine que domina, critica y castiga a su abusador. Dígale lo estúpido y horrible que es, su comportamiento. Dígale que usted es una mejor persona”

CAPITULO 4. APLICACIONES DE LA TREC Y TCC EN INVESTIGACIONES ACTUALES.

A continuación se presenta de manera breve un bosquejo de investigaciones relevantes en donde se ha utilizado la TREC como una forma de intervención en distintos objetivos o problemáticas que el ser humano vive de manera cotidiana.

Rosero y Salazar (2013) aplicaron un modelo de intervención grupal basado en el enfoque cognitivo conductual a una muestra conformada por 330 participantes adolescentes de entre 16 a 19 años de edad durante 9 meses, en donde aplicaron específicamente técnicas tales como Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en Relajación y Entrenamiento en habilidades sociales, esto con el objetivo de estudiar los efectos de este tipo de intervención en la población seleccionada sobre la ansiedad social. Aplicaron pretest y posttest con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (Test ISRA), y la Escala Multidimensional de Expresión Social, parte cognitiva (EMES-C) y parte motora (EMES-M). Al término de su investigación concluyen que la intervención cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de manifestaciones cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad social; La intervención disminuyó de manera significativa la ansiedad social en los adolescentes; encuentran también que las técnicas de reestructuración cognitiva empleadas en el estudio demuestran ser una herramienta útil para la modificación de creencias irracionales y para obtener un pensamiento efectivo; no encontraron diferencia significativa en los cambios por la intervención entre hombres y mujeres, encontrando que ambos se beneficiaron por igual. Así mismo, estos resultados son reforzados por Padilla (2014) en un estudio de caso único con un adolescente que presentaba trastorno de ansiedad donde aplicó también un programa de intervención desde la TCC con técnicas cognitivo- conductuales y los resultados arrojados son positivamente similares para el paciente.

Aguilera, Leija, Lara, Rodríguez, López, Matamoros, López, y Trejo, (2011) aplicaron un programa de intervención grupal con bases en terapia cognitivo conductual en mujeres de la tercera edad con obesidad no mórbida para comparar sus efectos contra los efectos que el ejercicio aeróbico puede dar sobre el manejo de la obesidad, estrés oxidante celular y química sanguínea. Aplicaron pretest y postests del Cuestionario Sobre la Ingesta Alimentaria y estudios sanguíneos de colesterol y ácido úrico. Tuvo una temporalidad de trece sesiones de dos horas a la semana con el grupo de TCC y tres veces por semana media hora en el de ejercicio controlado. Encuentran que ambos grupos fueron capaces de hacer una reducción en el peso, en los estudios de colesterol y ácido úrico (aunque fue más fuerte el ejercicio en esta última parte); sobre el grupo de TCC mencionan que el trabajo psicoeducativo, la detección del problema de obesidad, la generación de conciencia de enfermedad, el autocontrol, no centrarse en el peso y sí en hábitos, permitirse fallar, buscar soluciones y toma de decisiones, monitorear lo que ingresa/egresa y en general modificación de esquemas disfuncionales e irracionales por constructos objetivos, reales y racionales generó los cambios observados en el Cuestionario Sobre la Ingesta Alimentaria (alimentación más saludable) y en las otras variables, mientras que el ejercicio sólo no tuvo estos efectos.

Otro estudio de relevancia teórica para esta tesis es el que realizó Fontecilla y Calvete (2003), en donde aplicaron el Inventario de Ideas Irracionales de Jones 1968 (mismo que se aplicó en esta tesis para analizar el pensamiento irracional de acuerdo al rango de edad, ellos utilizaron 4 grupos: grupo de 230 personas mayores de 65 años de la comunidad, grupo de 280 adultos más jóvenes de la comunidad (edades entre 18 y 50 años), grupo de 153 padres y madres (entre 21 y 52 años) y grupo de 226 estudiantes (entre 18 y 39 años). Lo que encontraron fue lo siguiente: Las personas mayores puntuaron más bajo en Irresponsabilidad Emocional (IE) e Indefensión acerca del Cambio (IC). La Irresponsabilidad Emocional refleja una creencia irracional consistente en que se tiene poco control sobre la propia infelicidad o malestar psicológico, mientras que la Indefensión para el Cambio se caracteriza por pensar que la persona es el resultado de su historia

y, en consecuencia, poco puede hacer por superar sus efectos. En lo referente a IC se observó una clara tendencia hacia la racionalidad en función de la edad avanzada. Otra creencia en la que las personas mayores han mostrado puntuaciones más bajas, y consiguientemente mayor racionalidad, es la conocida como Necesidad de Aprobación, pero por otro lado las personas más jóvenes como los estudiantes presentaron un nivel alto en esta misma escala. Otro dato interesante se encuentra en la escala de Perfeccionismo, ya que las menores puntuaciones obtenidas por los mayores y los menores (medias de 69 y 22 años) también indican que éstos son más racionales que el grupo de adultos más jóvenes (medias de 34 y 38 años) donde podrían dada su situación de vida obsesionarse con encontrar la solución perfecta. Por otro lado, otra creencia en la que puntúan más alto las personas de mayor edad es en la Tendencia a Culpabilizar, reflejando que las personas mayores tienden a pensar que la gente, incluyéndose a sí mismas, merece ser culpada y castigada por sus errores o malas acciones. Así mismo, hicieron una comparación por sexo, lo que encuentran es que sin importar la edad los hombres de ese estudio se caracterizaron por puntuaciones más altas que las mujeres en culpabilización y perfeccionismo. En el grupo de las mujeres jóvenes puntúan más alto en la Necesidad de Aprobación que las mujeres mayores, así mismo estas mujeres mayores puntúan a la baja en altas expectativas a diferencia de los hombres mayores, indicando que las mujeres entre más edad pueden ser más racionales. Finalmente concluyen que el papel dominante y competitivo atribuido al hombre, puede explicar la mayor irracionalidad de este grupo en Altas Autoexpectativas (AA), Perfeccionismo (PE) y Necesidad de Aprobación (NA), derivada de su mayor deseabilidad social, su necesidad de lograr éxito y su alta autoestima; por otro lado, el papel comprensivo, compasivo y gentil de las mujeres, aclararía su menor irracionalidad en Tendencia a Culpabilizar (TC) frente al grupo de los hombres y su mayor racionalidad.

Hernández y Badel (2011) realizaron un estudio para conocer que ideas irracionales poseen los estudiantes del programa de psicología de la corporación universitaria del caribe CECAR, de la ciudad de Sincelejo, Colombia. En el estudio participaron 149 estudiantes de diferentes semestres y una edad promedio de

20.85 años, el 91.9% mujeres y 8.1% hombres. La selección fue aleatoria, el test que aplicaron fue IBT de Jones (1968). Los resultados arrojados por grupo fueron que hay dos ideas presentes: Reacción a la frustración y Evitación de problemas. Por sexo, encontraron que las mujeres presentan en mayor proporción **“Reacción a la frustración”** con más de 60% y **“Evitación de problemas”** con más del 50%, **“Irresponsabilidad emocional”** con cerca del 50%, **“Necesidad de control”** cercano al 50% e **“Influencia del pasado”** con un poco más a 40% del total de la población. Por otro lado, los hombres presentan **“Necesidad de control”** y **“Evitación de problemas”** cercanos al 70%, **“Necesidad de aprobación”** y **“Dependencia”** cercanos al 60%, y finalmente **“Reacción a la Frustración”** con un 50% de la población estudiada. Concluyen que las ideas por grupo probablemente se deban a su situación como estudiantes de una carrera de alta exigencia, y que su reacción podría ser catastrófica ante situación de frustración para hombres y mujeres. Finalmente hacen manifiesto tener estos resultados en cuenta ya que podrían afectar a los futuros profesionales cuando estos se encuentren buscando un trabajo, un posgrado, o incluso ya estén trabajando.

Sería importante un momento para la reflexión acerca de cuál es el estado actual de la psicología en México y la propuesta de Vargas (2011) acerca de homogeneizar conceptualmente la psicología dentro de los diferentes enfoques, así como también, fomentar el uso de la metodología científica para sustentar en más, los cimientos de la Psicología como ciencia.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El constante bombardeo de mensajes sobre el cómo debe o tiene que ser o no ser una persona o los ideales sociales que plantea la era actual han llevado a generar y perpetuar toda una serie de ideas demandantes en las personas, que en la mayoría de los casos los llevan a experimentar frustración, tristeza, decepción, enojo o incluso más allá como la cólera y la depresión, es decir, las personas sin importar cultura o nacionalidad, están propensas a ser irracionales, no importa tampoco que se hayan erradicado en algún momento esas ideas irracionales, podría incluso pensarse que tienen una base biológica que aunada al factor social se desencadenará en pensamiento irracional a lo largo de nuestras vidas, así mismo se podría esperar que incluso los terapeutas o gente de un nivel socioeconómico más alto sean menos propensas, pero en realidad esto no es así, se llegan a padecer en mayor o menor medida y frecuencia (Dryden y Ellis, 1989). A lo largo de la vida, en la interacción con otras personas, en la escuela, en el trabajo, en una fiesta o incluso hablando con si mismo salen a relucir los “se *tiene*” y “se *debe*” los cuales se han arraigado tanto al pensamiento de la persona que son percibidos desde sí mismo como naturales, y que en el menor de los casos trae discusiones, desacuerdos y frustración, pero en otros casos puede traer guerras, asesinatos, *depresión*, ansiedad, resentimientos y separaciones definitivas de lazos sociales que muchas veces son importantes en el desarrollo de un individuo, una persona con pensamientos irracionales llega a ser una persona disfuncional en algunos aspectos de su vida (social, laboral, escolar o espiritual) y no en otros. Esta irracionalidad puede ser hacia sí mismo, hacia los demás o hacia la vida.

Una persona con un nivel alto de irracionalidad en consecuencia tendrá deteriorada su calidad de vida y su salud, es por ello que se planteó la siguiente cuestión Si una persona con un alto nivel de irracionalidad participa, como método de intervención, en un programa de intervención en educación racional, se podría

esperar que al término del mismo, su nivel de irracionalidad disminuya y en consecuencia su calidad de vida y su salud mejoren.

JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a INEGI (2010) en México existen más de 112 millones de ciudadanos, quienes no son beneficiados con un programa de salud mental enfocado a la prevención, si bien lo ideal sería un programa de prevención en cuanto a salud mental a nivel nacional, el hecho es que éste deseo dista de hacerse realidad, ya que tanto el personal de salud pública como las instituciones mismas no tienen la capacidad para hacer llegar a toda la población en general un programa de prevención o incluso iniciar la creación de un programa permanente. Por otro lado el desconocimiento de la existencia del pensamiento racional afecta a todos sin importar las características de nacionalidad, cultura, edad, nivel educativo y socioeconómico (Ellis y Dryden, 1989) y las consecuencias son adversas en todos los casos, pueden ir desde sensaciones de grave ansiedad, depresión, angustia, inutilidad ó asociarse con errores de operación, ira, furia, resentimiento, autocompasión, baja tolerancia a la frustración, abandono, queja continua, adicciones, lucha, enemistad, violencia, guerras e incluso genocidios, dando como resultado un flagrante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen (Ellis, 1999). Es por ello que una evaluación realista y la consiguiente aplicación de pensamiento racional producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría solo resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes (es decir, pensamientos irracionales) (Riso, 2006).

En este caso, el programa de intervención ha de cumplir con ciertos criterios estructurales tales como la posibilidad de ser impartido de manera abierta a un grupo de personas adultas interesadas, que se ajuste a la calendarización de los periodos disponibles por ejemplo de una escuela (en el periodo vacacional como lo es en este caso), que sea practico, es decir con ejemplos de la vida cotidiana y con dinámicas vivenciales, y que sea comprensible (es decir, que sea flexible para

un grupo de personas homogéneo que no necesariamente manejen la ciencia psicológica como parte de su profesión y que puedan apropiarse del conocimiento con facilidad relacionando esas actividades prácticas del programa a su vida cotidiana dentro y fuera del aula de impartición). En este caso, la Educación Racional Emotiva es una extensión de la Terapia Racional Emotiva Conductual, que cumple con los criterios antes mencionados de practicidad, flexibilidad. Y aplicabilidad (Knaus, 1974). Éste modelo busca a partir de las bases de la Terapia Racional Emotiva Conductual, reeducar o educar (entendiendo como educar de acuerdo a la Real Academia Española (2001) el desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales por medio de preceptos, ejercicios, y ejemplos como lo es en este caso el programa de intervención en educación racional). Ya los efectos de la TREC se han señalado con éxito en varias investigaciones, por citar algunas, Rosero y Salazar (2013) en su intervención contra la ansiedad en adolescentes, y Rojas (2010) con su taller para el tratamiento del enojo, ansiedad y depresión en universitarios al pasar por un rompimiento en su relación de pareja, han demostrado ser altamente eficaces en el tratamiento hacia lo que fueron planeadas.

Dado lo anterior, se opta por la Educación Racional Emotiva ya que es una **aproximación de intervención-preventiva** mediante la cual se les enseña a los participantes del programa de intervención, conceptos y habilidades que tienen base en la ERE para dar cabida a una autoaplicación que da por resultado una mejora determinante en la calidad de vida de los participantes a partir de un cambio estratégico en la manera de interpretar las situaciones activantes, de acuerdo a Oller (2009) lo que inquieta a las mentes de las personas no son los acontecimientos sino sus juicios sobre los acontecimientos, es decir, se aplica la educación racional para modificar la percepción de la persona hacia un pensamiento más flexible y saludable que le permita un grado más adaptativo dentro de su sistema social. Así mismo, la aplicación de la educación racional cobra relevancia al estar basada en un modelo educativo válido que enfatiza la auto-aceptación positiva, el pensamiento crítico, la aplicación del método científico de auto-entendimiento y el cambio conductual (Knaus, 1974).

Dado lo anterior se propone un modelo de intervención en educación racional que es flexible y que se podría adaptar tanto a los programas públicos y privados convencionalmente establecidos para tener un impacto positivo en la población que sea permeada por este modelo, así como también ser una opción de apoyo inmediato en la práctica privada que es adaptable a diferentes tipos de problemáticas así como también que demuestra su eficacia en las pruebas estadísticas en laboratorio; es decir, se pretende hacer un aporte eficaz desde la psicología de la salud a los programas de salud mental en donde la prevención es el estandarte para evitar en futuro algunas de las muchas consecuencias adversas que dado nuestro entorno podrían suscitarse y agravar alguna situación de salud no solo mental sino también física. Así mismo el hecho de tener una educación racional será parte fundamental en el logro de las metas y propósitos del ser humano a lo largo de su vida, entre otros, el hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia potencializando su persona al evitar el obstáculo irracional Ellis (1999). Finalmente, se reitera el propósito de esta investigación dónde propone la aplicación del programa de intervención en basado en educación racional ya que tal como manifiesta Knaus (1974), ésta tiene el fin de ayudar a la gente a que no se auto-destruya, al a ser más felices y a hacer más afectiva su vida siendo más racionales y aplicando en todo momento este modelo de educación racional, de tal manera que puedan realmente mejorar, en lugar de simplemente sentirse mejor porque pueden entender y expresar sus emociones, además teniendo la posibilidad de transmitir ese conocimiento que planeado y adecuado para ser adquirido fácilmente.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿El participante tras haber completado el programa de intervención en educación racional habrá disminuido su nivel de irracionalidad?

¿Hay diferencia en el nivel de irracionalidad de acuerdo al sexo?

¿Qué ideas irracionales son más frecuentes en los participantes?

¿Qué ideas irracionales son más frecuentes en los participantes, de acuerdo al sexo?

OBJETIVO

- Que los participantes disminuyan sus niveles de irracionalidad a partir de completar el programa de intervención en educación racional.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Que el participante Identifique sus propias ideas irracionales.
- Que el participante conozca y aplique estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y emocionales desde la Educación Racional contra sus ideas irracionales.
- Determinar la efectividad de las actividades impartidas.
- Identificar el nivel de irracionalidad de los participantes al ingreso.
- Identificar el nivel de irracionalidad de los participantes al egreso.
- Identificar la diferencia sobre el nivel de irracionalidad para cada sexo.

HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación: Existe una disminución en el nivel de irracionalidad de los participantes tras haber completado el programa de intervención en educación racional.

VARIABLES

Variable Independiente: Programa de intervención en educación racional.

Definición conceptual: Programa de intervención en educación racional en donde los participantes usan la experiencia del grupo y las vivencias de cada uno de ellos a partir de las dinámicas favoreciendo el desarrollo personal. En este caso una serie de dinámicas basadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual afirma que hay una interacción entre las cogniciones, emociones y la conducta, así como un estilo de pensamiento racional o irracional que es caracterizado por ser inflexible, absolutista, dogmático, automático, y causando malestar en las personas que lo mantienen dentro de sí mismos en varias esferas de su desarrollo. Este enfoque plantea como la forma en que se perciben los hechos afecta la evaluación cognitiva, las emociones y las conductas, teniendo una fuerte interacción con la salud psíquica y física del ser (Dryden y Ellis, 1989).

Definición Operacional: El programa de intervención es un taller vivencial de 10 sesiones con una duración de 2 horas, en donde se emplearan dinámicas grupales como la *refutación*, *autodescubrimiento*, *inversión del rol racional*, *ataque a la vergüenza*, *filosofía antiquejas*, técnica de *como sí* y actividades psicomotrices.

Variable dependiente: Pensamiento irracional que se hará manifiesto a partir de la evaluación pre y post del IBT de Jones (1968). Este instrumento se utiliza para medir 10 de los pensamientos irracionales propuestos por Ellis: Aceptación Externa, Perfeccionismo, Castigo, Catastrofismo, Locus de Control, Ansiedad, Evasión, Dependencia, Determinismo del Pasado y Pasividad; sobre cada uno de los participantes del grupo.

Definición conceptual: Son pensamientos absolutista, dogmáticos y automáticos, se expresan en términos de “tengo que”, “debo que”, “debo”, “debería”, “estoy obligado a” entre otros, que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (Dryden y Ellis, 1989). A 10 diez ideas irracionales que se plantean en el IBT de Jones (1968), son:

1. Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.
2. Debe ser invariablemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendes.
3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.
6. Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.
7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.
10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Definición Operacional: el tipo de preguntas que se realizan en el inventario son dicotómicas, por lo tanto dependiendo de la respuesta (SI/NO), puntúa para racional o irracional. En un paquete de 10 preguntas se evaluaba cada idea irracional estando colocadas a lo largo del test, de la siguiente manera: pregunta 1, pregunta 11, pregunta 21, pregunta 31...así sucesivamente le corresponde a la idea 1 (Aceptación Externa). En lo sucesivo con las siguientes preguntas, hasta completar el total de 100 reactivos.

PARTICIPANTES

La muestra que conformó el grupo estuvo compuesta por 54 participantes, el muestreo que se utilizó para lograr esa cantidad fue de tipo no aleatorio por accidente con participación voluntaria en virtud de que se colocó propaganda en Ciudad Universitaria, FES Zaragoza, y Facebook para que los interesados asistieran.

ESCENARIO

Un aula (con capacidad para 60 personas) con mobiliario adecuado para cada sesión: sillas, escritorio, pizarrón, iluminado por luz natural y eléctrica.

MATERIALES

Para llevar a cabo el procedimiento de intervención se empleó el inventario (IBT) de Jones (1968). Este Inventario cuenta con 100 reactivos con tres diferentes opciones de respuesta (De acuerdo, No sé, y en Desacuerdo), el cual mide 10 ideas irracionales más frecuentes en las personas desde un rango de medición de 0 a 10 puntos obtenidos por idea irracional en donde un nivel de 0 a 3 es irracional, de 4 a 6 está dentro de una norma funcional (racional), y de 7 a 10 es irracional en donde se deberá interpretar de acuerdo a la idea irracional que se esté midiendo y su puntaje obtenido; hojas blancas; plumones; tarjetas para credenciales; cinta adhesiva; cartulinas de colores y papel bond.

PROCEDIMIENTO

Se utilizó un diseño pre-experimental pretest y posttest de un solo grupo, en donde la variable independiente de estudio empleada lo constituyo el programa de intervención empleada.

Se elaboró un taller vivencial con las temáticas, a través de la adaptación de contenidos a dinámicas para lograr un programa de intervención en educación racional que se integró de 10 sesiones de dos horas cada una, por un lapso de una semana impartiendo 2 sesiones diariamente.

En la primera y segunda sesión las cuales he dieron de forma continua, se hizo la presentación del taller, e inmediatamente a esta se aplicó la pre evaluación con el instrumento IBT de Jones, posteriormente se hicieron algunas dinámicas para la integración del grupo así como la realización de sus identificaciones personales, la exposición de sus expectativas del taller y de sí mismos así como un sondeo de lo que sabían de lo que se iba a tratar. Después se inició con las dinámicas para la adquisición de los conceptos básicos y las bases de la racionalidad e irracionalidad.

Para la sesión 3 y 4 que se llevó a cabo en el segundo día de la semana se trabajó sobre la apropiación del conocimiento sobre valor del ser humano en una dinámica donde se les hizo reflexionar acerca del valor de las pertenencias vs el valor del ser; así mismo se trabajó sobre la adquisición de una nueva filosofía sobre el “tener” que hacerlo bien en contraposición de *hacer* las cosas ventajas y desventajas. Después la dinámica se centró en la adquisición y manejo del concepto ABC desde la TREC junto con sus respectivas implicaciones.

Para el siguiente día en donde se impartió la sesión 5 y 6 se trabajó la apropiación de la filosofía de no dar explicaciones para empezar algo, así mismo la siguiente dinámica consistió en el cambio de perspectiva condenatoria hacia el hecho inapropiado más no hacia la persona aceptándose tal cual son ellos mismos. Posterior al descanso se trabajó en la identificación de las 10 ideas irracionales más frecuentes, así como también un ejercicio para la autoidentificación de estas en sí mismos.

En el cuarto día del taller en donde se impartieron la sesión 7 y 8, los participantes identificaron a partir de la dinámica sus emociones negativas inapropiadas, así mismo entendieron el esquema $A-C < B$. Después de un descanso y a partir de que cada uno obtuvo su esquema $A-C < B$ los participantes en la siguiente dinámica dominaron la técnica de refutación en contra de sus ideas irracionales.

Finalmente para el último día se formaron en grupos como en las dinámicas anteriores y enfrentaron sus pensamientos irracionales, hicieron una actividad que para ellos fuera vergonzosa y actuaron como si fueran racionales, intercambiado de posturas extremas (racional e irracional) en una conversación con alguna otra pareja dentro de su equipo. Posteriormente, se les aplicó la última evaluación del IBT de Jones y se cotejaron las expectativas manifiestas al inicio del taller con lo vivido a lo largo de la semana durante su participación.

RESULTADOS

Se comparó el nivel de irracionalidad de los participantes antes y después de recibir el programa basado en la ERE, se hizo de manera global así como también un análisis por cada idea irracional a partir del inventario IBT de Jones; en cuanto a las medias globales (pre y post test), se encontró en pre test una media global de 42.18, mientras que la media global de post test es de 28.93, es decir, se observa una disminución de pre hacia post que se confirmó con la prueba t de student para muestras relacionadas.

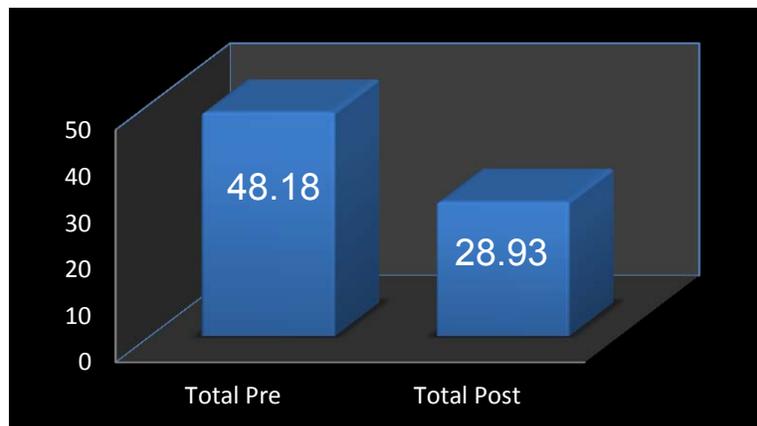


Figura 1. Comparación de Medias Pre y Post test en cuanto al nivel de Irracionalidad general.

Por otro lado de acuerdo al valor t obtenido de 7.56 y una probabilidad de 0.000 existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al resultado de pre a post.

Tabla 1.

Prueba t de student y significancia (0.05) entre Pre y Post test.

Media	t-student	Sig. P α (0.05)	N
13.24	7.56	0.000	54

Al realizar el análisis estadístico para comparar las medias por idea irracional en cuanto a pre y post test se encontró que en cada una de ellas existe una disminución en el nivel de irracionalidad de pre hacia post test.

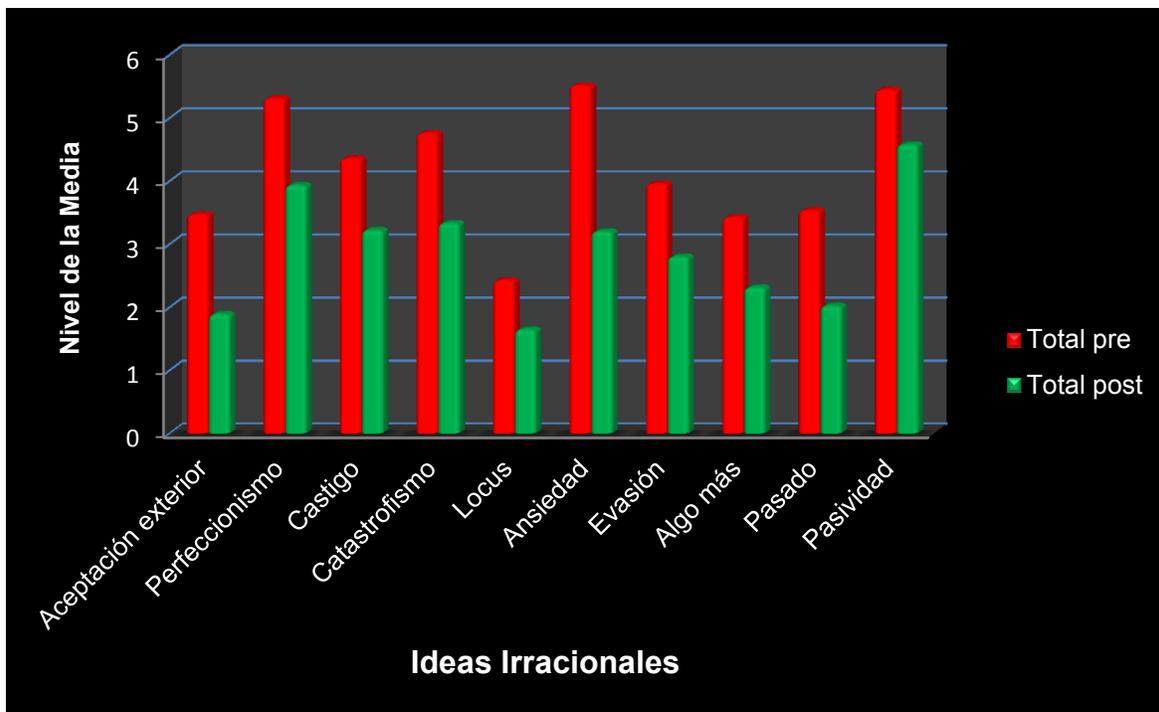


Figura 2. Comparación de Medias entre Pre y post Test por cada idea irracional.

Las tres ideas irracionales con mayor nivel en la media en **pre test** fueron **Ansiedad** con una media de 5.51, **Pasividad** con una media 5.44, y **Perfeccionismo** con una media de 5.31. Las que obtuvieron un resultado inverso, es decir las de menor nivel en la media en pre test fueron **Locus de Control** con una media de 2.42, **Algo Más** con una media de 3.42 y **Aceptación Exterior** con una media de 3.53.

Así mismo, las tres ideas irracionales con mayor nivel en la media en post test son **Pasividad** con una media de 4.57, **Perfeccionismo** con una media de 3.93 y **Catastrofismo** con una media de 3.33. Por el contrario las tres ideas irracionales con menor nivel en la media son **Locus de Control** con una media de 1.64, **Aceptación Exterior** con una media de 1.88 y **Pasado** con una media de 2.02, tal como se aprecia en la tabla 2. Posterior a realizar el análisis estadístico t de student para ver si las diferencias entre medias eran significativas, se encontró que en todas las ideas irracionales hay una diferencia estadísticamente significativa de pre hacia post, sin embargo, algunas de las ideas irracionales que se posicionaron en el **mayor** o **menor** nivel en pre test, se mantuvieron en ese nivel (mayor o menor) en post test, tal es el caso de **Pasividad y Perfeccionismo** que en pre test se posicionaron en las de mayor nivel y en post test también aunque con un nivel mucho más bajo, en cuanto a la media en post; así mismo **Locus de Control y Aceptación exterior** fueron dos de las tres ideas que se posicionaron con el menor nivel de acuerdo a su media en pre test y que se mantuvieron en esa categoría de menor nivel en post test.

Tabla 2.

Comparación entre las 3 ideas de Mayor y Menor nivel respectivamente en cuanto a la media en Pre y Post Test.

	Pre Test			Post Test		
Ideas	Ansiedad (6)	Pasividad (10)	Perfeccionismo (2)	Pasividad (10)	Perfeccionismo (2)	Catastrofismo (4)
Mayor Nivel	5.51	5.44	5.31	4.57	3.93	3.33
Ideas	Locus de Control (5)	Algo Más (8)	Aceptación exterior (1)	Locus de Control (5)	Aceptación Exterior (1)	Pasado (9)
Menor Nivel	2.42	3.42	3.53	1.64	1.88	2.02

De acuerdo al valor de t obtenido (Positivo) en todas y cada una de las ideas irracionales, así como una significancia menor a 0.05 para cada una sin excepción (incluso en las ideas 1, 2, 4, 6, 7, 8 y 9 la significancia fue de 0.000). Por lo tanto existen diferencias estadísticamente significativas en aquellos que tomaron el

Programa de Intervención en Educación Racional, se observa una disminución en el pensamiento irracional, atribuyendo los efectos al programa.

Tabla 3.

Prueba T de Studet y significancia (0.05) pre y post test por idea irracional.

Ideas Irracionales	Media	t-student	Sig. P α (0.05)
1.- Aceptación exterior	1.577	4.83	0.000
2.- Perfeccionismo	1.37	3.87	0.000
3.- Castigo	1.13	3.24	0.002
4.- Catastrofismo	1.42	5.36	0.000
5.- Locus	0.77	2.42	0.002
6.- Ansiedad	2.31	6.81	0.000
7.- Evasión	1.15	4.22	0.000
8.- Algo más	1.11	4.32	0.000
9.- Pasado	1.51	5.13	0.000
10.- Pasividad	0.86	2.96	0.005

Se realizó un análisis estadístico en donde se discrimino entre 3 ejes (tanto para pre test como para post test). El primer eje, **nivel de irracionalidad**, se toman los valores categóricos del 1 al 3; donde el nivel 2 es una norma funcional o de equilibrio racional; el 1 y 3 es una manifestación del extremo de aquella idea irracional en un sentido literal o contrario en el caso del 1; teniendo como resultado a los valores 1 y 3 como desadaptativos para la persona. Ejemplo, si en Locus de control está en un nivel 3, quiere decir que es un locus de control externo (es decir, la persona cree que “la vida, la sociedad, u otras personas” controlan su vida), si es 2 mantiene un equilibrio funcional entre su responsabilidad, su control de sí mismo y la influencia externa, mientras quien se posiciona en nivel 1 tiene un locus de control interno (donde se sentirá responsable de lo que pase en su vida y con mayor control, de forma extremista). El segundo eje, **sexo del participante**. Y, el tercer eje, cada **idea irracional** en particular.

En ese análisis estadístico se observó para pre test lo siguiente:

En cuanto a la Idea 1 que dice **“Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.”** Se observó que un 25% del sexo femenino y el sexo masculino con un 38.4% se posicionaron en el nivel 1; así mismo el 58.3% del sexo femenino contra el 53.8% del sexo masculino se coloca en el nivel 2; para el nivel 3 hay un 16.6% correspondiente al sexo femenino, mientras que hay un 7.8% en ese mismo nivel en sexo masculino.

En cuanto a la idea 2 **“Debes ser invariablemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendes”** se encontró que en nivel 1, el sexo femenino tuvo un 2.7% y el sexo masculino 0%; en el nivel 2, fue un 76.9% en masculino y un 58.3% en femenino; el 38.8% del sexo femenino se colocó en el nivel 3 mientras que un 23% del sexo masculino se ha posicionado en ese nivel.

Para la idea irracional 3 **“Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”** en el nivel 1, el 13.8% es para el sexo femenino mientras que 15.3% para el masculino, para el nivel 2 un 66.6% es para el sexo femenino y un 61.5% corresponde al sexo masculino, finalmente para nivel 3 un 19.4% es para el sexo femenino y un 23% es para el sexo masculino.

Para la idea 4 **“Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”** el 11.1% del sexo femenino contra el 7.6% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 1; así mismo el 44.4% del sexo femenino y 69.2% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 2; y obsérvese que para nivel 3 un 44.4% del sexo femenino se posicionaron en esa categoría, mientras que un 23% del sexo masculino se encontró también en esta.

En cuanto a la idea 5 **“Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”** hay un 58.3% del sexo femenino y un 69.2% del sexo masculino que se colocan en nivel 1; así mismo un 36.1% para el sexo femenino y un 15.3% para el sexo masculino se colocaron en el nivel 2; finalmente 5.5% del sexo femenino y un 15.3% del sexo masculino se colocaron en el nivel 3.

Para la idea 6 **“Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”**, se observó que 5.5% del sexo femenino y un 15.3% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1; así mismo para el nivel 2 fue un 44.4% del sexo femenino y un 38.4% del masculino quienes se posicionaron en ese nivel; finalmente se destacó un 50% del sexo femenino colocándose en el nivel 3 contra un 46.1% del sexo masculino.

Para la idea 7 **“Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”** se observó que un 16.6% del sexo femenino y un 15.3% del sexo masculino se posiciono en el nivel 1; así mismo 55.5% del sexo femenino y el 76.9% del sexo masculino se posiciono en el nivel 2; finalmente el 27.7% del sexo femenino y 0.7% del sexo masculino se posicionan en el nivel 3.

Para la idea 8 **“Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”** un 27.7% del sexo femenino y un 23% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 1; así mismo un 63.8% del sexo femenino y un 38.4% del sexo masculino se colocaron en el nivel 2; para el nivel 3 el sexo femenino es de 8.3 y 38.4% al sexo masculino.

Para la idea 9 **“El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”** se encontró que un 25% del sexo femenino y un 38.4% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 1; por otro lado se observó que el 61.1% del sexo femenino y un 23% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 2; finalmente un 13.8% del sexo femenino y un 38.4% del sexo masculino se encontraron en el nivel 3.

Para la idea 10 **“La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”** se observó que 2.7% para el sexo femenino y un 7.6% para el sexo masculino se encontró en el nivel 1; un 44.4% para el sexo femenino y un 61.5% para el sexo masculino se posiciono en el nivel 2; por otro lado un 52.7% para el sexo femenino y un 30.7% para el sexo masculino se colocaron en el nivel 3.

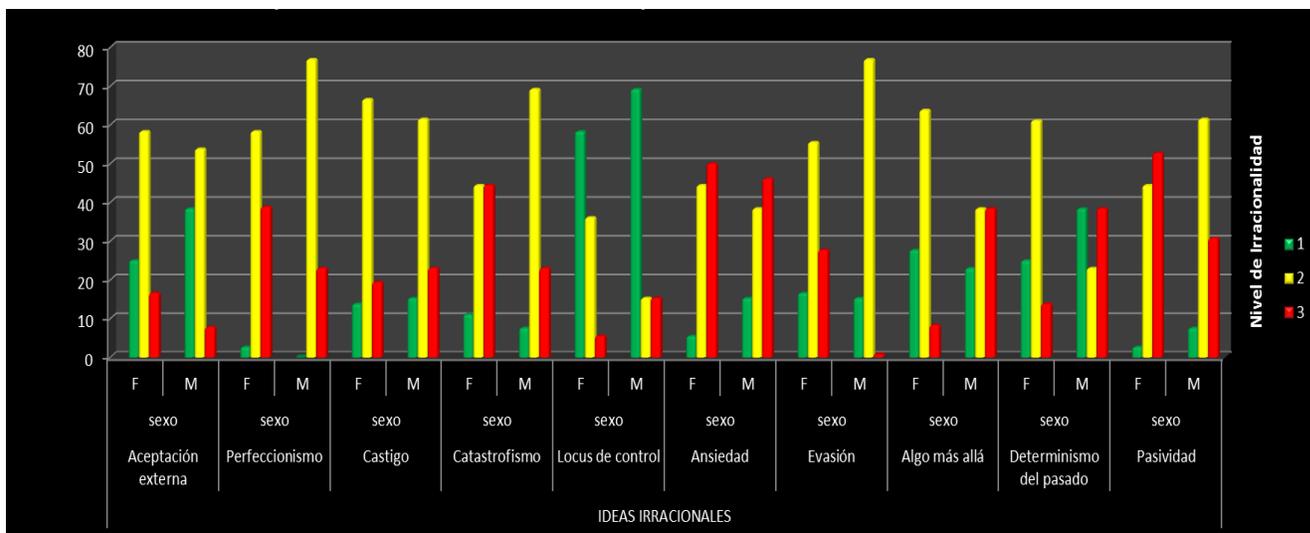


Figura 3. Porcentaje en cada nivel de irracionalidad por sexo en las 10 ideas irracionales pre test.

Los resultados que a continuación se describen son para la contraparte anteriormente descrita, es decir post test, en cuanto al sexo y nivel de irracionalidad por cada idea irracional.

Para la idea 1 **“Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”** se encontró que en el nivel 1 de irracionalidad un 70.5% del sexo femenino y un 68.7% del sexo masculino se concentraron ahí; en cuanto al nivel 2 de irracionalidad fue un 20.5% para el sexo femenino y un 25% del sexo masculino; finalmente se observa en el nivel 3 un 8.8% en el sexo femenino y un 6.2% en el sexo masculino.

En la idea irracional 2 **“Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendes”** se encontró que un 20.5% del sexo femenino y un 50% del sexo masculino se colocaron dentro del nivel uno de irracionalidad; mientras que para el nivel 2 fue un 61.7% del sexo femenino y un 31.2% del sexo masculino quienes se concentraron en dicho nivel; finalmente para el nivel 3 se encontró que un 17.6% del sexo femenino y un 18.7% del sexo masculino.

En cuanto a la idea irracional 3 **“Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”** se encontró que un 35.2% del sexo femenino y un 50% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1; con respecto al nivel 2 fue un 41.1% del sexo femenino y un 43.7% del sexo masculino quienes se colocaron en

ese nivel de irracionalidad; finalmente un 23.5% del sexo femenino y un 6.2% del sexo masculino fueron quienes se distribuyeron en el nivel 3.

Para la idea irracional 4 **“Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”** se encontró que un 26.4% del sexo femenino y un 31.2% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1, así mismo, un 74.7% del sexo femenino y un 68.7% del sexo masculino se establecieron en el nivel 2, y solo un 8.8% del sexo femenino y un 0% del sexo masculino se colocaron en el nivel 3 de irracionalidad.

Para la idea irracional 5 **“Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”** se encontró que un 79.4% del sexo femenino y un 75% del sexo masculino se colocaron en el nivel de irracionalidad 1; así mismo, en el nivel 2 se colocó un 17.6% del sexo femenino y un 25% del sexo masculino; finalmente tan solo un 2.9% del sexo femenino y 0% del sexo masculino se colocaron en el nivel 3 de irracionalidad.

En cuanto a la idea irracional 6 **“Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”** se encontró que un 32.3% del sexo femenino y un 31.2% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1; para el nivel 2 fue un 52.9% del sexo femenino y un 37.5% del sexo femenino quienes se colocaron en ese nivel; se observó que un 14.7% del sexo femenino y un 31.2% del sexo masculino se distribuyeron en el nivel 3 de irracionalidad.

Respecto a la idea irracional 7 **“Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”** se encontró que 32.3% del sexo femenino y un 50% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1 de irracionalidad; así mismo un 67.6% para el caso del sexo femenino y un 43% para el sexo masculino fueron los observados en el nivel 2 de irracionalidad; finalmente se observó que para el nivel 3 de irracionalidad en esta idea el 0% del sexo femenino y 6.2% del sexo masculino fueron los que se colocaron en este nivel.

Para la idea irracional 8 **“Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”** se encontró que un 58.8% sexo femenino y un 50% del sexo

masculino se posicionaron en el nivel 1; así mismo un 38.3% del sexo femenino y un 43% del sexo masculino se colocaron en el nivel 2; finalmente para el nivel 3 se encontró un 2.9% para el sexo femenino y 7% para el sexo masculino.

Respecto a la idea irracional 9 “**El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente**” se encontró que un 70.5% del sexo femenino y un 62.5% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1 de irracionalidad; en cuanto al nivel 2 un 26.4% del sexo femenino y un 37.5% del sexo masculino; y finalmente un 2.9% del sexo femenino y un 0% del sexo masculino se posicionaron en el nivel 3.

Finalmente para la última y decima idea “**La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido**” se encontró que un 8.8% del sexo femenino y un 12% del sexo masculino se colocaron en el nivel 1; respecto al nivel 2 se observó que un 64.7% del sexo femenino y un 56.2% del sexo masculino se posicionaron en este nivel; finalmente un 26.4% del femenino y un 31.2% del sexo masculino se colocaron en el nivel 3 de irracionalidad.

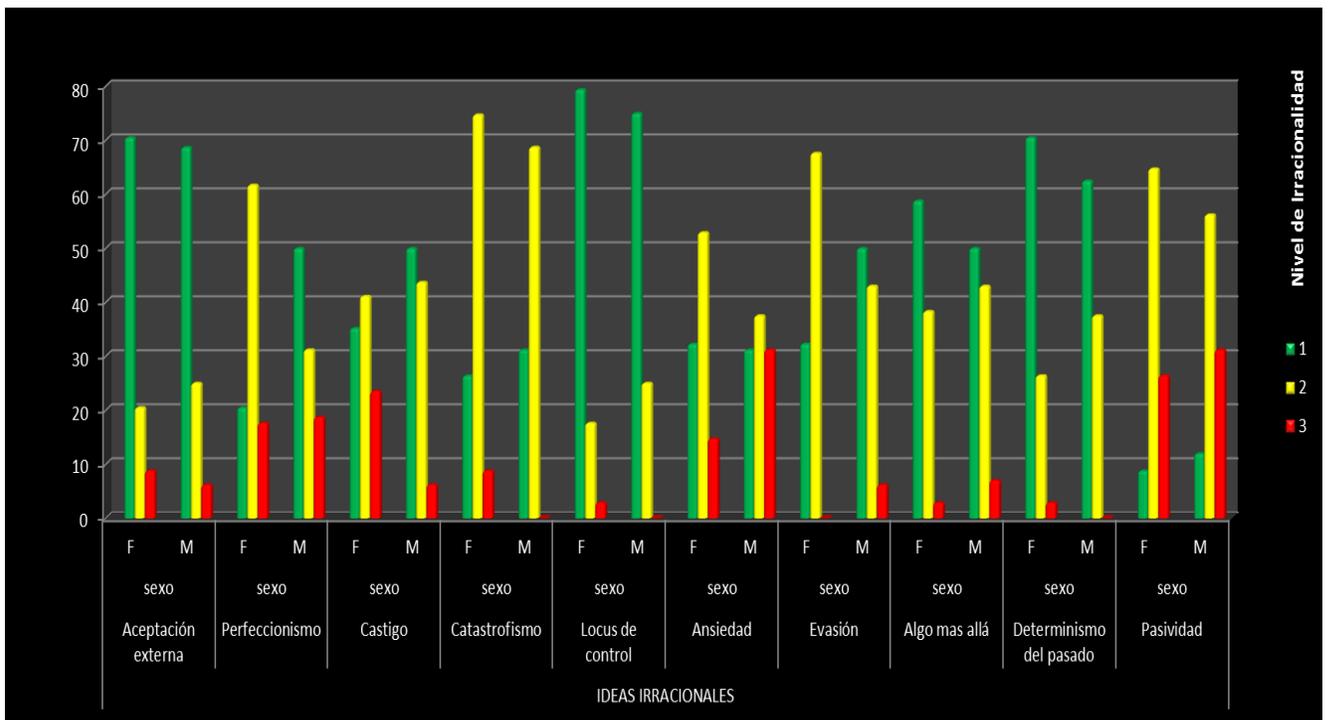


Figura 4. Porcentaje en cada nivel de irracionalidad por sexo en las 10 ideas irracionales post test.

DISCUSIÓN

El pensamiento irracional puede afectar a todos sin importar las características o cultura de la persona (Ellis y Dryden, 1989), cabe recordar que este tipo de pensamiento (irracional) puede provocar desde sensaciones de grave ansiedad, depresión, desespero, inutilidad, ira, furia, resentimiento, autocompasión, y baja tolerancia a la frustración, hasta acciones de evitación, abandono, queja continuada, adicciones, renuncia, lucha, enemistad, violencia, guerras, e incluso genocidios (Ellis, 1999). Es por ello que el objetivo de la presente investigación fue que los participantes que recibieran el Programa de Intervención en Educación Racional disminuyeran sus niveles de irracionalidad y en consecuencia su calidad de vida y su salud mejorasen. De ahí que, la propuesta se basó en la ERE como un modelo de intervención grupal y efectivo en tiempo breve. Así mismo, se planteó como hipótesis de investigación que *exista una disminución en el nivel de irracionalidad de los participantes tras haber completado el programa de intervención en educación racional.*

Con respecto a este punto, tras haber aplicado el Programa de Intervención en Educación Racional, con un diseño de investigación pre y post test, se encontró que los participantes lograron disminuir sus niveles de irracionalidad siendo estadísticamente significativos los resultados con prueba t de student para muestras relacionadas; al analizar los estadísticos se observa que como grupo disminuyeron en un 31.4% su nivel de irracionalidad en tan solo 20 horas de intervención a lo largo de una semana. Lo cual indica que el Programa de Intervención en Educación Racional que se adaptó desde sus fundamentos teóricos como las técnicas y formas específicas de intervención en que se aplicó, fueron efectivas; y en definitiva se cumple el objetivo que se planteó la investigación.

Tal y como Lega, Caballo y Ellis (1997) mencionan acerca de las ventajas sobre el trabajo en grupos con la TREC, que es base de la ERE, al aplicar este programa de intervención grupal, la persona se da cuenta de que no está sola, y de que hay más personas que tienen problemas similares, sobre todo en las dinámicas del

tercer día en donde las personas comenzaron a exponer más abiertamente sus pensamientos irracionales o a lo largo de las sesiones mientras discutían las conclusiones sobre racionalidad e irracionalidad, al dar ejemplos o actuarlos se comenzaban a ver reflejados en ellos. Así mismo el trabajo “en vivo” y el desarrollo de algunas destrezas como hablar en público favorecieron de manera tangible en algunas personas que parecían ser más introvertidas que otras.

Al comparar los resultados con la hipótesis que plantea que *existe una disminución en el nivel de irracionalidad de los participantes tras haber completado el programa de intervención en educación racional*, cabe mencionar aspectos que son de relevancia teórica en cuanto a los resultados obtenidos tras la intervención y la evaluación, para cada idea:

Para la idea 1, **para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos**, la mayoría de los participantes no muestran tener la necesidad de *la aceptación externa*, por el contrario mantienen un equilibrio entre buscar *la aprobación externa* y *el vivir de manera saludable*. Ahora bien, tras haber tomado el programa, ambos sexos se colocaron en una posición alejada de buscar o necesitar *la aprobación de los demás*, de una manera irracional; lo cual podría llevarlos a mantener una actitud de egocentrismo y en consecuencia un posible aislamiento.

Para la idea 2, **debe ser invariablemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendes**, se encuentra que, más del 50% de ambos sexos, al comienzo del programa, tienen un pensamiento funcional acerca de esta idea, sin embargo el sexo femenino con casi la mitad de las participantes manifiestan tener la idea de que todo lo que realizan, ha de ser perfecto, teniendo en consecuencia factores de riesgo, como la frustración constante y un estado de ánimo que afecte su cognición, sus emociones y su conducta; a diferencia de lo que Aguilera et al. (2011) encuentran en su estudio, en donde son los hombres los que presentan la idea irracional de perfeccionismo en una mayor proporción respecto al sexo femenino. Posterior al haber tomado el programa el sexo masculino disparo su nivel de irracionalidad hacia donde da poca o nula importancia a realizar de manera perfecta lo que realiza, teniendo como una posible alteración futura, el

llegar a no interesarle que haga mal las cosas; así mismo se observa la efectividad buscada en el programa en el sexo femenino, donde disminuye en poco más de la mitad la proporción de mujeres que habían presentado perfeccionismo.

Para la idea 3, **ciertas personas viles y perversas deberían ser castigadas**, en un inicio, los participantes de ambos sexos manifestaban tener un equilibrio en su mayoría en esta idea. Al término del programa el efecto en algunos de los participantes de ambos sexos, se han colocado en un punto contrario a esta idea que se refiere a la justicia, teniendo que ahora ese cierto grupo de personas tenga la idea de que se puede sobrepasar el límite, en tanto hacer lo que se quiera para beneficio propio, rayando en muchos casos en el cinismo, en el abuso y en la falta de la norma reguladora del “castigo” a las acciones negativas hacia otros.

Para la idea 4, **es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera**, se observó al ingreso, para las participantes del sexo femenino, que cerca del 50% tendían a catastrofizar los momentos en que las cosas no sucedían de la manera que esperaban, manifestando con ello una baja tolerancia a la frustración y cierta incapacidad en materia de solución de problemas. Posterior a la impartición del programa, y como un foco de efectividad de este, en las mujeres se hizo nula estadísticamente hablando la idea en donde se tiene una “visión de túnel”, es decir catastrofizar ante las situaciones que se le presenten.

Para la idea 5, **los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones**, los participantes manifestaron en su mayoría, previo a la intervención un locus de control interno, que posterior a la intervención sumo más participantes que presentan este nivel de irracionalidad, el cual consiste en sentirse responsable y culpable de casi todo aquello que ocurre a su alrededor de una forma inadaptada, lo cual podría traerle serias consecuencias en un plano interpersonal, laboral, y sobre todo acarrear consigo sentimientos de ira, depresión, euforia, etc. así como consecuencias en su comportamiento para tratar de lograr lo que él cree que es su responsabilidad o remediar aquello que él cree es su culpa.

Para la idea 6, **se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa**, los participantes de ambos sexos manifestaron un grado de ansiedad y miedo irracional ante lo desconocido o lo que ellos pudieran clasificar como peligroso, aunque cabe destacar que desde las primeras sesiones se hizo notar la disponibilidad para superar la ansiedad que les generaba la novedad de su participación en el programa de intervención, y la interacción con las demás personas, como lo anticipa Rosero y Salazar (2013) en su investigación donde encuentran que las técnicas de reestructuración cognitiva, disminuyen la ansiedad y modifican las creencias irracionales tanto de hombres y mujeres por igual. El efecto de esta idea irracional para las personas que la manifestaron puede llegar a afectar en su mayoría de las veces al comenzar un proyecto, por ejemplo, inscribirse en alguna escuela o actividad extracurricular, conseguir un empleo, hablarle a una persona desconocida, salir de viaje, etc. En cuanto a los efectos posteriores al programa encontramos que cerca de una tercera parte de los participantes en ambos sexos, presentaron esta idea al contrario, es decir que con una conducta temeraria y poca previsión enfrentan las situaciones novedosas o que tengan cierto grado de peligro, es decir disminuyeron el nivel de valoración al actuar.

Para la idea 7, **es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente**, en cuanto a la muestra inicial para valorar como ingreso el grupo se manifiesta que el sexo femenino tiene una tendencia a evitar los problemas y responsabilidades de la vida más que llegar a hacerles frente, en comparación con el sexo masculino que es casi nula su presencia en esta idea irracional. Lo que nos llevaría a pensar que aún existe una proporción considerable de mujeres que se perciben con cierta incapacidad, que las lleva a considerar insuperables los retos que se les presentan. Por otro lado, posterior a la intervención esa proporción de mujeres, se dividió entre las que se encontraban en la norma funcional y aquellas que tienden al contrario de evadir, enfrentar los problemas acompañadas de una sobrevaloración irracional de sí mismas. Lo que respecta al sexo masculino, cierta proporción que se encontraba en la norma funcional se desvió hacia la sobrevaloración irracional que se presentó en el sexo

femenino, teniendo en consecuencia que este grupo de hombres y mujeres lleguen a presentar problemas de egocentrismo y sobrevaloración de sí mismo y sus actos; enfrentando problemas que estén más allá de sus posibilidades.

Para la idea 8, **se necesita contar algo más más grande y más fuerte que uno mismo**, se destacó porque cerca de la mitad de la población del sexo masculino puntuó en un nivel alto, lo que nos lleva a pensar que una proporción considerable de hombres se consideran a sí mismos como dependientes de algo o alguien más para emprender o continuar con alguna situación compleja, siendo a tal grado que muy probablemente por ello, muchos entraban al programa de intervención con amigos o la pareja. Sobre este índice en necesitar algo más allá Alvarez (2013) hace énfasis en que el trastorno de personalidad dependiente esta idea irracional se encuentra muy arraigada, así como la necesidad de contar con la aprobación de los demás, lo que les hace caer en un estado de supresión casi total de su persona y amoldarse más bien a lo que el colectivo o el codependiente dicten, en este tenor se puede pensar en la posibilidad de agravarse el problema en los participantes de la presente investigación y en consecuencia caer en un verdadero trastorno de la personalidad. Por su parte el sexo femenino, cómo una sorpresa muy agradable, contrario a lo que se podría llegar a pensar no presentan esta idea irracional con tanta proporción respecto a su homologo masculino, de hecho menos del 10% de toda la población que asistió fue la que llegó presentando ésta problemática, confirmando lo mencionado por Barrientos (2002) en donde justamente en la diferencia de ideas irracionales, las mujeres son más independientes que los hombres. Por otro lado, tras haber participado en el programa de intervención en educación racional tanto hombres como mujeres presentan una mejoría en cuanto a la disminución de aquellos que presentaban ésta idea irracional en este nivel, pero poniendo un foco de atención alarmante en aquellos de ambos sexos en donde más del 50% presentaban esta idea irracional pero a la inversa, es decir, ahora podrían haber caído en que ellos no necesitan a nadie ni a nada para poder comenzar sus proyectos y planes, pero a tal grado que en situaciones del trabajo en equipo puedan comenzar a presentar problemas.

Para la idea 9, **el pasado tiene gran influencia en la determinación del presente**, previo al programa de intervención los participantes manifestaron por el sexo masculino una problemática en ambos extremos la irracionalidad, en donde por un lado algunos no consideran el pasado como un determinante de su presente a tal grado que no aprenden de sus experiencias previas, cometiendo los mismos errores una y otra vez. Así mismo, los participantes que se ubicaron en el otro extremo consideran que el pasado tiene gran influencia sobre su presente, a tal grado que, de igual manera, no aprenden de su pasado sino se pasan en un lamento constante, pero no hacen algo por remediar los efectos de ese “pasado”. Posterior a la intervención el 100% de los hombres que consideraron determinante su pasado desaparecieron esta idea irracional, concentrándose ahora una mayor proporción (tanto en mujeres como los hombres) en el nivel irracional en donde el pasado no es determinante y se le deja de prestar atención a los eventos ya vividos, trayendo consecuencias a futuro en sus formas de respuesta inadecuadas, pero en donde ellos crean son acertadas, y continúen con esto sin un aprendizaje efectivo.

Para la idea 10, **la felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido**, podemos observar que previo al programa de intervención los participantes tanto hombres como mujeres presentaban esta idea de forma cierta para sí mismos, trayéndoles como consecuencias un posible bajo desempeño en aquellas tareas en donde se requiera un esfuerzo extra y un trabajo más constante, así como también podrán presentar poca iniciativa para comenzar a *hacer* algunas actividades. Por el contrario, tras haber sido participes del programa de intervención los individuos manifestaron sí bien una disminución considerable, aún se seguía manifestando esa idea irracional, lo que nos lleva a pensar que posiblemente hicieran falta algunas actividades dentro del programa para atacar este tipo de pensamiento que puede ser muy pernicioso para quienes la poseen y en su mayoría no la consideran cómo algo inadecuado.

Mientras tanto Fontecilla y Calvete (2003) se encuentran con que las personas jóvenes tienen una tendencia al perfeccionismo de manera obsesiva e irracional, pero a diferencia de la investigación de Fontecilla y Calvete (2003) aquí no se ha

encontrado la necesidad de aprobación como una idea primordial por lo menos hablando como un grupo en general, Si bien la diversidad de profesiones o sin profesión era “heterogénea”, no se puede negar que cerca del 80% de la población era compuesta por estudiantes o pasantes de psicología, los demás eran de pedagogía y sociología del sistema abierto de la UNAM, lo anterior puede marcar ciertos puntos rojos para el ejercicio profesional del psicólogo, específicamente en aquellos interesados en tomar este programa de intervención el cual se manejó como un taller vivencial, un psicólogo al ser un ente de cambio y desarrollo para el individuo en el ejercicio de su profesión en cualquiera de sus diferentes áreas de aplicación o estudio, se ve inmerso en diferentes situaciones tanto de intervención como de participación ya sea a nivel social, familiar, grupal, o individual por mencionar algunos, así como también en exposiciones, cursos, conferencias, entre otros escenarios que lo pueden llevar a resultados si bien favorables, algunos otros donde puede llegar a sentir frustración, o donde no siempre tengan un éxito garantizado y en donde no puedan llevarse a cabo soluciones perfectas, así mismo la profesionalización universitaria, sea cual sea esta requiere innovación y búsqueda de desarrollo para poder aplicarlo en pos de la comunidad o sociedad, sea cual sea el campo de acción específico, esto lleva a una clara tendencia a lo contrario de lo que su perfil principal antes de la intervención nos marca, que es la ociosidad y evitación a lo desconocido o potencialmente peligroso según su juicio (y a esto aunarle las otras dos ideas que surgen más altas, ansiedad ante lo desconocido o soluciones perfectas) lo cual podría mermar su eficacia y su desarrollo como profesionales en cualquier área, por ejemplo Riso *et al* (1988) encontró que personas con ansiedad tienen problemas para demostrar afecto, en consecuencia la capacidad empática del posible terapeuta podría verse mermada en algunos casos como este, o incluso sin ser terapeuta en otros ámbitos del desarrollo humano. Así mismo, desde esta perspectiva Calvete y Caderñoso (1999) mencionan que las creencias de perfeccionismo están altamente relacionadas con síntomas depresivos, lo cual podría mermar aún más la calidad de vida de los que la padecen, en consecuencia

a todo lo anterior se ha de poner aún más atención a tipos de intervención correctiva y preventiva como en el presente caso.

Por otro lado, estos resultados nos hacen pensar acerca una posible constante en los estudiantes de psicología al encontrar aspectos similares en la investigación de Hernandez y Badel (2011) en la búsqueda de ideas irracionales en estudiantes de psicología en Sincelejo Colombia, en donde ellos justamente encuentran (así como en la presente) que como grupo hay *Evitación de problemas* (que se refiere a la 10ª idea “**La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido**”) y *Reacción a la frustración* (que relaciona a la idea 2ª en este caso encontrada en el grupo como “**Debe ser invariablemente competente y casi perfecto en todo lo que emprendes**”). Esto nos lleva a la primer pregunta hacia futuras investigaciones ¿Hay una constante en el pensamiento irracional en estudiantes de psicología en Latinoamérica?

Acerca de la ansiedad que se presenta en los participantes al inicio del programa de intervención, mayoritariamente en varones, se ha de tener atención especial, ya que se ha comprobado que se encuentra relacionada con problemas de hipertensión arterial (Holst y Quiros, 2010), a lo cual si le sumamos los problemas en México de obesidad y sobrepeso, podría tener graves repercusiones en aquellas personas que la padecen en su salud en general, además de convertirse en un detonante más para contribuir a sus niveles de ansiedad si no se tratase a tiempo.

Sin embargo no todo está perdido, ya que si este tipo de perfil surge en pre hay cosas aún que destacar, y es que en efecto, tal como lo menciona Ellis y Dryden (1989) hay 3 tendencias biológicas básicas para superar esta problemática, y es: *la habilidad de darse cuenta de que se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones* (la cual se manifiesta y podría pensarse en la asistencia y conclusión hasta el término del programa de intervención), (2) *la habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar su pensamiento* (la cual se hizo manifiesta a lo largo del desarrollo de la intervención), y lo que es más importante: (3) *la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar ese pensamiento,*

mediante la aplicación de métodos cognitivos, emotivos y conductuales (la cual se manifiesta más evidentemente post a la intervención).

De acuerdo a los resultados, el *locus de control* en sí mismo es causado por varias circunstancias como el *perfeccionismo* irracional que se hace manifiesto en las ideas que se manifestaron previa intervención, así como también nos lleva a pensar que este locus de control puede llegar a fungir como una “mascara” que encubre el *ocio y evitación* dada la *ansiedad* que llegan a presentar los participantes, es decir, el *locus de control* puede ser visto también como un mecanismo de defensa ante esta situación, así como también en que ellos se encontraban en un contexto académico rodeado de en su mayoría estudiantes de nivel superior de su misma área o institución en donde la competencia implícita se puede esperar, ya Lega, Caballo y Ellis (1997) mencionan las ideas irracionales que se pueden presentar en un grupo cuando se aplica una intervención grupal como por ejemplo “•*Tengo que decir lo que estoy pensando inmediatamente o voy a olvidarlo y eso sería terrible, •Si no hago la mejor, y más brillante de las contribuciones de la discusión del grupo, soy un ser incompetente y más vale entonces que no diga nada, ni ahora ni después* (esta idea irracional sería esperada en este grupo dada su tendencia irracional al perfeccionismo o hacer las cosas siempre bien), • *Es muy difícil realizar esta tarea, las tareas no deberían ser tan difíciles, •Aunque los otros hagan sus tareas, yo puedo pasar desapercibido y no hacer la mía, •Si digo algo estúpido todos se reirán de mí* (este ejemplo se relaciona en el hecho de que el grupo al tener el supuesto control de sí mismo no se puede permitir equivocarse y de esta manera estar sometido al escarnio público), y • *Son mucho mejores que yo en la TREC, soy un tonto*” (por mencionar algunas), las cuales no siempre están manifiestas o extraídas por una evaluación pero si en este caso, y al tratarse de una intervención vivencial, se perciben al comienzo, durante y al término del programa.

En este aparente *control* de sí mismos y en consonancia con las competencias intragrupo queda (aparentemente) prohibido mostrar alguna debilidad (porque ello elevaría la ansiedad), y es por ello que en las puntuaciones de menor irracionalidad, surge que ellos *no necesitan a nadie más o algo más* para acceder

al conocimiento o desarrollo en general, en donde de igual forma podría ser una forma de defensa ante la ansiedad generada por el contexto “nuevo” de participar en esta intervención y su posición un tanto egocéntrica hacia el perfeccionismo.

Partiendo de los resultados grupales de la post intervención se pueden proyectar algunas características de los sujetos egresados del programa de intervención en educación racional:

- Si bien los participantes aún buscan el placer y las satisfacciones personales, saben que el trabajo constante y la actividad llevan a logros personales de otro tipo aún más gratificante. Y en menos frecuencia tienen conductas de tipo “lo haré mañana” o “luego lo hago” (siendo esto constatado en el mismo discurso de los participantes a lo largo de las sesiones).
- La concepción del trabajo se ha flexibilizado, ya no es dogmático el tener que hacer las cosas de manera perfecta, aunque por supuesto aún buscan hacer las cosas que ellos emprenden con esfuerzo constante.
- Su tolerancia a la frustración ha incrementado debido al pensamiento más racional y a las estrategias adquiridas, ahora el que las cosas no surjan como ellos quieren no es catastrófico, aunque si puede ser frustrante o preocupante, e incluso de una manera adecuada se sientan tristes pero no incapacitados para continuar la labor.
- El control de sí mismos ya no se encuentra sobre la sociedad, el vecino, el amigo, novi@, dios, la vida u otras cosas, sino más bien saben que ellos son quienes controlan sobre ellos mismos lo cual implica una mayor responsabilidad de sus actos, consecuencias, y emociones.
- Si bien desean del cariño de sus seres queridos, ya no es absolutamente imprescindible así como también saben que no siempre serán aceptados debido a la diversidad que hay entre todos nosotros, han creado con esto una resistencia a este tipo de frustraciones y aceptar algunos aspectos de la vida como lo es este.
- Han logrado un equilibrio entre el saber que el pasado es importante para ellos mismos, pero no un determinante absoluto de lo que son actualmente,

tienen ahora un sentido de libertad hacia elegir quienes son y quienes quieren ser y en qué momento.

- Los participantes cuentan con un mejor control de su ansiedad ante lo nuevo o desconocido, ya que su esquema ante este tipo de eventos a los cuales a lo largo de su vida se encontrarán, ha cambiado por uno más flexible, racional, y menos fantasioso, esto se ve manifiesto gracias a los ejercicios de riesgo controlado, cuestionamiento socrático, y ataque a la vergüenza.
- Si bien la idea castigo no se presentó en focos rojos, al término de la intervención casi se podría asegurar que el término justicia absoluta no está dentro de sus pensamientos irracionales.
- Personas que al término de la intervención se espera que sean más responsables de sus actos y tiendan a hacer frente a sus problemas en vez de evitarlos.
- Finalmente como grupo, y como individuos hacen evidente que no es necesario para ellos contar con algo más que sus capacidades para lograr aquello que ellos se propongan, claro que teniendo en cuenta su *sí mismo* y aceptando sus limitaciones, cualidades actuales así como las potenciales.

En general podrían destacarse algunas cualidades o características que ya menciona Ellis y Bernard (1990) (de las personas racionales) y dado que la intervención fue estadísticamente significativa para los participantes se puede manifestar en mayor o menor medida un *auto interés legítimo basado en la autoaceptación incondicional, un interés social, alta tolerancia a la frustración, flexibilidad en el pensamiento, aceptación de la incertidumbre, búsqueda constante de ocupaciones creativas y de desarrollo, tener un pensamiento científico* (es decir, regulando sus emociones y acciones, reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias, en función de hasta qué punto llevan o no la consecución de metas a corto, mediano y largo plazo), *auto aceptación, asumir riesgos controlados* (previa valoración), *responsabilidad emocional*, así como

también la búsqueda del placer a corto y mediano y largo plazo sin obsesionarse con la obtención de éste.

Lo que respecta a las particularidades en tanto objetivos que se propuso el programa, acerca de que *la persona identifique sus propias ideas irracionales* se puede afirmar que a través del modelo ERE, el primer paso fue la psicoeducación basada en la identificación de las ideas irracionales, para su posterior intervención; luego donde se espera que *el participante conozca y aplique estrategias de afrontamiento cognitivas, emocionales y conductuales*, se da por cubierto debido a que la mayoría de las participaciones durante el programa se emulaban situaciones reales con sesgos irracionales, que los participantes debían de resolver de forma racional, demostrando en la acción tener el conocimiento de que les fue dotado, y resolviendo consecuentemente la problemática a través de la aplicación de estrategias. Con respecto a los objetivos sobre determinar la efectividad de las actividades impartidas, identificar el nivel de irracionalidad de los participantes al ingreso y al egreso, e identificar la diferencia sobre el nivel de irracionalidad para cada sexo, se solventaron mediante el análisis estadístico.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados se puede concluir que en base a los datos obtenidos, tenemos un Programa de Intervención en Educación Racional efectivo, demostrado con cambios estadísticamente significativos, que fomenta el pensamiento racional en los participantes y que además les proporciona las herramientas necesarias para poder identificar, cuestionar y superar las ideas irracionales que se encuentran en la vida cotidiana, a través de una educación racional emotiva. Si bien este programa cumplió con los objetivos que se propuso, hay que reconocer que tiene puntos débiles que lo limitan y que son motivo de mención:

- Al no haber tenido un grupo control que sirviera de referencia para conocer si el mismo inventario orientaba al evaluado a dar una “respuesta deseada” para crear empatía con el aplicador. La falta de un grupo control resta objetividad a la investigación y a los resultados post test, dejándolos al descubierto de algunas otras variables que pudieron haber afectado de forma directa el objetivo principal.
- Dado que fue la primera vez que se aplicó el programa, no se tenía un estimado de tiempo preciso respecto al número de participantes que asistieron, esto significó que algunas actividades tuvieron que suprimirse y algunas otras reducir su tiempo. Cabe señalar que las actividades suprimidas, son actividades de recreación y gimnasia cerebral, teniendo durante el programa una carga de trabajo continuo a nivel cognitivo, emocional y conductual, lo que se traduce en un posible factor que afecte el objetivo de las actividades, al dejar de lado el “timing” de procesamiento, organización y almacenamiento de la información impartida.
- En cuanto a que esta fue la primera edición de este programa se hizo con un abanico amplio de abordajes terapéuticos (técnicas), lo cual podría clasificarlo como general, limitándolo con esto sobre la efectividad en problemáticas particulares.

- Con respecto a los resultados arrojados del análisis estadístico, nos hemos dado cuenta que una de las grandes limitantes en la impartición del programa, es el no abordar la temática acerca de los dos extremos de la irracionalidad y el pensamiento racional como punto medio de equilibrio, ya que solo se puso énfasis en atacar la irracionalidad unilateralmente (nivel 3), en consecuencia posterior a la intervención, en algunos de los casos, se observa que estos participantes se van al otro extremo de la irracionalidad, pensando así, que están dejando la irracionalidad para convertirse en personas con ideas racionales, sin embargo, solo se posicionan en el otro extremo.

Dicho lo anterior, y en virtud de conocer las limitantes, se propone lo siguiente para futuras investigaciones:

- Hacer un taller de 40 horas en vez de 20.
- Agregar una mayor variedad de técnicas cuidando la continuidad.
- Hacer un Programa específico para combatir y prevenir la ansiedad en la población en general de estudiantes, usando técnicas específicas como las que propone Toro (2012) en reestructuración cognitiva pero en mayor medida técnicas conductuales (de exposición).
- Un taller de intervención de segundo nivel para las personas que ya hayan tomado el primero en donde se aborden aspectos más específicos.
- Hacer un seguimiento de las personas que tomaron en aquel tiempo el taller y medir su durabilidad de los efectos en función del tiempo, es decir una investigación longitudinal.
- Analizar cada dinámica del taller nuevamente y hacer las mejoras necesarias y volver a aplicarlo, comparar los resultados de esa modificación con población mismas características con las de la presente investigación.
- Asegurarse que al aplicar un programa de este tipo, durante la intervención, el informar acerca de la irracionalidad en ambos extremos.

En cuanto al aporte que suma este programa de intervención al espectro de la práctica psicológica con la humanidad, podemos resaltar el contribuir con una herramienta de prevención en el área de la salud mental, que es versátil para adaptarse a diferentes contextos y poblaciones, ya sea por ejemplo en las instituciones educativas, teniendo mayor impacto en participantes de la educación básica; así mismo es aplicable a nivel empresarial en los distintos departamentos para potencializar el desarrollo corporativo; otro rasgo de importante relevancia es la posibilidad de colocar el programa de intervención de manera privada y poder beneficiar a la población de distintas localidades, en función de las características que presenten.

De ahí que, para materializar un programa de intervención superior que brinde a quien participe de él los beneficios del pensamiento racional, todo a través de la constante revisión de las fuentes bibliográficas, la adecuación respecto al público a quien va dirigido y su posible adaptación para ser dirigido hacia problemáticas específicas.

ANEXOS

BIOGRAFIA DE ALBERT ELLIS (1913-2007)

Ellis nació en una familia judía de Pittsburgh, Pensilvania, el 17 de septiembre de 1913. Fue el mayor de 3 hermanos. El padre de Ellis era un hombre de negocios que tuvo muy poco éxito en varios de ellos; era poco cariñoso con sus hijos y a menudo estaba fuera de casa por sus negocios. Su madre, según relata el mismo Ellis era una mujer ensimismada con desorden bipolar. Como su padre, la madre de Ellis era emocionalmente distante. Ellis cuenta que ella estaba durmiendo cuando él se iba a la escuela y no solía estar en casa cuando volvía. Ellis era un niño enfermizo, y sufrió de varias hospitalizaciones por su enfermedad renal desde los 5 años, también tuvo amigdalitis que le llevo a una grave escarlatina ocasionando ser intervenido de urgencia en cirugía, sus padres pocas veces lo visitaban en el hospital y fueron fríos y distantes con él y sus hermanos, Ellis menciona que gracias a esto desarrolló una indiferencia creciente ante el abandono (Oller, 2009).

Ellis recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de Master y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental en un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de Instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero se puede decir que, la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia (Ruiz y Cano, 2002).

Autor de más de 70 libros y 800 artículos (Lega y Velten, 2008), Ellis ha sido considerado por los miembros de las divisiones 12 y 17 de la APA (*American Psychological Association Clinical & Counseling Divisions*) como la segunda figura de mayor influencia en el campo de la psicología clínica en el siglo XX (Carl Rogers ocupó el primer puesto y Sigmund Freud, el tercero) (Lega y Velten, 2008; Pérez, Rodríguez y Vargas, 2008).

Finalmente en la madrugada del 24/07/2007, dos meses antes de cumplir los 94 años, Ellis falleció en su apartamento en el sexto piso del Albert Ellis Institute de Nueva York, a donde había regresado recientemente, como fue su deseo, después de más de un año de hospitalización (Lega y Velten, 2008).

CONCENTRADO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN RACIONAL

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
1	Presentación del Taller, los participantes, integración del grupo y diagnóstico inicial	Evaluación inicial	Cuestionario IBT de Jones	Individual	Inventario IBT de Jones	45 minutos
		Presentación de los participantes	¿Yo me llamo?	Plenaria	Canción individual	15 minutos
		Presentación formar del taller: Temática, forma de trabajo, enfoque.	Exposición	Plenaria	Diapositivas	15 minutos
		Expectativas del grupo y las reglas.	Ubicando nuestras expectativas.	Grupal.	Hojas de papel tamaño carta Plumones para pizarrón Hoja de Papel Bond Cinta adhesiva	25 minutos
		Presentador	Haciendo mi presentador	Individual grupal	Hojas de opalina cortadas por la mitad de colores Plumones de colores Tijeras	30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
2	Adquisición de las bases y conceptos básicos de la racionalidad e irracionalidad	Activación	El espantado	Plenaria		10 minutos
		Bases de la racionalidad e irracionalidad	¿Qué es lo racional e irracional?	Grupal Equipos	Hojas de colores diferentes Lápices Plumón para pizarrón	25 minutos
		Consolidación de lo racional e irracional	Definiendo mi metas	Parejas / plenaria		20 minutos
		Interacción de cognición, emoción conducta.	Diferentes tratos	Triadas / plenaria		30 minutos
		Entendiendo las bases biológicas de la Irracionalidad y la capacidad de elección	Alguna vez has...	Plenaria		35 minutos
		Relajación	Relajación progresiva	Plenaria		20 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
3	<p>Se apropien del conocimiento sobre valor del ser humano</p> <p>Adquieran una filosofía diferente sobre el “tener” que hacerlo bien</p>	Bienvenida	Rapport	Plenaria.		15 minutos
		Activación	Números	Plenaria		15 minutos
		El valor de mi mismo	Caballo	Individual	Hojas de papel	10 minutos
			¿Cuánto de valor trae el equipo? / Cuánto vale una persona?	Equipos / plenaria	Hoja de papel por equipo y lápiz por equipo.	20 minutos
		Activación	Las frutas están en la canasta.	Equipo / plenaria		15 minutos
		Dejar de “tener” que hacerlo bien.	Enfrentando mis miedos	Individual / plenaria	Papelitos con las instrucciones difícil de por sí.	30 minutos
	Relajación y activación mental	Ochos de Elefante	Plenaria		10 minutos	

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
4	Se apropien del concepto ABC desde la TRE junto con sus respectivas implicaciones.	Activación Mental	Activando mi atención	Plenaria		
		Acercamiento al concepto de ABC en la TRE	Representación del ABC	Equipos	Representaciones ya planeadas en hojas.	60 minutos
	Se apropien una nueva filosofía del placer a largo plazo.	Relajación	Descansando en mi lugar favorito	Plenaria.	Grabadora con CD y CD con sonidos de la naturaleza.	20 minutos
		Buscar el placer a largo plazo	Describiendo mis aspectos positivos.	Por equipos	Hojas de papel, lápices para cada participante	30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
5	<p>Se apropien de la filosofía de no dar explicaciones para empezar algo.</p> <p>Adquieran la política de condenar el hecho más no al ser.</p> <p>Se acepten tal cual son.</p>	Bienvenida	Peter pan	Individual / plenaria		10 minutos
		No dar explicaciones para comenzar algo	Lo más anhelado.	Equipos.		40 minutos
		Relajamiento físico.	Relajación progresiva	Individual		20 minutos
		La diferencia entre el hecho y uno mismo.	Este es el hecho, pero este/a soy yo.	Equipos	Hojas de papel bond Plumines de colores diferentes	25 minutos
		Activación mental	ABC / d-i-j-	Equipos	Plumones para pintaron	15 minutos
		Aceptación del sí mismo.	¿Quién soy yo?	De manera individual	Cartulinas de colores Plumines de colores	30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
6	Identifiquen las 12 creencias o ideas irracionales más frecuentes Identifiquen sus Creencias irracionales.	Activación	El pinocho	Plenaria		10 minutos
		Recreación	La argolla	Equipos	Palitos de madera de 30cm delgados Argollas metálicas chicas	10 minutos
		Recreación	La risa	Equipos		10 minutos.
		Identificación de las 12 ideas irracionales más frecuentes	¿Cuántas ideas irracionales son?	Equipos	Hojas con una idea irracional cada una escrita.	40 minutos
		Activación mental	Ronda de gimnasia cerebral	Individual	Hojas de papel para cada integrante. Lápiz para cada integrante del equipo.	20 minutos.
		Identificando mis ideas o Creencias Irracionales	Preguntándole a mi yo interior	Individual / plenaria	Hoja a cada integrante	30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
7	Identificar sus emociones negativas inapropiadas. Aceptar sus propias creencias irracionales junto con sus emociones inapropiadas. Adquirir su propio esquema A-C < B	Activación física	El limón	Equipos	Dos limones	20 minutos
		Identificar emociones negativas inapropiadas.	Representación elección	Equipos	Hojas con las emociones escritas.	50 minutos
		Aceptar las CI, aceptar las EI	Repito! ¿Quién soy yo?	Individual	Cartulinas de colores cortadas por la mitad Plumines de colores	30 minutos.
		Comprender mi esquema A-C-B	Buscando mi A y entendiendo mi C en función de mi B	Parejas	Hojas de colores y plumines.	30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
8	Domine la técnica de la refutación	Refutación TRE	El primer juicio...	Equipos	Hoja con refutación y ejemplo de la refutación.	35 minutos
		Activación M. y F.	La tarántula	Plenaria		10 minutos
	Aplique el participante su propio autoanálisis racional	Autoanálisis racional	La decisión del juez: la CI pierde la custodia.	Equipos / plenaria	Hoja con autoanálisis racional completo	35 minutos
	Cambie su lenguaje de auto castigo.	Recreación	Sin quemarse los dedos.	Plenaria	Fósforos de madera	15 minutos
		Lenguaje de auto castigo	Cambiando mi lenguaje	Equipos	Hojas con su respectivo papel a representar	25 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
9	Enfrente sus temores irracionales Supere la vergüenza en una actividad Adquiera una postura racional	Bienvenida	Grito energético	Plenaria		5 minutos
		Enfrentar temores futuros	La máquina del tiempo	Plenaria	Toca cds y cd con sonidos ambientales	30 minutos
		Activación	Bostezo energético	Plenaria		5 minutos
		Superación a la vergüenza	Lo más vergonzoso	Equipos		35 minutos
		Activación	El perrito con de raza pura.	Plenaria		10 minutos
		Integración	Mi símbolos	Equipos	Cajitas de tiras de plastilina de colores Palitos de bandera de diferentes grosores.	15 minutos
		Postura racional	Técnica del rol racional	Parejas		30 minutos

Sesión	Objetivo	Actividad	Dinámica	Técnica	Material	Tiempo
10	Fortalecer y ampliar su umbral de frustración Dominen la técnica del "como si"	Fortalecimiento del umbral de frustración	Fortaleciendo mi yo	Plenaria		20 minutos
		Técnica del "como si" Y representación de un ser racional	"Como si" yo fuera racional	Individual / plenaria	Hojas de colores Lápices	40 minutos
		Confianza / integración	El viento y el árbol	Equipos		10 minutos
		Evaluación final	Inventario IBT de Jones	Individual	Inventario IBT de Jones Lápices	40 minutos
		Representación de una persona racional Evaluación final	Cierre	Comentarios de cada uno y comparación del cumplimiento de expectativas	Equipos Plenaria	Llevar el papel bond de la sesión 1 con sus expectativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilera, V., Leija, G., Lara, E., Rodríguez, J., López, J., Matamoros, R., López, M., y Trejo, J., (2011). Tratamiento cognitivo conductual Grupal vs, Ejercicio Aeróbico Para el Manejo de la Obesidad, Estrés oxidante celular y química sanguínea. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14(1). Pp. 236-256. Consultado el 3 de octubre de 2014 en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/viewFile/24809/23325>
2. Álvarez, R. (2013). Creencias irracionales prototípicas del trastorno de la personalidad por dependencia. Psicoespacios. Vol. 7 (11) 1-22. <http://www.iue.edu.co/revistasiue/index.php/Psicoespacios/article/view/210/352>
3. Bahamón, M. (2010). Intervención Cognitivo conductual en un caso de ludopatía. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 13 (4) 20-38. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22580/21313>
4. Barrientos, G. (2002). Creencias irracionales en jóvenes con diferentes concepciones religiosas del cono sur de Lima metropolitana. Persona. No.5 237. <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132009.pdf>
5. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
6. Cabezas, H. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotiva-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. Educación. Vol. 30 (2) 101-109. <http://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>

7. Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*. Vol. 15 (2) 179-190.
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/30061/29251>
8. Caro, G., I., (2011). *Hacia una práctica eficaz de la psicoterapias cognitivas modelos y técnicas principales*. España: Desclée De Brouwer.
9. Caro, I. (1997). *Manual de Psicoterapias cognitivas*. 3ed. España: Paidós.
10. Chazenbalk, L. (2005). El valor del humor en el proceso psicoterapéutico. *Universidad de Palermo Psicodebate 6, Psicología, cultura y sociedad*.
<http://hdl.handle.net/10226/416>
11. Dattilio, M., F., Padesky, A., C., (1995). *Terapia cognitiva con parejas*. España: Desclée De Brouwer.
12. Coon, D. (2009). *Psicología*. 10ed. México: Cengage Learning.
13. Ellis, A. (1998). *Razón y emoción en psicoterapia*. 5ed. España: Desclée de Brouwer.
14. Ellis, A. (1999). *Terapia Breve Más Profunda y Duradera. Enfoque Teórico de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Barcelona: Paidós.
15. Ellis, A. (1999). Una terapia más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. Barcelona: Paidós.
16. Ellis, A. (2000). *Virir en una sociedad irracional*. Barcelona, España: Paidós.

17. Ellis, A. (2006). Razón y Emoción en Psicoterapia. 7ed. España: Desclée de Brouwer.
18. Ellis, A. Abrahms (1978). Terapia racional-emotiva (TRE) Mejor alud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: Pax
19. Ellis, A. y Bernard, M., E. (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. España: Desclee de Brouwer.
20. Ellis, A. y Blau, S. (2000). Vivir en una sociedad irracional Una guía para el bienestar mediante la Terapia Racional emotivo-conductual. Barcelona: Paidós.
21. Ellis, A. y Dryden, W. (1989). Práctica de la terapia racional emotiva. España: Desclee de Brouwer.
22. Ellis, A. y Lega, L. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. Psicología Conductual. Vol. 1 (1) 101-110. <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf>
23. Ellis, A. y Russell G. (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva. 10ed. España: Desclée de Brouwer
24. Fontecilla y Calvete (2003). Racionalidad y Personas Mayores. Psicothema. 15(3). Pp. 369-374. <http://www.redalyc.org/pdf/727/72715305.pdf>

25. Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005). Psicología y vida. México: Pearson.
http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3-I4Z1dAxo0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=Psicolog%C3%ADa+y+vida&ots=Fj7z7pcIYB&sig=WOFD8JhzbQN0qRITQ_zs2R-81Ho#v=onepage&q=Psicolog%C3%ADa%20y%20vida&f=false
26. Guajardo, R., y Cavazos, C. (2013). Intervención centrada en soluciones-cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 16 (2) 476-503.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132j.pdf>
27. Hernández, J., y Badel, G., (2011). Creencias irracionales que poseen Los estudiantes del programa de psicología De la corporación universitaria del caribe Cecar, de la ciudad de Sincelejo, Colombia. Revista ESCENARIOS. Vol. 11 Pp. 49-70.
http://api.ning.com/files/bEulOnUV84NclZQjtj43OWYbDIRL7ZaO4Gs*oTy-j6jQfz4fpromomSFQ5PsLAEvLb71CHOZapBj5898asZDbyabY6bqfvZhc/REVISTA_ESCENARIOS_No.11_PDF.pdf
28. Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Libros en red.
http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=EzlwZg_aH6AC&oi=fnd&pg=PA9&dq=INTERVENCION+TREC+GRUPAL+GRUPO+IDEAS+IRRACIONALES+&ots=VLfa8myOrW&sig=-zkmHgFf9b1Ejp6thni6xiOvsbQ#v=onepage&q&f=false
29. Host, S., y Quirós, M. (2010). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. Revista Costarricense de Psicología. Vol. 29 (43). 35-46.
<http://www.psicologiacr.com/revistacientifica/index.php/rcp20121/article/view/63/52>

- 30.** Ibáñez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012). Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15, 1454-1474.
www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/34790/31722
- 31.** Jarne, E., A., Talam, C., A., Armayones, R., M., Horta, i. F., E., Requena V., E., (2006). *Psicopatología*. Barcelona: Editorial UOC
- 32.** Knaus, W. (1974). *Rational Emotive Education. A Manual For Elementary School Teachers*. NY: Institute For Rational Living.
- 33.** Lega L. & Velten E. (2008). Albert Ellis (1913-2007). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 189-193. consultado 24 de sep de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342008000100023&lng=pt&lng=es
- 34.** Lega L., L. (1993). Diferencias Transculturales en el uso de algunas técnicas de Terapia Racional Emotiva: Ejercicios para atracar la verguenza. *Psicología Conductual RET Institute*, 1(2), 283-288 Consultado 25 de septiembre de 2014, de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Diferencias%20transculturales.pdf>
- 35.** Lega, I., L., Caballo, E., V., y Ellis, A., (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. España: Siglo XXI Editores.

- 36.** Losada, B., Montorio, C., Izal, F., y Márquez, G., (2005). Estudio e Intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Colección de Estudios Serie Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 97-131. Consultado el 29 de septiembre de 2014. <http://books.google.es/books?id=-4xSgMROvm8C&pg=PT53&dq=creencias+irracionales&hl=es&sa=X&ei=1dUpVO6RDM2WyATavILoBQ&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>
- 37.** Lyddon J., W., Jones, V., J., (2002). Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras. México: Manual moderno.
- 38.** Mantilla, L., y Sologuren, F. (2006). Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. 24 (2) 223-266. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/1450/1398>
- 39.** Mañas M. I. (2007). NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: LA TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN. Gaseta de Psicología. Universidad Almeria. Nº 40, p-p 26-34. <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
- 40.** _Martin, M. (2011). Influencia de Freud sobre la concepción de la mente en la formulación inicial de la terapia continúa de Aaron Beck. Revista de Historia de la Psicología. publicaciones de la Universidad de Valencia (España) vol. 32, núm. 2-3 (Junio-Septiembre) 85-102

- 41.** Mas, M. (2006). La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC. Revista de Toxicomanías. No. 47. http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/47_1.pdf
- 42.** Maultsby, M. (1975). Help Yourself to Happiness. New York: Institute for Rational Living.
- 43.** Medrano, L., Galleano, C., Galera, M., y Valle, R. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. Liberabit-Universidad Nacional de Cordoba, Argentina. Vol. 16 (2) 183-192. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a08v16n2.pdf>
- 44.** Möller, A., Rabe, H., y Nortje, C. (2011). Creencias disfuncionales y conflicto marital en individuos casados angustiados y no angustiados. Revista de Toxicomanías. (62) 15-21. http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret62_2.pdf
- 45.** Morris C. G. y Maisto A. A. (2005). Introducción a la Psicología. México: Pearson Educación
- 46.** Navas, J. (1981). Terapia racional emotiva. Revista latinoamericana de psicología, vol. 13, núm. 1, pp. 75-83. <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- 47.** Oller, V., J. (2009). El contraguion de Albert Ellis: Su influencia en la terapia racional emotiva conductual. Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, 61(2) 238-254 Consultado 25 de septiembre de 2014 http://www.aespat.com/Revista/Revista_ATyPH_61.pdf#page=76

48. Padilla, D. (2014). Tratamiento cognitivo conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 1 (2). 157-163. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4743202>
49. Pastor, J. (2002). *Fundamentación conceptual para una intervención psicomotriz en educación física*. Barcelona: INDE.
50. Pérez, A., Rodríguez, A. y Vargas, C. (2008). Albert Ellis (1913-2007) Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*. Vol. 16 (2) 341-348. ([Descarga directa desde Google Académico](#))
51. Pérez, P., I. (2007). *¡No puedo más! Intervención cognitivo-conductual ante sintomatología depresiva en docentes*. España: Wolters Kluwer. http://books.google.es/books?id=Jm_g7SvRn6UC&pg=PA180&dq=creencias+irracionales&hl=es&sa=X&ei=1dUpVO6RDM2WyATavILoBQ&ved=0CC8Q6AEwAQ#v=onepage&q=creencias%20irracionales&f=false
52. Preston J., (1998). *Terapia Breve Integradora Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual*. España: Desclée de Brouwer.
53. Ramírez, T., y González, R. (2012). Estrategias cognitivo conductuales para el manejo de estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología* Vol. 16 (26) 27-38. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a03.pdf>
54. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

55. Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=Desarrollo+del+modelo+cognitivo+conductual&ots=9zxt5SMZEA&sig=b3wghQVfL8le2vh9K6sF5cmN15k#v=onepage&q&f=false>
56. Riso, W., (2009). *Terapia cognitiva fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós.
57. Riso, W., Pérez, G., Roldán, L., y Ferrer, A. (1988). Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad en sujetos altos y bajos en asertividad (tanto en posición como en afecto). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 20 (3) 391-400.
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80520306.pdf>
58. Rojas, P., Li, S., (2010). Taller de Terapia Racional Emotiva como tratamiento de enojo, depresión y ansiedad que viven los jóvenes universitarios al pasar por el rompimiento de una relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología
59. Rosero A., Salazar, P. (2013). Estudio de los efectos de una intervención terapéutica desde el enfoque cognitivo conductual en un grupo de adolescentes de 16 a 19 años de edad que presentan ansiedad social, durante el periodo de Noviembre de 2012 a Julio de 2013. Tesis de Licenciatura. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito.
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6776/1/UPS-QT04547.pdf>
60. Ruiz, J. y Cano, J. (2002). *Psicología-online*. Recuperado el 26 de septiembre de 2014, de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

- 61.** Sáiz, M. (2009). Historia de la psicología. Barcelona: UOC.
- 62.** Semerari, A., (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. España: Paidós.
- 63.** Toro, R., Ochoa D. (2010). Los Perfiles cognitivos psicopatológicos en la formulación cognitiva de caso. Vol. 19 (1) 97-110.
http://www.incosame.com.mx/uploads/14/01/docu_52cb4e2cba550.pdf
- 64.** Toro, T. (2012). Terapia Cognitiva para Fobia Social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Vol. 8 (2) 118-125.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n2/v8n2a07.pdf>
- 65.** Vallejo, P. (2012). Desarrollos actuales de la terapia de la conducta, o terapia cognitivo conductual: ¿evolución o revolución? Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. No. 101. 7-10. (Descarga directa SIN link en búsqueda Google Académico por nombre)
- 66.** Vargas, B. (2011). Estado Actual de la Psicología: Opiniones del 2011. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 14 (4) 373-383.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi114t.pdf>
- 67.** Vázquez., A. (2014). Reflexión sobre el constructo de “autoestima” y propuesta del uso de la autoaceptación incondicional como meta terapéutica en la práctica clínica. Revista Psicología.com. Vol. 18 (5).
<http://cdn.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6597>

- 68.** Vera, P., B., (2006). Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología. Papeles del Psicólogo – Sección Monográfica. 27(1) 3-8. Consultado 29 de septiembre de 2014 <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/PSICOLOGIA-POSITIVA-UNA-NUEVA-FORMA-DE-ENTENDER-LA-PSICOLOGIA-pdf.pdf>
- 69.** Zagmutt, A., Lecannelier, F. y Silva, J. (1999). El problema de la delimitación del constructivismo en psicoterapia. Journal of Constructivism in Psychotherapy. Vol. 4 (1) 117-127. http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2010/03/el_problema_de_la_delimitacion_de_constructivismo_en_psicoterapia.pdf