

Las relaciones con los demás

Terapia del Comportamiento
Emotivo Racional

Dr. Albert Ellis
y Catharine MacLaren

OCEANO AMBAR

BeeTchO

Las relaciones con los demás

**Terapia del Comportamiento
Emotivo Racional**

OCEANO AMBAR

Esta página intencionalmente en blanco

Las relaciones con los demás

**Terapia del Comportamiento
Emotivo Racional**

**Albert Ellis
Catharine MacLaren**

Las relaciones con los demás

Cubierta: P&M

Traducción: Maria Teresa Boseli

© Albert Ellis y Catharine MacLaren, 2004

© Editorial Océano, S I, 2004 - GRUPO OCÉANO

Milanesal, 21-23 -08017 Barcelona

Tel.: 93 280 20 20 - Fax: 93 203 17 91

www.océano.com

Derechos exclusivos de edición en español
para todos los países del mundo.

Esta copia digital fue hecha a partir de una fotocopia del texto original. La baja calidad de la copia generó una gran cantidad de errores OCR que en su mayoría fueron corregidos. El conocimiento es un derecho universal. Si te es posible, apoya a los autores. Este es un buen libro; si está disponible en tu país, cómpralo.

ISBN: 84-7556-339-2

Depósito Legal: B-41738-XI, VII

Impreso en España - Printed in Spain

9000910011004

Dedicado a Janet L. Wolfe
Albert Ellis

Dedicado a Elizabeth M. Love-Brockway
y a mis padres
Catharine MacLaren

Esta página intencionalmente en blanco

Índice

Prólogo	9
Terapia del Comportamiento Emotivo Racional: una introducción y una reflexión	11
Los fundamentos de la teoría filosófica y de la personalidad de la terapia (TCER)	21
La alteración psicológica y el cambio	35
El proceso de evaluación	61
Técnicas cognitivas	69
Técnicas emotivas / experienciales	87
Técnicas conductistas.	103
Integración de la TCER en otros sistemas terapéuticos	117
Unas palabras finales	131
Apéndice A: Cómo mantener y aumentar tus logros en la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional	133
Apéndice B: Bibliografía recomendada	145
índice analítico	169

Esta página intencionalmente en blanco

Prólogo

Aunque pudiera parecerlo, este libro no es sólo para terapeutas, porque lo que ofrece es una filosofía sencillísima y potente, que ayuda a todo el que la conoce y en la medida en que decide luego practicarla. Todos sabemos qué somos cómo pensamos. Pero, en cambio, ¿cómo pensar lo que queremos?

Una enorme mayoría de personas suele queda estancada ahí; porque, ¿quién quieres ser exactamente? ¿Qué tipo de pensamientos deseas? ¿Cuál es tu ideal de persona?

Alguien sabio ya ha identificado lo que intenta ser. Y aquí tienes un medio para que también tú lo averigües.

La buena vida está en buena parte muy regida por la razón. Pero la verdadera razón no es un regalo de la suerte; un pensamiento claro es algo que nos ganamos. Por tanto, ¿A qué dedicar mejor el tiempo que a cultivar un pensamiento efectivo? Proteger nuestro discurso interior, y darle medios, es una de las tareas más sanas y beneficiosas. Si este es tu objetivo, el libro que tienes ahora en tus manos es un instrumento realmente valioso.

En él, el padre de la teoría racional emotiva, Albert Ellis, nos ofrece su estrategia para este cometido (su famosísimo A-B-C: la base para la construcción correcta de los propios sentimientos), así como prácticas del mismo muy útiles. ¿Qué ABC debería enseñarse antes? Ellis demuestra que se trata de éste; el sentimental. Con su enseñanza nos lleva de la mano hacia una comprensión diáfana de nuestra situación interior.

La gente común se ofusca y defrauda a sí misma. Luego buscan la culpa en el exterior. Sin embargo, Ellis deja claro en su descripción que muchos de los problemas de personalidad y de relación son debidos analfabetismo sentimental, que suele conllevar

talla de realismo y tolerancia. Y cuyo fruto es una autoaceptación mermada

Tanto si conoces la obra de Ellis como si no, te nutrirás del sentido común y fresca que destila esta obra en cada párrafo. Con ella aprenderás a distinguir entre lo que puedes y no puedes controlar, adoptarás una forma más adecuada y eficaz de ir por la vida, y como resultado, notarás más a menudo que te aceptas tal como eres. Por eso, léelo ahora, aplícalo y vuelve a él siempre que precises un reajuste interior. Con sus ejercicios te «curarás» a ti y a tus allegados de uno de los peores males endémicos de los seres humanos: el empleo pernicioso de la capacidad racional.

Ojalá algún día se dé por sentado —como que dos y dos son cuatro— este fabuloso «ABC racional-emotivo». Y se enseñe y practique en los colegios y se tenga por lugar común. Entonces, los psicólogos y terapeutas precisaríamos sin duda de otras formas de ganarnos la vida. Pero, ¡qué bien lo pasaríamos!

PAZ TORRARADEIM

NOTA DE LOS AUTORES

Nuestro principal objetivo en LAS RELACIONES CON LOS DEMÁS es presentar a los profesionales de la salud mental un examen exhaustivo y a la vez sencillo de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional (TCER).

La primera parte del libro se centra en responder la pregunta: «¿Cómo, cuándo y dónde se originó la TCER?». Analizamos los orígenes de la teoría desde un punto de vista filosófico, así como las principales razones de que las personas se alteren y estén inquietas.

Hemos dedicado varios capítulos a la práctica actual de la TCER. Empezamos haciendo una valoración de la terapia y describiendo la variedad de intervenciones específicamente cognitivas, emotivas y conductistas que habitualmente se utilizan en este enfoque. También aparecen numerosos casos que facilitan el aprendizaje.

Finalmente, hemos incluido un capítulo sobre la integración de la TCER en otros esquemas teóricos. Tanto si eres un recién llegado a este campo, como si eres un experimentado profesional, esperamos que disfrutes el libro y lo utilices en el futuro como una guía de referencia.

Terapia del Comportamiento Emotivo Racional: una introducción y una reflexión

La Terapia del Comportamiento Emotivo Racional se basa en la idea de que cognición, emoción y comportamiento no son funciones humanas aisladas sino que, por el contrario, están integradas intrínsecamente y son holísticas. Cuando sentimos, pensamos y actuamos; cuando actuamos, sentimos y pensamos; y cuando pensamos, sentimos y actuamos. ¿Por qué? Porque los humanos raramente sólo sentimos, sólo pensamos o sólo actuamos.

Cuando las personas están inquietas piensan-sienten-actúan de un modo disfuncional, en defensa propia, y cuando se tranquilizan casi siempre cambian algunas de sus cogniciones, de sus reacciones emocionales y de sus actividades. A Susan, unas de las pacientes de AE*, hablar con hombres atractivos le producía pánico y, por consiguiente, les evitaba en situaciones como las fiestas. Les consideraba «peligrosos», sentía una gran ansiedad cuando se encontraba con alguno y huía cuando parecía que se le podía acercar.

* A lo largo de todo el libro, los autores están identificados por sus iniciales: «AE»=Albert Ellis; «CM»= Catharine MacLaren.

Ella *creía* que este tipo de hombre era «peligroso», *sentía* pánico y evasivamente.

Después de varias sesiones de TCER, Susan se dio cuenta de que fundamentalmente se estaba diciendo a ella misma de forma *rotunda* que *no podía* ser rechazada por un hombre atractivo; de lo contrario, *ella* sería una marginada y una *persona despreciable*. Susan cambió sus Creencias Irracionales por «prefiero evitar ser rechazada por un hombre atractivo, pero si soy rechazada, eso solamente prueba que esta vez no lo he conseguido, puedo aprender de mi rechazo, y tal vez lo pueda hacer mejor la próxima vez. Pero, incluso si siempre fracaso con ellos, simplemente me siento frustrada y discapacitada en un área importante de mi vida y puedo disfrutar de relaciones con hombres menos atractivos».

Tal y como se indicaba en la teoría de la TCER, Susan cambió una de sus cogniciones negativas centrales y, de este modo, se ayudó a sí misma a reducir su pánico y su capacidad de evasión. Eso suena bien y en principio «demuestra» que el hecho de que Susan cambiase sus Creencias Irracionales la hizo menos ansiosa y maniática. En realidad, Susan cambió sus creencias básicas, de acuerdo, pero tanto si se daba cuenta como si no, también cambió otras cogniciones y percepciones, como por ejemplo:

1. «Los hombres atractivos son ‘peligrosos’».
2. «Ser rechazada por ellos es ‘horrible’».
3. «A menos que alguno se fije en mí, jamás podré ser feliz».
4. «Cada vez que me arriesgo y fracaso con alguno, me siento como una persona totalmente despreciable».
5. «Si me conformo con un hombre menos atractivo, la gente verá que cedo por debilidad y me considerarán una perdedora».

Así, las principales cogniciones de Susan eran complejas y llevaban a otras cogniciones negativas que, a su vez, tendían a cambiar cuando ella cambiaba una o dos de sus Creencias Irracionales. Además, los sentimientos de Susan cambiaron del pánico

al interés; un sentimiento negativo sano que le permitió, a partir de entonces, conversar con hombres atractivos y solamente sentirse preocupada y desilusionada si éstos la rechazaban. Con sus nuevas Creencias Racionales se *sentía* cómoda cuando un hombre atractivo se le acercaba; a veces incluso se *sentía* feliz de verlos acercarse, se *sentía* bien cuando se quedaban a su lado, se *sentía* interesada y absorta cuando hablaba con ellos, y tenía varios sentimientos relacionados.

En lo que se refiere a sus acciones, cuando dejó de creer *rotundamente* que *no podía* ser rechazada por ningún hombre atractivo, y que sería una *persona despreciable* si esto ocurría, pronto llevó a cabo varias acciones para frenar su fobia hacia ellos.

1. Con frecuencia, buscaba hombres atractivos, en vez de escapar de ellos.
2. En realidad, ella misma se acercó a algunos de ellos.
3. Pidió que se los presentaran.
4. Les habló animadamente.
5. Intentó conseguir que algunos de éstos quisieran salir con ella. Etcétera....

Moraleja: Según la TCER los pensamientos, sentimientos y acciones alterados y menos alterados son complicados, variados y se afectan significativamente entre ellos. La perspectiva TCER permanece tal y como AE la describió hace cuarenta años:

Así pues, en vez de decir: «Jones piensa en este rompecabezas», deberíamos decir más exactamente: «Jones percibe-mueve-siente-piensa en este rompecabezas». Sin embargo, debido a que la actividad de Jones en reacción al rompecabezas debe estar en gran parte centrada en resolverlo y sólo casualmente en verlo, manipularlo y sentirlo, quizá sólo podemos enfatizar su pensamiento de un modo justificable. La emoción no es una cosa, sino una combinación e integración completa de varios fenómenos al parecer diversos, aunque, en realidad, estrechamente relacionados.

(Ellis, 1958, p. 35).

Aspectos integrales y eclécticos de la TCER

El intento terapéutico de la TCER de ayudar a la gente a cambiar sus Creencias Irracionales por Creencias Racionales y, de este modo, mejorar sus funciones emocionales y conductistas siempre es integral. La TCER utiliza muchos métodos multimodales (Lazarus, 1989); cognitivos, emotivos y de conducta. Pero éste los integra y ayuda a los pacientes a ver cómo se afectan unos a otros.

La TCER tiene un buen número de teorías únicas, como mostraremos en próximos capítulos, basa su práctica en su teoría y no es meramente «ecléctica». Su teoría también incorpora partes significativas de otros sistemas terapéuticos. Así, revela los *motivos inconscientes* y los *sistemas de defensa* de los pacientes, como hacen los freudianos. Utiliza el concepto de Jung de «*propia actualización*». Incluye la teoría y la práctica de la *consideración positiva incondicional* o de la plena aceptación de Carl Rogers. Estimula enérgicamente a los pacientes a cambiar, tal y como hacen los adlerianos. Dirige activamente y asigna tareas para hacer en casa, utiliza *condicionamiento operante*, y emplea *insensibilización* en vivo, como hacen los skinnerianos y otros conductistas. Utiliza muchos *métodos experimentales*, de *grupos de encuentro* y de *sentimientos*, como hacen los terapeutas de la Gestalt. A veces, aunque con poca frecuencia, incluso utiliza técnicas *irracionales* y *mágicas*, cuando los pacientes tienen «alergia» a las racionales.

La TCER integra aspectos de muchas teorías terapéuticas y, de un modo ecléctico, utiliza técnicas específicas de otras fuentes para aquellos pacientes que no pueden seguir sus métodos predilectos. Podremos conocer algo más sobre la integración de otros enfoques en la TCER más adelante.

La efectividad de la TCER

AE creó la TCER porque era más efectiva que otras formas de terapia. En el primer artículo importante sobre ésta (Ellis, 1958,

p. 49), Ellis pronosticó: «La psicoterapia que incluye una elevada dosis de análisis racional (...) se demostrará que es la más efectiva con más tipos de pacientes que cualquiera de la terapias no racionales o semirracionales que ahora se utilizan comúnmente». Cuarenta años de investigación en psicoterapia han demostrado que esta predicción está confirmada en parte por cientos de estudios de la TCER y la TCC. ¡Pero sólo en parte!

En primer lugar, la teoría de AE de que la gente tiene Creencias Racionales (CRs) y Creencias Irracionales (CIs) y que cuando tienen CIs frecuentes e intensas tienden a estar más alterados que cuando tienen menos CIs y más débiles, ha sido respaldada con bastantes evidencias. Alrededor de mil estudios publicados han apoyado esta hipótesis (Clark, 1997; Glass & Arnkoff, 1997; Schwartz, 1997). Según estos estudios, las CIs reconocidas por la gente y su grado de alteración emocional parecen guardar una correlación significativa. Por eso, una de las hipótesis principales de la TCER tiene muchas pruebas que la defienden.

La segunda teoría principal de AE (aquella de que cuando las personas cambian sus Creencias Irracionales por Creencias más Racionales, tanto por terapia como por procedimientos de autoayuda, se vuelven menos inquietas) también está respaldada por muchas evidencias. Se han publicado más de 250 estudios que comprueban la efectividad de la TCER, y la gran mayoría de ellos muestran resultados positivos (McCovern & Silverman, 1984; Lyons & Woods, 1991; Silverman, McCarthy & McCovern, 1991). Se han publicado más de mil estudios sobre la eficacia de diversos tipos de Terapia Cognitiva Conductistas (TCC) y, de nuevo, la gran mayoría de ellos demuestran que es efectiva (Dobson, 1989; Hollon & Beck, 1994). Ninguna otra forma de psicoterapia excepto la terapia del comportamiento ha dado unos resultados experimentales tan buenos, y la terapia del comportamiento de hoy en día incluye generalmente muchos métodos cognitivos.

La TCER y la TCC, tal y como puede comprobarse, han proporcionado excelentes descubrimientos experimentales que han demostrado ser muy efectivos en gran variedad de pacientes.

¡Cada vez más aspectos de estas terapias están siendo «introducidos furtivamente» en otros muchos sistemas de terapia!

Los orígenes de la TCER

El origen de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional se remonta al año 1953, cuando AE abandonó el psicoanálisis.

«Yo había practicado el psicoanálisis durante seis años, pero encontré que era bastante ineficaz. Como mucho, ayudaba a mis pacientes a ver algunos de los aspectos psicodinámicos de sus alteraciones, pero no el modo de cambiar sus pensamientos, emociones y comportamiento para que pudiesen corregir los aspectos contraproducentes de sus vidas. En principio, comprendieron cómo llegaron a ser como eran, pero no qué hacer para cambiar».

Así, un paciente llegaba a comprender por qué, inconscientemente, odiaba a su padre, y por qué había traspasado ese sentimiento de odio a su jefe y a otros varones que tuviesen características parecidas a su padre; pero no conseguía de ningún modo renunciar a sus propias acciones de sabotaje hacia su padre rico y dominante, ni hacia su jefe poderoso y dictatorial. Su visión dramática de sus problemas con hombres fuertes y su efusión de sentimientos cuando esto sucedía le ayudaron muy poco.

Este y varios casos más, en los que precisamente la comprensión y la expresión de sentimientos reprimidos no funcionó, «me incitaron a hacer un gran pensamiento sobre la psicoterapia».

»En primer lugar, retrocedí a mis técnicas de terapia pre-psicoanalíticas, particularmente aquellas que había aprendido sobre sexo y terapia matrimonial, y empecé a dar a mis pacientes tareas de actividades para realizar en casa y técnicas de entrenamiento. Eso funcionó mucho mejor, en particular, con pacientes que sufrían fobias sociales, quienes comprendían bastante los supuestos orígenes de sus inhibiciones, pero que todavía rechazaban el hecho de utilizar esta comprensión para relacionarse con otros. En unas cuantas semanas de insensibilización en vivo y entrena-

miento de relaciones, los pacientes progresaron más de lo que lo habían hecho durante un año o más de psicoanálisis. ¡Interesante! Por eso seguí introduciendo métodos de comportamiento en mi terapia analítica.

»Todavía más valioso para mi enfoque terapéutico fue mi modificación de todo el concepto de comprensión. Empecé a ver que el hecho de hacer comprender el pasado ayudó a unos pocos pacientes a ver que, aunque hubiesen sido tratados miserablemente cuando eran niños, aun así, en la actualidad no tenían que reaccionar de la misma manera inmadura. De este modo, éstos perdonaron a sus padres y siguieron su vida. Pero la gran mayoría que habían tenido las mismas visiones dramáticas apenas mejoraron nada. Estos pacientes seguían odiando a sus padres y a sí mismos. No, el concepto más tradicional de comprensión no es suficiente para un cambio personal profundo y duradero. La realidad es que muchos de nosotros sabemos identificar muy bien los errores que hemos experimentado durante nuestras vidas, pero ese conocimiento, en sí mismo, pocas veces produce un cambio duradero y positivo. De hecho, sin los pasos apropiados para reconciliar y salirse de estas experiencias negativas, con frecuencia puede darse como resultado una autocompasión de muy poca ayuda y tener un efecto «retraumatizante» sobre algunos individuos.

»Pensé sobre esto y me di cuenta de que la *clase* de comprensión que los pacientes consiguen en la mayoría de formas de terapia no es de mucha ayuda. Ésta no les demuestra lo que ellos están haciendo *ahora* para mantener vivas las heridas y horrores del pasado (o, en realidad, qué hicieron *entonces*, durante su niñez, para hacerse daño y horrorizarse a sí mismos). ¿Por qué se disgustaron tanto, en primer lugar? ¿Qué estaban haciendo ahora para retener, o incluso empeorar esta infelicidad? ¿Cómo se puede comprender eso?

»Siempre me ha interesado la filosofía, en especial la filosofía de la felicidad humana, que a partir de la edad de dieciséis años se convirtió en una de mis aficiones particulares. Por eso volví

a leer a muchos de los filósofos antiguos y modernos para que me ayudasen a encontrar respuestas a estas importantes preguntas. Afortunadamente, éstos me ayudaron, pues muchos filósofos (especialmente los antiguos filósofos asiáticos, Ruda y Lao-Tse, y los antiguos filósofos griegos y romanos, Epieuro, Epicteto, y Marco Aurelio) habían comprendido claramente lo que los psicoanalistas y los conductistas no tuvieron en cuenta: que los humanos son constructivistas que no se alteran simplemente por influencias externas, sino que también contribuyen y mantienen de manera significativa sus propios pensamientos, sentimientos y acciones disfuncionales. Tal y como expuso satisfactoriamente Epicteto hace dos mil años: «¡Las personas no se alteran por las cosas, sino por la visión que tienen de ellas!». ¡Fenomenalismo, constructivismo y postmodernismo! Me siento feliz de decir que durante los años cincuenta me las arreglé para sacar a Epicteto de la oscuridad y volver a hacerle famoso’.

La historia de la TCER

«Inspirado por la filosofía, trabajé en mi teoría psicoterapéutica de 1953 a 1955, y finalmente ideé lo que en un principio llamé ‘Terapia Racional’ (TR) en enero de 1955 (Ellis 1957a, 1957b, 1958). En ella presenté el ABC de la teoría de la alteración emocional. Esta sostenía que cuando la gente se enfrentaba a la Adversidad (A) y reaccionaba con Consecuencias (C) alteradas, como una seria ansiedad y depresión, en su mayor parte eran su Sistema de Creencias (B) junto con A los que producían sus disfunciones. Por eso, $A \times B = C$. Esta teoría se diferenciaba de manera significativa de la teoría del psicoanálisis, del condicionamiento y de otras teorías de la alteración emocional populares en el año 1955.

»En aquel momento, las concepciones cognitivas de la psicoterapia no eran totalmente nuevas y fueron apoyadas por Pierre Janet (1898), Paul Dubois (1902), Alfred Adler (1929) y otros te-

rapeutas de principios del siglo xx. Pero durante los años cincuenta estas concepciones eran bastante impopulares, habiendo sido arrolladas por la psicodinámica y, en menor grado, por las ideas del condicionamiento. Por eso, cuando enfaticé con fuerza en B (creencias) en el ABC de la Terapia Racional, al principio tuve muy pocos seguidores. Sin embargo, utilizando mi propio Sistema de Creencias para reafirmarme (y, en particular, convenciéndome a mí mismo de que no tenía que tener la aprobación de otros terapeutas, aunque sería bueno tenerla) insistí en promulgar la TCER como una forma pionera de Terapia Cognitiva Conductista (TCC) a pesar de una oposición casi universal. Escribí y di conferencias sobre esta asignatura hasta que, en los años sesenta, varios médicos competentes me siguieron con sus propias versiones de TCC, entre ellos Glasser (1965), Beck (1976), Bandura (1997) y Meichenbaum (1977).

»Mis innovaciones en la terapia no sólo hacían mucho hincapié en el uso de la cognición, sino también lo unificaban por primera vez con la terapia del comportamiento, de modo que la TR se convirtió en la primera de las principales terapias de comportamiento cognitivo. Eso fue porque utilicé algunas de las técnicas conductistas de John B. Watson (Watson, 1919) para vencer mi propia fobia a hablar en público y mi propia ansiedad social cuando tenía 19 años. También, antes de llegar a ser un psicoanalista, utilicé métodos de comportamiento en terapia de sexo y psicoterapia general. Cuando dejé de llamarme a mí mismo «psicoanalista» en 1953, empecé a utilizar más estos métodos de comportamiento, y los incorporé en la Terapia Racional cuando empecé a practicarla en 1955 y me convertí en el terapeuta precursor del comportamiento cognitivo).

»Según expuse en mi primer artículo de importancia, en la Convención de la Asociación Psicológica Americana en Chicago, el día 31 de agosto de 1956, la Terapia Racional también era muy activa-directiva, polémica y emotiva. Pero, debido a su nombre, los terapeutas con frecuencia no lograban reconocer sus aspectos emocionales. En 1961, junto con Robert Harper, mi colabora-

dor más destacado, cambiamos su nombre por ‘Terapia Racional Emotiva’ (TRE). Raymond Corsini se opuso con toda la razón a esta denominación durante más de veinte años, mientras decía que la TRE tenía un aspecto conductista muy fuerte y, por tanto, preferiblemente se debería llamar ‘Terapia del Comportamiento Emotivo Racional’.

»Yo discutí injustamente con Ray porque la TRE era muy popular en los años sesenta, pero al final admití que él tenía razón y que yo estaba equivocado. De este modo, en el año 1993 cambié formalmente el nombre a ‘Terapia del Comportamiento Emotivo Racional’ (Ellis, 1993), que creo que será la designación definitiva. Ésta describe, de una manera bastante precisa, el tipo de sistema comprensivo, integral y multimodal que es en realidad».

Los fundamentos de la teoría filosófica y de la personalidad de la terapia (TCER)

La TCER tiene, básicamente, dos clases de teorías. En primer lugar, su visión filosófica y su teoría general de la personalidad humana y su alteración. En segundo lugar, sus teorías de cambio terapéutico. Estos grupos de teorías se integran unos con otros en muchos sentidos importantes. En este capítulo consideraremos principalmente la visión filosófica de la TCER y las preguntas de personalidad y por qué algunas personas parecen estar más alteradas que otras».

La filosofía postmoderna y la TCER

AE ideó la TCER como un positivista lógico (una persona que creía que la verdad no era absoluta o pura, sino que, como científicos, nos acercamos a ésta descubriendo los hechos de una situación y sacando conclusiones de estos hechos). En realidad, la verdad es solamente temporal porque, como demostró Karl Popper (1985), incluso cuando una hipótesis está respaldada por muchas pruebas, descubrimientos posteriores de los hechos pueden falsificarla.

El positivismo lógico tiene sus limitaciones, como han demostrado Popper (1985), Bartley (1984) y Mahoney (1991), y en espe-

cial se ha demostrado que era débil por varios pensadores postmodernistas (Derrida, 1976; Feyerband, 1975; Gergen, 1995). Estos señalan que «hechos» y «verdades» siempre son identificados por las personas y, por tanto, no parecen tener una realidad «objetiva» o «verdadera». Albert Ellis, un poco fenomenologista y existencialista durante muchos años, también se ha vuelto un postmodernista moderado, no radical. La TCER siempre fue bastante postmoderna porque está notablemente en contra de las obligaciones y, por tanto, opuesta a la noción de verdad absoluta. Sus principales ideas postmodernas son éstas, según se indicaba en *Postmodern ethics for active-directive counseling and psychotherapy* | «Ética postmoderna para una orientación y psicoterapia activa-directiva» | (Ellis, 1997):

1. Quizá existe algún tipo de realidad o cosa indudablemente objetiva por sí misma, pero parece que nosotros sólo la conocemos a través de nuestras percepciones humanas falibles, personales y sociales, diferentes y cambiantes. No tenemos una certeza absoluta de lo que es o de lo que será la realidad, a pesar de estar a menudo muy convencidos de que lo sabemos.
2. Nuestras opiniones de lo que es bueno o malo, de lo que está bien o mal, de lo que es moral o inmoral, según indicó George Kelly (1955), son en gran medida construcciones personales-sociales. La identificación de verdades universales es una tarea imposible y todas las creencias éticas tienen una naturaleza constructiva.
3. Aunque la personalidad humana tiene algunos elementos importantes innatos y casi asegurados, también surge en buena parte de las influencias relacionales y sociales, y es mucho menos individualista de lo que se pensaba comúnmente.
4. Las personas están influenciadas o condicionadas de forma importante por su procedencia cultural. Sus compor-

tamientos son, aunque parezca increíble, de muchas precedencias culturales y no hay una prueba concluyente de que sus diferentes culturas sean correctas o erróneas, mejores o peores que otras (Ivey & Ragazio-DiGilio, 1991; Sampson, 1990).

Los conceptos de bondad y maldad a menudo existen y están considerados de forma estricta, pero tienden a ser imprecisos, limitados y llenos de prejuicios. Las percepciones más imparciales de los humanos tienden a demostrar que las cosas y los procesos existen partiendo de una base *ambas/y* y de una *y/también*. Porque las soluciones monolíticas *o/o*, *todo/nada* tienen sus limitaciones, sería mejor que considerásemos una serie de soluciones alternativas *y/también*, y las probemos para ver lo bien o lo mal que funcionan.

5. Precisamente casi todas las soluciones que intentemos conseguir para nuestros problemas dependen de la elección de unos objetivos y propósitos desde los que trabajar. Estos siempre son discutibles, nunca absolutos. Podemos llegar a un consenso en lo que se refiere a qué objetivos y propósitos elegir, pero no a un acuerdo absoluto en lo que respecta a cuáles son mejores o peores.

La TCER ha sido considerada algunas veces como no construccionista (Guidano, 1991; Mahoney, 1991), pero en realidad es excepcionalmente construccionista. Recalca a las personas el hecho de pensar y trabajar de una manera flexible y adaptable. Sostiene que las *obligaciones* rígidas y absolutistas, por las que muchas personas a menudo se disgustan consigo mismas, son aprendidas de su cultura, pero también se originan por sus propias tendencias creativas y biológicas. Esta terapia ayuda a los pacientes a comprender cómo crean filosofías disfuncionales básicas y de qué modo pueden cambiarlas constructivamente pensando, pensando sobre sus pensamientos y pensando sobre el modo de

pensar sobre sus pensamientos (Dryden, 1995; Ellis, 1994, 1996; Ellis & Dryden, 1975; Ellis, Gordon, Neenan, & Palmer, 1998). Al tratar con problemas de la propia valía, la TCER está de acuerdo con la posición construccionista y existencialista de Heidegger (1962), Tillich (1953) y Rogers (1961) de que los humanos pueden definirse a ellos mismos tan dignamente, precisamente porque eligen hacerlo. Trata de procesos inconscientes y tácitos que crean inquietud e inducen a solucionar el problema. Sostiene que las personas tienen una considerable capacidad natural para reconstruirse y cambiarse a sí mismas, pero la TCER intenta ayudarles a hacerlo activa y directivamente, con la colaboración de un terapeuta que se ocupe de ellos. Recalca la utilización del método flexible, no dogmático, de establecer hipótesis científicas y de comprobación de hipótesis y la exploración empírica de valores y principios para ver qué resultados tienden a producir.

El énfasis filosófico de la TCER

Como se ha señalado, gran parte de la teoría de la TCER se derivó más de la filosofía que de la psicología. Como también se ha indicado, la TCER es cognitiva, emotiva y conductista, y de ningún modo es estrictamente «intelectual». Pero en algunos aspectos ayuda a que los pacientes hagan profundos cambios filosóficos, en vez de discutir solamente sus Creencias Irracionales específicas y pensamientos negativos automáticos y crear otros más sensibles. Tampoco apoya a lo que se ha llamado «pensamiento positivo», o la sustitución de pensamientos negativos por otros optimistas que algunas veces son eternamente optimistas.

Por ejemplo, Donald creía irracionalmente que era una mala persona porque había estafado a su hermano David parte del dinero que su madre les había dejado en su testamento. Donald era albacea del testamento y de manera ilegítima había deducido varios miles de dólares de más para liquidar los gastos patrimoniales y

David aceptó esto ingenuamente. Por eso, un año después, Donald se consideraba a sí mismo un «malvado ladrón» y le avergonzaba contarle a David lo que había hecho. Se lo recriminaba sin piedad y se deprimió.

Donald acudió a varias sesiones con un hipnotizador, quien utilizó el pensamiento positivo para ayudar a Donald a comprender que él había hecho muchas cosas buenas, incluyendo el hecho de ayudar a David durante la mayor parte de su vida, pero sólo unas pocas cosas malas, como por ejemplo, estafarle. El mantra de pensamiento positivo, que Donald se tenía que repetir con fuerza para sí muchas veces era: «Hago muchas más acciones buenas que malas, por consiguiente soy fundamentalmente una buena persona».

Este pensamiento positivo funcionó durante un tiempo, pero poco después Donald volvió a sentirse muy culpable y se deprimió otra vez, y quedó bastante desilusionado de la eficacia de su pensamiento positivo. Cuando fue a ver a AE para la TCER, seguía manteniendo la encubierta Creencia Irracional: «Terminantemente no tengo que hacer ningún acto malo de forma clara. Los buenos actos que hago apenas borran los malos, que nunca son permisibles. Un acto realmente malo, como el que hice al estafar a David, me convierte en una persona malvada. Por consiguiente me merezco sufrir y estar deprimido. Solamente sufrir lo suficiente me convertirá en una buena persona. «¡Estoy completamente corrupto!».

El pensamiento positivo de Donald únicamente dejó de lado su exigencia de que él nunca hacía malas acciones, y por un tiempo ocultó su pensamiento negativo, autodestructivo, pero no lo eliminó. Con la TCER, AE le ayudó a hacer frente a sus Creencias Irracionales y a renunciar a ellas de verdad. Como resultado de hacerlo de esta manera, además de hacer algunos «ejercicios TCER contra la vergüenza» (explicados en las páginas 105-106) y forzándose a sí mismo a decirle con honestidad a David lo que había hecho, Donald empezó a comprender y a trabajar para adoptar varios principios básicos:

1. «No hay ninguna razón para que *rotundamente no tenga* que hacer ninguna acción mala, aunque *es mucho mejor* no hacerla».
2. «Siempre seré un humano falible que, lamentablemente, algunas veces actuará mal. Demasiado mal, pero intentaré al máximo comportarme de un modo *menos* falible, en vez de infaliblemente».
3. «Hacer un acto malo no puede hacerme, globalmente, una *mala persona*, sólo una *persona que* hace algunas cosas malas, y sería mejor que intentara corregirlas».

Cuando, haciendo frente y actuando totalmente en contra de sus Creencias Irracionales, y de este modo llegando a algunas Creencias Racionales esenciales (lo que la TCER llama «Nuevas Filosofías Eficaces»), Donald debilitó verdaderamente (no ocultó) su alterada forma de pensar-sentir-comportarse. Entonces fue capaz, de estar menos deprimido. Se puso mejor en vez de simplemente *sentirse* mejor como con el pensamiento positivo (lo que explicamos con más detalle en el próximo apartado). Así fue como nos esforzamos en utilizar la TCER para ayudar a la gente a hacer un profundo cambio filosófico (básicamente cambiando su visión y manteniéndola cambiada). Esto parece ir más allá de cambiar las *Creencias Irracionales esenciales*. Hacerlo así profundiza en el hecho de que tenemos que dirigir la atención de nuevo.

Los aspectos multiculturales de la TCER

La TCER está excepcionalmente abierta a pacientes que provienen de diferentes culturas y de grupos minoritarios dentro de la misma cultura. Esto se debe principalmente a que su teoría central se opone al rígido pensamiento absolutista, y estimula a los individuos y a los grupos a tener innumerables preferencias, objetivos, deseos y principios (mientras no insistan de manera dogmática y dictatorial en que otros han de seguirles terminante-

mente). Si los pacientes tienen inclinaciones que son significativamente diferentes de los principios de su familia, cultura, grupo religioso o político, pero no transgreden la ley o causan daño a otros con esos principios, la TCER rara vez les desilusiona. La TCER, sin embargo, señala claramente que cuando mantengan sus objetivos y valores de manera autodictatorial o de otras formas dictatoriales, siempre se meterán en problemas individuales y sociales. Por tanto, por lo general sería preferible que mantuvieran sus normas personales y culturales, pero las tuvieran como fuertes preferencias en vez de presuntuosas obligaciones y órdenes.

Los terapeutas que utilizan las teorías y prácticas de la TCER, por consiguiente, son libres de ayudar a diferentes pacientes a conseguir sus propios objetivos y valores, pero se han de abstenen de llevarles a extremos «autodestructivos». El extremismo y la rigidez con frecuencia sabotearán sus intenciones personales y sociales. Los profesionales de la TCER son capaces, por tanto, de aceptar plenamente a pacientes de ambientes, culturas y orientaciones religiosas muy diversos.

¿De qué modo define la TCER lo Racional y lo Irracional?

Para algunas personas, racional es una «palabra mala». Significa cosas muy distintas según la persona; ¡y algunas de éstas no son muy racionales!

De la manera como se utiliza en la TCER, «racional» no quiere decir 'indiferente'. De vez en cuando, oímos decir a los pacientes que son nuevos en la TCER: «Parece que tú no quieras que yo sienta nada. ¿Quieres que vaya por la vida indiferente, como un zombi?». *¡De ninguna manera!* Las personas racionales sería mejor que fueran muy emotivas, como por ejemplo, claramente tristes, desilusionadas y enfadadas cuando las cosas les van mal en la vida. Como dijo Windy Dryden, lo racional

utilizado en TCER significa «aquello que ayuda a la gente a alcanzar sus objetivos y propósitos básicos, mientras que ‘irracional’ quiere decir aquello que les impide conseguir esos objetivos y propósitos». (Dryden, 1984, p. 238). Dicho de otra manera, lo «racional» significa ‘ayudarse a uno mismo’ e «irracional» significa ‘destruirse a uno mismo’.

Sin embargo, debido a que tus pacientes eligen vivir en un grupo social, lo racional también significa ayudar al grupo a sobrevivir y a conseguir sus objetivos básicos, y lo irracional quiere decir interferir seriamente en la supervivencia y bienestar del grupo. Además, ser racional generalmente significa ser eficiente en conseguir los objetivos de un individuo y de la comunidad, pero la eficiencia y la racionalidad no son lo mismo, ya que uno puede ocasionar eficazmente fines autodestructivos y fracasos sociales.

Racional, de nuevo, es una palabra que tiene muchos significados, algunos de ellos contradictorios. Desde el punto de vista de los pacientes, normalmente significa ayudarse a uno mismo (obteniendo más de lo que quieren y menos de lo que no quieren). Es en gran parte individualista. Pero los pacientes pueden elegir poner los intereses sociales por encima de su propio interés y, hasta cierto punto, según demostró Adler (1929), eso es salud mental y también salud comunitaria. Pero incluso los pacientes individualistas quieren ser aceptados por otros y es probable que se depriman cuando no lo son. De este modo, la adaptación mental individual coincide en parte con tratar a los demás debidamente. Para el bien del individuo y también de la sociedad sería razonable encontrar un equilibrio entre el propio interés y el interés social... ¡Lo que no es fácil!

Según los postmodernistas y los constructivistas, no podemos tener una visión de la racionalidad esencial absoluta, del mismo modo que no podemos tener una visión «verdadera» de lo que es «bueno» o «moral». Las personas pueden estar de acuerdo con los objetivos «racionales», pero casi nunca lo hacen. Suponiendo que tus pacientes deseen estar menos asustados, deprimidos y endure-

cidos, puedes ayudarles a conseguir este deseo utilizando varios métodos TCER (y de otras terapias). Por consiguiente, nos referiremos a estas técnicas de ayuda a uno mismo como «racionales». La mayoría de las veces éstas funcionarán mejor que otros métodos. Pero eso no significa que en todas las circunstancias y en todo momento sean «racionales» o «buenas» con todos los pacientes. Siempre se pueden tener dudas respecto a su carácter absoluto y universal. Utilízalas porque creas que suelen funcionar. ¡Pero continúa siendo imparcial y escéptico!

Sentimientos negativos sanos y enfermizos en la TCER

La TCER tiene varias teorías respecto a los sentimientos negativos sanos y enfermizos cuando los pacientes se enfrentan a las adversidades en sus vidas. En primer lugar, la TCER sostiene que prácticamente todos los sentimientos son «naturales», y casi de modo automático se deducen de pensamientos o experiencias reales que provienen de los estímulos que el paciente ve como detestables o desagradables. Esta es, por sí misma, una reacción humana «sana», porque si las personas no tuviesen sentimientos negativos sanos no intentarían reducir o evitar estímulos negativos, vivirían vidas despreciables y con frecuencia no lograrían sobrevivir. Los sentimientos positivos también motivan a las personas a sobrevivir y a ser productivas.

Por eso la TCER estimula a las personas a sentir, y a menudo a sentir con fuerza, de manera positiva y negativa. No se trata, como algunos terapeutas creen erróneamente, de tomar «racional» en el sentido de estar a favor de una falta de pasión, estoicismo o insensibilidad. Es más epicúreo que estoico.

No obstante, cuando las cosas van mal la TCER distingue claramente entre sentimientos negativos *sanos* (como por ejemplo, pena, remordimiento frustración y enfado) y sentimientos negativos *enfermizos* (como pánico, depresión, rabia y autocompasión). Los sentimientos negativos sanos tienden a producir acciones que

ayudan a uno mismo y a la comunidad; los sentimientos negativos enfermizos tienden a afectar los actos reparadores o a dar como resultado una conducta inactiva o destructiva. Así pues, si una persona está preocupada por suspender un examen, estudia más para aprobarlo. Pero si una persona está asustada por la posibilidad de suspenderlo, ésta a menudo evita trabajar (lo que le produce aún más pánico), estudia con preocupación y de manera poco eficaz, o no hace el examen.

Por eso la TCER estimula a los pacientes a dar mucha importancia a tener éxito en las tareas y relaciones importantes, pero sin caer en la propensión a las peticiones absolutistas («¡*Tengo* que conseguirlo o si no seré despreciable!»). Estas peticiones absolutistas producen unos sentimientos negativos disfuncionales, especialmente pánico y depresión, que bloquean los deseos.

Las teorías TCER de *deseos y preferencias*, por un lado, y *obligaciones y demandas* por el otro, dicen que estas tendencias personales están relacionadas intrínsecamente, y que prácticamente todos los humanos tienen ambas. Todos tenemos (por razones biológicas innatas, así como también por la educación familiar y cultural) varios grados de deseos (suave, moderado y fuerte).

Cuando las personas tienen deseos fuertes, dice la teoría de la TCER, estadísticamente tienen una mayor tendencia a convertirlos en insistencias e imperativos. Así, tus pacientes pueden preferir gustar a otras personas *con moderación*, y tener pocas dificultades cuando parezcan desagradar a algunas. Pero si éstas prefieren *verdad*eramente una aprobación, es más posible que insistan, consciente y/o inconscientemente («*Tengo* que gustar a la gente! ¡Si no gusto a alguien será *horroroso* y demostrará que no soy una persona agradable!»).

No está del todo claro por qué las personas convierten frecuentemente lo que les gusta y lo que no les gusta en órdenes internas. Tal vez, hacerlo de este modo ayudó al ser humano a sobrevivir en tiempos primitivos, cuando su entorno era mucho más peligroso.

La biología y la racionalidad e irracionalidad humanas

A diferencia de otras psicoterapias que enseñan que la alteración humana fundamentalmente se aprende o está condicionada, la TCER plantea como hipótesis que las personas se convierten en pensadores racionales e irracionales de manera innata y mediante la enseñanza social. Obviamente, éstas tienen que ser muy racionales y ayudarse a sí mismas o no sobrevivirían. Las personas son constructivistas de nacimiento, de modo que cuando se enfrentan a los problemas o a cualquier adversidad que ellos consideran que va contra sus mayores intereses (especialmente la supervivencia) solucionan los problemas de manera creativa. Esa es su naturaleza desde la infancia, exactamente igual que la naturaleza de otros seres vivos, aunque con algunas diferencias. En primer lugar, los humanos son más creativos sobre qué pensar, sentir y hacer para sobrevivir. En segundo lugar, tienen una gama más amplia de actividades placenteras (juegos, deporte, arte, música, ciencia, etc.) que no son necesarias para sobrevivir, pero que parece que ayudan. En tercer lugar, los humanos son más prácticos y reales consigo mismos que el resto de animales.

Es fácil hacer hincapié en el constructivismo humano y minimizar el destructivismo. De un modo defensivo, tal vez no queramos admitir que con mucha frecuencia somos irracionales, auto-destructivos, socialmente inmorales y que, aparte de eso, nos hacemos daño a nosotros mismos y a los demás. Según comentó Albert Ellis en un artículo, «The biological basis of human irrationality» [«La base biológica de la irracionalidad humana»] (Lilis, 1976), no podemos demostrar con claridad que las personas nazcan y se críen para ser irracionales. Pero hay muchas pruebas que respaldan esta hipótesis:

1. Prácticamente todas las personas se hacen daño a sí mismas y a otros; de muchas maneras, a pesar de sus esfuerzos y deseos de hacerlo mejor.

2. Aunque los grupos culturales tienen objetivos y valores muy distintos, sus miembros aportan fácilmente hechos irracionales que producen alteraciones (obligaciones y demandas absolutas) *sobre* sus reglas y principios. Por consiguiente, se alteran a sí mismos.
3. Existen muchos comportamientos humanos autodestructivos (como la falta de disciplina y de decisión) a pesar de la enseñanza de los padres, de los coetáneos y de los medios de comunicación.
4. Las personas que se oponen enérgicamente a comportamientos «estúpidos», con frecuencia caen en ellos. Los agnósticos exhiben filosofías absolutistas y los individuos muy religiosos actúan inoralmente.
5. Millones de personas reconocen que se hacen daño a sí mismas, como por ejemplo, bebiendo demasiado y tomando drogas, aunque lo consienten sistemáticamente.
6. Muchos individuos vuelven a caer en actos destructivos, como la violencia y el juego, que habían superado con mucho esfuerzo.
7. Las personas encuentran muchas veces más sencillo llevar a cabo una acción de forma autodestructiva (como comer en exceso) que de forma sensata.
8. Los psicoterapeutas, que en teoría son quienes mejor conocen lo que son las conductas autodestructivas, frecuentemente caen en ellas.

De este modo, vemos que prácticamente todas las personas han nacido y se han criado para ser con frecuencia irracionales; que se alteran a sí mismas con facilidad, y que tienen una cua-

lidad humana única (por medio del lenguaje) para pensar sobre su pensamiento irracional y para *pensar sobre el pensamiento que hacen* sobre sus pensamientos. Por eso siguen siendo constructivistas.

Sería positivo que aliviaras a tus pacientes cuando se condenan a sí mismos haciéndoles saber que, como humanos:

- Frecuentemente pensarán, sentirán y actuarán de forma derrotista con *facilidad*.
- *Pueden* cambiarse a sí mismos de manera constructiva.
- Necesitan trabajar y practicar mucho para que su creatividad reduzca su capacidad natural de autosabotaje.

Esta página intencionalmente en blanco

La alteración psicológica y el cambio

La TCER tiene varias teorías específicas sobre cómo se llegan a desequilibrar las personas y qué se puede hacer para reducir o eliminar estos trastornos. Estas teorías coinciden en parte con otras teorías fundamentales sobre la alteración psicológica, pero en algunos sentidos son diferentes. Aquí se exponen algunas de sus mayores diferencias.

Por qué y cómo se perturban psicológicamente las personas

La alteración psicológica es variada y complicada, y aún no se ha llegado a comprender del todo. La alteración surge de la tendencia biológica de las personas a ser constructivistas (ayudarse a sí mismas) y destructivistas (destruirse a sí mismas) y la interacción de estas tendencias con las condiciones ambientales y el aprendizaje social. Las personas se alteran de muchas maneras diferentes y por condiciones muy distintas. Podríamos descubrir algunas de las principales razones de sus alteraciones, pero no

todas. Especialmente, en el caso de un individuo específico, podríamos descubrir algunas de las principales «causas», pero no todas las «causas», de sus problemas emocionales y conductistas.

La TCER plantea como hipótesis que las personas están perturbadas de una manera cognitiva, emocional y conductista —sí, de las tres maneras— y que sería mejor que las designáramos como «autodestructivas» de una manera cognitiva-emocional-conductista porque se alteran a sí mismas de forma *interrelacionada*. Principalmente (pero no únicamente) pueden tener problemas de pensamiento, emocionales o de conducta, pero también tienen aspectos de las otras dos formas de perturbación. Se supone que casi todos los humanos sufren, en cierto modo, algún desarreglo (por razones innatas y sociales), pero con niveles y clases de disfunciones muy distintos.

La TCER hace un especial hincapié en los elementos cognitivos de la ansiedad, la depresión y la rabia por varias razones:

- Las cogniciones perturbadas (Creencias Irracionales) con frecuencia tienen fácil acceso, incluso cuando se encuentran por debajo de la superficie de la conciencia.
- Las Creencias Irracionales frecuentemente son Creencias profundas o esenciales que afectan varias disfunciones emocionales y de comportamiento importantes.
- Cambiar una Creencia Irracional esencial puede provocar un cambio notable en varios sentimientos y comportamientos disfuncionales cuando el cambio se generaliza a otras áreas. Cambiar únicamente una emoción o comportamiento puede llevar a una mejora más limitada.
- Hacer un cambio psicológico profundo puede reducir algunas alteraciones específicas y también hacer que la persona sea menos susceptible a alteraciones posteriores.

- A veces un cambio cognitivo puede ser entendido rápidamente, en unas pocas sesiones, mientras que los cambios emocionales y conductistas, por lo general requieren más tiempo, esfuerzo y persistencia.

Por éstas y otras razones, la TCER recalca los métodos filosóficos, aunque siempre utiliza varios métodos emotivos y de comportamiento, además de facilitar y reforzar los cambios. La TCER te anima, como terapeuta, a que durante las primeras sesiones enseñes a tus pacientes las alteraciones humanas más esenciales y cómo pueden ellos cambiar B (sus sistemas de Creencias) para conseguir cambios profundos y permanentes en C (sus consecuencias emocionales y conductistas alteradas).

Aquí está la principal terapia cognitiva de la TCER (su ABC), Además, las personas se angustian fácilmente cuando tienen objetivos e intenciones (C) para seguir con vida y ser felices, y estar libres del dolor, y cuando la Adversidad (A) interfiere y no consiguen lo que quieren, o consiguen lo que no quieren. Tienen una oportunidad de reaccionar ante A con sentimientos negativos sanos, como la pena, el arrepentimiento y la frustración, o reaccionar con sentimientos negativos enfermizos, como el pánico, la depresión y la rabia. En su mayor parte, aunque no del todo, hacen esta elección en B (sus Sistemas de Creencias). Cuando las personas escogen Creencias Racionales o de ayuda a sí mismas, según la TCER, a menudo reaccionan con sentimientos y acciones sanas; cuando escogen Creencias Irracionales o enfermizas, son más propensas a reaccionar con sentimientos y acciones enfermizas.

Se ha de tener en cuenta que muchos pacientes, al menos al principio, pueden no creer que ellos sean los principales responsables de sus reacciones. La idea de que pueden escoger cómo se sienten podría resultarles muy extraña. La mayoría no estamos socializados para responsabilizarnos de nuestras reacciones. Esto se ve más claramente en parte del lenguaje que utilizamos para describir situaciones. «Me hizo enfadar», «Eso realmente me al-

teró», «Ella me provocó a hacerlo». Todos estos son ejemplos de cómo tendemos a atribuir nuestras emociones y comportamientos a fuentes externas. Puede darte mucho trabajo demostrar a tu paciente que, salvo por una condición biológica atenuante, la mayoría de las veces él o ella se asusta, deprime, enfada o aflige irracionalmente; él o ella está eligiendo hacerlo de este modo. Esto, a su vez, significa que él o ella tiene el poder de elegir una reacción más flexible, realista y práctica. La comprensión de este hecho puede dar mucho poder a los pacientes.

La gente elige sus Creencias Racionales o Irracionales en gran medida según la fuerza de sus deseos. Cuando sus firmes deseos de éxito, aprobación y consuelo son negados por las Adversidades, con frecuencia piden irracionalmente que las *obligaciones absolutas* de esas Adversidades no existan. Pero, cuando los deseos son débiles o moderados, éstos aparecen con preferencias racionales, en vez de con exigencias autodestructivas y, de este modo, cuando no consiguen estas preferencias se alteran a sí mismas con menos frecuencia.

Las Creencias de valoración que hacen las personas sobre las Adversidades son muchas veces automáticas e inconscientes, pero con frecuencia también son conscientes. Lo que en su mayor parte es inconsciente es su conocimiento de que sus Creencias conducen (o al menos contribuyen de manera significativa) a sus sentimientos. Las personas también tienen la ilusión de que *sólo* se sienten mal respecto a la Adversidad (que A «provoca» C). En realidad, $A \times B = C$, pero como con frecuencia C puede ocurrir casi de forma instantánea después de A, no logran ver que B también «provoca» de manera importante C. En particular, cuando A es muy malo (pongamos por ejemplo que se les acusa falsamente de robo) y de inmediato se sienten rabiosos; por lo general, creen que la falsa acusación (A) por sí misma causó la rabia (C), sin darse cuenta de que sus Creencias (B) sobre A también se debían a C.

La teoría ABC de la alteración también dice que cuando se producen emociones negativas disfuncionales, las personas tienen muchos tipos distintos de Creencias Irracionales (CIs), pero tie-

nen algunas CIs esenciales, además de tener Creencias Racionales (CRs). Las CIs esenciales corrientes que estas personas mantienen incluyen:

1. **Deberes y obligaciones absolutas**, por ejemplo: «No debo ser acusado falsamente».
2. **Horrorizarse**, por ejemplo: «Es horrible ser acusado falsamente».
3. **No puedo soportarlo/s**, por ejemplo: «No puedo soportar ser acusado falsamente». Cuando la gente dice: «No puedo soportarlo», por regla general, quiere decir que las cosas que no les gustan son tan malas que *no deberían* existir. A esto se le llama «baja tolerancia a la frustración» o «alteración molesta».
4. **Condenarse a uno mismo y a los demás**, por ejemplo: «Soy una *persona malvada* si se me acusa falsamente y la gente cree que realmente he robado». «Mis acusadores son *malas personas* por acusarme falsamente».

La TCER hace hipótesis de que las Creencias Irracionales (CIs) esenciales de las personas se relacionan y se influyen entre ellas. Así pues, «Yo *no debo* ser acusado en falso» a menudo lleva a la conclusión: «y es *horrible* cuando lo estoy». Pero «Para mí es *espantoso* ser acusado en falso» también conduce con frecuencia a la conclusión: «¡Por consiguiente, *no debo* serlo!». La Creencia de que las Adversidades *terminantemente* no deben existir (incluso cuando éstas existen realmente) probablemente es básica para aterrorizar a los «no puedo soportarlo» y a los que se condenan a sí mismos y a los demás, porque si las personas se quedasen sólo con las preferencias, éstas parece que incluyen tácitamente un «pero» que impide los peores sentimientos de perturbación cuando aquéllas no se encuentran.

Así, «*Prefiero no ser acusado en falso*» implica «*pero si lo soy, no es horrible*», «*pero si lo soy, podré soportarlo*» y «*pero si lo soy, mi acusador no es una persona completamente malvada*». De este modo, los *debo* y *no debo* parecen ser la base de otras Creencias Irracionales (CIs) esenciales.

Sin embargo, «Terminantemente no debo ser acusado en falso» implica que «Bajo cualquier condición y en todo momento nunca debo ser acusado en falso». Por tanto, es una generalización demasiado absoluta. Condenarse a uno mismo y a otras personas, como indicó Korzybski (1933), proviene del excesivamente generalizado *es* de identidad: «Yo *soy* lo que hago. Si mi *acción* es mala, yo *soy* malo». Por eso, junto con CIs autodestructivas podemos buscar generalizaciones excesivas básicas (valoraciones de las personas y cosas que no son lógicas ni realistas). Valorar las Adversidades como *terribles* implica que son *totalmente* malas. Decir que *no podemos soportar* las Adversidades implica que no podemos ser felices *de ningún modo* con ellas. Al designar a John y Jill como *malas* personas implica que ellos *únicamente* y *siempre* actúan mal.

Respecto a tus pacientes, puedes demostrarles cuánto llegan a alterarse cuando generalizan excesivamente las Adversidades que hay en sus vidas. Eso les ayudará. Aunque he descubierto que muchas veces les resulta más sencillo encontrar sus obligaciones y exigencias absolutas si quieren ver rápidamente lo que están haciendo (en B, sus Sistemas de Creencias) para convertir sus Adversidades en desastres emocionales. Una sentencia efectiva de la TCER es: «*Cherchez le should! Cherchez le must!*» (‘¡Encontrar los tengo! ¡Encontrar los debo!’). Esta consigna no mostrará a tus pacientes todas o la única causa de sus alteraciones, pero les ayudará a ver su origen, lo que es una de las principales formas de descubrirlo y de que vean que tienen la capacidad de cambiar.

¿Está el Sistema de Creencias humano implicado en las alteraciones que, en su mayor parte, son biológicas, como la depresión endógena y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), y en

aquellas relacionadas con traumas serios, tales como el trastorno por estrés postraumático? Muy probablemente. En la depresión endógena los neurotransmisores, en particular la serotonina, trabajan de manera poco eficaz para producir percepciones y pensamientos distorsionados de una naturaleza depresiva; y en el trastorno obsesivo compulsivo varios tipos de funciones cognitivas trabajan pobremente, como las ideas fijas, las cavilaciones constantes y la incapacidad de hacer comprobaciones normales. Quienes sufren depresiones y trastornos obsesivo compulsivos tienen sentimientos depresivos y de preocupación (a menudo sin ninguna causa concreta) con los que después se horrorizan y condenan a sí mismos,

En el caso de los trastornos por estrés postraumático, la intensidad y el carácter imprevisible y extraño de los traumas asustan mucho a la persona y la conducen a pensamientos de auténtica furia, culpabilidad y menosprecio consigo misma. Además, el miedo a que los traumas vuelvan a producirse mantiene vivos los sentimientos originales y los pensamientos de pánico, a veces durante años.

La teoría TCER de la alteración puede, por tanto, explicar gran parte del trastorno, y el trastorno sobre el trastorno, de muchos desequilibrios que tienen aspectos biológicos o que son rigurosamente ambientales.

La teoría TCER del mantenimiento y aumento de la alteración emocional

Una vez que las personas quedan perturbadas emocionalmente (por cualquier razón) sus cogniciones juegan un papel muy importante en el mantenimiento de sus desequilibrios. Estas personas recuerdan las Adversidades, perciben que éstas podrían volver a suceder o empeorar y, con frecuencia, exigen una garantía de que éstas finalicen. Esto mantiene en la mente los «horrores» actuales y la imaginación los alimenta.

Para empeorar aún más las cosas, las personas tienen a menudo Creencias Irracionales sobre sus síntomas. Así, Marcella tenía la Creencia Irracional (CI) de que ella *terminantemente tenía que* hacer bien las cosas en el colegio y, en cuanto experimentaba la Adversidad de sacar una nota inferior a una A, sentía la Consecuencia (C) de la depresión. Pero, más tarde, convirtió su depresión en una Adversidad real (A_2), y se dijo a sí misma en forma de Creencia Irracional (CI_2): «¡Yo *no debo* estar deprimida! ¡Es *horrible* estar deprimida!» y acabó nerviosa por su depresión (C_2).

Su estado fue de mal en peor. Marcella visitó a Albert Ellis para la TCER y, aunque al principio estuvo de acuerdo con sus enseñanzas, no mejoró. Entonces convirtió el fracaso en Adversidad₃ y creó unas Creencias Irracionales (CI_3) sobre su fracaso, especialmente: «¡Tengo que hacer bien la terapia! ¡No estoy bien por no trabajar en ella lo bastante duro!». De este modo, se deprimió a sí misma por su fracaso inicial en la terapia. En el proceso inverso, Albert Ellis la ayudó en primer lugar a aceptarse a sí misma mientras fracasaba en la terapia; en segundo lugar, a aceptarse a sí misma a pesar de su depresión; y en tercer lugar, a aceptarse a sí misma aunque sacase una B o una C durante el curso. Este triple golpe a la aceptación incondicional de sí misma (AIU) desafiaba sus Creencias Irracionales esenciales sobre la *necesidad* de hacer las cosas bien para ser un individuo que valga la pena y la ayudó a adquirir varias Creencias Racionales profundas.

La revelación TCER de las Creencias Irracionales

Como ya hemos comentado, varios pensadores y terapeutas han aportado la idea de que las personas, en gran parte, se perturban a sí mismas con Creencias disfuncionales. Pero las Creencias específicas que se utilizan habitualmente no se detallaron ni clasificaron hasta 1956, cuando Albert Ellis describió por primera

vez doce de ellas, que eran utilizadas con frecuencia por los pacientes cuando se encontraban trastornados.

Así pues, después de utilizar la TCER durante un par de años, AE se dio cuenta de que prácticamente todos los pacientes de Creencias Irracionales (CIs) sostenían que aquello que les ayudaba a ponerles y mantenerles perturbados podía colocarse bajo tres títulos importantes. Quizá aún más importante, cada una de estas Creencias esenciales disfuncionales incluía una obligación o exigencia absoluta. Sin embargo, si las personas mantenían estas mismas Creencias como preferencias o deseos, y se abstendrían rigurosamente de intensificarlas en exigencias presuntuosas, minimizarían muchas (no todas) de sus perturbaciones. Ésta, en caso de ser válida, era una revelación sorprendente, pues simplificaba los principales factores cognitivos de los trastornos de los pacientes, los hacía fáciles de observar si los terapeutas y los pacientes los buscaban, y presentaba soluciones viables para cambiarlos.

Las tres principales Creencias Irracionales autodestructivas que AE presentó fueron éstas:

1. «¡*Yo debo absolutamente*, bajo cualquier condición, hacer bien las tareas importantes y ser aprobado apreciablemente por los demás; de lo contrario soy una persona inepta y anti-pática!». Esta Creencia a menudo da como resultado preocupación, depresión y sentimientos de desprecio o de condena hacia uno mismo, cuando los pacientes no funcionan tan bien como supuestamente *deben* hacerlo. Esto incluye las generalizaciones exageradas ilógicas de pensar y etiquetar «o todo o nada».
2. «¡Otras personas *deben terminantemente*, bajo cualquier condición, tratarme honesta y justamente, o de lo contrario son unas personas horribles!». Esta Creencia Irracional a menudo da como consecuencia enojo, rabia, enemistades, guerras, genocidio y la denigración de los demás en conjunto, en vez de un simple juicio de sus «malas» acciones. De nuevo, esto

incluye una ilógica generalización y una catalogación exagerada y es poco realista a la vista de la falibilidad humana.

3. «¡Las condiciones bajo las que vivo siempre *deben ser terminantemente* como yo quiero que sean, darme una gratificación casi de inmediato y que no requieran que trabaje demasiado duro para cambiarlas o mejorarlas; de lo contrario *es terrible, no puedo soportarlas* y es imposible que pueda ser *completamente* feliz!». Esta Creencia Irracional (CI) da como resultado poca tolerancia a la frustración o malestar, perturbación, depresión, indecisión e inercia. Condena la vida o el mundo por ser peor de lo que supuestamente *debería ser*. Una vez más, no es lógica (ya que las condiciones, en ese preciso momento, son tan «malas» como son) y es poco realista (pues las condiciones ideales pocas veces existen).

La TCER no se opone —de hecho, anima— a esforzarse por el éxito, la aprobación y el consuelo mientras *preferimos* estas cosas, en vez de *necesitarlas terminantemente*. ¿Por qué? Porque somos unos buscadores de objetivos por naturaleza, disfrutamos esforzándonos y generalmente -¡no siempre!- conseguimos mejores resultados individuales y sociales. Pero cuando (consciente o inconscientemente) *exigimos* satisfacciones, y *no* podemos conseguirlas, ¡cuidado! Frecuentemente, se produce a continuación un sufrimiento enfermizo, en vez de una desilusión sana, junto con todo tipo de interferencias innecesarias,

Al enseñar a tus pacientes cómo descubrir sus Creencias disfuncionales y autobloqueantes, ¿deberías intentar ayudarles a destapar las Creencias Irracionales (CIs) específicas que les animan a sentirse deprimidos? Sí, sin lugar a dudas, ya que eso generalmente les ayudará a continuar hasta la D del ABC de la TCER (*Discutir* sus Creencias Irracionales específicas, que analizaremos en el más adelante. Pero si tus pacientes están deprimidos, primero considera la posibilidad de buscar las tres principales Creencias Irracionales (CIs) para comprobar si pueden encontrarse.

En primer lugar, considera la Creencia Irracional nº 1, «*¡Debo hacerlo bien y conseguir la aprobación!*». Una sospecha probable cuando tus pacientes se sienten deprimidos, ya que a menudo conduce a la propia derrota. ¿Están realmente *insistiendo* en que hacen bien las tareas importantes y/o se les da el visto bueno por parte de otros de manera apreciable? Haz que se hagan estas preguntas mientras tú, teniendo en consideración sus objetivos y principios, también lo haces.

En segundo lugar, ¿están exigiendo tus pacientes que los demás les traten bien, y se enfadan y deprimen si éstos no actúan como supuestamente *deben* hacerlo? Una posibilidad real —sería mejor que vosotros dos la exploraseis.

En tercer lugar, ¿tus pacientes deprimidos están exigiendo que las condiciones *deben* ser buenas y *tienen que* darles lo que ellos quieren cuando lo quieren? ¿Se están deprimiendo ellos mismos, con su baja tolerancia a la frustración, cuando las condiciones no son tan buenas como *deberían* ser *terminantemente*? Probablemente. Pero no supongas que ellos tienen estas Creencias Irracionales (CI) poco realistas (busca pruebas bastante claras de ello, y también ayúdales a buscarlas).

El gran valor del planteamiento de hipótesis de la TCER sobre las tres mayores Creencias Irracionales que con frecuencia conducen a la perturbación es que cuando el paciente presenta un claro problema emocional o de conducta, puedes comprobar con bastante rapidez si tiene una o más de estas tres Creencias y observar si está relacionada con su problema. No supongas que está conectada (sólo supón que *puede* tenerla y que *puede* estar relacionada). A menudo, y para ahorrar tiempo, deberías ser preciso.

Una vez que tú y tu paciente descubráis una Creencia Irracional (CI) esencial, puedes buscar sus subtítulos y variaciones. Por ejemplo, la Creencia de un paciente deprimido: «*Terminantemente debo* hacerlo bien y ser aprobado de manera significativa por los demás» puede conducir a otras Creencias Irracionales (CIs) esenciales, como por ejemplo:

- **Horrorizarse:** «¡Es horrible cuando John me critica!»
- **«No puedo soportarlo/s»:** «¡No puedo soportar el rechazo de Mary!».
- **Generalizar exageradamente:** «¡Si John y Mary me critican, también lo hará todo el mundo, y yo me quedaré totalmente solo!».
- **Sacar conclusiones:** «¡Si John y Mary me critican, debo estar actuando mal!».
- **Centrarse en lo negativo:** «Mary está mirando con el ceño fruncido, así que debe estar mirándome mal a mí».
- **Descalificar lo positivo:** «John quiere salir conmigo, pero eso es solamente porque me tiene lástima por ser tan inútil».
- **Minimizar las cosas buenas:** «Yo hablé bien hoy en mi conversación con John, pero normalmente hablo mal y, en general, él tiene una impresión mala de mí».
- **Personalizar:** «Mary dice que está demasiado ocupada para verme, pero en realidad no quiere verme».
- **Falsedad:** «He fingido ser agradable con John por esta vez, pero en realidad soy un farsante y estoy lejos de ser una buena persona».
- **Perfeccionismo:** «Esta vez me lleve bien con John y Mary, pero cometí algunos errores estúpidos que no hubiera hecho si fuese una persona perfectamente apta. ¡Tal y como debería ser!».

Si tú y tus pacientes descubris Creencias Irracionales que lleven a sentimientos de depresión, ponlas de relieve, demuestra

cómo están conectadas con su depresión y por qué son tan poco realistas, ilógicas y dañinas. Y, al mismo tiempo, revela de qué modo se relacionan con las Creencias Irracionales (CIs) esenciales que normalmente las hacen dominantes e importantes.

Cuanto más ayudes a tus pacientes a que revelen sus Creencias Irracionales (CIs) esenciales y renuncien a ellas, tanto más podrán ellos concentrar la atención sobre éstas, así como dejar al descubierto sus Creencias Irracionales (CIs) más específicas y limitadas.

Ayudar a los pacientes a ver la conexión entre sus Creencias, Sentimientos y Acciones

Una de las más importantes y autodestructivas Creencias Irracionales mantenidas por los pacientes trastornados es que, después de la Adversidad (A) automáticamente vienen unas Consecuencias *justificadas* (C) de sentimiento y comportamiento. Las típicas afirmaciones que se hace uno mismo: «Los sitios cerrados me ponen nervioso», «Me hiciste enfadar al tratarme injustamente», «Me sentí como un gusano cuando se reían de mí».

Estas son en parte afirmaciones precisas de sentimientos de A (Adversidad) y C (trastorno). Pero omiten los factores «B», que son muy importantes (las Creencias sobre A de tus pacientes). A solo no conduce a C de forma clara, ya que sí lo hiciera, todas las personas se sentirían nerviosas en espacios cerrados, todas se sentirían enfadadas cuando vieran a otros tratarles injustamente y todas se sentirían como gusanos cuando se rieran de ellas. Y, obviamente, no todas lo hacen.

Ayudar a tus pacientes a descubrir sus Creencias Irracionales (CIs) cuando se encuentran muy alterados quizá no sea suficiente. Jonathan comprobó que se ponía a pensar de forma irracional cuando llegaba a la conclusión de que no gustaba a sus amigos porque les ganaba al tenis, a pesar de que le felicitaban y le trataban de forma agradable después del partido. Gran parte de las pruebas demostraba que, aunque a sus amigos no les gustaba per-

der el partido, les seguía gustando él. Sin embargo, seguía enfadado con ellos por querer jugar con otras personas, a quienes podrían ganar, en vez de hacerlo con él. Le echaba la culpa de su enfado a la Adversidad de que le rechazaran para jugar. En un principio, no veía lo que se estaba contando a sí mismo en B, principalmente: «Ellos *no tendrían* que evitar jugar conmigo aunque pierdan. Ellos jugarán un juego más interesante y mejor. ¡Yo *debería* gustarles a pesar de que les gano y de que ellos no me gustan lo suficiente! ¡Malditos bastardos!».

De este modo, Jonathan «comprobó» que él no era del agrado de sus amigos después de ganar un partido; también «vio» que exageraba el desagrado de ellos, pero no vio que su enojo (C) provenía no exactamente de su rechazo a jugar con él (A), sino también de sus *Creencias* (B) sobre el rechazo de ellos. Cuando AE le ayudó a reconocer B y su importante contribución a C, aceptó el hecho desagradable de la negativa de sus amigos a jugar. Convirtió que jugasen con él en una *preferencia* en vez de una *exigencia* y se sintió preocupado y desilusionado por su rechazo más que enfadado.

A menos que los pacientes vean la conexión BC y se den cuenta de que rápidamente pueden encontrar y cambiar B, no lograrán aprender y utilizar una de las comprensiones más importantes de la TCER y, probablemente, de la terapia general (Ellis & Dryden, 1997; Ellis & Harper, 1998; Walen, DiGiuseppe, & Dryden, 1992).

El uso de la percepción en la TCER

Debido a que la TCER hace hincapié en la cognición más que otras terapias, hace énfasis de forma natural en la importancia de la percepción (la de tus pacientes reconociendo qué influencias internas y externas contribuyeron a sus trastornos y viendo cómo pueden utilizarlas para mejorar su salud emocional y física). Sin embargo, como ya se ha dicho, la TCER sostiene que la propia

percepción sólo puede ayudar parcialmente, y que la comprensión de los detalles del *pasado* puede interferir cambiando las fuentes *presentes* de disfunción. Por consiguiente, la TCER recalca tres tipos principales de percepción que podrían ayudar a los pacientes en el presente.

- **Percepción nº 1: (El ABC de la alteración humana):** A (Adversidad) a menudo contribuye de manera importante a C (Consecuencias) de sentimientos y comportamientos alterados, pero lo mismo hace B (Creencias sobre A). $A \times B = C$.
- **Percepción nº 2:** Aunque las consecuencias de los trastornos frecuentemente se originaron siguiendo las Adversidades durante la infancia y la adolescencia, *en aquel entonces* éstas se crearon en parte por unas Creencias Irracionales (CIs) extraordinarias (pero naturales); y principalmente la Creencia *continuada* en estas Creencias Irracionales es la que en la actualidad *mantiene* a los pacientes alterados. Por eso, sería preferible que ellos observasen estas Creencias Irracionales presentes y pasadas, y las cambiasen para conseguir mejores consecuencias en la actualidad.
- **Percepción nº 3:** Mejorar en la actualidad las Consecuencias disfuncionales de los pacientes requiere, por lo general, mucha intuición, *trabajo y ejercicio* (trabajo y ejercicio cognitivo, emotivo y de comportamiento) porque tienen tendencias biológicas, aprendidas y de dependencia que las mantienen (Ellis, 1994, 1996).

Recuperarse en vez de solamente sentirse mejor

«Ayudar a la gente a recuperarse en vez de simplemente sentirse mejor» (Ellis, 1972) es uno de los factores clave de la TCER. Los siguientes puntos ilustran cómo funciona este proceso:

1. Los pacientes acuden a verte, como terapeuta, para aliviar los síntomas que se les presentan, como emociones perturbadas (por ejemplo, ansiedad, depresión, rabia, desprecio a uno mismo y autocompasión), y para parar sus reacciones convulsivas perjudiciales (por ejemplo, violencia, abuso de menores, beber en exceso, abuso de drogas, juego, fumar y comer demasiado) y sus reacciones de retraimiento (por ejemplo, manías sociales, fobia a hablar en público, indecisión). Bien. Primero, ayúdales a minimizar estos sentimientos y comportamientos auto-destructivos y socialmente perjudiciales, y a pararlos en seco.
2. Cuando los pacientes reducen los síntomas que más les molestan, pueden ser ayudados a minimizar pensamientos, sentimientos y comportamientos (relacionados y no tan relacionados). Por tanto, si reducen su ansiedad social, de un modo similar puedes mostrarles cómo reducir sus preocupaciones laborales y educacionales, hipocondrías, fobias y otras inquietudes que en un principio pueden ignorar o ser poco conscientes de ellas. Utilizando los principios de la TCER, se les puede ayudar a minimizar casi cualquier tipo de ansiedad, depresión y rabia.
3. Para que tus pacientes se recuperen, y no se sientan mejor simplemente, puedes ayudarles a que rara vez estén preocupados, deprimidos o furiosos por la gente y los acontecimientos que, previamente, les han trastornado. Sus Nuevas Filosofías Eficaces se vuelven habituales y rara vez reinciden en las anteriores Creencias Irracionales.
4. Cuando los pacientes se vuelven a perturbar a sí mismos, pueden reutilizar de un modo bastante sencillo los diversos métodos cognitivos, emotivos y de comportamiento que les has enseñado y les has ayudado a poner en práctica. Después, podrán hacerlo con frecuencia preguntándose a sí mismos: «¿Qué técnicas TCER he utilizado antes para

tratar este problema y que pueda volver a emplear?». La terapia centrada en la solución (deShazer, 1985) utiliza una técnica en cierto modo similar.

5. Si aparecen nuevas Adversidades en sus vidas (o las hacen aparecer) los pacientes pueden utilizar su conocimiento de la TCER y de las Nuevas Filosofías Eficaces que han aprendido para rechazar tenazmente amargarse a sí mismos por cualquier cosa que pueda afligirles.
6. Si utilizar la TCER en condiciones especialmente adversas no parece funcionar, los pacientes pueden volver a ti (o a otro terapeuta de la TCER) por algunas sesiones, para que les lleves de nuevo a una terapia efectiva.

Estos pasos, que se analizan con más detalle en el artículo de una revista (Ellis, 1972), resumen el proceso de utilizar la TCER para recuperarse en vez de simplemente *sentirse* mejor. Ninguna terapia funciona igual de bien en todos los pacientes, pero se ha planteado que la TCER, cuanto más intensa y persistentemente se utilice, ayuda a alcanzar esta «elegante» solución de *recuperarse* con más frecuencia que otras terapias

La influencia recíproca de Adversidades, Creencias y Consecuencias (emociones y comportamientos) entre sí

Tal y como hemos comentado, las Adversidades (A) y las Creencias (B) que las personas tienen respecto a éstas influyen y «provocan» C, sus Consecuencias emocionales y de comportamiento. $A \times B = C$. Pero, como también se ha dicho, los pensamientos, los sentimientos y las conductas no son puros, sino que están interrelacionados unos con otros. De un modo similar, aunque la TCER hace hincapié en la influencia de las Adversidades y de las Creencias sobre C, también ve a A afectando a B y a C, a B afectando a A y a C, y a C afectando a A y a B.

ABC de la Teoría de la alteración emocional de la Terapia

«Las personas se alteran no por las cosas, sino por las visiones que toman de éstas».

Epicteto, siglo I d.C.

No es el incidente, sino más bien son nuestras actitudes y creencias sobre éste, lo que provoca nuestra reacción emocional.

A. Activar la experiencia

Tu novia te da la noticia de que está saliendo con otro hombre y, por tanto, desea romper la relación contigo.

B. Creencias Irracionales sobre la experiencia

- «Realmente debo ser una persona despreciable».
- «Nunca encontraré otra mujer tan excepcional como ella».
- «Ella no me quiere; por tanto, posiblemente nadie podría quererme».

y/o

- «¡Esto es terrible! ¡Todo me sucede a mí!»
- «¡Esa zorra! ¡No debería ser así!»
- «No puedo soportar que el mundo sea tan injusto y malvado».

del Comportamiento Emotivo Racional

C. Consecuencias emocionales que perturban

Depresión

y/o

Hostilidad

D. Discutir las ideas irracionales

- «¿Dónde está la prueba de que yo sea una persona despreciable porque esta mujer desee terminar nuestra relación; o de que jamás sea capaz de tener una buena relación con otra persona; o incluso de que no pueda ser feliz yo solo?
- «¿Por qué es tan terrible no conseguir lo que quiero?».
- «¿Por qué no habría de estar el mundo lleno de líos?».
- «¿Cómo es que el hecho de que ella me rechace me hace una mala persona (o hace que ella lo sea)?».

E. Nueva consecuencia o efecto emocional

TRISTEZA: «Bueno, tuvimos una relación maravillosa, y me siento triste porque se ha acabado, pero tuvo sus malos momentos y ahora puedo salir en busca de una nueva pareja».

O

ENFADO: «Me fastidia que ella esté saliendo con alguien, pero no es horrible ni intolerable».

Jodi se resistía a buscar un trabajo mejor principalmente por dos Creencias Irracionales: 1) «No debo fracasar en las entrevistas de trabajo o de lo contrario seré una perdedora». 2) «Presentarse a entrevistas de trabajo requiere demasiado esfuerzo. Esperaré a que alguien me ofrezca un nuevo empleo». Por eso decidió cambiar sus Creencias Irracionales y acudir a entrevistas de trabajo. Pero también observó en la Adversidad (A) que tenía poca formación y experiencia para el tipo de trabajo que quería; que los buenos empleos escaseaban en su zona, y que algunos entrevistadores creían que era demasiado mayor (55 años) para trabajar mucho tiempo antes de jubilarse. De este modo, estos serios hechos en A la influyeron para tener pensamientos negativos en B y evitar las entrevistas en C.

El hecho de que Jodi evitase el trabajo (C) también redujo temporalmente su ansiedad (C) porque no podía ser rechazada, pero a la larga la aumentó porque no era capaz de discrepar, en la práctica, de lo «terrible» del rechazo. De hecho, cuanto menos la rechazaban, tanto más «terrible» se imaginaba que sería. Por eso, el hecho de evitar buscar un empleo (C) también «confirmaba» su Creencia Irracional (B): «¡Es terrible ser rechazada; no debo serlo!».

Cuando Jodi vio más en detalle el ABC de su reacción al empleo llegó a la conclusión de que: «Realmente para mí es duro conseguir el tipo de trabajo que quiero, pero si dejo de decirme a mí misma ‘no debo ser rechazada’ y acepto el hecho de que lo seré muchas veces, realmente no tengo nada que perder. Voy a dejar de ver la búsqueda de trabajo como algo demasiado duro, me forzaré y acostumbraré a hacerlo, y superaré el pánico a buscar trabajo que yo misma me he provocado». Observar en detalle su ABC ayudó a Jodi a buscar activamente un empleo mejor.

Cuando dos o más personas se relacionan entre ellas, sus Adversidades no sólo influyen en sus Creencias y Consecuencias; sus Creencias influyen en sus Adversidades y Consecuencias, y sus Consecuencias influyen sus Adversidades y Creencias, pero

también sus Adversidades, Creencias y Consecuencias a menudo afectan recíprocamente a las Adversidades, Creencias y Consecuencias. Bruce y Grace estaban casados y se criticaban entre sí. En A (Adversidad) Grace tomó la crítica de Bruce, se dijo para sí en B (Creencias sobre A): «¡Bruce *no debe* criticarme tanto! ¡Yo *no puedo soportarle!*» y se enfadó con él en C.

Bruce se dio cuenta del enfado de Grace (en C) y lo convirtió en su Adversidad (A). En B, se dijo a sí mismo: «Ella siempre está enfadada y eso significa que debo estar haciendo algo mal. ¡Realmente soy un inepto!». Por eso se sintió deprimido en C.

Entonces, Grace observó que Bruce estaba deprimido (su C) y lo convirtió en su segunda Adversidad: «No me gusta que Bruce esté deprimido por mi enfado», Así pues, se dijo a sí misma: «He hecho deprimir a Bruce con mi enfado; no lo tenía que haber hecho» (B_2) y se sintió culpable en C_2 .

Entonces Bruce observó la culpabilidad de Grace (su C_2) y lo convirtió en su segunda Adversidad, despreciándose a sí mismo por hacer sentir culpable a Grace. En B_2 , se dijo para sí: «No tengo que culpar a Grace. ¡Realmente soy despreciable por hacer eso!». En C_2 se sintió culpable y más deprimido que nunca.

Obviamente, los ABC de las personas pueden influenciar de manera importante y recíproca en las Adversidades, Creencias y Consecuencias de los demás; y pueden afectar (y también influir) a las Adversidades, Creencias y Consecuencias de los demás. Entonces pueden ayudar a alterar (aunque *no directamente*) a otras personas, especialmente a aquellas con las que mantienen relaciones íntimas. En la terapia de relaciones, la TCER muestra a las parejas de que modo se influyen recíprocamente (aunque no se alteren directamente de un modo recíproco) conforme llegan a la conclusión, muchas veces equivocadamente (Ellis, 1957; Ellis & Harper, 1961; Ellis, Sichel, diMattia, Yeager, y DiGiuseppe, 1989). Eso les ayuda a discutir las diversas Creencias Irracionales que causan su perturbación.

Las ventajas de la TCER activa-directiva

Algunas personas trastornadas están cansadas de sus sentimientos y comportamientos disfuncionales, totalmente preparadas para pasar por las molestias de un cambio y (por su cuenta o con material de autoayuda) se fuerzan a ellas mismas a cambiar. ¡Bien! Aunque muchas de ellas cambian más lentamente que otras. ¿Por qué? Por varias razones:

- Pueden ser biológicamente propensos a estar gravemente trastornados; por ejemplo, sufrir graves desórdenes de personalidad y tener más problemas que la mayoría de «buenos neuróticos».
- Pueden tener poca tolerancia a la frustración y no dedicar el tiempo ni el esfuerzo que, por lo general, se requiere para cambiar.
- Pueden ver la mejora como «peligrosa» porque llevan consigo sus excusas de no arriesgarse en lo que puedan fracasar.
- Pueden estar más interesados en la aprobación del terapeuta y en la terapia continuada con un terapeuta atento, que en mejorar y ser ellos mismos.
- Pueden ser hostiles hacia aquellos que les empujan a cambiar (como sus parejas)
- Pueden no estar de acuerdo con un tipo de terapia en particular, como la TCER.
- Pueden tener otras razones para resistirse (Ellis, 1985).

Cuando los pacientes se resisten a la terapia, generalmente lo mejor es abstenerse de métodos pasivos continuos (¡para siempre!), pero determinar de un modo activo-directivo cuáles son sus principales razones para resistirse, si son buenas razones (que pueden serlo) y cómo ayudarles a superarlas (si es factible). Hay muy pocas evidencias que respalden la teoría de que si simplemente muestras a tus pacientes sus Creencias Irracionales (CIs) y cómo modificarlas (o de lo contrario serías un terapeuta indirecto

y menos activo) de alguna manera, como personas constructivistas, encontrarán el camino hacia una buena solución. Hay muchas más evidencias de que revelar, encontrar las razones y arrancar de raíz la resistencia de los pacientes de un modo activo-directivo suele funcionar. Pero, aun si no lo hace, puede revelar el porqué y animar a los pacientes a utilizar otro tipo de terapia.

Además, el hecho de que seas activo-directivo tiene otras muchas ventajas. Muestra lo que probablemente sea eficaz para este paciente en particular (quien, en algunos aspectos, es diferente de otros pacientes). Puede funcionar bien para una terapia más breve y efectiva en el caso de pacientes que se esfuercen mucho. Ayuda a enseñar algunas de las teorías y prácticas fundamentales para que los pacientes elijan. Generalmente, los pacientes sufren cuando empiezan una terapia y es muy positivo que les muestres que puedes guiarlos de un modo nuevo y menos doloroso. La terapia es cara por el tiempo y el dinero del paciente, y por el tiempo y el esfuerzo del terapeuta, y la terapia activa-directiva (se espera que breve) lo hace más barato. Los métodos de terapia más pasivos, como el clásico análisis y la terapia de Carl Rogers centrada en la persona, se ha demostrado que «entran con disimulo» en técnicas directivas y de ligero refuerzo porque, con frecuencia, funcionarán ellas solas. Muchos buenos métodos de terapia, como la exposición a estímulos y sucesos espantosos, han de ser enseñados y alentados de un modo directivo. Ser directo hace hincapié en la propia eficacia, lo que da confianza a los pacientes para lograr muchas cosas que están convencidos de no poder hacer. Ser directo es necesario con aquellos pacientes que tienen graves desórdenes de personalidad u otras limitaciones biológicas o adquiridas, y que exigen la acción de un terapeuta para forzarles a superar esas limitaciones.

Debido a estas ventajas, la TCER generalmente es bastante activa-directiva. Pero no olvides que prácticamente todas las cosas buenas también tienen sus desventajas. Por tanto, que seas activo-directivo puede interferir en las tendencias innatas proactivas de tus pacientes a solucionar sus propios problemas y a hacerlos

reales. Puedes presentar objetivos y principios demasiado enérgicamente, y métodos para alcanzarlos que los pacientes acepten demasiado influenciados. En algunos casos, como terapeuta directivo, puedes asumir demasiada responsabilidad y poder, y de ese modo interferir en una relación de colaboración y cooperación paciente-terapeuta.

AE ha descrito varias advertencias para los terapeutas en caso de ser demasiado directivos (Ellis, 1997). Estas incluyen:

- Ser consciente de las limitaciones de las técnicas de la terapia que utilizas.
- Dirigir las diferentes reacciones de los pacientes hacia las técnicas que recomiendas y estar preparado para detener o modificar algunas de ellas en determinados pacientes.
- Tener disponibles muchos métodos cognitivos, emotivos y de comportamiento, incluyendo algunos métodos más pasivos, que a veces puedes tornar prestados de otros sistemas de terapia.
- Aprobar incondicionalmente o dar la consideración positiva incondicional de Rogers (1961) a todos los pacientes y mostrarles cómo dársela a ellos mismos, de modo que ni se menosprecien ni se derriben a sí mismos cuando no logren utilizar sus «buenos» métodos.

¡Cuidado! Cuanto más activo y directivo seas, tanto más puedes ayudar y hacer daño a tus pacientes. Eso es especialmente cierto con las personas muy sensibles que son propensas a despreciarse a sí mismas. Aunque personalmente puedas estar a favor de la terapia activa-directiva, ten cuidado y estate siempre preparado para retirarte. La terapia a menudo es un proceso ascendente en zigzag, en vez de ser directo. ¡Déjalo estar cuando haga falta!

Para concluir este capítulo, diremos que hemos visto utilizar con éxito la TCER y la TCC a algunos terapeutas bastante pasivos y nada directivos. Van con sumo cuidado porque ésa es su naturaleza o porque, de un modo pasivo, intentan que sus pacientes

saquen sus propias conclusiones sobre sus Creencias Irracionales (CIs), cómo discutir las y cómo sentirse y actuar contra ellas. Algunos terapeutas que practican la TCER utilizan casi exclusivamente el método del diálogo socrático de ayudar a los pacientes a cuestionar y desafiar sus Creencias Irracionales (CIs). Este método es bastante activo en realidad, ya que el terapeuta emplea preguntas, como por ejemplo: «¿Qué te dijiste a ti mismo cuando estabas preocupado por tu indecisión?» y «¿Es realmente cierto que debes tener el éxito asegurado al presentar tu punto de vista?». Pero apenas es tan directivo como decir: «¿No exigiste que tenías que presentar bien tu punto de vista?» Y; «Obviamente no *tienes* que presentar bien tus opiniones y estarías mucho menos preocupado si solamente *prefirieses* hacerlo así».

Además, probablemente todos los terapeutas son de *algún modo* activos-directivos. Pero, como un practicante de la TCER y la TCC puede *elegir* cuánto serlo con cada paciente, ¡intenta emplear esta elección sabiamente! Descubre qué funciona mejor con este paciente en concreto en este momento. ¡Experimenta!

Resumen

- Las tendencias biológicas, las condiciones ambientales y el entorno social juegan un importante papel en las causas de que las personas se preocupen y se perturben psicológicamente.
- Ante todo la TCER se centra en los elementos cognitivos de la perturbación porque cambiar una creencia irracional esencial puede llevar a profundas mejoras emocionales y conductistas.
- En el modelo «ABC» de la TCER, la «A» es *un incidente que activa* o una *adversidad* que la persona experimenta en su vida como una situación, persona, pensamiento, etc.
- La «C» es la *consecuencia* emocional y/o conductista conectada a la «A».
- La «B» es la *creencia* sobre la «A», suceso que activa, que en realidad causa la «C», consecuencia.

- Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Las Creencias Racionales (CRs) son flexibles, se adaptan, son compatibles con la realidad social y nos ayudan a conseguir nuestros objetivos en la vida. Las Creencias Irracionales (CIs) son rígidas, dogmáticas, incompatibles con la realidad social y, generalmente, se interponen en el camino hacia nuestros objetivos.
- La TCER se centra no sólo en ayudar al paciente a *sentirse mejor* en la situación actual, sino que también le enseña a *recuperarse* en situaciones futuras.
- Un enfoque activo-directivo de la terapia la hace más breve y eficaz, ya que permite «enseñar» oportunidades y proporcionar una motivación añadida al paciente, al hacerle avanzar rápidamente y, potencialmente, aminorar sus gastos.

El proceso de evaluación

En cierto modo la TCER es escéptica con las clasificaciones de los diagnósticos rígidos, como las que se describen en DSM-IV, porque a veces catalogan a las personas de una forma demasiado generalizada. No obstante, pueden ser útiles para saber hasta qué punto están perturbados tus pacientes, cuánto tiempo se necesitaría para ayudarles y qué métodos pueden serles más útiles.

Los métodos de evaluación de los que la TCER es partidaria son las pruebas y materiales cognitivo-conductistas (Kendall & Hollon, 1980), preferiblemente los tests psicodinámicos, como el test de Rorschach, que está abierto a muchas interpretaciones. Ningún test es sagrado, porque incluso los tests «objetivos» de las (Creencias Irracionales reconocidas por los pacientes pueden estar adornados de un modo consciente o inconsciente. En nuestro paquete de matrícula en el Instituto de Nueva York incluimos algunos tests modelos y también formularios para recoger datos biográficos e información sobre alguna experiencia de terapia anterior. También hacemos que los pacientes vuelvan a presentarse a una evaluación de «satisfacción por la vida» cada cuatro o seis semanas para añadir en el gráfico de progreso.

La evaluación incluye:

1. ¿Cuáles son los trastornos cognitivos, emocionales y de comportamiento específicos del paciente y la falta de habilidad (Cs)?

2. ¿Qué sucesos o adversidades (As) activos acompañan comúnmente a sus Consecuencias (Cs) no deseadas?
3. ¿Qué Creencias Racionales (CRs) y Creencias Irracionales (CIs) se ocupan de valorar las Adversidades y conducen a Consecuencias disfuncionales?
4. ¿Qué Discusiones (D) cognitivas, además de métodos emotivos y conductistas, es probable que ayuden a los pacientes a conservar sus Creencias Racionales (CRs) y a cambiar sus Creencias Irracionales (CIs) de modo que, de una manera enérgica y continua, alcancen Nuevas Filosofías Eficaces de vida (Es)?
5. ¿Qué pensamientos, sentimientos y acciones mantendrán mejor el progreso de los pacientes, y les ayudarán más a realizarse y disfrutar de sí mismos?

Por lo general, abogamos por identificar primero las Consecuencias (Cs) problemáticas de los pacientes, ya que ése es el tema que normalmente presentan y que te ayuda a ti a evaluar si los pacientes sienten o se comportan racionalmente, o si se han trastornado irracionalmente por algo que ha pasado en sus vidas. Para obtener las Cs se puede preguntar: «¿Cómo te sientes acerca de eso?», «¿Cómo te sientes físicamente cuando eso sucede?» y «¿Qué haces?». Las respuestas a estas preguntas varían enormemente y puede ser que tengas que sondear más profundamente para comprender qué está pasando en esas situaciones. Un paciente puede contar que se siente «alterado». Éste es el comienzo, pero tú quieres evaluar qué tipo de trastorno padece exactamente. ¿Es enfado, depresión, celos, preocupación o una combinación de varias cosas? ¿Es tristeza, frustración o desilusión? En esos casos puede ser una respuesta racional. ¿Tu paciente está comiendo en exceso cuando percibe que le están tratando mal, o elige de un modo racional no perder el tiempo con la gente que no se comporta bien con él/ella?

Morgan comenzó su primera sesión de terapia afirmando que estaba disgustado con su compañero de negocio, Bill. Cuando se le preguntó por la naturaleza de su disgusto, explicó que sentía enojo y desilusión. Su desilusión provenía de no tener la clase de relación laboral con Bill que le hubiese gustado tener. Eso era razonable y se basaba en un deseo que no se había realizado, por eso decidimos trabajar sobre su enfado porque este era insano y le estaba provocando mucho estrés.

Una vez que has identificado las Consecuencias (Cs) y has aceptado la Consecuencia más importante o que ejerce más presión sobre la que tu paciente quiere trabajar, es el momento de evaluar a conciencia los sucesos activos o Adversidades (As) que provocan las Consecuencias. Si hay varias Cs, se tendrá que pasar algún tiempo estableciendo prioridades sobre que trabajar y en qué orden. Los pacientes, pocas veces o nunca, experimentan su disgusto *todo el tiempo*. Por consiguiente, es importante que se les ayude a identificar las situaciones, personas o pensamientos concretos que desencadenan sus Consecuencias poco útiles. Algunas preguntas aconsejables son: «¿Cuándo sientes o te comportas de ese modo?» o «¿Qué situaciones dan normalmente como resultado esa Consecuencia?», También se puede hacer explicar al paciente la experiencia más reciente que tuvo con esas Consecuencias para lograr dar sentido a las Adversidades.

Morgan se enfadaba con Bill en situaciones en las que creía que éste no estaba «trabajando como debía» en la oficina. Recientemente, Bill había salido del trabajo más temprano para ir a jugar a béisbol, en vez de quedarse en el trabajo hasta última hora del día. Morgan no sólo se quedaba hasta muy tarde para terminar el trabajo, sino que también echaba chispas por ello toda la noche y tenía problemas para conciliar el sueño, debido a los pensamientos que le invadían sobre «la poca ética laboral» de Bill. Entonces empezó a comportarse agresivamente y a ser desagradable con Bill durante los días siguientes. Morgan explicó que ese tipo de escenas se repetían una o dos veces por semana.

El paso siguiente es identificar las Creencias (B) que provocan las reacciones (C). Las preguntas apropiadas son: «¿Qué te dices a ti mismo cuando estás celoso, deprimido, comes en exceso, etc.?», «¿Qué te hace enfadar, preocupar, etc.?» y «¿Qué pasa por tu cabeza mientras te sientes o te comportas de esta manera?». Por lo general, con estas preguntas se obtendrán las creencias racionales e irracionales. Se ha de tener en cuenta que:

- Las Creencias Racionales (CRs) son aquellas que son sanas, productivas, se adaptan y son compatibles con la realidad social. Generalmente consisten en preferencias, deseos y necesidades.
- Las Creencias Irracionales (CIs) son rígidas, dogmáticas, enfermizas, se adaptan mal y la mayoría se interponen en el camino de nuestros esfuerzos por conseguir nuestros objetivos. Las Creencias Irracionales (CIs) constan de demandas, obligaciones e imperativos.
- El terapeuta tiene que trabajar para identificar y reforzar positivamente las afirmaciones racionales (CRs) mientras toma nota de las afirmaciones irracionales (CIs), que son las creencias que más contribuyen a las Consecuencias (Cs) enfermizas. El objetivo es tratar de descubrir las exigencias ocultas (imperativos), aterrorizando, destruyéndose a uno mismo y a los demás, y una baja tolerancia a la frustración («No puedo soportarlo/s»). Tal vez se tenga que preguntar varias veces y de formas muy diferentes para cumplir esta tarea.

Morgan dijo que cuando se enfadaba con Bill sus pensamientos eran: «No es justo que yo tenga que trabajar tan duro y él no»; «Él no está invirtiendo el tiempo suficiente (que debería)»; «Verdaderamente es un estúpido por ponerme en esta situación» y «Me gustaría poder hacer pausas como esas». La última afirmación, de nuevo, era sana y racional. El deseo de Morgan de descansar no le estaba llevando a ningún problema real. Le llevaba a sentirse desilusionado pero no le provocaba sentirse excesivamente

disgustado ni a actuar de alguna forma poco apropiada. Las dos primeras creencias, sin embargo, estaban causando muchos problemas a Morgan. Estaba exigiendo estrictamente y de un modo irracional que Bill no fuese como obviamente era. También estaba catalogando a Bill de un modo global como una persona totalmente «tonta», debido a su comportamiento en este tema en particular. Además, creía enérgicamente y de una manera poco lógica que, porque pensaba que Bill tenía que invertir más tiempo, éste debía hacerlo. Finalmente, estaba demostrando una baja tolerancia a la frustración con su creencia de que él mismo no tenía que trabajar tan duro.

Después de identificar el ABC de una Consecuencia concreta con tu paciente, puedes empezar a examinar, valorar, probar y, por último, reemplazar las Creencias Irracionales (CIs) que han aflorado durante esta evaluación. Los siguientes tres capítulos analizan varias propuestas. Por supuesto, como a algunos pacientes no les resulta familiar el modelo ABC, puede llevar más tiempo trabajar en las evaluaciones iniciales, hasta que te sientas más cómodo con la TCER y tu paciente esté más informado sobre esta terapia. Una manera de hacer la experiencia más fácil es discutir el modelo y la teoría de la TCER con los pacientes en el mismo momento de comenzar la terapia, de modo que tengan una comprensión básica de ésta y una oportunidad para preguntar si fuese necesario. A medida que adquieran experiencia, los pacientes empezarán a presentar sus problemas en el formato ABC pero, como en otras muchas cosas, eso llega con la práctica.

Otra cosa a tener en cuenta, como en el ejemplo de Grace y Bruce en el capítulo anterior, es que las Consecuencias (Cs) muchas veces se convierten en Adversidades (As) para tus pacientes. Esto significa que una Consecuencia puede convertirse en el desencadenante de toda una evaluación ABC separada, y explorar esta posibilidad es igualmente importante para evaluar el problema. Por ejemplo, cuando Morgan se enfadaba con Bill, posteriormente se sentía culpable por ello y se despreciaba a sí mismo. Así, su enfado (la Consecuencia en el primer ejemplo) se convirtió

en una Adversidad secundaria que le llevó a sentirse culpable y a despreciarse a sí mismo. Eso se debía a las propias afirmaciones (CIs), como: «No tenía que haber sido tan mezquino con Bill»; «Es terrible por mi parte enfadarme tanto con un amigo», etc. Se pueden evaluar los problemas secundarios haciendo las preguntas: «¿Cómo te sientes contigo mismo por estar enfadado, preocupado, deprimido, etc., y/o por comportarte de ese modo?». Por regla general, si descubres que tu paciente está experimentando un trastorno secundario e incluso terciario sobre el problema, lo mejor es comenzar con el trastorno terciario (o secundario) e ir retrocediendo hasta el problema principal. Los pacientes pueden presentar como el problema principal lo que resulta ser un problema secundario; por eso es importante seguir preguntando, formulando y probando hipótesis a lo largo de la terapia.

En la TCER la evaluación es un proceso continuo. Normalmente se cuenta con la propia terapia como el principal método de diagnosis, pues se ve rápidamente qué Adversidades (As) inquietan más a los pacientes; qué Creencias Irracionales (CIs) tienen acerca de estas Adversidades (As); con qué precisión pueden reconocer sus CIs; de qué manera y con qué energía se lo exigen; qué Nuevas Filosofía Eficaces (Es) idean; etc. Puedes comprobar los aspectos más importantes de los trastornos de tus pacientes y de qué modo utilizan los métodos TCER para provocarse o no cambios a sí mismos. Por tanto, puedes seguir los métodos más efectivos y dejar de lado los menos eficaces para cada paciente en particular. Además, no tienes que mantenerte fiel a las técnicas TCER preferidas, sino que puedes utilizar otras e incluso utilizar las de otros sistemas que generalmente se desaconsejan.

No existen obligaciones en la utilización de los métodos TCER y de los que no son TCER; sólo preferencias que son guiadas por su eficacia en los diferentes pacientes. Como observó Paul (1967, p. 11), uno se pregunta a sí mismo: «¿*Qué* tratamiento y de *quién* es más eficaz para *este* individuo con *ese* problema específico, y bajo *qué* serie de circunstancias?». Como de costumbre, la TCER es flexible por encima de todo.

Resumen

- La evaluación es un elemento vital y continuo del proceso terapéutico.
- Las evaluaciones más eficaces incluyen datos objetivos combinados con el propio informe del paciente sobre información biográfica, experiencia previa de alguna terapia y observación minuciosa en el problema/s actual/es.
- También es importante que evalúes lo que el paciente conoce sobre el tipo de terapia que practicas, porque tal vez necesite empezar con una descripción de su propuesta teórica.
- Igual de importante es la evaluación si existe algún problema secundario, terciario, etc., que derive del primer problema.

Esta página intencionalmente en blanco

Técnicas cognitivas

Hasta el momento has recibido una perspectiva general de la teoría y la práctica de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional. En este punto puede que te estés diciendo a ti mismo: «Comprendo hacia dónde se supone que debo ir, pero todavía no sé cómo llegar hasta allí». Bien, tranquilo. No eres el primer terapeuta que piensa de esta manera. Muchas veces lo hemos observado en nuestros programas de orientación profesional. Comprender las ideas básicas es fundamental para utilizar esta propuesta con éxito, pero sin las técnicas precisas será difícil llegar muy lejos.

Debido a que este tipo de terapia es relativamente sencillo en lo que respecta a su teoría, los terapeutas pueden cometer el error de pensar que si se leen uno o dos libros sobre la teoría de la TCER, *automáticamente* serán capaces de ponerla en práctica con éxito con sus pacientes. Sin embargo, como sabrás por propia experiencia, *comprender* algo y *practicarlo* de manera satisfactoria no siempre va unido. Los tres próximos capítulos están dedicados a las técnicas que puedes utilizar para ayudar a tus pacientes a identificar, examinar y reemplazar sus patrones cognitivos, conductis-

tas y emotivos desfavorables. Se ha de tener en cuenta que, igual que nuestros pensamientos, conductas y emociones están interconectados, las siguientes categorías no se excluyen entre sí. Muchas de las técnicas coinciden en parte y podrían colocarse bajo uno de los otros títulos, pero hemos intentado colocarlas en las categorías que parecen reflejar la importancia básica de la intervención. Como terapeuta, es crucial que practiques y experimentes utilizando estas intervenciones de modo que puedas integrarlas en tu propio sistema terapéutico y te sientas cómodo al utilizarlas.

Hay dos cosas que es importante conseguir antes de pasar a la fase práctica con tu paciente. Primero, has explicado la teoría y utilidades del modelo ABC a tu paciente y estás seguro de que tiene una idea básica de la terapia. Segundo, tu paciente ha estado de acuerdo en trabajar, al menos provisionalmente, desde la premisa de que él/ella es el/la principal responsable de sus reacciones a los altibajos de la vida. Una vez conseguidas estas dos cosas, es el momento de ayudar a tu paciente a poner en práctica algunos cambios.

A medida que vayas leyendo las descripciones de las técnicas TCER en este capítulo y en los dos siguientes, podrás querer más información sobre un procedimiento en concreto. Hemos incluido en el texto algunas lecturas recomendadas, y llamamos tu atención sobre el libro de la página 115 y sobre la bibliografía de las páginas 145-182.

Debates

La TCER probablemente es más conocida por su método de debate. Este es un enfoque activo para ayudar a los pacientes a evaluar la utilidad y eficacia de los elementos de sus sistemas de creencias (Bernard, 1991, 1993; Dryden, 1994; Ellis, 1962, 1973, 1985, 1988; Ellis y Grieger, 1977, 1988, Ellis & Harper, 1975; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992; Yankura & Dryden,

1990). Una vez que tus pacientes estén familiarizados con el ABC de la TCER, el debate les permitirá identificar, discutir y reemplazar sus creencias rígidas e inflexibles, que tantos problemas les están causando. Tú también podrás demostrarles cómo generalizar el uso de estos desafíos funcionales, empíricos y lógicos hacia otras áreas.

Se puede abordar el tema utilizando un estilo didáctico o socrático. Un enfoque didáctico hace referencia a la parte informativa de una sesión en la que, como terapeuta, aclaras los diferentes términos y explicas la diferencia entre creencias racionales e irracionales. Como se analizó en el capítulo anterior, las *Creencias Racionales (CRs)* son flexibles, se adaptan, nos ayudan a alcanzar nuestros objetivos y son compatibles con la realidad social. Las *Creencias Irracionales (CIs)* son dogmáticas, no pueden ser totalmente compatibles con la realidad social y, por lo general, se interponen en la consecución de un objetivo. Tú también puedes dar ejemplos de creencias racionales e irracionales utilizando un enfoque didáctico, y establecer posibles hipótesis sobre las creencias de tu paciente en particular. Con frecuencia podrás comprobar que un estilo didáctico a modo de conferencia es útil especialmente en la fase del inicio del tratamiento, cuando empiezas a educar a tu paciente acerca de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional. Posteriormente, podrás integrar un enfoque socrático o crítico para identificar y debatir el pensamiento irracional. Un enfoque socrático implica una participación mayor del paciente. A través de una serie de preguntas clave, podrás concretar más específicamente cómo y dónde se vuelve problemático el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento de tu paciente.

El impulso que se esconde tras el debate es el hecho de que muchos de nosotros adoptamos un sistema de creencias sobre el mundo que influye enérgicamente en nuestras reacciones y que pocas veces cuestionamos estas creencias, aunque puedan ser poco prácticas, poco reales e ilógicas. Además, a menudo

reafirmamos estas creencias con tanta frecuencia que, en general, no podemos ser conscientes del poder que ejercen sobre nuestras vidas. Catharine MacLaren (CM) tuvo la oportunidad de trabajar hace varios años en una organización donde se alentaba periódicamente a sus miembros a expulsar todos sus procedimientos y después intentar «discutirlos» de nuevo con prudencia. Si eran capaces de presentar de un modo empírico razones claras, lógicas y justificables para restablecer cierto procedimiento de dirección de la organización, se les permitía hacerlo. Si había una evidencia poco o nada convincente para un procedimiento, entonces éste era rechazado y se formulaba uno nuevo para ser implantado y probado. Esto es muy similar a lo que pedimos a los pacientes que hagan con ciertas áreas de su sistema de creencias. El primer paso para debatir de un modo eficaz es identificar con tu paciente su/s Creencia/s Irracional/es particulares, tal y como se ha comentado en el capítulo anterior. Una vez identifiques que una creencia esencial irracional o enfermiza puede haber sido desenterrada, tu trabajo es ayudar al paciente a probar esta hipótesis. Existen cuatro formas principales de hacerlo.

Debates funcionales

El propósito de esta intervención es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias de tu paciente y de las emociones y comportamientos que las acompañan. Concretamente, esto implica evaluarlo para descubrir si la creencia, conducta o emoción está ayudando a tu paciente a alcanzar sus objetivos en la vida. Las preguntas típicas son: «¿Te está sirviendo de ayuda?» o «¿Cómo afecta a tu vida pensar de este modo (o comportarte o sentir de este modo)?». El destino del debate funcional es indicar a tu paciente que la creencia está alcanzando sus objetivos. Con mucha frecuencia, los pacientes podrán identificar que su creencia en particular (comportamiento o emoción) le está causando

serios problemas. Un típico debate funcional se pondría en práctica del siguiente modo:

IAN: Siempre que veo a mi novia hablando con otro hombre me inquieto.

TERAPEUTA: ¿En qué sentido te inquietas?

IAN: Bueno, comienzo a sentirme realmente celoso y quiero que deje de hablar con él inmediatamente.

TERAPEUTA: ¿Y por qué te sientes celoso?

IAN: Tal vez ella decida que él le gusta más que yo y me deje.

TERAPEUTA: ¿Y qué pasaría si ella te dejara?

IAN: No podría soportarlo y mi vida sería terrible.

TERAPEUTA: ¿Y qué significaría que ella te dejara?

IAN: Que no valgo nada. Que me pasa algo malo.

TERAPEUTA: ¿Y de qué te sirve creer que no vales nada si ella te dejara?

IAN: Me parece que realmente no sirve de ayuda. En realidad me hace sentir disgustado.

TERAPEUTA: ¿Y qué haces cuando empiezas a sentirte disgustado en esas situaciones?

IAN: Generalmente acabo cometiendo alguna estupidez, como dirigirme hacia Jacqui y besarla exageradamente para demostrar que ella es mía o gritándole y vociferándole.

TERAPEUTA: ¿Y después qué?

IAN: Ella se enfada conmigo y discutimos, y después me siento culpable y enfadado conmigo mismo.

TERAPEUTA: ¿Y tu objetivo final es continuar la relación con Jacqui, verdad?

IAN: SÍ.

TERAPEUTA: De modo que hemos descubierto que tu creencia de que no podrías soportar vivir sin ella te lleva a: 1) sentirte disgustado en esas situaciones; 2) comportarte de una manera que posteriormente lamentas; y 3) presionar a la persona con la que estás tan desesperadamente tratando de mantener

una relación amorosa. Ella también se enfada contigo, ¿verdad?

IAN: Exacto.

TERAPEUTA: De acuerdo. Te volveré a preguntar: ¿Cómo está afectando a tu vida esta creencia?

IAN: De un modo realmente negativo.

TERAPEUTA: Entonces, ¿por qué quieres aferrarte a ésta?

IAN: Si lo presenta de esta manera, no quiero.

Mediante este estilo socrático directo de hacer preguntas, puedes ayudar a tu paciente a examinar minuciosamente las creencias que sospechas —y probablemente con buena evidencia— que potencialmente están provocándole problemas evitables.

La realidad es que no importa lo convincente que pueda ser un debate funcional; por lo general, tus pacientes no podrán expulsar una creencia sencillamente de un día para otro. Después de todo, la mayoría probablemente han estado practicando y reafirmando este modo de pensar durante mucho tiempo. Sin embargo, lo que tú estás intentando hacer es demostrarles sistemáticamente las muchas posibilidades que tienen de ganar, trabajando para reemplazar las Creencias Irracionales por Creencias Racionales, más flexibles y más reales.

Sin embargo, hay veces que los pacientes podrán identificar *consecuencias positivas* de ciertas creencias, conductas y/o emociones. Jane acudió a la terapia porque se encolerizaba cuando su hijo de tres años cogía una rabieta. Por un lado, no quería enfadarse tanto porque ello asustaba a su hijo y porque experimentaba una «pérdida del control» de sus emociones que la inquietaba mucho. Además, se sentía culpable después del suceso. Por otro lado, identificaba que el hecho de enfadarse la liberaba de la tensión y que su hijo se tranquilizaba antes cuando se ponía furiosa. Cuando se le presentó con un debate funcional («¿Enfadarte te ayuda?») su respuesta fue combinada. En ese momento le pregunté: «¿Te ayuda más que te hace

daño?» y «¿Hay otras maneras de conseguir las consecuencias positivas sin disgustarte tanto a ti misma?». Esto tenía dos propósitos. Uno era que Jane identificara que su enfado le era más dañino que útil. El segundo, reafirmar más su motivación y deseo de renunciar al enfado. Si no hubiese consecuencias negativas de la creencia, probablemente el paciente no buscaría ayuda, pero tal vez algunas veces tengas que explorarlas más en detalle.

Debates empíricos

En este enfoque, las preguntas están orientadas a evaluar los hechos objetivos de la/s creencia/s de tu paciente. En otras palabras, comprobar si la creencia específica es compatible con la realidad social. Las preguntas utilizadas con frecuencia son: «¿Dónde está la evidencia?», «¿Dónde está la prueba de que esto es exacto?» y «¿Dónde está escrito?». Recuerda que no estás preguntando por qué a tu paciente le gustaría que ésa fuese la manera de insistir en que lo fuera o no. Tampoco estás preguntando por qué la mayoría de las personas, si fuesen encuestadas, coincidirían con tu paciente. Probablemente, tendrá muy buenas razones para que sea como él/ella quiere. No obstante, le estás pidiendo evidencias empíricas, no preferencias. Al principio tu paciente confundirá muchas veces la pregunta y te dará preferencias.

Aquí tienes un ejemplo: si tuvieses que pedirle a Ian, el paciente celoso del apartado anterior, evidencias que apoyasen su creencia de que él no vale nada o de que es despreciable sin su relación sentimental, probablemente respondería con las más diversas razones que perderla sería terrible e inoportuno para él. Podría afirmar que ella le rechazaría, que ella probablemente encontraría a otra persona o que él tendría que buscar otra relación. Todas estas cosas podrían ser factibles y

muy desagradables para Ian. Pero la cuestión seguiría siendo de qué modo perder su relación con ella le haría despreciable. La respuesta es que no hay ninguna prueba de que la valía del paciente esté comprometida necesariamente, pero él ha estado uniendo tan enérgicamente su propia valía a su relación y durante tanto tiempo que realmente se lo ha creído. En consecuencia, la perspectiva de una ruptura le atemoriza y le hace sentir y comportarse de un modo que le causa problemas.

En el debate empírico, tu deber es ayudar al paciente a comprender que se ha estado aferrando a una creencia que es insoportable y que cuando es cuestionada pierde el sentido. Durante este proceso es importante apoyar los deseos y preocupaciones válidas del paciente y también separar las preocupaciones racionales de las creencias y temores irracionales.

Debates lógicos

El debate lógico se centra en cuestionar el salto ilógico que tu paciente está haciendo en su pensamiento irracional de los deseos o preferencias a las exigencias. Sólo porque él quiera que algo ocurra o sea de una manera determinada, no significa que necesariamente lo sea. Las preguntas apropiadas son: «¿Cómo se entiende que sólo porque a ti te gustaría que esta cosa fuera cierta y fuera muy conveniente, *deba* serlo?» y «¿Dónde está la lógica de que Y *deba* seguir a X?». Además, los pacientes te pueden dar muchas razones de por qué les gustaría que eso fuera cierto, pero a la larga, si la creencia es irracional, lógicamente será insoportable. También se puede preguntar: «¿Cómo es posible que fracasar en una tarea importante te convierta en un fracasado, cuando eres una persona que puede fracasar en unas tareas y tener éxito en otras?» o «¿Por qué el fracaso te hace despreciable?».

Chuck estaba deprimido por ser incapaz de encontrar el empleo, la relación sentimental y la vida de sus sueños. A los

34 años había estado tanteando, tanto a nivel personal como profesional, pero en realidad nunca se había implicado totalmente en nada «porque nada parece ser *perfecto*». Tanto disentía consigo mismo sobre las posibilidades como se dedicaba con desgana a un trabajo, a una relación y a los más diversos proyectos, sólo para desilusionarse después *porque* sólo estaba implicado a medias y éstos no se ajustaban a sus ideales de *cómo tenían que ser*.

La fuente de su depresión tenía dos aspectos. En primer lugar, se enfadaba consigo mismo por su pasado al pensar: «No puedo soportar haber perdido todo este tiempo, es horrible». Entonces se deprimía *horrorizándose* sobre su futuro: «Nunca conseguiré lo que quiero. Siempre estaré insatisfecho con mi vida», lo que se convirtió en algo parecido a una profecía hecha por uno mismo.

Los debates lógicos que resultaron útiles en este caso incluían: «¿Dónde está la lógica de que una situación tenga que ser perfecta antes de comprometerte a ello?» y «¿Cómo se entiende que porque no hayas tenido hasta el momento demasiado éxito en ciertas cosas, siempre tenga que ser de ese modo?». Entonces empezó a ver que gran parte del problema se debía a su actitud y a sus exigencias poco realistas. Estaba rechazando de una manera ilógica implicarse en algo que no fuese «perfecto» y lo empeoraba condenándose a un futuro miserable. Cuando empezó a cambiar sus creencias, fue capaz de hacer cambios positivos en su vida y de sentirse más optimista acerca del futuro.

Debates filosóficos

El enfoque filosófico trata el tema de la satisfacción por la vida. Con frecuencia, tu paciente se habrá centrado tanto en el problema identificado que habrá perdido la perspectiva de otras áreas de su vida. Posteriormente, el problema se ha

convertido en el elemento que define la existencia del paciente. Una posible manera de tratar este asunto es preguntando: «Aunque las cosas no sean siempre como tú desees, ¿todavía puedes aportar un poco de satisfacción a tu vida?». A menudo la perspectiva de la vida de tu paciente se presenta de manera sesgada debido a su problema. Puede ser útil hacer algunas pruebas de realidad sobre otros aspectos de su vida que no sean problemáticos.

Echemos una ojeada a la situación de Jay. Es un varón de treinta y tantos años que empezó la terapia porque últimamente había vivido el fin de una larga relación que había creído que sería «la definitiva». No sólo se sentía desilusionado por la ruptura, sino que creía que hasta que no tuviese la relación «correcta», su vida sería muy poco satisfactoria. Mientras se le apoyaba en su deseo y en sus esfuerzos por encontrar una relación sentimental sana y positiva, CM también se centró en ayudarle a que se sintiera satisfecho sin «esa relación». El resto de facetas de la vida de Jay eran bastante buenas: tenía salud; le rodeaban personas que le apoyaban; ocupaba su tiempo libre con actividades que le gustaban; salía con frecuencia; tenía dinero y su carrera era exitosa. Sin embargo, se aferraba a la creencia de que, sin una larga y satisfactoria relación sentimental, su vida no valía nada. De repente y de forma inesperada, le despidieron del trabajo debido a recortes de plantilla. La naturaleza de sus sesiones de terapia cambió drásticamente: empezó a darse cuenta de lo bien que le había ido al margen del asunto de la relación. Desde luego, era desafortunado que tuviese que ocurrir algo negativo para que lograra esta perspectiva pero, en última instancia, era una oportunidad bastante buena para aprender.

Algunas observaciones finales sobre el tema del debate: es muy importante que los pacientes practiquen el debate fuera de las situaciones estresantes. Cuando estamos bajo tensión volvemos a nuestros modelos sistemáticos de pensamiento; si los pacientes sólo intentan debatir cuando están en estas situa-

ciones tendrán menos éxito. No es diferente a practicar para un acontecimiento deportivo o un recital de música. Una persona que quiera cambiar algún aspecto de su conducta intentará practicar siempre que pueda para desenvolverse mejor en el futuro. Esto también es válido para tu paciente. Lógicamente, a los pacientes no les gusta centrarse en un problema cuando no lo están experimentando. Sin embargo, tendrán mayores oportunidades de éxito si, durante los períodos de tranquilidad, reservan un poco de tiempo para trabajar en sus técnicas de debate.

Afirmaciones de aceptación racional

Este tipo de afirmaciones son autoafirmaciones que normalmente se ponen en práctica cuando se ha conseguido hacer un debate convincente, pero también se pueden utilizar mientras tu paciente está en el proceso de exploración de sus creencias. Estas frases objetivas y alentadoras son compatibles con la realidad social y se anima a los pacientes a repetirlas convincentemente para reafirmar las ideas por sí mismos. Pueden ser afirmaciones alentadoras, como por ejemplo: «Puedo llevar a cabo esta tarea» o «No tengo que disgustarme en estas situaciones». No obstante, es preferible sugerir afirmaciones que traten un asunto filosófico más profundo (Dryden, 1994; Ellis, 1957, 1988; Yankura & Dryden, 1990). Por ejemplo: «Trabajaré para cumplir esta tarea, pero si no lo consigo eso no me convertirá en una persona fracasada» o «No tiene que gustarme que él siga comportándose de este modo, pero sería preferible que me ocupase de ello sin exigir que él no sea como es». Las cuatro afirmaciones de más arriba son afirmaciones de aceptación, pero las dos últimas tratan de cambiar todo el sistema de creencias hacia algo más racional, en vez de simplemente repetir una afirmación positiva que no trata la creencia irracional subyacente. Mediante este proceso tu paciente

está empezando a trabajar para volver a escribir el monólogo sistemáticamente irracional de su cabeza.

Poner ejemplos

Poner ejemplos puede ser eficaz para que tu paciente deje de observarse a sí mismo/a. Le puedes pedir que escoja a alguien que él/ella conozca personalmente, o a alguien a quien admire. Pídele a tu paciente que sea concreto acerca de las cualidades de esa persona y utilízalo a partir de ese momento como referencia en las sesiones.

Ya en tratamiento, Jenny mencionó que le gustaría parecerse a su amigo Tom. Jenny empezó la terapia porque estaba viviendo la ruptura de una relación sentimental de dos años, y estaba deprimida porque había perdido las ganas de continuar con sus intereses, de promocionarse profesionalmente y de cultivar muchas de las amistades que había tenido durante su relación; creía que se había quedado atrás y tenía miedo de volver a pasar por una ruptura si empezaba una nueva relación. Cuando CM le preguntó sobre su amigo Tom, le dijo que él parecía mucho más capaz de mantener el equilibrio en su vida, aun cuando estuviese afectado sentimentalmente. Utilizando a Tom como ejemplo, Jenny fue capaz de identificar su tendencia a centrarse tanto en una relación sentimental que todo lo demás parecía secundario. Por otra parte, Tom mantuvo de una manera sana muchos de los objetivos y prioridades que tenía antes de sus relaciones, y veía una relación sentimental como un complemento en su vida, en vez de como un factor totalmente decisivo. Por consiguiente, a él no le resultaba «devastador» el fin de un romance.

Se ayudó a Jenny a revisar las diferencias que había entre la forma de pensar de Tom y la suya propia, hasta que fue capaz de reemplazar sus pensamientos irracionales («Tengo que ser querida» o «Soy un fracaso sin una relación sentimental») por

una manera de pensar más racional y que la hacía sentir mucho mejor.

Establecer referencias

Establecer referencias sólo es un modo más informal de decir «análisis de beneficio de costes». Esto implica que tu paciente haga listas de las ventajas y desventajas reales de cambiar sus pensamientos y comportamientos irracionales. El objetivo es que tu paciente sea siempre consciente de las razones que ha escogido para cambiar, y que le ayudes a reforzar su motivación si ésta empieza decaer. Es sumamente importante que tenga a su disposición estas listas y las revise regularmente (Danysh, 1974; Ellis & Velten, 1994). Es particularmente valioso que aquellos pacientes que tienen una adicción, como por ejemplo fumar, escriban diez o quince desventajas de su adicción y que las revisen atentamente cinco o diez veces cada día.

Deberes cognitivos

¡Práctica, práctica, práctica! Esta es la filosofía que hay tras la asignación de deberes cognitivos. El tiempo entre sesiones es igual de importante para que se produzcan cambios positivos en la vida del paciente. Pide a tu paciente que identifique Adversidades (As) fuera del tiempo de las sesiones, que identifique sus Creencias Irracionales (CIs) y que las discuta activamente para reemplazarlas por afirmaciones que le permitan enfrentarse a los problemas de forma racional. Después de todo, tu paciente habrá estado ejercitando los procesos irracionales durante muchos años. Descubrirás que los formularios de autoayuda de la TCER son muy útiles en este sentido (ver página 82.)

Formulario TCER de autoayuda

A (ACTIVAR INCIDENTES O ADVERSIDADES)

- Resumir brevemente la situación por la que te sientes alterado. (¿Qué vería una cámara?).
- Una A puede ser interna o externa, real o imaginaria.
- Una A puede ser un incidente del pasado, presente o futuro.

CREENCIAS IRRACIONALES (CIs)

Para identificar las CIs, busca:

- EXIGENCIAS DOGMÁTICAS (Obligaciones, absolutismos y exigencias).
- ATERRORIZAR (Es horroroso, terrible, horrible).
- BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (No puedo soportarlo).
- AUTOEVALUACIÓN/EVALUACIÓN DE OTROS (Yo/él/ella es malo/a, miserable).

D (DEBATIR LAS CIs)

Para debatir pregúntate a ti mismo/a:

- ¿Dónde me está llevando aferrarme a esta creencia? ¿Es útil o autodestructiva?
- ¿Dónde está la evidencia que apoye la existencia de mi creencia irracional? ¿Es compatible con la realidad social?
- ¿Mi creencia es lógica? ¿Se deriva de mis preferencias?
- ¿Es realmente terrible (¿tan mala como podría ser?)
- ¿De verdad no puedo soportarla?

C (CONSECUENCIAS)

Principales **emociones** negativas enfermizas:

Principales **comportamientos** autodestructivos:

Las emociones negativas enfermizas incluyen:

- | | | |
|-------------|----------------------|------------------------------------|
| ■ Ansiedad | ■ Vergüenza/bochorno | ■ Baja tolerancia a la frustración |
| ■ Depresión | ■ Dolor | ■ Culpa |
| ■ Furia | ■ Celos | |

E (NUEVAS FILOSOFÍAS EFICACES)**E (EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS EFICACES)**

Nuevas **emociones negativas** útiles:

Nuevos **comportamientos** constructivos:

Para pensar de un modo racional, esfuérzate por alcanzar:

- PREFERENCIAS NO DOGMÁTICAS (deseos, necesidades, aprobación).
- EVALUAR LA MALDAD (es malo, desafortunado).
- ALTA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no me gusta, pero puedo soportarlo).
- NO EVALUARSE A UNO MISMO O A LOS DEMÁS GLOBALMENTE (yo —y los demás— somos seres humanos falibles).

Las emociones negativas útiles incluyen:

- Desilusión
- Preocupación
- Irritación
- Tristeza
- Pena
- Frustración

Tareas de biblioterapia y psicoeducativas

Puedes complementar la terapia con tareas psicoeducativas y de biblioterapia para reforzar el trabajo que estás llevando a cabo en las sesiones. Casetes, vídeos, folletos, libros, conferencias, talleres de trabajo y temas específicos pueden ayudar a que tu paciente comprenda sus problemas y vaya desterrando las reacciones inútiles. Revisa todo el material que asignes a tu paciente para estar seguro de su utilidad y para que puedas responder cualquier pregunta que éste te haga sobre el tema.

Hacer proselitismo

Animar a tu paciente a que ayude a sus amigos y parientes a resolver sus creencias irracionales puede servirle para tratar sus propios problemas de forma más eficaz (Ellis & Abrahms, 1978). Como todos los terapeutas sabemos, suele ser más sencillo analizar los problemas de los demás, lo que puede ser una forma más sutil de identificar las Creencias Irracionales (CIs), y puedes utilizar el resultado para generalizar los problemas de tu paciente. Es importante que alertes a tu paciente de que no siempre recibirá reacciones positivas a su proselitismo. De hecho, es preferible que abogues por un enfoque moderado, como aconsejarle que preste atención a las señales de que no es bien recibido. Pero, incluso si esto sucede, durante la sesión puedes dirigir su atención a los problemas de los demás.

Recientemente, CM dirigió durante seis semanas un curso sobre reafirmación personal. En la sexta sesión, una de los participantes dijo que al principio se había desconcertado con una afirmación excesivamente generalista que otra participante había hecho sobre los hombres y los abogados. Y añadió: «Pero he estado pensando sobre ello y en realidad me alegro de que ella dijese esas cosas. Creo que tiendo a emitir ese tipo de juicios, pero es mucho más fácil ver lo ridículo que son de boca de otra persona. Generalizar no me ayuda a comportarme bien y me quiero obligar a cambiarlo.

Grabación de las sesiones de terapia

En el Instituto solemos conservar grabaciones de las sesiones precisamente por esta razón. Como ya habrás comprobado, es sumamente difícil recordar todo lo que ocurre en las sesiones —una buena razón para tomar notas— y para el paciente que está trabajando diversos temas escuchar la sesión más tarde puede resultarle muy útil (Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Velten, 1992). Tu paciente se dará cuenta de más cosas cuanto más escuche la cinta, y eso puede reforzar el contenido de la sesión. También puede ser una oportunidad para que el/la paciente se escuche a sí mismo y analice minuciosamente el pensamiento que le causa problemas. Después de escuchar sus sesiones de terapia, puede decirte que se sentía como si escuchara a otra persona y que eso le ha ayudado a ser un poco más objetivo consigo/a mismo/a.

Reformular

Ésta es una técnica utilizada en diversas propuestas terapéuticas para ayudar a los pacientes a conseguir una perspectiva de sus problemas. Puedes animar a tu paciente a que busque problemas que tengan algunos aspectos positivos. Al menos pueden ser capaces de ver las Adversidades (As) negativas como oportunidades para practicar las herramientas que han aprendido en la terapia. En vez de observar las Adversidades de un modo amenazador, absolutista y negativo, pueden ser capaces de aceptarlas como un reto para resolverlas de manera eficaz (Ellis, 1965, 1985, 1988).

Parar y observar

Ésta es una tarea para realizar entre las sesiones. CM oyó hablar por primera vez de esta técnica al Profesor Donald Krill en la Graduate School of Social Work de la Universidad de Denver, y

ha descubierto que es sumamente útil con aquellos pacientes que tienen dificultades para identificar sus pensamientos. Debido a que nos hablamos a nosotros mismos continuamente, podemos llegar a hacer caso omiso de los mensajes que nos repetimos interiormente. De hecho, según las experiencias que tu paciente haya tenido con anterioridad, ésta puede ser la primera vez que se dé cuenta de que él mismo puede ser su peor enemigo.

Pide a tu paciente que se ponga discretas señales en lugares cotidianos. Por ejemplo, CM fijó un trozo de cinta amarilla en el salpicadero del coche cuando le asignaron esta tarea. Otras posibilidades son la pantalla del ordenador, el calendario del escritorio, el botiquín, etc. Cada vez que el paciente observe la señal, debe tomar nota de los pensamientos que han acudido a su mente. Algunas veces estos pensamientos serán neutrales, cotidianos, como por ejemplo: «Tengo que ir a comprar al supermercado» o «El metro estaba abarrotado esta mañana». Sin embargo, los pensamientos que más te interesan son los negativos, de evaluación e irracionales, que pueden haberse convertido en algo tan corriente en la mente de tu paciente, que éste apenas sea consciente de ellos. Éstos deberían anotarse y ser discutidos durante la sesión. Muchas veces los pacientes se sorprenden del carácter negativo de parte de su pensamiento y esto puede ser una manera excepcional de comenzar y/o reafirmar el proceso de cambio.

Resumen

Los tres principales objetivos de las técnicas cognitivas son identificar, cuestionar y reemplazar activamente el pensamiento irracional. El enfoque inicial y principal de la TCER reside en el proceso cognitivo porque los cambios filosóficos en la manera de pensar de un paciente pueden tener efectos positivos permanentes sobre sus emociones y comportamientos.

Técnicas emotivas/ experienciales

Estas técnicas se utilizan para complementar y reforzar las intervenciones cognitivas empleadas en la TCER. Las técnicas emotivas trasladan el foco de atención de identificar las Creencias Irracionales (CIs) a facilitar e incrementar los cambios positivos del pensamiento que se han conseguido mediante técnicas cognitivas.

Imágenes emotivas racionales

Las Imágenes Emotivas Racionales (IER) son una de las técnicas emotivas/experienciales básicas utilizadas en el enfoque TCER. El primer objetivo de estas imágenes es ayudar al paciente a identificar la emoción más apropiada y racional que le gustaría sentir en las situaciones problemáticas. El segundo objetivo es permitir al paciente explorar experiencialmente las autoafirmaciones y los mecanismos de aceptación que resultan más convincentes y naturales para él, y practicarlos con imágenes emotivas racionales hasta que éstas se den de inmediato en las situaciones de gran tensión.

Ésta es la manera: pide a tu paciente que cierre los ojos y recuerde una situación difícil reciente en la que haya experimentado

la emoción disfuncional extrema que queráis trabajar. Dile que te indique cuándo ha reconstruido en su imaginación la situación y el disgusto emocional. Pídele que clasifique sus sentimientos de disgusto (por ejemplo, ansiedad, enfado, etc.) y que después se centre en cambiar la emoción de disgusto por otra emoción negativa sana, más razonable. Dile que te indique cuándo lo ha conseguido. Luego invítale a regresar gradualmente al presente y a abrir los ojos. La primera pregunta es: «¿Que has acabado pensando?». Toma nota de su respuesta. Después pregúntale qué hizo para ser capaz de cambiar su disgusto. Es importante que tomes nota de sus palabras. También puedes examinar de qué modo los pensamientos ayudaron al paciente a sentirse más sano, en vez de disgustarse de mala manera.

Aquí hay un ejemplo reciente de la utilización de Imágenes Emotivas Racionales (IER) con Liz, que se enfada con su jefe cuando éste hace afirmaciones «estúpidas»:

TERAPEUTA: Haz el favor de recostarte y cerrar los ojos. Bien, ahora quiero que te sitúes en un hecho reciente, tal vez sobre el que hemos hablado hoy, en el que Tom decía algo que tú pensaste que era realmente estúpido. Hazme saber cuándo sientes el enfado. ¡Siéntelo de verdad! ¡Siéntelo!

(10 segundos de pausa).

LIZ: Me siento muy enfadada, muy enfadada.

TERAPEUTA: Ahora me gustaría que te centrases en tu enfado y lo cambiases por un sentimiento menos terrible que se adapte mejor. Te has de sentir preocupada y disgustada, pero no enfadada. Hazme saber cuándo llegas ahí.

LIZ: (Se ríe). Esto va a llevar tiempo.

TERAPEUTA: Lo sé. Céntrate en el enfado y en la situación, y trabaja realmente para cambiar tu enfado por un sentimiento de preocupación y disgusto, pero no enfado. Tómate el tiempo que necesites.

(20 minutos de pausa).

LIZ: Ya está.

TERAPEUTA: Ahora regresa con tus pensamientos a esta habitación y abre los ojos. ¿Cómo has acabado sintiéndote?

LIZ: Disgustada. Un poco frustrada.

TERAPEUTA: ¿Puedes describir eso un poco más?

LIZ: Incómoda, pero mejor que estando realmente enfadada.

TERAPEUTA: ¿Y qué has hecho para sentirte disgustada en vez de enfadada?

LIZ: Pensé que esto no tenía que molestarme tanto. Me dije a mí misma que el hecho de enfadarme no iba a cambiarle y que precisamente se trataba de controlar mis emociones hacia él. También pensé que esto no tiene que gustarme, ni él, pero puedo ocuparme de ello.

TERAPEUTA: ¡Fantástico! ¿Por qué crees que decir esas cosas te ha ayudado a sentirte menos disgustada?

LIZ: Probablemente porque no le estaba tomando tan en serio. No estaba chillándome en mi cabeza que él es increíble y no me lo puedo tomar como lo suelo hacer.

Es importante que recomiendes a tu paciente emociones sanas en vez de enfermizas durante las imágenes emotivas racionales (IER), pero permite que las defina por sí mismo/a en lo posible. Tú quieres que él/ella distinga claramente entre sentimientos sanos y sentimientos negativos enfermizos y que cambie estos últimos por los primeros. En cambio, si tu paciente ya ha manifestado una emoción sana que le gustaría sentir, antes de empezar las imágenes emotivas racionales (IER), entonces es válido suministrarla como la emoción final. De otro modo, es mejor recomendar una emoción sana que sea genuina, para que a partir de entonces tu paciente sienta automáticamente esa emoción, en vez de la emoción enfermiza que está acostumbrado/a a sentir.

Muchas veces se asignan las IER a los pacientes para que las practiquen durante unos treinta días. La intención es hacerles más hábiles en cambiar las emociones negativas enfermizas, para que sean capaces de recurrir a los pensamientos con más facilidad cuando estén en una situación real de gran tensión. Las imáge-

nes emotivas racionales (IER) están indicadas de un modo muy efectivo como tareas para realizar en casa, en combinación con refuerzos y castigos.

Afirmaciones convincentes

Ésta es una oportunidad para incrementar la efectividad de las afirmaciones de aceptación racional, tal y como se discutió en el capítulo anterior, añadiéndole un elemento emotivo. Además de formular las afirmaciones racionales, haz que tu paciente las practique poderosa y convincentemente durante las sesiones y entre éstas (Bernard & Wolfe, 1993; Ellis, 1996; Ellis, 1985, 1988; Ellis & Abrahms, 1978, Ellis and Velten, 1992). Muy probablemente tu paciente ha estado practicando de un modo convincente y enérgico las afirmaciones irracionales enfermizas durante mucho tiempo; por eso tu tarea es conseguir que haga lo mismo con las afirmaciones racionales sanas. Por ejemplo: «Que fracase, nunca, nunca me convierte en «una persona totalmente fracasada». Haz que tu paciente suelte a gritos sus autoafirmaciones racionales o haz que se levante y repita enérgicamente las afirmaciones una y otra vez.

Debates convincentes grabados

Además de la utilidad de grabar las sesiones y de practicar emotivamente este tipo de afirmaciones, grabar debates convincentes puede combinar el efecto de los anteriores y reforzar aún más la «voz» práctica, racional. La manera como CM explica esto a sus pacientes consiste en mostrarles que han estado practicando enérgicamente, y algunas veces apasionadamente, sus formas irracionales de pensar durante bastante tiempo. Por consiguiente, practicar sus discusiones de un modo tranquilo y objetivo tal vez no contrarreste las otras creencias, más enfermizas, persuasivas y convincentes.

El psicodrama

El primer paso en el psicodrama consiste en que tú y tu paciente identifiquéis una interacción previa, terrible o potencialmente terrible, con otra persona que tu paciente quisiera tratar de un modo más eficaz. En este juego de roles, el paciente se representa a sí mismo y tu papel es retratar a la otra persona, tal y como él/ella la haya descrito. A continuación, empezad a conversar en vuestros «papeles». Por regla general, tu paciente tiene un escenario concreto en el que le gustaría trabajar, o que parece que le ofrece más problemas. Éste es el escenario para hacer teatro con él. Las actuaciones pueden durar de uno a cinco minutos, dependiendo de la situación. Cuando hayáis acabado la actuación, pregunta a tu paciente cómo cree que ha funcionado; qué estaba pensando durante aquélla; qué sentía, y si hay algo que le hubiese gustado hacer de otro modo. Tú puedes identificar algunas creencias irracionales que quieras tomarte tiempo para explorar, discutir y reemplazar (ver Debates, pág. 70). Ésta es también una oportunidad para que le des una respuesta sobre cómo se comunicó durante la interacción. Se puede repetir la misma situación muchas veces, haciendo cambios o examinando distintas posibilidades sobre la marcha.

En esencia, estás colocando superficialmente a tu paciente en una situación similar y ayudándole a experimentarla o manejarla de un modo más funcional. Esto le proporciona una atmósfera menos amenazadora para examinar los posibles bloqueos cognitivos, emotivos o de comportamiento, y experimentar varias soluciones para futuras interacciones. La sesión de terapia se convierte en un campo de pruebas para las experiencias interpersonales que tu paciente tenga fuera de las sesiones. Las situaciones anteriores pueden ser interpretadas para preparar futuras situaciones similares. Por supuesto, la ventaja es que el paciente tiene tantas oportunidades como quiera practicar y tú puedes proporcionarle respuestas. A veces, pueden resultar apropiadas algunas técnicas de orientación social. Por ejemplo, algo tan sencillo como utilizar afirmaciones

en primera persona puede establecer diferencias en la forma como se presenta el paciente a sí mismo. El psicodrama es especialmente práctico en combinación con el trabajo de las afirmaciones y de control del enfado. También puede ser puesto en práctica para aconsejar a parejas. En este caso, el terapeuta tiene un papel menos activo porque cada miembro de la pareja se representa a sí mismo, aunque el posterior proceso de respuesta es el mismo. Más información sobre el psicodrama en: *The essential J. L. Moreno*; Moreno, J. L. (1990) New York: Springer.

Invertir los papeles

Invertir los papeles se diferencia del psicodrama en ciertos aspectos. En primer lugar, el terapeuta asume el papel del paciente. En segundo lugar, el paciente se convierte o bien en el terapeuta, o bien en la otra persona con quien él o ella querrían comunicarse de un modo más efectivo. Es más frecuente pedirle al paciente que asuma el papel de terapeuta. En tercer lugar, aunque el ejercicio puede ser utilizado para que interpretes el papel del paciente en el escenario que ha escogido, invertir los papeles suele ser más útil para ayudar al paciente a debatir sus propias creencias irracionales. Cuando tú y tu paciente intercambiáis los papeles, en ese momento él/ella está en posición de debatir activamente sus propias creencias irracionales, que tú adoptas y a las que se aferra tan enérgicamente como ha hecho en sesiones anteriores. Esto puede ser muy útil para los pacientes que parecen luchar al debatir sus Creencias Irracionales (CIs) o para aquellos que parecen hacerlo a la ligera y sin mucha convicción.

Humor

Los humanos tendemos a tomarnos demasiado en serio a nosotros mismos y a nuestra falibilidad. Aunque hay momentos en

que es preferible tomarse las cosas en serio, puedes animar a tu paciente a que se relaje y compruebe que algunas de sus creencias son realmente divertidas cuando se exageran. Por supuesto, tu objetivo es aclarar algunas de las creencias y comportamientos de tu paciente, no reírte de él/ella. Mediante las exageraciones y las comparaciones, puedes introducir las bromas más apropiadas para cada sesión, mientras tratas problemas serios.

Jessie, miembro del grupo y abogada de prestigio, afirmó recientemente que se siente culpable después de comer porque cree que es inaceptable ser tan gorda y que, por tanto, no debería comer. Tras seguirle preguntando, Jessie fue capaz de identificar una creencia incluso más exagerada de que «sólo la gente delgada merece comer». Ella y todos los demás miembros del grupo se rieron de la naturaleza autodestructiva e irracional de esta creencia. «¡Alertad a la prensa!», dijo alguien, «¡Hay por ahí muchas personas que no son delgadas que deberían saber esto!». No hace falta decir que tomar cualquier alimento le causaba disgusto. Se encontraba en una situación muy difícil por culpa de su absurda forma de pensar. Desde luego, el humor no siempre es lo más apropiado con algunos pacientes y tienes que saber utilizarlo con criterio (igual que harías con cualquier otra técnica). Por regla general, si el humor se abre camino de forma natural en una sesión, suele resultar apropiado.

Otra forma de humor y un intento de tomarse la vida un poco menos en serio se presenta en forma de las divertidas canciones que nosotros utilizamos en el Instituto de Nueva York y en nuestros programas de aprendizaje, también se puede hacer que los pacientes las canten para ellos mismos. Te presentamos varios ejemplos que puedes emplear con tus pacientes:

PERFECT RATIONALITY

(Tune: «Funiculi, Funicula» by Luigi Denza)

Some think the world must have a right direction,

And so do I — and so do I!

Some think that, with the slightest imperfection

*They can't get by — and so do I!
For I, I have to prove I'm superhuman,
And better far than people are!
To show I have miraculous acumen —
And always rate among the Great!
Perfect, perfect rationality
Is, of course, the only thing for me!
How can I ever think of being
If I must live fallibly?
Rationality must be a perfect thing for me!*

Racionalidad Perfecta

(Melodía: «Funiculi, Funicula» por Luigi Denza)

Algunos creen que el mundo ha de tener una dirección correcta
/ ¡Y yo también lo creo — yo también lo creo! / Algunos creen
que con la mínima imperfección / no se las pueden arreglar
— ¡y yo también! / Porque yo, yo tengo que demostrar que
soy un superhombre, / ¡Y mucho más de lo que la gente lo es!
/ Demostrar que tengo una sagacidad milagrosa — / ¡Y que
siempre me cuento entre los Grandes! / Racionalidad perfecta,
perfecta / ¡Por supuesto, para mí es lo único! / ¿Cómo puedo
acaso pensar en ser / si tengo que vivir de un modo engañoso?
/ ¡Para mí, la racionalidad ha de ser algo perfecto!

LOVE ME, LOVE ME, ONLY ME!

(Tune: «Yankee Doodle Dandy»)

*Love me, love me, only me
Or I'll die without you!
Make your love a guarantee
So I can never doubt you!
Love me, love me totally — really, really try dear,
But if you demand love, too
I'll hate you till I die, dear!
Love me, love me all the time*

*Thoroughly and wholly!
 Life turns into slushy slime
 'Less you love me solely!
 Love me with great tenderness
 With no ifs or bids, dear.
 If you love me somewhat less,
 I'll hate your goddamned guts, dear!*

¡Ámame, ámame, solamente a mí!

(Melodía: «Yankee Doodle Dandy»)

Amame, ámame, solamente a mí / ¡O me moriré sin ti! / Haz
 que tu amor sea una garantía / ¡Para que nunca dude de ti! /
 Amame, ámame del todo — de verdad, inténtalo de verdad
 querido; / Pero si tú exiges amor, también / ¡Te odiaré hasta
 la muerte, querido! / Ámame, ámame siempre / ¡A conciencia
 y completamente! / La vida se volverá terreno fangoso / ¡A
 menos que únicamente me ames a mí! / Ámame con mucha
 ternura / Sin dudas ni objeciones, cariño. / Si me amas un
 poco menos, / ¡Odiaré tus malditas entrañas, cariño!

YOU FOR ME AND ME FOR ME

(Tune: «Tea for Two» by Vincent Youmans)

*Picture you upon my knee
 Just you for me, and me for me!
 And then you'll see
 How happy I will be, dear!
 Though you beseech me
 You never will reach me —
 For I am autistic
 As any real mystic!
 And only relate you
 Myself with a great to-do, dear!
 If you dare to try to care
 You'll see my caring soon will wear,*

*For I can't pair and make our sharing fair!
If you want a family,
We'll both agree you'll baby me —
Then you'll see how happy I will be!*

Tú por mí y yo por mí

(Melodía: «Té para dos» por Vincent Youmans)

Imagínate sobre mis rodillas / ¡Sólo tú para mí, y yo para mí!
/ Y entonces verás / ¡Cuán feliz seré, cariño! / Aunque me
supliques / nunca me tendrás — / Pues soy autista / ¡Cómo
un místico de verdad! / ¡Y solamente me relaciono / Con-
migo mismo con un enorme trabajo, cariño! / Si te atreves a
intentar preocuparte / Verás que cuidarme pronto te dañará./
¡Porque no puedo emparejarme y hacer que el compartir sea
hermoso! / Si quieres una familia, / Los dos aceptaremos que
tú me mimarás — / ¡Entonces verás cuán feliz seré!

I WISH I WERE NOT CRAZY!

(Tune: «Dixie» by Dan Emmett)

*Oh, I wish I were really put together —
Smooth and fine as patent leather!
Oh, how great to be rated innately sedate!
But I'm afraid that I was fated
To be rather aberrated —
Oh, how sad to be mad as my Mom and my Dad!
Oh, I wish I were not crazy! Hooray! Hooray!
I wish my mind were less inclined
To be the kind that's hazy!
I could, of course, agree to be less crazy —
But I, alas, am just too goddamned lazy!*

¡Desearía no estar loco!

(Melodía: «Dixie» por Dan Emmett)

Oh, yo realmente desearía estar hecho — / ¡Fino y suave

como de piel legítima! / ¡Oh, qué estupendo ser considerado tranquilo de manera innata! / Pero me temo que yo estaba destinado / a ser más bien un excéntrico — / ¡Oh, qué triste estar loco como mí mamá y mi papá! / ¡Oh, desearía no estar loco! ¡Hurra! ¡Hurra! / ¡Me gustaría que mi mente estuviese menos predispuesta / A ser tan confusa como es! / Por supuesto, yo podría aceptar estar menos loco — / ¡Pero, vaya, precisamente soy un maldito perezoso!

Canciones y letras por Albert Ellis, copyright © 1976-1990
Albert Ellis Institute.

Cómo convertirse en una persona **más indecisa**

1. Cree con fervor que si evitas situaciones y problemas desagradables éstos probablemente desaparecerán
2. Asume que tú no puedes cambiar las cosas; la vida de uno está controlada por las situaciones externas y por las personas de fuera.
3. Nunca pongas tu vida en peligro ni te arriesgues.
4. Exige la aprobación de todo el mundo que te rodea, e incluso de algunas personas que no formen parte de tu vida.
5. Asumir el fracaso o el rechazo es la peor cosa que pueda suceder y eso no lo puedes soportar.
6. Exige ser competente al cien por cien en todo lo que hagas (exige la perfección). Deprímete si no lo consigues.
7. Supón que no puedes soportar la incomodidad porque la vida debería ser sencilla y justa, al menos para ti. Disgústate siempre que la vida sea agitada o injusta.
8. Di una y otra vez «todo irá bien» sin hacer nada al respecto.
9. No te esfuerces de manera significativa en trabajar tus problemas.
10. Encuentra una razón genial para justificar por qué eres de la manera que eres y rechaza renunciar a ello.
11. Dí «si sólo...» una y otra vez, y no hagas nada al respecto.

12. Obra basándote en la suposición de que como has sido indeciso, has fracasado y has metido la pata en el pasado, continuarás haciéndolo en el futuro.
13. Cree en los «Mitos de Cambio» como:
 - Soy demasiado mayor.
 - Es demasiado duro.
 - Así es como soy.
 - Las cosas probablemente mejorarán por sí solas.
 - Soy demasiado débil (estúpido, poco motivado, etc.) para cambiar por mí mismo.
14. Racionaliza:
 - Empezaré mañana.
 - La caballería llegará a tiempo,
 - El placer perdido nunca se recupera.
15. Sólo piensa en el problema y espera que llegue el momento de inspiración antes de actuar.

La aceptación incondicional por parte del terapeuta

Parte de tu trabajo como terapeuta consiste en modelar para tu paciente actitudes y creencias prácticas, útiles, en la medida de lo posible. Una manera de conseguirlo es practicar la aceptación incondicional de tu paciente (o, como lo llamaba Carl Rogers, la *consideración positiva incondicional*) sin importar lo mal o auto-destructivamente que ellos se comporten (Rogers, 1961). Dependiendo del paciente esto puede llegar a constituir un reto, pero si quieres que él/ella aumente la aceptación incondicional de sí mismo/a (AIU), modelar la aceptación incondicional será de mucha ayuda durante el proceso. Desde luego, esto no quiere decir que si tu paciente empieza a soltar groserías o a comportarse mal, tú tengas que aceptar esta conducta. ¡No queremos que te utilicen de chivo expiatorio! Sin embargo, puedes establecer con firmeza unos límites con los pacientes y rechazar su comportamiento sin condenarles como personas.

Enseñar la Aceptación Incondicional de Uno Mismo (AIU) y la Aceptación Incondicional de los Demás (AID)

Además de aceptar a tu paciente incondicionalmente, también es vital que le enseñes la teoría y la práctica de la AIU y la AID. Para ello es básico reafirmar la idea de que los humanos no podemos ser valorados en función de nuestros comportamientos. Es cierto que pueden tenerse en cuenta ciertas conductas, pero cuando tú *te comportas mal*, ¿cómo es posible que eso te haga una *persona mala* o despreciable? *Ser totalmente malo significaría que cada aspecto de tu ser ha sido malo al cien por cien desde su existencia.*

Por desgracia, la mayoría estamos acostumbrados a etiquetarnos negativamente a nosotros mismos y a los demás cuando hacemos algo que lamentamos u observamos aspectos de otros que no nos gustan. Es interesante observar que es mucho menos frecuente que los humanos nos valoremos positivamente cuando reconocemos algún aspecto *positivo* de nosotros mismos. Nosotros no abogamos por ninguna de estas opciones. Sería preferible que identificaras (y ayudarás a tus pacientes a hacerlo por sí mismos) los comportamientos que no les gustan y dieras los pasos necesarios para cambiarles mientras se aceptan a sí mismos como seres humanos falibles. Pero si se condenan a sí mismos como personas basándose en estas imperfecciones, en vez de centrarse en el comportamiento concreto, imposibilitarán en gran medida su capacidad de cambio. Lo mismo sucede con su percepción de los demás. Es cierto que pueden decidir racionalmente con quién se relacionan, pero si valoran a las personas en conjunto a partir de ciertas características, estarán perpetuando la misma irracionalidad que utilizan consigo mismos.

Probablemente, también tendrás que tratar el «mito de la culpabilidad» con tu paciente. Muchas personas creen que es bueno sentirse culpable por nuestros comportamientos porque esto conduce a un cambio positivo. El problema es que, mientras tener

remordimientos es útil, la culpabilidad suele dar como resultado la entrada en el mismo tipo de conductas que dañan y destruyen a la persona. Con el remordimiento recuerdas una situación y te das cuenta de que te hubiera gustado comportarte de otro modo. *El remordimiento considera el acto como algo malo.* La culpabilidad combina el remordimiento con mucho de desprecio a uno mismo. Dicho de otra manera, no sólo estás lamentando algo sino que estás *catalogando tu propio yo como despreciable o «malo»* por haberte comportado del modo como lo hiciste. Si yo me veo a mí mismo como totalmente «malo» o «despreciable», existe una buena posibilidad de que continúe comportándome como creo que lo haría una persona «mala» o «despreciable», con lo que continuaría los esquemas negativos y obtendría más pruebas contra mí mismo. *¡Condena el acto, no a la persona!*

Motivar

Como terapeutas altamente interactivos, solemos creer que animar a nuestros pacientes forma parte de nuestra relación terapéutica. Después de todo, se supone que el estímulo surge de un modo natural en quienes hemos elegido una profesión que «ayuda». Sin embargo, podemos olvidar que infundir ánimos no sólo favorece el cambio, sino también su reconocimiento. Recientemente, CM se encontró con un paciente que había trabajado durante meses en hacer realidad sus objetivos. Revisamos las áreas que seguía considerando problemáticas, haciendo hincapié en los aspectos positivos de practicar en su pensamiento nuevas estrategias y subrayando su potencial de cambio. Casi al final de la sesión el paciente dijo: «Se que es importante trabajar en estas cosas, pero también siento que he trabajado duro en otras áreas», y pasó a resumir los logros que había conseguido hasta el momento.

CM: «Desde luego, tenía razón, y estuve de acuerdo con él inmediatamente. Aunque de lo que me di cuenta (y lo discutí

con él) fue de que había estado tan centrada en ayudarle a seguir adelante que había descuidado animarle y felicitarle por los avances que había hecho. Mientras que ambos admitimos que racionalmente el no necesitaba que yo diera validez a sus éxitos, esto contribuía positivamente a su progreso y motivación durante la terapia».

Ejercicios de encuentro

Los ejercicios de encuentro son procesos exponenciales que se utilizan muchas veces para provocar y tratar temas cognitivos, emotivos y de comportamiento durante la sesión. Estos tipos de ejercicios generalmente se emplean en grupo y en talleres de trabajo porque requieren más de una persona.

Por ejemplo, en el taller para «Incrementar las habilidades interpersonales», a menudo hacemos que los componentes del grupo se muevan por la sala interactuando entre sí en base a una emoción o rasgo escrito en una tarjeta pegada en su espalda y que desconocen. En las tarjetas puede poner «enfadado», «tímido», «divertido» o «deprimido». Después de varios minutos de interactuar entre sí, regresar a sus asientos y se les pide que identifiquen lo que pone en sus tarjetas. Cuando lo han hecho correctamente, se les pide que experimenten ser tratados como lo fueron durante el ejercicio. El propósito es examinar los impulsos sociales y las comunicaciones interpersonales.

Existe una amplia variedad de ejercicios exponenciales que utilizamos en grupos ordinarios e intensivos, que incluyen ejercicios dirigidos a mostrar afecto, superar miedos, ser práctico, compartir secretos y a practicar la seguridad en uno mismo, la intimidad y la empatía. Estos ejercicios dan a los participantes la oportunidad de examinar áreas que pueden ser problemáticas y aprender nuevas estrategias para dirigir sus vidas. A continuación presentamos varios ejercicios de este tipo.

Propuesta de ejercicios para grupos

APRENDER DE LOS ERRORES: Piensa en una situación en la que no te desenvolviste bien. Cierra los ojos y recuerda los sentimientos y pensamientos que tuviste en aquel momento. Abre los ojos y anótalos rápidamente. Compártelos con el grupo y deja que los demás te ayuden a identificar cualquier distorsión del pensamiento. ¿Qué te hubiera gustado que sucediese? Desarrolla una lista de creencias racionales y de afirmaciones para afrontar los problemas que hubieran podido ser de ayuda.

QUERIDO DOCTOR RACIONAL: Cada persona escribe una breve carta sobre uno de sus problemas; las cartas se intercambian por la sala y cada persona escribe una contestación a la carta de otra, utilizando el pensamiento racional que ha estado desarrollando.

INVENTARIO COMPLETO PERSONAL: Haz que cada persona utilice papel y lápiz para evaluar sus virtudes y defectos; haz que empiecen por los defectos que crean que pueden remediarse.

PRUEBAS CONTRA LAS CREENCIAS IRRACIONALES (CIs): Escribe Creencias Irracionales en una de las caras de una ficha. En la otra, escribe cinco cosas negativas que te hayan sucedido por pensar de ese modo. Léete la ficha varias veces por semana para recordarte de qué modo esa creencia no te funciona.

DEBATE ANÓNIMO: La gente pasa al líder del grupo las Creencias Irracionales que ha escrito. Éste las lee en voz alta y el grupo en conjunto las responde. La regla es que si tú estás de acuerdo con la Creencia Irracional, has de mantener la boca cerrada y escuchar.

EJERCICIO DE INTRODUCCIÓN: Haz que cada uno acabe una frase: «Una cosa que espero conseguir de este encuentro a nivel personal es...»; «Una cosa que espero conseguir de este encuentro a nivel profesional es...».

RONDA DE APLAUSOS: Haz que los participantes aplaudan a alguien o a algo por lo que estén agradecidos. El líder continúa dirigiendo las ovaciones, silbidos o vítores por cosas o personas positivas.

POSICIÓN DIFÍCIL: De uno en uno, los miembros toman «asiento» y dan una respuesta a los participantes que lo deseen. La persona permanece en silencio. (Variante: cada participante da una respuesta positiva y una crítica constructiva a cada persona que esté expuesta).

CONVERSACIÓN POSITIVA: Se pide a cada miembro que hable positivamente sobre sí mismo durante dos minutos. (Si éste califica o modifica lo que dice, se le penaliza con otros treinta segundos adicionales).

Técnicas conductistas

De modo parecido a las técnicas emotivas, las intervenciones y tareas conductistas se utilizan para reforzar los logros cognitivos conseguidos mediante el debate y el reemplazo de las Creencias Irracionales que los pacientes tienen de sus vidas y del mundo. Muchas de estas técnicas son la puesta en práctica y la prueba necesarias para reafirmar y «demostrar» la comprensión que los pacientes han empezado a experimentar de sus patrones de pensamiento.

Refuerzos

Los refuerzos conductistas son comportamientos o tareas agradables que trabajas con tu paciente junto con «ejercicios» entre las sesiones. Son una parte fundamental del trabajo en equipo, al dar a tu paciente unas tareas para después de cada sesión. El refuerzo puede ser cualquier cosa que tu paciente encuentre amena y que no sea perjudicial ni para él, ni para otra persona. Las tareas que tienen refuerzos es más probable que se lleven a cabo, ya que reducen los pensamientos negativos que puede experimentar tu paciente a la hora de realizar la tarea.

Mary es una profesora de 24 años que acude a verte porque reacciona exageradamente a la mala conducta de sus alumnos. Tú

quieres que practique las Imágenes Emotivas Racionales una vez al día y que rellene un formulario TCER de autoayuda siempre que experimente una situación insoportable. (Cualquiera que sea la tarea, es importante que se especifique también la frecuencia deseada. Es más fácil poner en práctica el refuerzo si se ha acordado un período de frecuencia para la tarea).

Una vez se ha acordado la tarea, querrás investigar algunas de las cosas con las que tu paciente disfruta. Así por ejemplo, te enteras de que a Mary le gusta leer, jugar con el ordenador y tomar baños de espuma. Elige una de las opciones y luego explícale a Mary que su tarea para casa consiste en ganarse el derecho a dedicarse al refuerzo escogido, terminando primero la tarea asignada. Por ejemplo, si accede a la práctica diaria de las IER, puedes decir: «Mary, sólo se te permite tomar un baño de espuma los días que practiques las IER». Para tareas como rellenar un formulario TCER de autoayuda, este método resulta un poco delicado cuando se dan situaciones fastidiosas, pero aún puedes decir: «Mary, los días que te suceda algo muy desagradable, le será permitido jugar durante media hora con el ordenador, después de que hayas rellenado un formulario de autoayuda sobre el incidente».

Los refuerzos también pueden ser asignados con *castigos* (ver el próximo apartado), para aumentar más las consecuencias positivas de terminar la tarea.

Los refuerzos deberían poderse comparar en duración y fuentes con la «tarea» de tu paciente. Por ejemplo, que ella se guarde cada día veinte minutos para practicar a conciencia su debate y, por tanto, sea premiada leyendo cinco páginas de un libro, probablemente no se parecerá mucho a un refuerzo por el tiempo pasado discutiendo. Del mismo modo, tener permiso para disfrutar de un baño durante tres horas por cada veinte minutos de discusión diaria no sería razonable desde el punto de vista del tiempo y de las fuentes requeridas para su cumplimiento. La moderación es la clave. Recompensarla con la lectura de un capítulo entero de un libro o con una charla telefónica de veinte minutos con sus amigos sería más apropiado y razonable.

Castigos

Los castigos por el comportamiento se asignan de un modo muy parecido a los refuerzos. La diferencia es que éstos se valoran como resultado de que tu paciente no finalice la tarea asignada. Un castigo suele consistir en una tarea que tu paciente haya identificado como desagradable. Tal vez le desagrade limpiar el cuarto de baño o clasificar la basura que se recicla. Cada vez que el paciente no acabe sus deberes, deberá realizar la tarea desagradable que le hayas impuesto como castigo. Cuando Ted estaba intentando dejar de fumar se le puso como castigo extender un cheque de veinte dólares a los representantes de las tabacaleras cada vez que no terminase los deberes asignados. Barbara tenía que telefonar a una conocida terriblemente aburrida y hablar con ella durante veinte minutos cada vez que no acabara el trabajo asignado.

Cuando un castigo se utiliza conjuntamente con un *refuerzo*, éste puede ser incluso más pesado; el paciente debe dedicarse al castigo y renunciar al refuerzo.

Los castigos y los refuerzos es más conveniente utilizarlos con pacientes muy motivados. Si parece que el paciente está luchando por, simplemente, recibir sus sesiones de terapia, deja que termine solo las tareas fuera de la sesión, pues tu intervención puede no convenirle. De hecho, puede contribuir a una sensación general de fracaso si se utiliza con ciertos pacientes.

Ejercicios para tratar la vergüenza

Esta intervención es otra de las «marcas características» de la TCER y está muy bien descrita por AE en *Better, deeper and more enduring brief therapy* (Ellis, 1996, pp. 91-94):

«Poco después de comenzar a practicar la TCER en el año 1955, me di cuenta de que lo que nosotros llamamos ‘vergüenza’ es la esencia de gran parte de nuestras alteraciones emocionales.

Porque, cuando hacemos alguna cosa que consideramos ‘vergonzosa’, normalmente criticamos nuestros actos y nos decimos a nosotros mismos: ‘Eso es malo. Sería mejor que dejase de hacer esto y evitase volver a hacerlo’. Después lo sentimos, lo lamentamos o nos incomodamos por haber hecho esa cosa ‘vergonzosa’ e intentamos no repetirlo. Por eso, definir uno o más de nuestros actos o comportamientos como ‘vergonzosos’ resulta útil muchas veces; y nuestra tendencia humana a experimentar este tipo de actos nos ha ayudado a socializarnos, a impedir que hagamos acciones ‘equivocadas’ o ‘antisociales’, y probablemente a preservar nuestras comunidades y la raza humana. Si no pudiéramos sentir vergüenza, bochorno, humillación o emociones similares de forma natural por algunas de nuestras acciones, no seguiríamos muchas reglas útiles y autoprotectoras, y nos meteríamos en problemas constantemente.

»Sin embargo, debido en parte a la tendencia humana a generalizar, casi todos (incluyéndote a ti y a tus pacientes) tendemos no sólo a valorar nuestros actos y comportamientos — ¡Bien! —, sino también a valorarnos a nosotros mismos — ¡De manera equivocada e insuficiente!.. Eso es lo que hacemos con vergüenza: catalogar nuestras acciones estúpidas y antisociales de ‘horribles’, pero cuando realmente nos sentimos avergonzados, también hacemos una valoración de toda nuestra persona como ‘horrible’ o ‘vergonzosa’. En vista de esto, en el año 1968, creé mi ejercicio para tratar la vergüenza, ahora famoso; y quizá millones de personas (en particular los pacientes de psicoterapia) se han entrenado con él para sentirse avergonzados o arrepentidos por lo que hicieron, y por la desaprobación pública que a menudo acompañaba a eso, pero también para no menospreciarse ni sentirse humillados por ellos mismos.

«Explicué a Chana este ejercicio para tratar la vergüenza del siguiente modo;

—En la TCER intentamos ayudar a las personas a que dejen de menospreciarse a sí mismas, a toda su persona, independientemente de lo mal que se hayan comportado, y no importa cuán-

tas personas les miren con desprecio por comportarse así. En tu caso, una de las razones de tu pánico a los exámenes es que sabes perfectamente que otras personas (tus padres, tus profesores, tus compañeros de clase) descubrirán lo mal que los haces, y quizá también el miedo que tienes a hacerlos, y te verán como una incompetente o como una persona inferior. Por eso, no solamente tienes miedo y te avergüenzas de tu problema, sino también de que los demás lo conozcan. Y eso está bien mientras sólo desees hacerlo bien y ganarte la aprobación de los demás sin convencerte a ti misma de que, absolutamente y bajo cualquier condición, *tienes que* actuar de la manera correcta y que, si no lo haces (particularmente si otras personas ven que no lo haces) tu fracaso y el hecho de que ellos perciban este fracaso te convierten en un desastre de persona. ¿De acuerdo?

—Sí —contestó Chana—. Casi siempre me valoro a mí misma, además de mis fallos, y me siento especialmente avergonzada (o, como usted dice, me menosprecio a mí misma) cuando los demás también me tienen en mala consideración.

—De acuerdo. Bien, este ejercicio para tratar la vergüenza que quiero que hagas te ayudará a que no te valores a ti misma, sino únicamente a tus acciones. Según los principios sociales habituales, éstas últimas pueden ser ‘pobres’ o ‘ineptas’, pero tú nunca eres *una persona pobre e inepta*.

—¿Incluso si realizo acciones muy malas, como por ejemplo asesinar a alguien?

—No, en ese caso no. Tus acciones, en esas circunstancias, serían malvadas y vergonzosas. Pero tú seguirías siendo una *persona* que se ha comportado mal, y nunca, de verdad, una mala persona.

—Pero supongamos que prácticamente siempre hago actos malvados... ¿No sería entonces una persona muy mala?

—Sí, te podría definir como tal y llamar ‘mala’ a toda tu persona. Pero, técnicamente, una ‘mala persona’ siempre realizaría malas acciones, no se merecería ninguna satisfacción en su vida y sería deplorable para el universo. Además, éstas son proposiciones

exageradamente generalizadas o improbables y no se pueden falsificar. Por eso es preferible no confirmarlas.

—¿Pero cómo deo de verme a mí misma como a un individuo totalmente malo?

—Utilizando varios métodos TCER. Probemos ahora mismo un ejercicio para la vergüenza.

—Muy bien.

—Piensa en algo que consideres realmente vergonzoso. Algo que no harías delante de otras personas y que, si lo hicieras, te sentirías muy avergonzada por ello. Ahora no pienses ni te imagines nada que te haga daño, como andar desnuda por la calle y ser arrestada. O decirle a una de tus profesoras que es una auténtica basura. Y no hagas nada que perjudicase a otra persona (como pegar a alguien una bofetada o mentir acerca de ella). Piensa en algo «vergonzoso», como decirle a alguien que acabas de salir del manicomio. O bailar en la acera. O pedirle prestados cien dólares a un desconocido. Algo que casi todo el mundo, incluida tú, consideraría vergonzoso, pero que no te causaría ningún tipo de problema, ni a ti ni a ninguna otra persona.

—Usted se refiere al famoso ejercicio TCER para tratar la vergüenza del que he oído hablar: decir a gritos las paradas en el metro o en el autobús y permanecer allí.

—Sí, ése es uno de nuestros pilares, que muchos de mis pacientes han probado y del que se han beneficiado. ¿Quieres probarlo?

—No, creo que no. Pero ¿qué pasaría si le pido a un desconocido aunque fuese un billete de un dólar? Me daría mucha vergüenza hacerlo.

—Bien. Vamos a intentarlo. Sal a la calle, justo delante del Instituto si quieres, o en cualquier otro lugar, e intenta pedir prestado un dólar a un desconocido. Pero eso es solamente la primera parte, la parte fácil.

—¿Cuál es la segunda parte y la más difícil?

—Mientras le pidas al desconocido el billete, trabaja por ti misma para no sentarte avergonzada. Trabaja en tus posibles sen-

timientos de vergüenza y humillación (que tú eliges sentir, pero que no tienes por qué sentir) y haz que no te sientas avergonzada ni humillada.

—¿Es correcto que me sienta incómoda?

—Sí, eso estará bien. Siéntete incómoda, apenada, arrepentida, un poco estúpida, e incluso avergonzada de importunar a un desconocido. Pero no te sientas culpable, no te desprecies o te avergüences de ti misma.

—¿De verdad podré hacer eso?

—¡Por supuesto que podrás! ¡Pruébalo y lo comprobarás!

»En un principio Chana dudó y no pudo hacer este ejercicio para la vergüenza hasta una semana después, justo antes de acudir a su sesión de terapia. Continuaba diciéndose a sí misma que se sentiría demasiado incómoda al hacerlo, y tal vez no lo hubiera hecho nunca si no hubiera tenido una sesión de terapia regular durante la cual yo le pediría hacerlo. No obstante, acabó reuniendo valor y lo hizo.

—¿Cómo te sentiste al hacer el ejercicio? —pregunté a Chana.

—Oh, al principio muy incómoda. Apenas podía pronunciar una palabra. Prácticamente tenía la lengua trabada. Y la primera vez que lo hice, tenía la boca tan seca, que la persona que elegí, un hombre muy bien vestido que salía del Hotel Waldorf Astoria, no pudo oír lo que yo le tenía que decir. Por eso lo tuve que repetir, sintiéndome muy incómoda.

—¿Y después?

—Después hice lo que creí que usted me dijo que hiciese: me dije para mí: «Probablemente cree que estoy completamente chiflada. O tal vez que soy una indigente. Pero nunca le volveré a ver y no necesito su maldita aprobación. ¡Dejaré que piense lo que quiera! Entonces me sentí mucho mejor y la tercera vez que lo intenté empecé realmente a no sentir nada de vergüenza. La quinta vez vi todo el asunto como si se tratase de una broma, y de hecho disfruté.

»Eso es lo que suele ocurrir cuando la gente realiza los ejercicios TCER para combatir la vergüenza. Muy pronto acaban sintiéndose menos incómodos (y a veces incluso disfrutaban de verdad).

En el caso de Chana, pronto se dio cuenta de que podía hacer ejercicios contra la vergüenza tanto con conocidos como con desconocidos; y, tras mi sugerencia, empezó a contar a sus compañeras de clase que estaba nerviosa por los exámenes; que se sentía insegura con los estudios, y que no cogió algunas asignaturas importantes por no realizar varios exámenes durante el trimestre. Cuanto más confesaba sus debilidades, más cuenta se daba de que la mayoría de las personas la aceptaban con ellas; y entonces se empezó a aceptar a sí misma. Seguía no gustándole su temor y que evitara hacer ciertas cosas, pero se despreciaba cada vez menos a sí misma por ellas. Su preocupación por su ansiedad disminuyó de manera apreciable y, de este modo, también lo hizo su terror inicial a hacer exámenes. Los ejercicios contra la vergüenza que realizó le ayudaron especialmente a comprobar que tanto en su nivel primario de alteración (temor a suspender los exámenes), como en su nivel secundario (terror a su ansiedad original), la vergüenza era la parte esencial de su disgusto. Comprobó que, cuando trabajó para reducir esta vergüenza, desapareció gran parte de su desequilibrio. Su Nueva Filosofía Eficaz, despertada gracias a su ejercicio contra la vergüenza, fue: ‘No necesito la maldita aprobación de los demás. ¡Que piensen lo que quieran!’. Esto la condujo a realizar un cambio breve y *profundo filosóficamente*».

Entrenar la habilidad

Hay momentos en que los problemas de tus pacientes pueden deberse a una falta de destreza. Este déficit de habilidades puede ir desde las habilidades profesionales (como no saber utilizar un programa informático), hasta las habilidades interpersonales o sociales. Puedes animar a tus pacientes a que hagan cursos y talleres de trabajo para mejorar estas habilidades. Pam, una auxiliar administrativa, era muy infeliz en su trabajo y quería cambiar de profesión, pero tenía miedo de no encontrar nada mejor. Además de trabajar sus exigencias para obtener el empleo «perfecto»,

también estaba preocupada porque sus habilidades podían estar anticuadas. Se le animó a que se informara sobre cursos que pudieran hacerla más competitiva y finalmente asistió a varios de ellos. Esta fue una solución muy práctica, pero si sólo nos hubiésemos centrado en la orientación, probablemente no hubiese seguido siendo paciente de CM; pero fue útil para Pam y contribuyó a aumentar su confianza en su competitividad profesional.

Muchas veces los pacientes presentan auténticos problemas en situaciones sociales, lo cual no significa que sean unos ineptos socialmente, sino que no han tenido la oportunidad de aprender o practicar algunas habilidades interpersonales. Por ejemplo, CM ha trabajado con muchos pacientes que presentaban un gran temor a hacer nuevas amistades. Una vez habíamos trabajado para disminuir su ansiedad en estas situaciones, se hizo evidente que algunos de estos pacientes no servían para iniciar ni para mantener una conversación. En muchos casos, esto no se debía a una falta de inteligencia, sino más bien a una falta de habilidades y de práctica. En estas situaciones nos centrábamos en cómo dar pequeñas charlas, en cómo hacer preguntas abiertas y en cómo proponer una cita a quienes les interesaban. Esto también se da en aquellos pacientes que trabajan para estar más seguros de sí mismos, en vez de ser pasivos o agresivos. A menudo, estos pacientes han estado practicando sus otros modos de actuar durante tanto tiempo que les resultan extrañas las habilidades para conseguir seguridad en sí mismos. Necesitan un poco de preparación en lo que se refiere a la utilización de las declaraciones de «Yo», posturas corporales, volumen y tono de voz, así como para varias cosas más. (Alberti & Emmons. 1995)

Tareas paradójicas

Las tareas paradójicas son aquellas que, aparentemente, parecen no tratar ninguno de los temas por los que el paciente ha acudido a la terapia. Estas tareas pueden ser cognitivas, emotivas o de comportamiento. A una persona que sufre insomnio se le

puede decir que no se le permite dormir; a una persona que está continuamente preocupada, que tenga en consideración sus pensamientos cierto número de veces al día; a una persona que se masturba de modo compulsivo, que se masturbe una vez cada hora; o a un perfeccionista, que cometa errores deliberadamente. El objetivo de este tipo de ejercicios es reformular los problemas de tu paciente y hacer algunas pruebas reales durante el proceso.

Alison tenía un historial de ansiedad generalizada y constantemente tenía miedo de tener pensamientos inquietos y, a la vez, ansiedad. La hipótesis de CM sobre Alison fue que, en su mayor parte, ella misma se producía la ansiedad al repetirse una y otra vez: «¡No tengo que preocuparme!», «¡No puedo soportarlo!». Convenimos potenciar cada día su ansiedad durante una semana y ver qué pasaba. Cuando regresó a la semana siguiente, se había producido un cambio notable. No solamente había tenido dificultades para ponerse ansiosa «porque se le exigía», sino que descubrió que pasaba mucho menos tiempo preocupándose sobre su posible ansiedad. Cuando intentó tener ansiedad de un modo deliberado, le pareció estúpido preocuparse por ello.

Los terapeutas han estado utilizando técnicas paradójicas con sus pacientes durante años, pero la propuesta es arriesgada. Es importante recordar que el procedimiento debería utilizarse de un modo selectivo y que no todos los pacientes responderán favorablemente. Es preferible que investigues más sobre esta opción antes de llevarla a cabo por tu cuenta; puedes leer: Shohen, V., Rohrbuagh, M. (1994). «Paradoxical Intervention». En Corsim, R.J. (Ed.) *Encyclopedia of Psychology*, 2a ed. (Vol. 3, pp. 3-8) Nueva York: Wiley.

Prevención de una recaída

La prevención de una recaída puede constar de cierto número de métodos cognitivos, emotivos y experienciales, o de comportamiento, y por lo general se utiliza para tratar pacientes adictos.

La TCER da por descontado que gran parte de los pacientes adictos sufren recaídas; por eso tomamos un enfoque proactivo a la hora de dirigir técnicas preventivas. Revisamos los pensamientos y experiencias potencialmente provocadores que pueden contribuir a la recaída; ideamos soluciones con los pacientes para las situaciones problemáticas, y utilizamos imágenes y escenificaciones para reafirmar sus declaraciones a la hora de afrontar los problemas racionalmente. Con la misma importancia hacemos hincapié en la trascendencia de aceptarse a uno mismo en caso de recaída. Esto no significa que les animemos a estar de acuerdo con su recaída, sino que deben mantenerse alejados de desprenderse a sí mismos, ya que esto sólo contribuiría a recaer aún más. ¡Les animamos a condenar el acto, pero no a sí mismos!

Insensibilización «in vivo»

Los humanos solemos protegernos de lo que tememos, evitándolo a toda costa. Nos inquietamos tanto por ciertas cosas, y nos damos a nosotros mismos unos mensajes tan severos e irracionales sobre la importancia de rehuirlas, que cada vez que lo conseguimos experimentamos un gran alivio. Sin embargo, el alivio no proviene tanto de haber esquivado la cosa o la situación, como de haber evitado lo que percibimos como el componente atemorizante de la vida.

Tomemos el ejemplo de Martie. Tenía tanto miedo de ser el centro de atención que gran parte de su energía la utilizaba para esquivar y manipular las situaciones y así conservar el anonimato. Para ella, hablar en público era impensable. Como directora de sección de unos grandes almacenes, reconoció que estos temores estaban empezando a influir negativamente en su carrera. Compañeros que habían empezado en la empresa al mismo tiempo que ella estaban ascendiendo. Ella lo atribuía al hecho de que estas personas eran más conocidas y durante las reuniones parecían exponer sus ideas más fácilmente y con mayor

seguridad. No teniendo forma de saber «la verdad» sobre sus compañeros, me di cuenta de que, incluso si su valoración no era del todo exacta, saldría ganando si reducía su preocupación. Mediante un análisis cuidadoso se hizo evidente que en un principio la había puesto «nerviosa» que la atención pudiera centrarse en ella y que ese nerviosismo había desembocado en una auténtica ansiedad. Por otro lado, no podía identificar ninguna mala experiencia (muchos pacientes la tienen y se aterrorizan y deprimen por ella, lo que aumenta su ansiedad). Como Martie era una mujer inteligente, muy pronto había ideado formas de evitar ser el foco de atención, y cada vez que empleaba uno de estos mecanismos y evitaba ser observada, no solamente se salvaba a sí misma de la atención, sino de su *percepción de lo horrible y embarazosa que podía haber sido la atención, de haberla experimentado*.

El objetivo de la insensibilización *in vivo* es demostrar a los pacientes que sus creencias irracionales son las causantes de su grave alteración emocional, no el asunto del que tienen miedo. Al exponer repetidamente a tu paciente, ya sea con experiencias o con imágenes, ese asunto que tanto teme de forma irracional, puedes trabajar con él/ella para que empiece a sobreponerse a las irrationalidades que, tiene asociadas. Tu paciente puede empezar a entender que aunque siga siendo incómodo, puede soportarlo y que no es la amenaza que había forjado en su mente.

Permanecer en situaciones difíciles

Prescribir a tu paciente que permanezca en una situación difícil o incómoda es realmente una forma de insensibilización *in vivo*. Eso le da la oportunidad de trabajar alterándose menos, aunque esté en una situación difícil, y de este modo valorar más racionalmente si esa situación le beneficia. También puede servir para aumentar su conciencia de que, a pesar de ser incómodo, es capaz de soportarlo.

Actuar según las Creencias Racionales

Dedicamos mucho tiempo a enseñar a nuestros pacientes a que no reaccionen contra sus creencias irracionales y, a ser posible, que las reemplacen por autoafirmaciones racionales alternativas. Otra propuesta es que pidas a tu paciente que se fuerce *a actuar como si sólo tuviese creencias racionales*. A esto también lo llamamos «comportarse del modo como te gustaría sentirte». Muchas personas cometen el error de esperar a que les llegue la inspiración antes de abordar un proyecto o hacer cambios positivos. Sin embargo, es difícil que surja la inspiración cuando se la está esperando. Tú y tu paciente tenéis más probabilidades de experimentar alguna forma de inspiración si decidís racionalmente qué os interesa más y después os obligáis a actuar de acuerdo a los pensamientos racionales. La buena noticia es que la motivación da paso muchas veces a la inspiración.

Para que pongas en práctica este tipo de intervenciones te recomendamos *The RET resource book for practitioners*, editado por el Dr. Michael E. Bernard y la Dra. Janet L. Wolfe. Está publicado por el Instituto Albert Ellis y se trata de una colección de artículos breves, técnicas prácticas y folletos en un formato fácil de copiar para los pacientes. Toda la información ha sido revisada por terapeutas de TCER con amplia experiencia. Los temas incluyen ejercicios de reafirmación personal, para infundirte confianza, debatir, tratar temores obsesivos, superar la inseguridad, controlarse racionalmente a uno mismo, reducir la ira y aumentar la propia aceptación, por nombrar sólo unos cuantos.

Unas observaciones finales sobre cómo llevar a la práctica estas intervenciones: en la propuesta de la TCER se hace mucho hincapié en la asignación de tareas para realizar en casa entre las sesiones. Facilitarás el progreso de tu paciente tanto si le asignas una tarea cognitiva como emotiva/experiencial o de comportamiento. Es vital que experimentes y pongas en práctica diversas propuestas. En primer lugar, te dará experiencia para que puedas integrar cómodamente cualquier nueva intervención a tu enfoque.

En segundo lugar, los pacientes suelen responder especialmente bien a ciertos tipos de intervenciones y no a otros. Mantén una actitud abierta, examínalo todo como si fuera un experimento y desarrolla tu propio estilo.

La integración de la TCER en otros sistemas terapéuticos

La TCER, tal y como venimos mostrando en este libro, tiene sus propias teorías y prácticas, pero presenta algunas similitudes con otros importantes sistemas terapéuticos. Veamos de qué modo se integra en otros sistemas.

La TCER integrada en terapias psicoanalíticas y psicodinámicas

Las terapias psicoanalíticas observan de forma muy significativa que las personas tienen pensamientos, sentimientos y acciones tanto conscientes como inconscientes que, con frecuencia, alteran ellas mismas sin saberlo; y que probablemente preferirían sacar a la luz sus motivaciones inconscientes si sus síntomas fueran a mejorar (Freud, 1965). La TCER está especialmente de acuerdo en que los pacientes muchas veces desconocen sus Creencias Irracionales y, en cierto sentido, son demasiado conscientes de sus Creencias Racionales. Sin embargo, no está de acuerdo en que los pacientes «repriman» frecuentemente estas Creencias, y sostiene que la mayoría de éstas están justo bajo la superficie de la conciencia (por ejemplo, olvidar el nombre de alguien) y a menudo pueden ser

recordadas si los pacientes no las buscan desesperadamente. Por eso una buena parte de la TCER consiste en ayudar a los pacientes a descubrir sus Creencias Irracionales (CIs) tácitas o inconscientes, traerlas de un modo claro a la consciencia y, después, debatirlas.

La TCER también aprueba parcialmente el sistema de defensa freudiano; prácticamente todas las personas se ponen a la defensiva en lo que respecta a reconocer su comportamiento «malo» o «equivocado». En particular, cuando creen que se deben comportar de una manera y no lo hacen, con frecuencia se olvidan, racionalizan, proyectan o se defienden a sí mismas porque si reconociesen sus «malas» acciones se acabarían culpando. Demostrarles que realmente se han comportado «mal» cuando están a la defensiva, podría hacer más mal que bien. Por eso la TCER les enseña la filosofía de la Aceptación Incondicional de Uno mismo (AIU) y les ayuda a reconocer sus «malas» acciones sin culparse a *sí mismos*, a su *persona*. Cuando un paciente «comprende» realmente la actitud de la Aceptación incondicional de uno mismo (AIU), tiende a ser menos defensivo (y especialmente menos represivo) y sigue valorando su conducta, en vez de su persona.

La TCER está más próxima a la *psicología del yo* de Kohut (1991) que a las teorías freudianas del sexo y de Edipo. La TCER ve el menosprecio a uno mismo como el punto central de gran parte de las perturbaciones y examina especialmente las valoraciones de uno mismo. En cierto sentido está más próximo a las teorías de las *relaciones de objetivos* de Klein (1984) y Winnicott (1975) porque ve que la mayoría de los pacientes se preocupan mucho más de las relaciones humanas que de otras cosas. Además, la TCER ayuda especialmente a las personas a que examinen, comprendan y cambien sus Creencias Irracionales sobre las relaciones y adquieran habilidad a la hora de relacionarse.

La TCER, por lo general, no hace un largo análisis de la infancia de sus pacientes, sino que se centra en su desequilibrio actual.

Sin embargo, para ayudarles a comprender sus actuales Creencias Irracionales, esta teoría les muestra cómo las crearon durante su infancia y cómo las han mantenido incuestionables hasta el momento actual. También revisa cómo sus reacciones autodestructivas, emocionales y conductistas a menudo se establecieron durante su infancia, pero se siguen manteniendo activamente (a veces inconscientemente) hasta este momento.

Por ejemplo, Maggie acudió a la terapia porque se sentía «utilizada» cuando tenía relaciones sexuales con su marido (que eran escasas y únicamente cuando él insistía). Aunque en todo lo demás tenían una relación muy sana, abierta y comunicativa, este problema amenazaba su matrimonio. Maggie estaba decidida a cambiar y explicó que se sentía muy atraída por su marido. Ni los juegos eróticos previos ni las relaciones sexuales sin penetración habían supuesto ninguna mejoría. Tras un minucioso examen, se descubrió que Maggie había sufrido repetidos abusos sexuales durante su niñez por parte de su padre adoptivo. En aquel tiempo, creyó con toda la razón que estaba siendo abusada por él, pero de forma incomprensible mantuvo esta creencia y la generalizó a todos los contactos sexuales. Por eso creía inconscientemente que todo lo relacionado con el sexo era «malo», «erróneo» y «sumamente amenazador para ella». Maggie también experimentaba ira hacia su marido por presionarla a tener relaciones sexuales.

Aquí hay otro ejemplo: Sarah culpaba de su terror a las críticas al hecho de que su madre esquizofrénica era muy crítica con ella cuando era niña. Por tanto, en la actualidad se enfadaba y se deprimía siempre que alguien era crítico con ella. Apenas se la podía disuadir de esta idea, aun cuando AE le demostró que Sally, su hermana gemela (que también había sido reprendida continuamente por su madre) tomó la actitud contraria y no se tomaba en serio las críticas de nadie. Por eso, AE planteó la hipótesis de que no podía haber sido sólo la madre quien hacía reaccionar a Sarah violentamente hacia las críticas. Fue A (las continuas e injustas quejas de la madre) multiplicado por B (el

Sistema de Creencias de Small) que la hicieron tan sensible a C, su Consecuencia emocional.

Sarah no aceptaba esta hipótesis e insistía en que solamente los castigos de la madre la alteraron cuando era niña y que continuaban haciéndolo ahora que era una persona adulta. AE ayudó a Sarah a examinar lo que se había contado a sí misma cuando era niña para enfadarse y deprimirse. Eso fue sencillo. Recordaba claramente cómo se decía para sí: «¡Es tan injusto! Llago todo lo que puedo para ser una buena niña y trato a todo el mundo bien, especialmente a mi madre, y ella signe con impaciencia buscando cosas por las que culparme y siempre las encuentra. ¿Cómo puede ser tan injusta? ¡Es una bruja malvada! Y si mi propia madre me critica constantemente, sin ninguna razón, otras personas también serán injustas y toda la vida tendré este problema. ¡Qué malvada es la gente! ¡Que deprimente! ¡La gente no debería ser tan injusta!».

Sarah reconoció que de niña se había repetido estas Creencias enérgicamente y que éstas, en gran medida, habían contribuido a sentirse enojada y deprimida. A no causó por sí mismo C; lo hizo A multiplicado por B.

AE persuadió a Sarah para que buscara sus Creencias, y ésta se dio cuenta de que seguía teniéndolas en la actualidad. Seguía creyendo que nadie (en especial su madre) debía tratarla injustamente; que si lo hacían, *todas* las personas harían lo mismo y la tratarían de un modo detestable; y que ella no podría ser feliz *de ninguna manera* con esta clase de críticas. Apenas se le podía ocurrir (aunque había hablado muchas veces con Sally sobre su problema) que no fue el pasado ni la injusticia actual lo que causaba su desequilibrio, sino su reacción personal hacia ésta. Cuanto más le demostraba AE que las Creencias de su infancia eran esencialmente las mismas que las ideas que tenía a sus treinta años, tanto más comprendía ella que sus Creencias (no las Adversidades de la vida) eran el asunto principal.

Sarah empezó a valorar entonces sus primeras Creencias, y siguió llegando a la conclusión de que su madre era muy injusta

(como suelen serlo las personas desequilibradas), pero también concluyó que las personas debían ser injustas cuando lo son; que no todas ellas eran como su madre en este respecto; y que, al igual que su hermana Sally, a ella le podía disgustar la injusticia, pero no podía tomarla tan en serio como para enfadarse y deprimirse. Sarah seguía rehuyendo a su madre y a las otras personas injustas, pero perdonaba a su madre por ser esquizofrénica y aceptaba a los demás (pero no su conducta) cuando la trataban injustamente.

Examinando las Creencias de la niñez de Sarah y haciendo que pensara sobre ellas y las desafiara, AE también la ayudó a ver cómo, en gran medida, las seguía manteniendo en la actualidad; a ver lo irracionales que eran, y a dejar de mantenerlas. AE utilizó el pasado (que fue removido una y otra vez) para demostrarle cómo seguía manteniendo activamente sus ideas en la actualidad, y de qué manera podía debatirlas racionalmente. Ella incluso trasladó este debate sobre sus Creencias Irracionales (CIs) al futuro; aceptó un empleo con un jefe que sabía que era muy crítico y fue capaz de demostrarse a sí misma por adelantado que la crítica injusta de él no le importaba tanto, y que no significaba nada para su valoración como persona. De este modo, se arriesgó a coger el empleo y aprendió a reaccionar con tristeza y frustración, pero no con enfado y desprecio hacia sí misma.

Cómo se integra la TCER en las terapias que enfatizan los sentimientos

Algunas terapias, como la Terapia Gestalt (Peris, 1969) y la terapia reichiana (Reich, 1960), ponen énfasis en las técnicas de sentimientos. ¡Pero la TCER hace lo mismo! La TCER sostiene que los pensamientos y los sentimientos no son distintos, sino que están relacionados intrínsecamente. Señala que las personas tienen Creencias Irracionales porque empiezan con fuertes deseos que a menudo se convierten en exigencias u obligaciones (que por sí mismas son cognitivo-emotivas). Normalmente la TCER

empieza la terapia centrándose en los sentimientos alterados de los pacientes (como la ansiedad y la depresión).

La TCER, tal y como se ha mostrado anteriormente, también incluye varias técnicas predominantemente emotivas, algunas de las cuales fueron inventadas por AE y por otros terapeutas de la TCER. Así, esta terapia utiliza ejercicios para tratar la vergüenza (Ellis, 1973), imágenes emotivas racionales (Ellis, 1993; Maultsby, 1984), afirmaciones para afrontar convincentemente y diálogos con uno mismo, para ayudar a cambiar los pensamientos y comportamientos de las personas (Ellis & Velten, 1972). También emplea ejercicios experienciales, grupos de encuentro, maratones y otros métodos que incluyen técnicas prestadas, sobre todo, de terapias de sentimientos (Ellis & Dryden, 1997). De hecho, de las distintas formas de terapia de comportamiento cognitivo que se utilizan en la actualidad, la TCF.R probablemente pone más énfasis en las técnicas de sentimiento que cualquiera de los otros sistemas.

Cómo se integra la TCER en la Terapia Conductista

La TCER es terapia conductista. La Terapia Conductista siempre ha incluido métodos cognitivos, sobre todo enseñando a los pacientes varias técnicas conductistas. Pero esta terapia era deficiente en las aplicaciones cognitivas hasta que AE hizo hincapié en el importante papel que jugaban las Creencias Irracionales causando alteraciones, y detalló métodos específicos para debatir estas Creencias Irracionales (CIs) (Ellis, 1962, 1994). Durante los últimos cuarenta años, la terapia conductista se ha convertido, en su mayor parte, en cognitiva-conductista porque pocos terapeutas del comportamiento no utilizan en la actualidad cogniciones en su teoría y, especialmente, en su práctica.

La teoría de la TCER, siempre muy conductista, dice que mantener enérgicamente las Creencias Irracionales lleva a comportamientos disfuncionales y que las acciones (como, por

ejemplo, evitar las fobias) refuerzan las Creencias Irracionales (CIs). Con la misma importancia, la teoría TCER dice que algunas veces el mejor (y quizá el único) modo de cambiar las CIs de los pacientes es hacer que ellos *actúen* contra éstas. Por consiguiente, las personas que tienen miedo a los ascensores nunca podrán renunciar a su creencia disfuncional de que los ascensores son muy peligrosos hasta que se fuerzan a sí mismos a «arriesgarse» a subir a los ascensores.

AE: «Déjenme decir otra vez que probablemente nunca hubiese ideado la TCER de no haber superado mis propios miedos a hablar en público y a la sociedad, a la edad de 19 años, cuando me obligué muchas veces a mí mismo a hacer insensibilizaciones in vivo». Por tanto, la TCER favorece este sistema de exposición más de lo que lo hace el método de insensibilización de Wolpe (1958). Pero, rutinariamente, la TCER utiliza muchos otros métodos conductistas, como las asignaciones de tareas para realizar en casa, las tareas paradójicas, los refuerzos, el control de estímulos, la prevención de recaídas y el hincapié en la seguridad en uno mismo, así como otros tipos de enseñanza de habilidades (ver capítulo anterior sobre las Intervenciones Conductistas). Además, la TCER es terapia conductista (además de ser una de las formas precursoras de la terapia cognitiva-conductista).

La terapia conductista radical pone énfasis en la teoría de Skinner y practica el condicionamiento operante pero, en la forma de Terapia de la Aceptación (Hayes, 1987), incluye varios métodos cognitivos. Esta terapia parece estar de acuerdo con la TCER en que se requiere un profundo cambio filosófico, así como de la conducta, para que se produzca una mejoría importante en los pacientes, pero hace hincapié en los métodos paradójicos y de manipulación, más que en los métodos reconstructivos cognitivos de A. Beck (1976) y Ellis (Ellis & Dryden, 1997; Ellis, Gordon, Neenan, & Palmer, 1998). La TCER, sin embargo, incluye en sus prácticas terapéuticas muchos condicionamientos operantes de Skinner, y no digamos los refuerzos de Pavlov.

Cómo se integra la TCER en la Terapia Existencial y centrada en la persona

Carl Rogers (1957) y otros muchos terapeutas de tendencias existenciales, como May (1969) y Yalom (1990), consideran que los individuos tienen un grado considerable de elección. En parte, las personas son capaces de elegir varios esquemas de pensamiento, de sentimiento y de acción y, por tanto, pueden construir sus propios comportamientos de autoayuda y de autodestrucción. Especialmente van más allá que otros animales al elegir tener visiones negativas o positivas de su *yo* o de su *persona*, y toman una visión positiva o negativa de su yo o de su ser y lo convierten en una parte importante de su funcionamiento.

La posición existencialista o centrada en la persona, por tanto, trata de ayudar a los pacientes a aceptarse a sí mismos incondicionalmente (o a tener lo que Rogers llamó «una consideración positiva incondicional»), simplemente porque están vivos y son humanos, y sin reservas porque actúan bien por sí mismos o con otros. Así, los pacientes siempre se aceptan a sí mismos y nunca se deprimen; aunque, por razones prácticas y morales, puedan valorar sus actos. Para ayudar a los pacientes a *conseguir* la aceptación incondicional, los terapeutas existencialistas y centrados en la persona se han encargado de *proporcionar* a sus pacientes una aceptación incondicional. La esperanza es que si ellos aceptan a los pacientes a pesar de sus fallos, los pacientes se acostumbrarán a este ejemplo y, por consiguiente, se aceptarán totalmente a sí mismos.

Los practicantes de la TCER siguen este modelo existencialista y centrado en la persona por la importancia que tiene este para el correcto funcionamiento humano. Pero la TCER también reconoce que, si el terapeuta sólo ofrece aceptación, muchos pacientes pueden aceptarse a sí mismos *porque* su terapeuta les acepta y adquirir así una aceptación muy *condicionada*. Los terapeutas de la TCER, por tanto, además de ofrecer una aceptación incondicional, enseñan activamente a sus pacientes la importancia de *dársela a ellos mismos*.

En realidad, la TCER enseña a los pacientes dos modos fundamentales de conseguir una aceptación incondicional de sí mismos (AIU):

1. Elige aceptarte completamente a ti mismo, sencillamente porque estás vivo y eres un ser humano; como toda persona estás capacitado para hacerlo. Por tanto, llega a la conclusión: «Soy bueno y respetable por el simple hecho de que existo».
2. Abstente *por completo* de hacer una *valoración* global de ti mismo. Valora tus pensamientos, sentimientos y actos como «buenos» o «malos» sólo respecto a cómo ayudan a tus objetivos y principios. Pero no —realmente, no lo hagas— le valores globalmente. No valores tu ser, tu esencia o tu personalidad.

Así pues, la TCER es una de la psicoterapias existencialistas. Pero, mientras que la mayoría de estas terapias tienden a ser relativamente pasivas —de hecho, como era Carl Rogers— la TCER utiliza varios métodos activo-directivos y plantea la hipótesis de que éstos son más eficaces. *Enseña* activamente, así como enfatiza, la aceptación incondicional.

Cómo se integra la TCER en la Terapia Constructivista

George Kelly (1955) fue un precursor de la terapia constructivista (como también lo fueron Epicteto y otros filósofos antiguos). La TCER es sin duda una terapia constructivista, tal y como se indicó en el segundo capítulo. Muchos terapeutas constructivistas, sin embargo, siguen un procedimiento no tan directivo, esperando que los pacientes lleguen a sus propias conclusiones (Guterman, 1994). En cambio, la TCER mezcla la terapia activo-directiva con el constructivismo (Ellis, 1997). Enseña activamente filosofía constructivista y existencialista, y anima a los pacientes a utilizarlas para sus propios intereses creativos.

Cómo se integra la TCER en la Terapia de las Relaciones Interpersonal

Harry Stack Sullivan (1953) fue el primero en ayudar a los pacientes a ser socialmente competentes mediante sus relaciones personales con el terapeuta, y Klerman et al. (Klerman, G.L., Rounsville, B., Chevron, E., Nev, C. y Weissman, M., 1979) hicieron hincapié en este aspecto de la terapia y la llamaron su sistema de Terapia Interpersonal (TIP). La TCER siempre ha acentuado las relaciones interpersonales porque AE estuvo muy comprometido con la terapia sexual y la terapia de relaciones desde 1943 hasta 1947, antes de ser psicoanalista:

«Después de crear la TCER, escribí varios libros populares sobre las relaciones de amor-sexo (Ellis, 1957, 1958, 1960, 1976, 1977, 1979). En mi trabajo con los pacientes, pongo énfasis en varias cosas:

1. Siempre hago todo lo posible por aceptar a los pacientes incondicionalmente, a pesar de sus defectos y algunas veces de su mal comportamiento hacia mí y hacia los demás. También hago hincapié en que ellos acepten incondicionalmente a los demás (AID).
2. A través de mi relación con los pacientes, analizo sus relaciones con otras personas (aunque a veces esto puede resultar difícil) para determinar —y espero que corregir— sus relaciones sociales poco eficientes.
3. De un modo parecido, me centro en sus relaciones interpersonales con los demás y, algunas veces, les ofrezco técnicas de orientación para relacionarse con los ellos.
4. A veces les coloco en uno de mis grupos de terapia, para examinar más detenidamente cómo se relacionan con los otros miembros.

bros del grupo y para ofrecerles que practiquen el trabajo de sus habilidades sociales.

5. Recomiendo talleres de trabajo, conferencias, libros y material audiovisual para ayudar a los pacientes a ser más eficaces socialmente.

Así pues, de muchas maneras, mediante la relación individual con el terapeuta, así como también en grupo y mediante otros procedimientos, la TCER se centra en ayudar a las personas con sus relaciones interpersonales.

Cómo se integra la TCER en la Terapia de los Sistemas Familiares

La terapia de sistemas familiares sostiene, en general, que los individuos de una familia son afectados de forma importante por el sistema familiar; que esto se debe tener en cuenta a la hora de tratarles, y que manipular el sistema puede resultar efectivo. La TCER está de acuerdo con la mayoría de estas proposiciones, pero añade a la terapia el tratamiento de las alteraciones individuales de cada miembro de la familia.

Joan estaba enfadada con Dan, su marido, porque éste le exigía hacer el amor al menos dos veces por semana, cuando normalmente ella quería una vez al mes. Dan, a su vez, estaba enfadado con Joan por privarle del sexo que «necesitaba» y también estaba deprimido porque creía que ya no le resultaba atractivo. Utilizando la TCER, AE demostró a Joan las Creencias Irracionales que le llevaban a su enfado: principalmente, «Dan *no tiene* que perseguirme para hacer el amor cuando sabe que yo no soy tan excitable como él. ¡Es una persona *desconsiderada* y *no puedo soportarle*!». Cuando Joan reconoció estas Creencias Irracionales (CIs), y las Debatió, se le ocurrieron varias Creencias Racionales y una Nueva Filosofía Eficaz; «*Desearía* que Dan fuera más considera-

do, pero no *tiene* que serlo. A veces actúa desconsideradamente, pero otras veces es muy amable y, por tanto, no es una *persona desconsiderada*. No me gustan algunos de sus comportamientos, pero puedo aguantarle e incluso amarle».

A Dan se le ayudó a ver sus Creencias Irracionales, que eran: «*Necesito* sexo al menos dos veces por semana. Es *terrible* que Joan me prive de lo que *necesito*. Como mi esposa, *no debería en absoluto* frustrarme. ¡Es una zorra frígida!». Dan discutió estas CIs y las cambió por preferencias racionales: «*Prefiero* hacer el amor al menos dos veces por semana, pero no lo *necesito*. No me moriré si no lo hago. Puedo ver que va contra mis intereses, pero no es *terrible*, ni *totalmente malo*. Si Joan es tan frígida como creo, *debería* ser así y no es ninguna zorra. Vamos a comprobar si puedo dejar a un lado mi furia y tengo la oportunidad de vencerla para hacer el amor más frecuentemente. Mientras tanto, incluso si no la atraigo demasiado, no necesito despreciarme ni deprimirme»,

Joan y Dan cambiaron su manera de pensar alterada, así como su negativo enfado por sentimientos sanos de desilusión y pena. Dan dejó de despreciarse y deprimirse a sí mismo. Entonces se sintieron mucho más preparados para cambiar su sistema marital. Normalmente, se pospone cambiar el sistema porque si los miembros de la familia siguen enfadados, deprimidos u hostiles, y si el terapeuta les ayuda sugiriendo ciertos cambios, es muy probable que fastidien el nuevo sistema. Si primero se les ayuda a cambiar su tendencia a alterarse a sí mismos (una tendencia que se da en todos los sistemas) entonces pueden, con o sin ayuda, cambiar el sistema.

En realidad, AE sugirió varios cambios sistemáticos que Joan y Dan fueron capaces de experimentar en su situación familiar y que les ayudó: En primer lugar, los dos pudieron intentar ver el sexo como un «juego» y no como una «relación». Entonces Joan pudo satisfacer a Dan con sexo oral o masturbándole dos o tres veces a la semana, mientras que él la satisfacía con una relación sexual dos veces al mes. En segundo lugar, Dan pudo complacer

a Joan de varias maneras que no tenían nada que ver con el sexo (como haciendo la compra, limpiando la casa y cocinando) para que ella viera que él era «más considerado». En tercer lugar, Dan tenía detalles con Joan por su interés en satisfacerle sexualmente. Así por ejemplo, como a ella le encantaban las flores. Dan le regalaba cada semana un bonito ramo. Estos y otros cambios en el sistema familiar (algunos de los cuales los ideó la propia pareja) funcionaron muy bien. De este modo, la práctica de la TCER con Joan y Dan individualmente, además de suponer algunos cambios en el sistema, funcionó probablemente mejor que utilizando el sistema de terapia individual o familiar por sí solos.

Cómo se integra la TCER en otras Terapias Cognitivas Conductuales

En el año 1955, la TCER fue la primera de las terapias cognitivas conductuales actuales y fue seguida, diez años más tarde, por varias terapias más, en especial las de Beck (1976) y Meichenbaum (1977). La mayoría de éstas utilizaban los métodos de la TCER de debatir las Creencias Irracionales de los pacientes o una reconstrucción positiva similar, y basta la fecha lo siguen haciendo. Por consiguiente, la TCER está muy próxima o integrada en estas terapias.

La Terapia Cognitiva de Beck (A. Beck, 1976; J. Beck, 1993) es más parecida a la TCER que otras terapias cognitivas del comportamiento. En un principio, la terapia cognitiva acentuaba el debate de los «pensamientos automáticos» de los pacientes más que sus Creencias Irracionales esenciales, en particular, con los pacientes que tenían serios desequilibrios de la personalidad. No obstante, cuando la TCER considera las *obligaciones* y *exigencias* básicas para la mayoría de CIs, la Terapia Cognitiva las iguala con los *pensamientos automáticos disfuncionales*, tales como personalizar. Beck (1976) omitió en su origen el énfasis de la TCER en las técnicas de terapia muy emocionales y de exposi-

ción, pero durante estos últimos años los terapeutas cognitivos se han acercado a las técnicas de la TCER en lo que se refiere a este aspecto (J. Beck, 1993).

Las terapias cognitivo- conductistas constructivistas, como las de Guidano (1991), Kelly (1955), Mahoney (1991) y la de Neimeyer (Neimeyer & Mahoney, 1995), emplean una teoría similar a la TCER, que pone énfasis en las tendencias innatas de los pacientes a cambiar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos disfuncionales. Sin embargo, estas propuestas tienden a ser menos activo-directivas que la TCER, y con menos probabilidades de utilizar métodos muy emotivo-evocativos y de insensibilización in vivo. Las investigaciones sobre su efectividad, en comparación con la TCER (Ellis & Dryden, 1997; Ellis, Gordon, Neenan, & Palmer, 1978) y con las Terapias Cognitivas (TC) (A. Beck, 1976; A. Beck & G. Emery, 1985; J. Beck, 1993) pueden aportar importantes descubrimientos sobre qué sistemas de terapia funcionan mejor y con qué tipo de pacientes.

Unas palabras finales

Mientras que la filosofía y los principios básicos de la TCER siguen vigentes, su práctica sigue evolucionando. Lo que hemos tratado de ofrecerte en este libro, no es sólo una perspectiva general de la teoría, sino la información más actual sobre la práctica y las intervenciones específicas utilizadas en el Instituto de Nueva York y por los terapeutas de la TCER de todo el mundo.

Sin duda, no reclamamos haber creado todas las intervenciones que empleamos. Tal y como se ha dicho a lo largo del libro, hemos tomado algunos métodos excelentes de varias fuentes (como con cualquier modelo adaptable y flexible) y te animamos a hacer lo mismo en tu práctica particular.

Estos son algunos de los puntos más importantes a tener en cuenta:

- **¡Utiliza tu propio estilo!** No hay nada menos profesional que un terapeuta que intenta trabajar de un modo que no se ajusta a su personalidad. Uno de los aspectos prácticos de este enfoque es que se adapta a casi todo el mundo. Si el enfoque que estás empleando te resulta incómodo, éste no funcionará hasta que le añadas algo más de tu propia persona.
- **¡La fase de valoración es vital y es un proceso constante!** Al principio de la terapia, los pacientes pueden ponerte a prueba muchas veces y es tu trabajo demostrar que estás plenamente capacitado.

- **¡Utiliza la TCER para ti mismo!** Una de las mejores formas de familiarizarse con la teoría y con uno mismo es aplicar sus principios a tu propia vida e imaginarte lo que conlleva tu particular modo irracional de pensar. Si no sabes cuáles son tus respuestas, te será más difícil ayudar a un paciente a identificarlas.
- **¡Practica, practica, practica!** Sé consciente de que las diferentes personas responden a intervenciones diferentes. Cuanto mejor sea el repertorio con el que trabajas, tanto mayor será el éxito que disfrutarás con los diferentes pacientes.

Apéndice A: Cómo mantener y aumentar tus logros en la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional

Dr. Albert Ellis

Si trabajas utilizando los principios y prácticas de la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional (TCER), serás capaz de cambiar tus propios pensamientos, sentimientos y comportamientos autodestructivos, y de sentirte mucho mejor que cuando empezaste la terapia. ¡Bien! Aunque, a veces, también recaerás. Nadie es perfecto y prácticamente todas las personas avanzan tres pasos y retroceden uno. ¿Por qué? Porque la naturaleza humana es así: mejorar, dejar de mejorar y recaer.

¿De qué modo (imperfecto) puedes reducir la tendencia a recaer? ¿Cómo puedes mantener y aumentar tus objetivos terapéuticos? Estos son algunos métodos que hemos probado en nuestro Instituto de Nueva York y que muchos de nuestros pacientes han encontrado eficaces.

Cómo mantener tu mejoría

1. Cuando mejoras y después vuelves a caer en los antiguos sentimientos de ansiedad, depresión o menosprecio hacia ti mismo, intenta recordarte y determinar exactamente qué pensamientos, sentimientos y comportamientos cambiaste en su momento para producir tu mejoría. Si te vuelves a sentir deprimido, trata de recordar de qué modo utilizaste la TCER anteriormente para olvidar la depresión. Por ejemplo, puedes recordar que:
 - Has dejado de decirte a ti mismo que eras despreciable y que nunca podrías conseguir lo que querías.
 - Has hecho bien un trabajo o has tenido una buena relación amorosa y te has demostrado a ti mismo que has sido capaz de hacer algo y que puedes amar.
 - Te has forzado a hacer entrevistas en vez de evitarlas y, por consiguiente, te has ayudado a superar tu ansiedad respecto a ellas.Recuerda pensamientos, sentimientos y comportamientos pasados en los que tú mismo te has ayudado a cambiar.
2. Sigue pensando, pensando y pensando Creencias Racionales (CRs) o afirmaciones de aceptación, como por ejemplo: «¡Es fantástico tener éxito, pero puedo aceptarme plenamente a mí mismo como persona y tener experiencias satisfactorias aun cuando fracase!». No repitas simplemente estas afirmaciones, sino repásalas cuidadosamente muchas veces, hasta que empieces a creer y sentir que son ciertas.
3. Continúa buscando, descubriendo, cuestionando y desafiando tus Creencias Irracionales (CIs) con las que te estás disgustando de nuevo. Coge cada Creencia Irracional importante (como por ejemplo: «¡Tengo que lograrlo para ser una persona apreciada!») y sigue preguntándote: «¿Por qué

es cierta esta creencia?»; «¿Dónde está la prueba de que mi valía y mi alegría de vivir dependan de que triunfe en alguna cosa?»; «¿Por qué fracasar en una tarea importante me tiene que hacer totalmente inaceptable como persona?».

Sigue cuestionando enérgica y persistentemente tus Creencias Irracionales, siempre que veas que estás permitiendo que vuelvan a aparecer. Incluso, cuando no las mantengas activamente, ten en cuenta que pueden volver a surgir otra vez, tráelas a tu conciencia y cuestionálas de un modo preventivo y enérgico.

4. Sigue arriesgándote y haciendo cosas que temas de un modo irracional (como por ejemplo, subir en ascensor, entablar relaciones, buscar trabajo o escribir de un modo creativo). Una vez hayas superado parcialmente uno de tus temores irracionales, sigue actuando en su contra regularmente. Si te sientes incómodo forzándote a hacer ciertas cosas, no te permitas eludirlas (sí no conservarás la sensación de malestar para siempre). Practica haciéndote sentir tan incómodo como puedas, para erradicar tus temores irracionales, tranquilizarte y sentirte cómodo después.
5. Intenta ver la auténtica diferencia entre sentimientos negativos sanos (como los de tristeza y frustración cuando no consigues algunas de las cosas importantes que quieres) y sentimientos negativos enfermizos (como los de depresión, ansiedad, odio hacia ti mismo y autocompasión). Siempre que te sientas excesivamente preocupado (aterroizado) o *demasiado* abatido (deprimido) reconoce que estás sufriendo un sentimiento estadísticamente normal, pero psicológicamente enfermizo y que principalmente te lo estás causando por alguna *exigencia u obligación* dogmática. Reconoce que eres capaz de cambiar tus sentimientos enfermizos (o de desprecio) por otros apropiados (o preferentes). Coge tus sentimientos depresivos y trabaja en ellos hasta que

sólo sientas pena y lástima. Coge tus sentimientos de ansiedad y trabaja en ellos hasta que sólo te sientas preocupado e inquieto. Utiliza las imágenes emotivas racionales para imaginar vívidamente Incidentes Activos desagradables incluso antes de que ocurran; hazte sentir muy alterado (ansioso, deprimido, enfadado o despreciativo contigo mismo) cuando te los imaginas; después, trabaja en tus sentimientos para cambiarlos por emociones negativas sanas (preocupación, pena, disgusto o lástima) mientras sigues imaginándote que suceden algunas de las peores cosas.

6. Evita la indecisión autodestructiva. Haz rápidamente las tareas difíciles, ¡al momento! Si todavía estás indeciso, prémiate con algo que te guste (por ejemplo, comer, hacer vacaciones, leer y relacionarte con otras personas) solamente *después* de realizar las tareas que sueles evitar. Si esto no funcionase, castígate severamente (como por ejemplo, charlando con una persona aburrida durante dos horas) cada vez que estés indeciso.
7. Demuéstrate a ti mismo que es un reto y una *aventura* mantener tu salud emocional y ser razonablemente feliz, sin importar qué clase de desgracias te suceden. Haz que desprenderse de tu desgracia sea uno de los objetivos más importantes de tu vida (algo que estás determinado a trabajar con todas tus fuerzas para conseguir). Reconoce plenamente que casi siempre tienes alguna elección acerca de cómo pensar, sentir y comportarte; entonces lánzate activamente a hacer esta elección por ti mismo.
8. Recuerda (y utiliza) las tres principales percepciones de la TCER que se esbozaron por primera vez. en *Reason and emotion in psychotherapy* en el año 1962:

Percepción nº 1: En gran medida tú eliges alterarte a ti mismo por los incidentes desagradables de tu vida, aunque puedes ser alentado a hacerlo por sucesos externos y por

el aprendizaje social. Principalmente *sientes como piensas*. Cuando te suceden cosas detestables y frustrantes en el punto A (Incidentes Activos o Adversidades), conscientemente o inconscientemente *seleccionas* Creencias Racionales (CRs) que te llevan a sentirte triste y apenado, y también *seleccionas* Creencias Irracionales (CIs) que te llevan a sentir inquietud, depresión y odio hacia ti mismo,

Percepción nº 2: No importa cómo o cuándo adquiriste tus Creencias Irracionales y tus hábitos autodestructivos; ahora, en el presente, *eliges* mantenerlos y por eso *ahora* estás perturbado. Tu historia pasada y las condiciones de tu vida presente te afectan significativamente; pero éstas no te *alteran*. Tu *filosofía* actual es la que contribuye principalmente a tu alteración *actual*.

Percepción nº 3: No existe ninguna fórmula mágica para que cambies tu personalidad y tu fuerte tendencia a alterarte. Un cambio básico de la personalidad requiere un *trabajo* y una *práctica* persistentes —*sí, trabajo y práctica*— para permitirte alterar tus Creencias Irracionales, tus sentimientos enfermizos y tus comportamientos autodestructivos.

9. Busca siempre el placer y el disfrute personal de un modo regular y sereno (como por ejemplo, leer, practicar un deporte, tener aficiones...). Haz que tu principal objetivo en la vida no sea solamente lograr una buena salud emocional, sino también disfrutar de verdad. Intenta implicarte en un objetivo a largo plazo o interesarte por algo por lo que te sientas realmente absorbido. Una vida realmente feliz te ofrecerá un objetivo por el que vivir, te distraerá de muchas preocupaciones serias y te animará a conservar y mejorar tu salud mental.
10. Trata de mantenerte en contacto con personas que conozcan un poco la TCER y que puedan ayudarte a superar algunos

de sus aspectos. Explícales los problemas con los que tienes dificultades y de qué modo estás utilizando la TCER para superarlos. Comprueba si están de acuerdo con tus soluciones y si pueden sugerirte otras formas de debatir la TCER que tú puedas utilizar contra tus Creencias Irracionales.

11. Practica la TCER con aquellos amigos, parientes y compañeros que estén dispuestos a dejarse ayudar con esta terapia. Cuanto más la utilices con otras personas, seas capaz de descubrir sus Creencias Irracionales e intentes disuadirles de ellas, tanto más podrás comprender los principios fundamentales de la TCER y utilizarlos contigo mismo. Cuando veas que otras personas actúan de un modo irracional y alterado, trata de imaginarte cuáles son sus Creencias Irracionales y cómo se podría debatir eso activa y enérgicamente.
12. Cuando estés en la terapia TCER individual o en grupo, intenta grabarlo y escucharlo minuciosamente entre las sesiones, para convencerte de algunas de las ideas que has aprendido durante la terapia. Una vez haya finalizado la terapia, vuelve a escuchar estas grabaciones de vez en cuando, para recordarte el modo de tratar algunos problemas pasados u otros nuevos que puedan surgir.

Cómo tratar las recaídas

1. Acepta la recaída como algo normal; como algo que le pasa a casi todas las personas que en un principio mejoran emocionalmente y después vuelven a caer. Obsérvalo como parte de la falibilidad humana. No te sientas avergonzado cuando vuelvan a aparecer viejos síntomas, y no pienses que has de soportarlos tú solo y que está mal o es una debilidad por tu parte buscar sesiones de terapia adicionales y hablar con tus amigos sobre tus nuevos problemas.

2. Cuando recaigas, contempla tu *comportamiento* autodestructivo como algo malo e inoportuno, pero rechaza el desprecio *hacia ti mismo* por atraer esta conducta. Utiliza el importante principio TCER de abstenerse de valorarte a *ti*, a tu *persona* o a tu *ser*, y evalúa solamente tus acciones y rasgos. Siempre eres una *persona* que actúa bien o mal, y nunca una *buen persona* o una *mala persona*. No importa cuánto puedas recaer y provocar tus antiguos desequilibrios; trabaja para aceptarte plenamente con este comportamiento desafortunado o débil, y después intenta, y sigue intentando, cambiar tu conducta.
3. Revisa el ABC de la TCER y comprueba claramente lo que has hecho para recaer en tus antiguos síntomas. En A (Incidentes Activos o Adversidad), normalmente experimentaste algún fallo o rechazo. En CR (Creencia Racional) probablemente te dijiste a ti mismo que no te *gustaba* fracasar y que no *querías* ser rechazado. Si sólo te quedases con estas Creencias Racionales, simplemente sentirías lástima, pesar, desilusión o frustración. Pero si te sintieses alterado, entonces probablemente continuarías con algunas Creencias Irracionales (CIs), como por ejemplo: «¡No debo fracasar! ¡Es horrible cuando me sucede!» «¡Tengo que ser aceptado, porque si no eso me convierte en una *persona antipática y despreciable*!». Si volvieses a estas CIs, probablemente te sentirías otra vez deprimido y te despreciarías a ti mismo en C (Consecuencia emocional).
4. Cuando descubres las Creencias Irracionales por las que te estás alterando a ti mismo de nuevo, de igual modo que al principio utilizaste el Debate (D) para desafiarlas y renunciar a ellas, vuelve a hacer lo mismo (*inmediatamente y con persistencia*). Así, te puedes preguntar a ti mismo: «¿Por qué no debo fracasar? ¿Realmente es tan *horrible* si lo hago?». Y puedes responderte: «No existe ninguna razón por la que no

deba fracasar, aunque puedo pensar en varias razones de por qué eso sería muy poco deseable. No es *horrible* si fracaso, sólo que está claro que *no es conveniente*».

También puedes cuestionarte tus otras Creencias Irracionales preguntándote: «¿Dónde está escrito que yo *tenga que ser* aceptado? ¿Cómo es que me convierto en una *persona anti-pática y despreciable* si soy rechazado?». Y puedes responder: «Nunca *tengo* que ser aceptado, aunque *preferiría* serlo. Si soy rechazado, eso me hace una persona que es rechazada esta vez por este individuo bajo estas condiciones, pero no me convierte en absoluto en una *persona antipática y despreciable* que siempre será rechazada por cualquier persona por la que me interese».

5. Sigue buscando, descubriendo y debatiendo activa y enérgicamente aquellas Creencias Irracionales en las que has vuelto a caer y que te están haciendo sentir inquieto y deprimido. Sigue haciendo esto una y otra vez, hasta que desarrolles fuerza intelectual y emocional (igual que desarrollarías la fuerza muscular aprendiendo los ejercicios y después *continuando* practicándolos).
6. No te engañes creyendo que si simplemente cambias tu lenguaje cambiarás tu modo de pensar. Si, de una forma neurótica, te dices a ti mismo: «*Tengo que* triunfar y ser aprobado» y cambias esta afirmación por: «*Prefiero* triunfar y ser aprobado», puedes seguir realmente convencido, «Pero realmente *tengo que* hacerlo bien para que me aprecien». Antes de que acabes el debate y quedes satisfecho de tus respuestas, continúa haciéndolo hasta que *realmente* estés convencido de tus respuestas racionales y hasta que desaparezcan verdaderamente tus sentimientos de inquietud. Después haz lo mismo repetidas veces; hasta que tu nueva E (Filosofía Eficaz) se reafirme y se habitúe, lo que pasará casi siempre si sigues trabajando para alcanzarla.

7. Convencerte a la ligera o «intelectualmente» de tus Creencias Racionales o nueva Filosofía Eficaz, con frecuencia no te ayudará mucho o te durará poco tiempo. Hazlo con mucha *persistencia* y *enérgicamente*, y hazlo muchas veces. Así, te podrás convencer de *una manera convincente*, hasta que lo *sientas* realmente: «¡No *necesito* lo que *quiero*!»; «¡Nunca *tengo* que triunfar, no importa lo mucho que *deseo* hacerlo!»; «Puedo soportar el rechazo de alguien por quien me preocupa. ¡Eso no *acabará* conmigo!»; «¡Ningún ser humano es miserable y despreciable (especialmente yo)!».

Cómo pasar del trabajo de un problema emocional al trabajo de otros problemas

1. Demuéstrate a ti mismo que tu actual problema emocional y tu forma de provocártelo no es único, y que la mayoría de las dificultades emocionales y conductistas son creadas por las Creencias Irracionales (CIs). Cualesquiera que sean tus CIs, puedes superarlas debatiéndolas con mucha fuerza y persistencia, y actuando en contra de ellas.
2. Reconoce que tiendes a tres tipos fundamentales de Creencias Irracionales que te llevan a alterarte, y que los problemas emocionales y conductistas que quieres aliviar entran en una, dos o tres categorías:
 - «Debo hacerlo bien y tengo que ser aprobado por la gente que considero importante». Esta Creencia Irracional te lleva a sentirte inquieto, deprimido y a odiarte a ti mismo; y a evitar que hagas las cosas en las que puedas fracasar o eludir relaciones que puedan no terminar bien.
 - «¡Los demás deben tratarme justamente y con amabilidad!». Esta Creencia Irracional contribuye a que te sientas enfadado, furioso, violento y excesivamente rebelde.

- «¡Las condiciones en las que vivo *deben* ser cómodas y libres de grandes preocupaciones!» Esta Creencia Irracional tiende a causar sentimientos de baja tolerancia a la frustración y a la autocompasión y, algunas veces, a los de enojo y depresión.
3. Reconoce que cuando utilizas una de estas tres *obligaciones* absolutas (o cualquiera de las innumerables variaciones sobre ello) de una manera natural y normal las obtienes de otras conclusiones irracionales, como por ejemplo;
- «Como no lo estoy haciendo tan bien como *debería*, soy un individuo incompetente y despreciable». (Desprecio hacia uno mismo).
 - «Como la gente que encuentro importante no me aprueba, como *tendría que* serlo, es *horrible*». (Horrorizarse).
 - «Como los demás no me están tratando con la justicia y la amabilidad que ellos tendrían *terminantemente que* tratarme, son *personas totalmente malvadas* y merecen ser condenadas». (Condena).
 - «Como las condiciones en las que vivo no son muy cómodas, y como en mi vida hay varios problemas importantes que no *debería* haber, no puedo soportarlo. ¡Mi existencia es horrible!». (No puedo soportarlo/s).
 - «Como he fracasado y he sido rechazado de una forma que *no tenía* que haber sido de ningún modo, *siempre* fracasaré y *nunca* seré aceptado como *debería*. ¡Mi vida siempre será desesperada e infeliz!», (Generalizar excesivamente).
4. Trabaja en *comprobar* que estas Creencias Irracionales son parte de tu repertorio general de pensamientos y sentimientos, y que las llevas a muchos tipos de situaciones. Reconoce que en muchos casos en los que te sientes seriamente inquieto y actúas de forma autodestructiva, consciente o inconscientemente te estás deslizado en una o más de estas Creencias

Irracionales. Como consecuencia, si las reduces en un área y sigues alterado emocionalmente por alguna otra cosa, puedes utilizar los mismos principios TCER para descubrir tus CIs en la nueva área y minimizarlas allí.

5. Demuéstrate repetidamente que normalmente no te alterarás, ni permanecerás alterado si abandonas tus *obligaciones y exigencias* absolutas y que las reemplazarás convincentemente por *deseos y preferencias* flexibles y nada estrictos (aunque fuertes).
6. Continúa reconociendo que puedes cambiar tus Creencias Irracionales (CIs) por otras creencias rigurosas (¡no estrictas!) usando un pensamiento realista y sano. Puedes demostrarte que tus Creencias Irracionales son sólo suposiciones o hipótesis, no hechos. Puedes debatirlas de manera lógica, real y pragmática de muchas formas, como por ejemplo éstas:
 - Puedes demostrarte a ti mismo que tus CIs son autodestructivas (que éstas interfieren en tus objetivos y en tu felicidad). Porque si te convences firmemente de que «*Debo triunfar en las tareas importantes y tengo que tener la aprobación de todas las personas importantes de mi vida*», por supuesto que a veces fracasarás y no tendrás su aprobación, y por consiguiente te inquietarás y te deprimirás inevitablemente, en vez de sentirte apenado y frustrado.
 - Tus Creencias Irracionales no se ajustan a la realidad, y en particular no se ajustan a la falibilidad humana. Si siempre *tuviésemos que* triunfar, si el universo ordenase que *debes* hacerlo así, obviamente siempre triunfarías. ¡Pero, por supuesto, muchas veces no lo haces! Si constantemente *tuvieses que* tener la aprobación de los demás, nunca podrías ser rechazado. ¡Pero obviamente muchas veces lo eres! De forma clara, el universo no está preparado para que siempre consigas lo que quieres. Por eso, aunque tus deseos son reales muchas veces, tus órdenes divinas no lo son.

- Tus Creencias Irracionales no son lógicas; son inconsistentes o contradictorias. No importa lo mucho que quieras triunfar y ser apreciado; eso nunca significa que debas hacerlo bien en lo que respecta a eso (o a cualquier otra cosa). No importa lo deseable que es la justicia y la educación, nunca *tiene que* existir.
 - Aunque el modo de debatir de la TCER no es infalible, ni sagrado, ayuda eficazmente a descubrir cuál de tus creencias es irracional y autodestructiva, y de qué modo puedes utilizar el pensamiento real, pragmático y lógico para minimizarlas. Si continuas utilizando un modo de pensar flexible evitarás los dogmas sobre ti mismo, sobre otras personas y sobre el mundo, y siempre te mantendrás abierto a nuevas ideas.
7. Intenta establecer varios objetivos en tu vida, metas que te gustaría mucho alcanzar pero que nunca te dices a ti mismo que debes conseguirlas terminantemente. Mantente orientado hacia objetivos que no sean perjudiciales ni para ti ni para los demás. En vez de ser excesivamente interesado contigo mismo o con los demás, muchas veces un equilibrio entre estas dos clases de objetivos funciona mejor para ti y para tu comunidad.
 8. Si te sientes hundido y tu vida parece demasiado triste o aburrida, revisa estos puntos y aplícalos. Si recaes o fracasas a la hora de seguir el ritmo que desearías, no dudes en tomar algunas sesiones de refuerzo de terapia.

Nota del autor:

Agradezco la contribución de las siguientes personas del Institute for Rational-Emotive Therapy de Nueva York que leyeron este libro cuando era un manuscrito y que hicieron valiosos comentarios sobre él: Raymond DiGiuseppe, Mal Holland, Harriet Mischel, Beverly Pieren, Susan Presby, Karin Schleider, Janet Wolfe, Joe Yankura, y Thea Zeeve. No obstante, me responsabilizo de todas las opiniones expresadas.

Apéndice B:

Bibliografía

recomendada

Observación: Las entradas a las que se hace referencia en el texto están en negrita. Las entradas precedidas por un asterisco (*) en la lista siguiente están recomendadas para todos aquellos a quienes les gustaría saber más sobre la Terapia del Comportamiento Emotivo Racional (TCER) y la Terapia Cognitiva Conductista (TCC). Aquellas precedidas por dos asteriscos (**) son libros y materiales de autoayuda de TCER y TCC. Muchas de estas publicaciones pueden obtenerse en el Instituto Albert Ellis, 45 East 65th Street, New York, NY 10021-6593. El catálogo gratuito y los materiales que éste distribuye se pueden pedir los días laborales por teléfono (212-535-0822) o por FAX (212-249-3582). El Instituto continuará proporcionando estos y otros materiales, y ofrecerá charlas, talleres y sesiones de orientación, así como otras presentaciones en el área del crecimiento de la persona y de una vida sana, y los enumera en su catálogo gratuito regular. El Instituto también ofrece consultas y orientación a empresas. Muchas de las entradas que se listan aquí, en particular mucho del material de autoayuda, no aparecen en el interior del libro.

- *Abrams, M, y Ellis, A. (1994). Rational emotive behavior therapy in the treatment of stress. En *British journal of guidance and counseling*, 22, 39-50
- **Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Garden City, Nueva York: Greenberg
- **Adler, A. (1929). *The science of living*. Nueva York: Greenberg.
- **Adler, A. (1958). *What life should mean to you*. Nueva York: Capricorn.
- [Adler, A. *El sentido de la vida*. Valencia: Editorial Alumsa, 2000.]
- *Adler, A. (1964 a). *Social interest: A challenge to mankind* Nueva York: Capricorn
- *Adler, A. (1964 b). *Superiority and social interest*. Editado por H.L. Ansbacker y R R, Ansbacker Evanston, Illinois: Northwestern University' Press
- [Adler, A. *Comprender la vida*. Barcelona: Paidós, 2003.]
- **Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1995) *Your perfect right*, séptima edición revisada. San Luis Obispo, California: Impact Publishers, Inc.
- *Ansbacher, H. I. y Ansbacher, R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. Nueva York: Basic Books.
- *Assaglioli, R A. (1956) *Psychosynthesis*. Nueva York: Hobbs-Dorman.
- * Baisden, H.F. (1980). *Irrational beliefs: A construct validation study*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Minnesota, Minneapolis.
- **Baldón, A. y Ellis, A (1993), *RET problem solving workbook*. Nueva York- Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall
- [Bandura, A. *Pensamiento y acción*. Madrid: Martínez Roca, 1987.]
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- [Bandura, A. *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2004.]
- *Barlow, D.H. (1989). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford
- **Barlow, D. H. y Craske, M. C. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, Nueva York. Center for Stress and Anxiety Disorders.
- [Barlow, D Domine la ansiedad y el pánico. Murcia: Martín García-Sancho, 1993.]
- Bartley, W. W., III. (1984). *The retreat to commitment*, edición revisada. Peru, Illinois: Open Court.
- *Bard, J. (1980), *Rational-emotive therapy in practice*. Champaign, Illinois: Research Press.
- *Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- **Beck, A. T. *Con el amor no basta: Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja* Barcelona: Paidós, 1998.
- *Beck, A. T, (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. En *American Psychologist*, 46, 382-389.
- *Beck, A. T. y Emery, G. (1985), *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basic Books.
- *Beck, A. et al. *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paulos, 1995.
- *Beck, A. et al. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 1998.
- *Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy and beyond*. Nueva York: Guilford.
- [Beck, J. *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundación*, Barcelona: Gedisa, 2000.]

- Beckfield, D. (1998). *Master your panic and take back your life!* San Luis Obispo, California; Impact Publishers, Inc.
- **Benson, H., (1975). *The relaxation response*. Nueva York; Morrow.
- [Benson, H. *La relajación: la terapia imprescindible para mejorar su salud*. Barcelona: Grijalbo, 1997.]
- [Benson, H. *Relajación*. Barcelona; Pomaire. 1977.]
- *Berkowitz, I. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression. En *American psychologist*, 45, 494-503.
- *Bernard, M. E., editor (1991). *Using rational-emotive therapy effectively: A practitioner's guide*. Nueva York: Plenum.
- **Bernard, M. E. (1993). *Staying rational in an irrational world*. Nueva York; Carol Publishing.
- *Bernard, M. E. y DiGiuseppe, R., editores (1989). *Inside RET: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis*. San Diego, California: Academic Press.
- *Bernard, M. E. y Joyce, M. R. (1995). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*, segunda edición. Nueva York: Wiley.
- *Bernard, M. E. y Wolfe, J. L., editores. (1993). *The RET resource hook for practitioners*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Bemheim, H. (1947). *Suggestive therapeutics*. Nueva York: London Book Company. (Publicado originalmente en 1986).
- *Beuder, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrop, R. J., Bergan, J., Meredith, K., y Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed therapeutic procedures. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 333-340.
- *Blatt, S. J. y Felsen, I. (1993) Different kinds of folks may need different kinds of strokes. En *Psychotherapy research*, 3, 245-259
- *Blau, S. F. (1993). Cognitive darwinism: Rational-emotive therapy and the theory of neuronal group selection. En *ETC: A review of general semantics*, 50, 403-441.
- *Bloomfield, H. H. y McWilliams, P. *Cómo curar la depresión*. Barcelona. Ediciones Obelisco, 1997.
- *Bricault, L. (1992). «Cherche? le 'should' I Chore hez le 'must'! Une entrevue avec Albert Ellis, L'initiateur de la méthode émotivo-rationnelle.» En *Confrontation*, 14, 3-12.
- **Broiler, M. S. (1990). *The art of living*. Nueva York: Avon.
- **Broder, M. S. (1994). *El arte de seguir juntos*. Barcelona: Ediciones Eolio, 2000.
- *Brown, G. y Beck, A.T. (1989), The role of imperatives in psychopathology: A reply to Ellis. En *Cognitive therapy and research*, 13, 315-321.
- *Budman, S. H. y Cumian, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. Nueva York: Guilford,
- *Budman, S. H., Hoyt, M. F. y Friedman, S., editores (1992), *The first session in brief therapy*. Nueva York: Guilford.
- *Burns, D D. *Sentirse bien*. Barcelona: Alfaya, 1995.
- **Burns, D. (1984) *Intimate connections*. Nueva York: Morrow.
- **Burns, D. D. *El manual de ejercicios de sentirse bien*. Barcelona Paidós, 2002.
- Burns, D. D. *Autoestima en diez días*. Barcelona: Paidós, 2002.
- *Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1993) *A brief guide to brief therapy* Nueva York. Norton
- *Carlson, C. R. y Hoyle, R. H. (1993) Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: A quantitative review of behavioral medicine research. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 1059-1067.

- *Clark, D. A. (1997). Twenty years of cognitive assessment: current status and future directions. En *Journal of consulting and clinical Psychology*, 65, 996-1000.
- *Cloitre, M (1995, invierno). An interview with Martin Seligman. En *Behavior therapist*, 261-265.
- *Cocker, K. I., Bell, D. R., y Kidman, A. D. Cognitive behavior therapy With advanced breast cancer. En *Psycho-oncology*, 5, 255-257.
- *Cohen, E, D. (1992). Syllogizing RET: Applying formal logic in rational-emotive therapy. En *Journal of rational-emotive and cognitive behavior therapy*, 10, 255-252.
- *Corey, C. (1994). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*, quinta edición Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- *Corsini, R. J, (1979). The betting technique. En *Individual psychology*, 16, 5-11
- *Corsini, R. J. y Wedding, D. (1995). *Current psychoterapies*. Itasca, Illinois: Peacock.
- *Coté, G., Gautier, J. G., La Berge, B., Cormier, H. J. Y Plamondon, J. (1994) Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. En *Behavior Therapy*, 25, 125-145
- **Coué, E. (1925). *My method*. Nueva York: Doubleday, Page.
- *Cramer, D. y Ellis, A. (1988) Irrational beliefs and straight in appropriateness of feelings: A debate, En W. Dryden y P. Trower, editores. *Developments in rational-emotive therapy* (pp. 56-64). Philadelphia: Open University'
- **Crawford, T, (1988). *The five coordinates fora good relationship and better communication*. Santa Barbara, California: Autor.
- **Crawford, T. (1995). *Changing a frog into a prince or princess*. Santa Barbara, California: Autor
- *Crawford, T. y Ellis, A. (1982, octubre). Communication and rational-emotive therapy. Taller presentado en Los Angeles.
- *Crawford, T. y Ellis, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. En *Journal of rational-emotive and cognitive behavioral therapy*, 7(1), 5-27. Developments in rational-emotive therapy (pp. 56-64). Philadelphia: Open University.
- **Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of optimal experience*. San Francisco: Harper Perennial,
- *Cummings, N. (1994, febrero). *Comments on programmed material and psychotherapy Assembly of the 21st Century*. American Psychological Association, Washington, D.C.
- *Cuon, D. W. (1994). Cognitive-behavioral interventions with avoidant personality: A single case study En *Journal of cognitive psychotherapy*, 8, 245-257.
- *Curry, S. J. (1995), Self-help interventions for smoking cessation, *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 790-805.
- **Danysh, J. (1974). *Stop without Quitting*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- **DeBono, E. (1991), *I am right. You are wrong: From rock logic to water logic*. Nueva York: Viking.
- [DeBono, E. Obra completa. Barcelona: *Gestión y Planificación Integral*, 1991.]
- *Dengelegi, L. (1990, abril 25), Don't judge yourself. En *New York Times*, p, 65.
- Derrida, J. (1976). *Of grammatology*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University.
- *deShazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós, 1995.
- *deShazer, S (1990). Brief therapy. En J. K. Zeig y W. M. Munioii, editores. *What is psychotherapy?* (pp. 278-282), San Francisco: Jossey-Bass.

- *DiGiuseppe, R. (1986). The implication of the philosophy of science for rational-emotive theory and therapy. En *Psychotherapy*, 23,634-689.
- **DiGiuseppe, R., expositor. (1990). What I da with my anger. Hold it in or let it out? Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- *DiGiuseppe, R. (1991 a). Comprehensive cognitive disputing in RET En M. E. Bernard. editor Using rational-emotive therapy effectively, pp. 173-196, Nueva York: Plenum.
- **DiGiuseppe, R., expositor. (1991 b). Maximizing the moment: How to have more fun and happiness in life. Grabación. Nueva York- Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *DiGiuseppe, R., Leaf. R y Linscott, J. (1993). The therapeutic relationship in rational-emotive therapy: A preliminary analysis, *Journal of rational-emotive and cognitive behavior therapy*, 11,223-233.
- *DiGiuseppe, R. A., Miller, N, J., y Trexler, L. D. (1979). A review of rational-emotive psychotherapy outcome Studies. En A. Ellis y J M. Wluteley, editores Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy (pp 218-235). Monterrey, California: Brooks/Cole
- *DiGiuseppe, R., Tafrale, R., y Eckhart, C. (1994) Critical issues in the treatment of anger. En *Cognitive and behavioral practice*, 1. 111-132
- *DiMattia, D. y Lega, L., editores. (1990). Will the real Albert Ellis please stand up? Anecdotes by his colleagues, students and friends celebrating his 75th birthday. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- **DiMattia, D. J. et al., expositores. (1987), Mind over myths: Handling difficult situations in the workplace, Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Dobson, K.S. (1989), A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, En *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 314-419.
- *Dougher. M. J. (1993). On the advantages and implications of a radical behavioral treatment of private events. En *The behavior therapist*, 16,204-206.
- *Rougher, M. J. (1994). More on the differences between radical behavioral and rational emotive approaches to acceptance: A response to Robb. En *Behavior therapist*.
- *Dryden, W. (1987). Language and meaning in rational-emotive therapy. En W. Dryden, editora. *Current issues in rational-emotive therapy*. Londres: Groom Helm.
- *Dryden, W. (1990). *Healing with anger problems: rational-emotive therapeutic interventions*. Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.
- *Dryden, W. (1994 a). *Progress in rational emotive behavior therapy*. Londres: Whurr.
- *Dryden, W, (1994 b). *Invitation to rational-emotive psychology*. Londres: Whurr.
- *Dryden, W (1994 c). *Overcoming guilt!* Londres: Sheldon,
- *Dryden. W., Backx, W , y Ellis, A, (1987) *Problems in living: The Friday Night Workshop* En W. Dryden, *Current issues in rational-emotive therapy*, (pp. 154-170), Londres y Nueva York: Croom-Helm.
- **Dryden, W. y DiGiuseppe, R, (1990). *A primer on rational-emotive therapy*. Champaign, Illinois: Research Press.
- *Dryden, W. y Ellis, A. (1989), Albert Ellis: An efficient and passionate life. En *Journal of counseling and development*, 67, 539-546. Reeditado en Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- **Dryden, W. y Cordon, J, (1991) *Think your way to happiness*. Londres: Sheldon press.
- **Dryden, W. y Cordon,) (1993) *Peak Performance*. Oxfordshire, Inglaterra. Mercury
- **Dryden, W, y Hill, I., K., editores. (1993). *Innovations in rational-emotive therapy*. Newbury Park. California: Sage.

- *Dryden, W. y Neenan, M. (1995). *Dictionary of rational emotive behavior therapy*, Londres: Wlinrr Publishers.
- *Dryden, W. y Yankura, J. (1992). *Daring to be myself: A case study in rational-emotive therapy*. Buckingham, Inglaterra y Filadelfia, EE UU.; Open University Press
- *Dryden, W. y Yankura, J. (1994), *Albert Ellis*. Londres: Sage.
- *Dubois, P. (1907). *The psychic treatment of nervous disorders*. Nueva York: Funk y Wagnalls.
- *Dunlap, K, (1952). *Habits: Their making and unmaking*. Nueva York: Javerlight,
- **Dyer, W. *Tus zonas erróneas*. Barcelona: Grijalbo, 1998.
- *D'Zurilla, J. *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer, 1992.
- *Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En E. E. Bergin y S. I. Garfield, editores. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). Nueva York. Wiley.
- *Elkin, I., Shea, M T., Walkins, J. T., Leber, S. D., Glass, D. R., Pilkonis, P A., Leber, W. R., Doherty, W. R., Fiester, S. J., y Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of general Psychiatry*, 46, 971-982.
- *Elliott, J. E., (1993). Using releasing statements to challenge shoulds. En *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 291-295.
- **Ellis, A. (1957 a). *How to live with a neurotic: At home and at work*. Nueva York: Grown. Edición revisada, Hollywood, California: Wilshire Books, 1975.
- *Ellis, A. (1957 b). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. En *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- *Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. En *Journal of General Psychology*, 59, 35-49. Reeditado en Nueva York: Institute for rational-emotive Therapy.
- *Ellis, A (1959). Requisite conditions for basic personality change En *Journal of consulting psychology*, 23, 538-540,
- **Ellis, A. (1960). *The art and science of love*. Nueva York: Lyle Stuart and Bantam.
- *Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 1988.
- *Ellis, A (1965a). *The treatment of borderline and psychotic individuals*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy Edición revisada, 1989
- *Ellis, A. (1965b) *Taller sobre terapia racional emotiva* Institute for Rational-Emotive Therapy, Nueva York, 8 de septiembre
- *Ellis, A. (1967). *Goals of Psychotherapy*. En A. H. Mahrer, editor. The goals of psychotherapy (pp. 206-220). Nueva York: Macmillan.
- *Ellis, A. (1968). Is psychoanalysis harmful? En *Psychiatric opinion*, 5, 16-25. Reedición: Nueva York Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1969). A weekend of rational encounter. En *Rational living*, 4 (2), 1-8. Reeditado en A, Ellis y W. Dryden, *The practice of rational-emotive therapy* (pp. 180-191). Nueva York: Springer, 1987.
- *Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, California: Wilshire Books
- *Ellis, A. (1972a). Helping people get better rather than merely feel better. En *Rational Living*, 7 (2), 2-9.
- **Ellis, A. (1972b). *Executive leadership. The rational-emotive approach*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy

- *Ellis, A. (1972 c). Emotional education in the classroom: The living school. En *journal of clinical and child psychology*, 1 (3), 19-22.
- *Ellis, A (1972 d). *Psychotherapy and the value of a human being*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Reeditado en A. Ellis y W. Dryden, *The essential Albert Ellis*. Nueva York: Springer, 1990
- *Ellis, A. (1972 e). *How to master your fear of flying*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy,
- *Ellis, A., expositor. (1973 a). *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Grabación. Nueva York; Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1973 b). *Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach*. Nueva York: McGraw. Hill.
- **Ellis, A , expositor (1973 c). *Twenty-one ways to stop worrying*. Grabación. Nueva York; Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1974 a), Cognitive aspects of abreactive therapy En *Voices*, 10 (1), 4,3-56 Reeditado en Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Edición revisada, 1992.
- **Ellis, A., expositor. (1974 b). *Rational living in an irrational world*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1974 c). *Techniques of disputing irrational beliefs*. (DIBS). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- **Ellis, A. (1975 a). *How to live with a neurotic*. Edición revisada: North Hollywood, California: Wilshire Books.
- **Ellis, A., expositor. (1975 b). *RET and assertiveness training*. Grabación, Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1976 a). *Sex and the liberated man*. Secaucus, Nueva Jersey: Lyle Stuart.
- *Ellis, A. (1976 b). The biological basis of human irrationality. En *Journal of individual Psychology*, 32, 145-168. Reeditado en Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A., expositor. (1976 c). *Conquering low frustration tolerance*. Grabación. Nueva York. Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1976 d). RET abolishes most of the human ego. En *Psychotherapy*, 13, 343-348, Reeditado en Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Edición revisada, 1991.
- **Ellis, A. (1977 a). *Anger — how to live with and without it*. Secaucus, Nueva Jersey. Citadel Press.
- **Ellis, A., expositor (1977 b). *Conquering the dire need for love*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1977 c). Fun as psychotherapy. En *Rational Living*, 12(1), 2-6. También; Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- **Ellis, A., expositor. (1977 d). *A garland of rational humorous songs*. Grabación y cancionero. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy,
- **Ellis, A. (1978). *I'd like to stop but.. Dealing with addictions*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- **Ellis, A. (1979 a). *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, Nueva Jersey: Lyle Stuart.
- *Ellis, A. (1879 b). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part I. En *Rational living*, 14 (2), 3-8.

- *Ellis, A. (1979 c). A note on the treatment of agoraphobia with cognitive modification versus prolonged exposure. En *Behavior research and therapy*, 17, 162-164.
- *Ellis, A. (1979 d). Rational-emotive therapy- Research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. En A. Ellis y J. M. Whiteley, editores. *Theoretical and empirical foundations of rational- emotive therapy* (pp 101-174) Monterrey, California: Brooks/Cole Publishing.
- *Ellis, A. (1979 e). Rejoinder: Elegant and inelegant RET En A. Ellis y J. M. Whiteley, *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy* (pp. 240-267). Monterrey, California: Brooks/Cole Publishing.
- *Ellis, A. (1980 a), Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct. Part 2. En *Rational living*, 15 (1), 25-30.
- *Ellis, A. (1980 b). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy. Similarities and differences. En *Cognitive therapy and research*, 4, 325-340
- **Ellis, A., expositor. (1980 e) *Twenty-two ways to brighten up your love life*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1980 d). The value of efficiency in psychotherapy. En *Psychotherapy*, 17, 414-419. Reeditado. En A. Ellis y W. Dryden (1990). *The essential Albert Ellis* (pp. 237-247). Nueva York: Springer.
- *Ellis, A. (1980 e). Psychotherapy and atheistic values. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 48, 635-639.
- *Ellis, A. (1981). The use of rational humorous songs in psychotherapy. En *Voices*, 16(4), 29-36.
- **Ellis, A., expositor. (1982) *Solving emotional problems*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1983 a). *The case against religiosity*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Edición revisada, 1991.
- *Ellis, A. (1983 b). Failures in rational-emotive therapy. En E. M. Foa y P. M. G. Emmelkamp, editores. En *failures in behavior therapy* (pp. 159-171). Nueva York: Wiley.
- *Ellis, A. (1983 e). The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. En M. Rosenbaum, C. M. Franks y Y Jaffe, editores. *Perspectives in behavior therapy in the eighties* (pp. 138-151). Nueva York: Springer
- *Ellis, A. (1984 a). Introducción a H. S. Young, The work of Howard S. Young. Editado por W. Dryden *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, Special Issue, 2 (2), 1-5.
- *Ellis, A. (1984 b). The place of meditation in cognitive-behavior therapy and rational- emotive therapy. En D H Shapiro y R. Walsh, editores. *Meditation* (pp. 671-673). Nueva York: Aldiue
- *Ellis, A. (1984 c) *The use of hypnosis with rational-emotive therapy*. En *International journal of eclectic psychotherapy*, 3 (3), 15-22.
- *Ellis, A. (1985 a). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. Nueva York: Springer.
- *Ellis, A. (1985 b). *Intellectual fascism*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Edición revisada, 1991
- *Ellis, A. (1985 c). A rational-emotive approach to acceptance and its relationship to EAPs. En S. H. Klarreich, L. Francek y G. FT Moore, editores. *The human resources management handbook* (pp. 325-333). Nueva York: Praeger
- *Ellis, A. (1986 a). Anxiety about anxiety. The use of hypnosis with rational-emotive therapy. En E T Dowd y J. M. Healy, editores. *Case studies in hypnotherapy* (pp. 3-11). Nueva York: Guilford.

- **Ellis, A., expositor (1986 b). *Effective self-assertion*. Grabación Washington» D. C.: Psychology Today Tapes
- *Ellis, A. (1986 c) Rational-emotive therapy applied to relationship therapy, *Journal of rational-emotive therapy*, 4-21,
- *Ellis, A. (1987 a). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive-behavior therapy (CBT). En J. K. Zerg, *The evolution of psychotherapy* (pp. 107-152) Nueva York: Brunner/Mazel.
- *Ellis, A. (1987 b). The impossibility of achieving consistently good mental health. En *American psychologist*, 42, 464-375.
- *Ellis, A (1987 c). Integrative developments in rational-emotive therapy (RET). *Journal of integrative and eclectic psychotherapy*, 6, 470-479.
- *Ellis, A. (1987 d). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive therapy and research*, 11, 121-146.
- *Ellis, A. (1987 e). The use of rational humorous songs in psychotherapy En W. E. Fry, Jr y W. A. Salamerl, editores. *Handbook of humour and psychotherapy* (pp. 265-287). Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange
- *Ellis, A. (1988 a). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything yes, anything!* Secaucus, Nueva Jersey: Lyle Stuart.
- *Ellis, A. (1988 b) How to live with a neurotic man, En *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 6, 129-136.
- *Ellis, A., expositor. (1988 c). *Unconditionally accepting yourself and others*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1989 a). Comments on my critics. En M E. Bernard y R. DiGiuseppe, editores. *Inside rational-emotive therapy* (pp. 199-233), San Diego, California: Academic Press.
- *Ellis, A. (1989 b) Comments on Sandra Warnock's. Rational-emotive Therapy and the Christian Client. En *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 7, 275-277.
- *Ellis, A. (1989 c). The history of cognition in psychotherapy. En A. Freeman, K. M. Simon. L. E. Beutler y H Aronwilz, editores. *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 5-19) Nueva York: Plenum.
- **Ellis, A., expositor. (1989 d). *Overcoming the influence of the past*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1989 e). *The treatment of psychotic and borderline individuals with RET*, Publicado originalmente en 1965. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1989 f). Using rational-emotive therapy (RET) as crisis intervention: A single session with a suicidal client. En *Individual psychology*, 45(1 y 2), 75-81
- **Ellis, A., expositor. (1990 a). *Albert Ellis Live at the learning annex*. Dos grabaciones. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Ellis, A. (1990 b). Is rational-emotive therapy (RET) «rationalist» or «constructivist»? En Ellis, A. y Dryden, W., *The essential Albert Ellis* (pp. 114-141). Nueva York: Springer.
- *Ellis, A. (1990 c). *Let's not ignore individuality*. En *American psychologist*, 45, 781.
- *Ellis, A. (1990 d). My life in clinical psychology. En C. E. Walker, editor. *History of clinical psychology in autobiography*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- *Ellis, A (1990 e). Rational and irrational beliefs in counseling psychology. En *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*.
- *Ellis, A. (1990 f). Special features of rational-emotive therapy. En W. Dryden y R DiGiuseppe, *A primer of rational-emotive therapy* (pp. 79-93). Champaign, Illinois: Research Press.

- *Ellis, A. (1991 a). Achieving self-actualization. En *Journal of social behavior and personality*, 6 (5), 1-18. Reeditado en Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1991 b) Are all methods of counseling and psychotherapy equally effective? *New York State Association for Counseling and Development Journal*, 6 (2), 9-13.
- *Ellis, A. (1991 c). *Cognitive aspects of abreactive therapy*, edición revisada. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Ellis, A. (1991 d) How can psychological treatment aim to be briefer and better. The rational-emotive approach to brief therapy. En K. N. Anchor, editor. *The handbook of medical psychotherapy* (pp 51-88). Toronto: Hografe & Huber También en J. K. Zeig & S. C. Gilligan, editores. *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 291-302), Nueva York: Brunner/Mazel
- **Ellis, A., expositor. (1991 e) *How to get along with difficult people*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- **Ellis, A., expositor (1991 f). *How to refuse to be angry, vindictive and unforgiving*. Grabación. Nueva York; Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Ellis, A (1991 g), *Humanism and psychotherapy: A revolutionary approach*, edición revisada. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Publicarlo originalmente en 1972.
- *Ellis, A. (1991 h) The philosophical basis of rational-emotive therapy (RET) En *Psychotherapy in private practice*, 8 (4), 97-106.
- *Ellis, A. (1991 i). Rational-emotive family therapy. En A. M. Home y J. L. Passmore, editores, *Family counseling and therapy*, segunda edición (pp. 403-434), Itasca. Illinois: F. E. Peacock.
- *Ellis, A. (1991 j). The revised ABCs of rational-emotive therapy. En J. Zeig, editor *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 79-99). Nueva York: Brunner/Mazel, Versión ampliada: *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior Therapy*, 9, 139-172.
- *Ellis, A. (1991 k). *Self-management workbook: Strategies for personal success*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1991 l). Suggestibility, irrational beliefs, and emotional disturbance. En J. E Schumaner, editor. *Human suggestibility* (pp. 309-325). Nueva York: Routledge.
- *Ellis, A. (1991 m). Using RET effectively: Reflections and interview. En M E. Bernard, editor. *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 1-33). Nueva York: Plenum.
- *Ellis, A. (1992 a). Brief therapy: The rational-emotive method. En S. H. Budnian, M. F. Hoyt y S Friedman, editores *The first session in brief therapy* (pp, 36-58). Nueva York: Guilford.
- *Ellis, A. (1992 b) Prólogo a Paul Hauck, *Overcoming the rating game* (pp. 1-4). Louisville. Kentucky: Westminster/John Knox,
- *Ellis, A., expositor. (1992 c). *How to age with style*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1992 d). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy En *International journal of group psychotherapy*, 42, 63-80.
- *Ellis, A. (1992 e). My current views on rational-emotive therapy (RET) and religiousness. En *journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 10, 37-40.
- *Ellis, A. (1992 f). Rational-emotive approaches to peace. En *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 79-104.

- *Ellis, A. (1993 a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT), En *Behavior therapist*, 16,257-258.
- *Ellis, A. (1995 b). Rational-emotive imagery: RET version. En M. E Bernard y J. L. Wolfe, editores. *The RET source book for practitioners* (pp. 118-210). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A., expositor (1995 c). *Coping with the suicide of a loved one*. Grabación de video. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Ellis, A. (1995 d) Fundamentals of rational-emotive therapy fertile 1990s. En W. Dryden y L. K. Hill, editores. *Innovations in rational-emotive therapy* (pp. 1-52) Newbury Park. California: Sage Publications.
- *Ellis, A. (1993 e) General semantics and rational-emotive behavior therapy. En *Bulletin of general semantics*, 58, 12-28 También en P. D. Johnston, D D Bourland, Jr. y J Klein, editores. *More E-prime* (pp. 213-240) Concord, California: International Society for General Semantics.
- **Ellis, A., expositor. (1993 f). *How to be a perfect non-perfectionist*, Grabación Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A., expositor (1993 g), *Living fully and in balance: This isn't a dress rehearsal. This is it!* Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1993 h). Rational-emotive therapy and hypnosis. En J. W. Rime, S. J. Lynn e I. Kirsh, editores. *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 173-186). Washington, D. C. American Psychological Association
- *Ellis, A. (1993 i). The rational-emotive therapy (RET) approach to marriage and family-therapy En *Family journal: Counseling and therapy for couples and families*, 1, 292-307.
- *Ellis, A. (1993 j). The advantages and disadvantages of self-help therapy materials. En *Professional psychology: Research and practice*, 24, 335-339.
- *Ellis, A. (1993 k) Reflections on rational-emotive therapy. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 61,199-201.
- *Ellis, A., expositor (1993 l). *Releasing your creative energy*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. (1993 m), Vigorous RET disputing En M. E. Bernard y J. L. Wolfe, editores. *The RET resource book for practitioners* (pp, 117). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy,
- *Ellis, A., expositor, (1993 n). *Rational-emotive approach to brief therapy*. Dos grabaciones. Phoenix, Arizona: Milton Erickson Foundation.
- *Ellis, A. (1994 a). *Reason and emotion in psychotherapy*. Edición revisada y actualizada. Nueva York: Birch Lane Press.
- *Ellis, A. (1994 b). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in rape victims. A rational-emotive behavioral theory. En *journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. 12,3-25,
- *Ellis, A. (1994 c). Radical behavioral treatment of private events: A response to Michael Dough. En *Behavior therapist*, 17,219-221.
- *Ellis, A. (1994 d). Rational emotive behavior therapy approaches to obsessive-compulsive disorder (OCD). En *journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 12, 121-141.
- *Ellis, A. (1994 e). *Prólogo a P. D. Johnston, D. D. Bourland, Jr., y J. Klein, editores. More E-Prime* (pp, xiii-xviii). Concord, California: International Society for General Semantics.

- * Ellis, A. (1994 f), *Secular humanism* Eli F. Wertz, editor. The humanistic movement (pp. 233-242) Lakcworth, Florida: Gardner Press.
- *Ellis, A. (1994 g). The treatment of borderline personalities with rational emotive behavior therapy, En *journal of rational-emotive and cognitive-behavior Therapy*, 12, 101- 119.
- *Ellis, A. (1994 h). Life in a box. Reseña de D W. Bjorle, B. F, Skinner; A Life. *Readings*, 9(4), 16-21.
- *Ellis, A. (1994 i). The sport of avoiding sports and exercise. En *Sport Psychologist*. 8, 240-261
- * Ellis, A. (1995 a), A social constructionist position for mental health counseling: A response to Jeffrey A. Guteman. En *journal of mental health counseling*.
- *Ellis, A. (1993 b, 6 de marzo). Dogmatic religion doesn't help, it hurts, En *Insight in the news*, pp. 20-22,
- *Ellis, A. (1996). *Better, deeper and more enduring therapy*. Nueva York. Brunner/Mazel.
- *Ellis, A. (1997). Postmodern ethics for active-directive counseling and psychotherapy. En *journal of Mental Health Counseling*, 18, 211-225.
- *Ellis, A. y Abrahms, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. Nueva York: Springer.
- *Ellis, A. y Abrahms, M. (1994). *How to cope with a fatal disease*. Nueva York: Barricade Books.
- **Ellis, A., Abrahms, M. y Dengelegi, L. (1992). *The art and science of rational eating*. Nueva York; Barricade Books.
- *Ellis, A. y Becker. *Guía para la felicidad personal*. Barcelona: Ediciones Deusto, 1990.
- *Ellis, A. y Bernard, M. E , editores (1983) *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. Nueva York: Plenum.
- *Ellis, A. y Bernard, M. E., editores. (1985 b). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. Nueva York: Plenum.
- *Ellis, A. *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1990],
- *Ellis, A y DiGiuseppe, R., expositores. (1994) *Dealing with addictions*. Grabación de video. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- Ellis, A. y DiMattia, D. (1991) *Self-management: Strategies for personal success*. Nueva York Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Ellis, A. y Dryden, W.(1985). Dilemmas in giving warmth or love to clients. An interview with Windy Dryden. En *W. Dryden, Therapists' dilemmas* (pp. 5-16). Londres: Harper & Row
- *Ellis, A y Dryden, W. *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1994
- *Ellis, A. y Dryden, W. (1990). *The essential Albert Ellis*. Nueva York: Springer.
- * Ellis, A. y Dryden, W. (1991). *A dialogue with Albert Ellis: Against dogma* Filadelfia Open University Press.
- *Ellis, A. y Dryden, W. (1993). *A therapy by any other name? An interview*. En *The Rational Emotive Therapist*, 1 (2), 34-37.
- *Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy*. Edición revisada, Nueva York: Springer.
- *Ellis, A., Gordon, J., Neenan, M., y Palmer, S. (1997). *Stress counseling: A rational- emotive behavior approach*. Londres: Cassell y Nueva York: Springer.

- *Ellis, A. y Criegeer, R., editores. *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1990.
- **Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). *A guide to successful marriage*. North Hollywood, California: Wilshire Books.
- **Ellis, A. y Harper, R. A. *Una nueva guía para una vida racional*. Barcelona: Ediciones Obelisco, 2003.
- **Ellis, A. y Himter, P. (1991). *Why am I always broke?* Nueva York: Carol Publications.
- **Ellis, A. y Kuans, W. (1977). *Overcoming procrastination* Nueva York: New American Library,
- *Ellis, A., Krasner, P. y Wilson, R. A. (1960) An impolite interview with doctor Albert Ellis. En *Realist*, 16, 1,9-14; 17,7-12. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy Edición revisada, 1985.
- *Ellis, A., y Lange, A. (1994). *How to keep people from pushing your buttons*. Nueva York: Carol Publishing.
- Ellis, A., y Lange, A. *¡Basta ya! Enfrentate con éxito a las presiones de los demás*. Barcelona: Grijalbo, 1995
- *Ellis, A., McInerney, J. E., DiGiuseppe, R., y Yeager, R.). (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Needham, Massachusetts: Allyn & Bacon
- Ellis, A. *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1996.
- *Ellis, A y Robb, H (1994) Acceptance in rational-emotive therapy. En S. C. Hayes, N S. Jacobson, V. M. Follette y M. J. Dougher, editores. *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 91-102). Reno, Nevada. Context Press.
- *Ellis, A., Sichel, J., Leaf, R. C, y Mass, R, (1989). Countering perfectionism in research on clinical practice. I: Surveying rationality changes after a single intensive RET intervention, En *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 7, 197-218.
- *Ellis, A., Sichel, J. L., Yeager, R. J., DiMattia, D. J., y DiGiuseppe, R. A., (1989). *Rational-emotive couples therapy*. Needham, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- **Ellis, A y Velten, E. (1992). *When A. A. doesn't work for you: Rational steps for quitting alcohol*. Nueva York: Barricade Books.
- *Ellis, A. y Whiteley, J. M. (1979) *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterrey, California: Brooks/Cole.
- **Ellis, A. y Wolfe, J. L. y Moseley, S. (1966). *How to raise an emotionally healthy, happy child*. North Hollywood, California: Wilshire Books.
- *Ellis, A. y Yeager, R. (1989). *Why some therapies don't work: The dangers of transpersonal psychology*. Buffalo, Nueva York: Prometheus.
- *Ellis, A., Young, J y Lockwood, C. (1987). Cognitive therapy and rational emotive therapy: A dialogue En *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (4), 137-187.
- *Engels, C. I., Garnefski, N., Diekstra, K. K. W. (1993). Efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative analysis. En *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 1083- 1090.
- *Epictetus. (1899). *The collected works of Epictetus*. Boston: Little, Brown.
- *Epicuro. *Sobre la felicidad*. Barcelona: Editorial Debate, 2000,
- **Epstein, S. (1993). *You're smarter than you think*. Nueva York: Simon & Schuster.
- *Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious, En *American psychologist*, 49,709.

- *Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hillside, Nueva Jersey. Erlbaum
- Fava, M , Bless, E., Otto, M W , Pava, A. et al. (1994) Dysfunctional attitudes in major depression: Change with pharmacotherapy. En *journal of nervous and mental disease*, 182, 45-49.
- Feyerband, P. (1975). *Against method* Nueva York: Humanistics Press.
- *FitzMaurice, K. (1989) *Self-concept: The enemy within*. Omaha, Nebraska: FitzMaurice Publishing Co.
- *FitzMaurice, K. (1991) *We're all insane*. Omaha, Nebraska. Palmtree Publishers.
- *FitzMaurice, K. (1994). *Introducing the 12 steps of emotional disturbances*. Omaha Nebraska. Autor.
- **Foa, K. y Wilson, R. *Venza sus obsesiones* Teia: Ediciones Robinbook, 1992.
- *Forest, J. (1987). Effects of self-actualization of paperbacks about psychological self-help En *Psychological reports*, 60, 1245-1246.
- Frank, J (1985) Therapeutic components shared by all psychotherapies. En M. Mahoney y A. Freeman, editores. *Cognition and psychotherapy* (pp. 49-79) Nueva York: Plenum
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- *Frankl, V. (1959), *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder, 1995,
- *Franklin, R. (1995), *Overcoming the myth of self-worth*. Appleton, Wisconsin: Focus Press.
- *Freeman, A. (1994). *Short-term therapy for the long-term patient: Workshop syllabus*. Chapel Hill, Nueva Jersey: Autor.
- *Freeman, A. y Datillo, F. W. (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- **Freeman, A. y DeWolfe. R. (1995) *The ten dumbest mistakes smart people make and how to avoid them* Nueva York: Harper Perennial
- Freud, S. *Obras completas*. Barcelona: Orbis, 1988.
- *Fried, R. (1995). *The psychology and physiology of breathing*. Nueva York: Plenum.
- *Friedman, M. J. y Lackey, G. H., Jr. (1991). *The psychology of human control*. Nueva York: Praeger.
- **Froggatt, W. (1995). *Choose to be happy* Nueva Zelanda: Harper-Collins.
- *Gelber, D. M (1995). Re: Exposure Therapy. En *Behavior therapist*, 16 (2), 15.
- *Gerald. M. y Eyman, W. (1981). *Thinking straight and talking sense An emotional education program*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Gergen, K. J. (1991). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Faidós, 1997.
- *Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1997). Questionnaire methods of cognitive self-statement assessment, En *journal of consulting and clinical psychology*, 65, 971-927-
- *Glasser, W. *La 'reality therapy': Un nuevo camino para la psiquiatría*. Madrid: Narcea, 1979.
- *Glasser, W (1992 a). Reality therapy. En J. K. Zeig, editor *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 270-282). Nueva York: Brunner/Mazel
- *Glasser, W (1992 b). Discussion of Jay Haley, Zen and the art of therapy. En J K. Zeig, editor. *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 54-55). Nueva York: Brunner/Mazel.
- *Golden, W. L., Dowd, E. T. y Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy: A modem approach* Nueva York: Pergamon.

- *Goldfried, M R y Castonguay, I. G. (1993). Behavior therapy: redefining strenghts and limitation! En *Behavior therapy*, 24, 505-526.
- *Goldfried, M. R. y Davison, G C (1991). *Clinical behavior therapy*, tercera edición. Nueva York: Holt Rinehart & Winston.
- Goldsmith, T. H. (1991). *The biological roots of human nature* Nueva York: Oxford.
- Goleman, D (1989, 6 de julio). Feeling gloomy? A good self-help book may actually help En *New York Times*, p. B6.
- *Goleman, D. (1993, 21 de marzo), A slow methodical calming of the mind, En *New York Times Magazine*, p 20-21.
- **Gordon, S. (1994). «*Is there anything I can do?*». *Helping a friend when times are though*, Nueva York: Delacorte.
- *Gould, R. A., Glum, G. A. y Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. En *Behavior Therapy*, 24, 241-252.
- *Golliding, M M. (1992), Short-term redecision therapy in the treatment of clients who suffered childhood abuse. En J. Zeig, editor. *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 239-251). Nueva York: Brunnel/Mazel
- *Granvold, D. K., editor (1994) *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole.
- *Greenberg, L. S. y Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford.
- *Greenwald, H. (1987). *Direct decision therapy*. San Diego, California- Edits.
- *Greist, J. H. (1993). *Obsessive compulsive disorder*. Madison, Wisconsin: Dean Foundation for Health and Education.
- *Gheger, R. M (1988). From a linear to a contextual model of the ABCs of RET. En W. Dryden y P. Trowcr, editores. *Developments in cognitive psychotherapy* (pp. 71-105). Londres: Sage.
- *Grieger, R. y Boyd, J. (1980) *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- **Grieger, R. M. y Woods, P J (1993). *The rational-emotive therapy companion*. Roanoke, Virginia: Scholars Press.
- *Grossack, M. (1976). *Love and reason*. Boston: Institute for Rational Living.
- *Guidano, V. F. *El si mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva! postracionalista*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2002.
- Guterman, J. T (1994) A social constructionist position for mental health counseling. En *Journal for mental health counseling*, 16, 226-244.
- *Haaga, D. A. y Davison, G- C (1989). Outcome studies of rational-emotive therapy. En M. E, Bernard y R. DiGiuseppe, editores. *Inside rational-emotive therapy* (pp. 155-197). San Diego, California; Academic Press.
- *Hajzler, D., y Bernard, M. E. (1991). A review of rational-emotive outcome studies. En *School psychology quarterly*, 6(1), 27-49.
- *Haley, J. (1963). *Estrategias en psicoterapia*. Cerdanyola: Ediciones Toray, 1987.
- *Haley, J. (1990). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Hammond, D. C. y Stanfield, K. (1977). *Psicoterapia multidimensional*. Madrid: TEA ediciones, 1981.
- **Hauck, P. A. (1973). *Overcoming depression* Filadelfia: Westminster.
- **Hauck, P. A. (1974). *Overcoming frustration and anger*. Filadelfia: Westminster.
- **Hauck, P. A. (1977). *Marriage is a loving business*, Filadelfia: Westminster.

- **Hauck, P. A. (1991) *Overcoming the rating game. Beyond self-love, beyond self-esteem*. Louisville, Kentucky: Westminster, John Knox,
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson, editor. *Therapist's in clinical practice* (pp. 327-386). Nueva York: Guilford.
- * Hayes, S. C. (1995). Why cognitions are not causes. En *Behavior therapist*. 18, 59-60.
- *Hayes, S. C. y Hayes, I. J (1992) Some clinical implications of contextualistic behaviorism: The example of cognition. En *Behavior therapy*, 23, 225-249.
- *Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afán, N. y Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT)*. Reno, Nevada: University of Nevada.
- *Hayes, S. C. Y Meluncon, S. M. (1989) Comprehensive distancing, paradox, and the treatment of emotional avoidance. En M. Ascher, editor. *Paradoxical procedures in psychotherapy* (pp. 110-130). Nueva York: Cuilford.
- Heidegger, M. *Ser y tiempo* Madrid: 'I cenos, 2003.
- *Herzberg, A. (1945). *Active psychotherapy*. Nueva York: Grune & Stratton.
- *Hollon, S., D, y Beck, A. T. (1994) Cognitive and coguitive/behavioral therapies. En A. E. Bergin y S. L. Carfield, editores. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466). Nueva York: Wiley .
- Ivey, A. E. y Rigazio-DiGilio, S. A. (1991). Toward a developmental practice of mental health counseling: Strategies for training, practice, and political unity. En *journal of mental health Counseling*, 13, 21-26.
- *Janet, P. (1898). *Neurosis et idée fixes*. 2 volúmenes. Paris: Alcan,
- *Janis, I. L. (1983) *Short-term counseling*. New Haven. Connecticut: Yale University Press.
- *Janis, I. L, y Maim, I. (1977). *Decision making*. Nueva York: Free Press.
- **Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. En *Behavior Therapy*. 23,491-506
- *Johnson, W (1946). *People in quandaries*. Nueva York: Harper Si Row.
- *Johnson, W. R. (1981). *So desperate the fight*. Nueva York. Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Kaner, F. H. y Goldsein, A. P., editores (1986) *Helping people change*. Tercera edición. Nueva York: regamon,
- *Kanter, H. H., y Scieffft. B. K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Nueva York: Pergamon.
- *Kadzin, A. F. (1994), Psychotherapy for children and adolescents. En A. F. Bergin y S. L. Garfield, editores. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 543-594) Nueva York: Wiley.
- *Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Dos volúmenes. Nueva York: Norton.
- **Kelly, G. *Psicología de los constructos personales* Textos escogidos, Barcelona: Paidós, 2001).
- *Kendall, P. C., Hollon, S. D. (1980). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. Nueva York: Academic Press.
- *Kiser, D. J., Piercy, E. P y Lipchik, E. (1993). The integration of emotion in solution-focused therapy. En *Journal of Marital and Family Therapy*, 19, 233-242.
- Klein, M. (1984). *Envy and gratitude and other works*. Nueva York: Free Press.
- Klerman, G. L., Rounsville, B., Chevron, E., Nen, C. Y Weissman, M. (1979). *Manual for short-term interpersonal psychotherapy (IPT) of depression*. New Haven: Boston Collaborative Depression Project.

- Kouns, W- (1974). *Rational-emotive education*. Nueva York: Institute For Rational-Emotive Therapy.
- Kohut, H. (1991). *The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut*. Madison, Connecticut: International Universities Press.
- *Kocek, A. M., Beal, D. y DiGiuseppe, K. (1994). Training in RE T: Disputational strategies. En *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior Therapy*, 12.
- Korzybski, A. (1933), *Science and sanity*. San Francisco: International Society of General Semantics.
- *Kottler, J. A. (1991) *The complete therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Kuehlwem, K. T. y Rosen, H., editores. (1995). *Cognitive therapies in action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Kwee, M. G. T. (1982). *Psychotherapy and the practice of general semantics*. En *Methodology and Science*, 15, 236-256.
- *Kwee, M. (1991). Cognitive and behavioral approaches to meditation. En M. G. Kwee *Psychotherapy, meditation and health* (pp. 36-53). Londres: East/West Publications.
- *Kwee, M. G. T. (1991). *Psychotherapy, meditation and health: A cognitive behavioral perspective*. Londres: EastAvest Publications.
- *Lange, A. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, Illinois: Research Press.
- *Laydon, M. A. y Newman, C. K (1993). *Cognitive therapy of borderline disorder*. Des Moines, Iowa: Longwood Division, Allyn & Bacon
- *Lazarus, A. A. (1977) Toward an egoless state of being, En A. Ellis y R. Grieger, editores. *Handbook of rational-emotive therapy. Vol. 1.* (pp. 113-116). Nueva York: Springer
- **Lazarus, A. A. (1985). *Marital myths*. San Luis Obispo, California Impact Publishers, Inc
- *Lazarus, A. A. *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao; Editorial Desclee de Brouwer, 2000.
- *Lazarus, A. A. (1992). Clinical/therapeutic effectiveness: Banning the procrustean bed and challenging 10 prevalent myths. En J. K. Zeig, editor. *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 100-113). Des Moines, Iowa: Longwood Division, Allyn & Bacon.
- Lazarus, A. A. y Lazarus, C. N. (1997). *The 60-second shrink*. San Luis Obispo. California: Impact Publisher, Inc.
- **Lazarus, A. A., Lazarus, G. y Fay, A. (1993). *Don't believe it for a minute. Forty toxic ideas that are driving you crazy*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers, Inc.
- *Lazarus, R. S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- *Lazarus, R. S. (1994). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford,
- *Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- *Lazarus, R. S. y Lazarus, B. *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona; Paidós, 2000.
- **Lewinsohn, P., Antonuccio, D., Breckenridge, J. y Tern, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, Oregon: Castalia
- *Levey, A. B., Aldaz, J. A., Watts, F. N. y Coyle, K. (1991). *Articulatory suppression and the treatment of insomnia*. En *Behavior research and therapy*, 29, 85-89.
- *Lichtenberg, J. W., Johnson, D. D. y Arachtingi, B. M. (1992). Physical illness and subscription to Ellis's irrational beliefs. En *Journal of Counseling and Development*. 71, 157-163.

- *Lightsey, O. R., Jr. (1994), «Thinking positive» as a stress buffer: Role of positive automatic cognitions in depression and happiness. En *Journal of counseling psychology*, 41, 325-334,
- *Linchan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- *Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavior treatment. Confirmation from meta-analysis. En *American psychologist*, 48, 1181-1209
- **Low, A. A. (1952), *Mental health through will training*. Boston: Christopher.
- *Lyons, L. C. y Woods, P.J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. En *Clinical psychology review*, 11, 357-369.
- *Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. Nueva York: Basic Books.
- *Mahoney, M. J., editor. (1995). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 1997.
- **Marco Aurelio. *Meditaciones*. Madrid: Alianza, 1997.
- *Marks, I. (1994). Behavior therapy as an aid to self-care. En *Current Directions in Psychological Science*, 3(1), 19-22.
- *Marlatt, G. A. y Cordon, J. R., editores. (1989), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- *Mariner, J. (1987). The psychotherapeutic process: Common denominators on diverse approaches. En J. Zeig, editor, *The evolution of psychotherapy* (pp. 266-282). Nueva York: Brunner/Mazel,
- *Maultsby, M. C., Jr. (1971 a). Rational-emotive imagery . En *Rational Living* 6 (1), 24-27.
- *Maultsby, M. G., Jr. (1971 b). Systematic written homework in psychotherapy. En *Psychotherapy*, 8, 195-198.
- *Maultsby, M. C., Jr. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- May, R. *Amor y voluntad*. Barcelona: Cedis, 1985.
- *McGovern, T. F. y Silverman, M. S. (1984). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1977 to 1982. En *journal of rational-emotive therapy*, 2 (1), 7-18.
- **McKay, G. D. y Dinkmeyer, D. (1994), *How you feel is up to you*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers, Inc.
- *McMullin, R. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. Nueva York: Norton.
- *Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. Nueva York: Plenum.
- *Meichenbaum, D. (1992). *Evolution of cognitive behavior therapy: Origins, tenets, and clinical examples*. En J. K. Zeig, editor. The evolution of psychotherapy: The second conference (pp. 114-128)
- *Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983) Stress inoculation training En D Meichenbaum y M. E. Jaremko, editores. *Stress reduction and prevention* (pp. 115-154). Nueva York: Plenum.
- **Miller, T. (1986). *The unfair advantage* Manlius, Nueva York: Horsensense, Inc
- **Mills, D. (1993). *Overcoming self-esteem*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Neimeyer, G. J (1993). The challenge of change: Reflections on constructive psychotherapy. En *journal of cognitive psychotherapy*, 7,183-194.

- *Neimeyer, R. A (1993). Constructivism and the cognitive psychotherapies: Some conceptual and strategic contrasts, En *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 1 59-171
- *Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. V. (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- *Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers, En *Journal of counseling psychology*, 54,155-138.
- *Nezu, A. M. (1986) Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression En *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 42-48
- *Norcross, J. C. y Coldfried, M. R. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York Basic Books.
- **Nottingham, E. (1992). *It's not as bad as it seems: A thinking approach to happiness*. Memphis, Tennessee: Castle Books.
- *Nye, R (1993), *Understanding and managing your anger and aggression*. Federal Way, Washington: BCA Publishing.
- *O'Hanlon, B. v Beadle, S. (1994), *A field guide to possibility land: Possibility therapy methods*. Omaha, Nebraska: Possibility Press,
- *O'Hanlon, B. y Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. Nueva York; Guilford,
- Olkin, R. (1994) *The use of a paradoxical intervention for the treatment of recalcitrant temper tantrums*. En *Behavior therapist*, 17, 37-40.
- *Palmer, S., Dryden, W., Ellis, A., y Yapp, L. (1995). *Rational interviews*. Londres: Centre for Rational Emotive Behavior Therapy
- *Palmer, S. y Ellis, A. (1994), In the counselor's chair. En *The rational emotive therapist*, 2(1), 6-15 De Counseling journal, 1993,4,171-174.
- Paul, C. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. En *Journal of consulting psychology*, 31, 108-118.
- **Peale, N, V, (1952). *El poder del pensamiento tenaz* Barcelona: Crijalbo, 1981.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Nueva York: Delta.
- *Peterson, C., Maier, S. E., y Seligman, M E. P. (1993). *Learned helplessness*. Nueva York: Oxford.
- *Phadke, K. M. (1982). Some innovations in RET theory and practice. En *Rational Living*, 17 (2), 25-30.
- *Phillips, E. L. y Wiener, D N. (1966). *Short-term psychotherapy and structured behavior change* Nueva York: McGraw-Hill
- *Pietsch, W- V. (1993) *The serenity prayer*. San Francisco: Harper San Francisco.
- *Plutchik, Ry Kelerman, H (1990) *Emotion, psychopathology, and psychotherapy*. San Diego, California: Academic Press,
- Popper, K. R. (1985). *Popper selections*. Editado por David Miller. Princeton. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- **Powell, J. *Plenamente humano, plenamente vivo*. Santander: Editorial SalTerrae, 1997
- *Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross. J. S. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. En *American psychologist*, 47,1102-1114.
- *Raimy, V. (1975). *Misunderstandings of the self*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Reich, W. (1960). *Selected writings*. Nueva York: Farrar, Straus and Cudahy.
- *Robin, M. W. y DiGiuseppe, R. (1993). Rational-emotive therapy with an avoidant personality. En K. T. Kuehlwein y H. Rosen, editores. *Cognitive therapies in action* (pp. 143-159).

- Rogers, C. R. (1957). The necessary- and sufficient conditions of therapeutic personality change. En *journal of consulting psychology*, 21,95-103.
- Rogers, C. R. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1906.
- *Rorer, L. G. (1989) Rational-emotive theory: I. An integrated psychological and philosophic basis. II. Explication and evaluation. En *Cognitive therapy and research*. 13, 75-492; 531-548
- *Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- *Rush, A. J (1989). The therapeutic alliance in short-term cognitive-behavior therapy. En W Dryden y P. Trower, editores. *Cognitive Psychotherapy: Stasis and Change* (pp. 59- 72), Londres: Casell.
- *Russell, B. (1950). *La conquista de la felicidad*. Pozuelo de Alarcón: Espasa-Calpe, 2000
- *Safran, J D y Greenberg, L. S., editores. (1991). *Emotion, psychotherapy and change*. Nueva York: Guilford.
- *Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy* Nueva York: Creative Age
- Sampson, E. E. (1989). The challenge of social change in psychology. Globalization and psychology's theory of the person. En *American psychologist*, 44,9M-921.
- *Satir, V. (1978). *People making*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- *Schwartz, R. (1993). The idea of balance and integrative psychotherapy. En *journal of psychotherapy integration*, 3, 159-181.
- Schwartz, R, B. (1997). Consider the simple screw: cognitive science, quality improvement, and psychotherapy. En *journal of consulting and clinical psychology*, 65,970- 983.
- *Scoggin, F., Bynum, J., Stephens, G. y Calhoun, S. (1990). Efficacy of self-ad ministered treatment programs: Meta-analytic review'. En *Professional psychology*, 21,42-47.
- *Scoggin, K. y McElreath, L. (1994) Efficacy of psychosocial treatment for geriatric depression: A quantitative review. En *journal of consulting and clinical psychology*, 62, 68-74.
- *Seligman, M. E. P. (1991) *Learned optimism*. Nueva York: Knopf.
- *Shibles, W, (1974). *Emotion. The method of philosophical therapy*. Whitewater, WI; language Press.
- *Shihan, V. y Rohrbaugh, M. (1994). Paradoxical intervention. En R. J Corsini, editor *Encyclopedia of psychology*, Vol. 3 (pp. 5-8). Nueva York-. Wiley.
- Shostrom, E. L. (1976). *Actualizing Therapy*. San Diego, California: Edits.
- **Sichel, J. y Ellis, A. (1984). *RET self-help form*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Silverman, M. S., McCarthy, M. y McGovern, T. (1992). A review of outcome studies of rational-emotive therapy from 1982-1989. En *journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10 (3), 111-186.
- **Simon, J. L, (1993). *Good mood*. La Salle, Illinois: Open Court.
- *Smith, M. L. y Class, C. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. En *American Psychologist*, 32, 752-760.
- *Smith, M L., Glass, G V. Y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- *Sookman, D , Pinard, G., y Beanchemin, N. (1994). Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: Theory and practice. En *journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 175-207.

- **Spillane, R. (1985). *Achieving peak performance. A psychology of success in the organization*. Sydney: Harper & Row.
- *Spivaek, C., Platt, y Shore, M. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Spivaek, C. y Shore, M. (1974) *Social adjustment in young children*. San Francisco: Josey-Bass,
- *Stanton, H. (1977). The utilization of suggestions derived from rational-emotive therapy. En *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 25, 18-26
- *Stanton, H., E. (1989) Hypnosis and rational-emotive therapy — A de-stressing combination. En *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57,95-99
- *Starker, S. (1988 a). Do-it-yourself therapy. En *Psychotherapy*, 25, 142-146.
- *Starker, S. (1988 b). Psychologists and self-help books. En *American Journal of Psychotherapy*, 45,448-455.
- *Stroud, W. I, Jr (1994). A cognitive-behavioral view of agency and freedom. En *American Psychologist*, 44. 142-145
- Sullivan, H. S. (1955). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.
- *Thorne, K C. (1950). Principles of personality counseling. Brandon, Vermont: *Journal of clinical psychology press*.
- Tillich, P. (1955). *The courage to be*. Nueva York: Oxford.
- *Tosi, D, J.. Fuller, J. y Gwyne, P. (Junio de 1980). The treatment of hyperactivity and learning disabilities through RSDH. Paper presented at the Hurd Annual Conference in Rational Emotive Therapy, Nueva York.
- *Tosi, D, J., Judha, S. M. y Murphy, M. M. (1989). The effects of a cognitive experiential therapy utilizing hypnosis, cognitive restructuring, and developmental staging on psychological factors associated with duodenal ulcer. En *Journal of cognitive psychotherapy*, 3, 275-290
- *Tosi, D y Marsella, J. N. (1977.1. The treatment of guilt through rational stage directed therapy, En J. L. Wolfe y E. Brand, editores. *Twenty years of rational therapy* (pp. 234-240). Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- *Tosi, D. y Reardon, J. P. t1976). The treatment of guilt through rational stage directed therapy. En *Rational living*, II (1), 8-11.
- *Tosi, D, J., Rudy, D R , Lewis, J. y Murphy, M. A, (1992). The psychobiological effects of cognitive experiential therapy, hypnosis, cognitive restructuring, and attention placebo control in the treatment of essential hypertension. En *Psychotherapy*, 29, 274-284.
- *Trinipey, J. (1989). *Rational recovery from alcoholism: The small book*. Nueva York Delacorte.
- *Trimpey, J (1995). Step zero; Addiction voice recognition technique. En *Journal of Rational Recovery*, 6 (1), 5-7
- Trimpey, J. (1994), *AVRT in a nutshell*.
- *Trimpey,). y Trimpey, L. (1990). *Rational recovery from fatness*. Lotus, California: Lotus Press.
- Tyler, F. B., Brome, D, B. y Williams, J. E. (1991). *Ethnic validity, ecology and psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- **Velten, E., expositor. (1987) *How to be unhappy at work*. Grabación. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Vernon, A. (1989). *Thinking, feeling, behaving. An emotional education curriculum for children*. Champaign, Illinois: Research Prew.

- *Wachtel, P L, (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy Toward an integration*. Nueva York: Basic Books.
- *Wachtel, P. L. (1994). Cyclical process in personality and psychopathology En *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 51-54.
- *Walen, S., DiGiuseppe, R. y Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*. Nueva York: Oxford University Press.
- *Walen, S- R., Rader, M. W.. (1991). Depression and RET. En M. E. Bernard, editor *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 219-264). Nueva York. Plenum
- **Walter, M. (1994) Personal resilience. Kenata, Ontario, Canadá. *Resilience Training International*.
- *Warga. C. (septiembre de 1988). Profile of psychologist Albert Ellis. En *Psychology Today*, 18-33. Edición revisada, Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy. 1989.
- *Warnock, S. (1989) Rational-emotive therapy and the Christian client En *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 7, 263-274.
- *Warren, R y Zgourides, G. D (1991) *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Des Moines, Iowa: Longwood Division Allyn & Bacon.
- *Watson, C. G., Vassar, F., Pluriel, D., Herder, J. et al. (1990) A factor analysis of Ellis' irrational beliefs En *Journal of Clinical Psychology*, 46, 412-415.
- Watson, J. B. (1919). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Filadelfia: Lippincott.
- *Watzlawick, P , Weakland, J y Fisch, R. (1974). *Change*. Nueva York: Norton.
- *Weinberger, J, (1995), Some common factors aren't so common. En *Clinical Psychology*, 3, 58419.
- *Weinrach, S, G. (1980). Unconventional therapist: Albert Ellis. En *Personnel and Guidance Journal*, 59, 152-160.
- Weissman, M. M. (1995). *Mastering depression: a patient's guide to interpersonal psychotherapy*. Albany, Nueva York; Graywind Publications.
- *Weasler, R. L. (1988). Affect and nonconscious processes in cognitive psychotherapy. En W, Dryden y p. Trower, editores. *Developments in cognitive psychotherapy* (pp, 23-40). Londres: Sage.
- *Wessler, R. A. y Wessler, R. I., (1980) *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- *Wolfe, J. I. y Naimark, H. (1991). Psychological messages and social context. Strategies for increasing RET's effectiveness with women. En M Bernard, ed. *Using rational- emotive therapy effectively* Nueva York: Plenum.
- Wolpe, J. *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 1998.
- **Woods, P. J. (1990). *Controlling your smoking: A comprehensive set of strategies for smoking reduction*. Roanoke, Virginia: Scholars' Press.
- *Woods, P. J. (1992). A study of belief and non-belief items from the Jones' irrational beliefs test with implications for the theory of RET. En *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10,41-52.
- *Woods, P. f. (1993). Building positive self-regard En M. E. Bernard y J. I. Wolfe, editores. *The RET resource book for practitioners* (pp 158-161).

- Yalom, I. *Psicoterapia existencial*. Barcelona. Editorial Herder, 1984
- Yankura, J. y Dryden. W. (1990), *Doing RET: Albert Ellis in action*. Nueva York: Springer.
- *Young. H. S. (1974) *A rational counseling primer* Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- *Young, H. S. (1984). Special issue: The work of Howard S. Young, En *British journal of cognitive psychotherapy*, 2 (2), 1-101.
- *ZilBergeld, B. (1981). *The shrinking of America*. Boston: Little, Brown

Esta página intencionalmente en blanco