

Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) Casos ilustrativos

Joseph Yankura
Windy Dryden



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

**TERAPIA CONDUCTUAL
RACIONAL EMOTIVA (REBT)
CASOS ILUSTRATIVOS**

JOSEPH YANKURA
WINDY DRYDEN

**TERAPIA CONDUCTUAL
RACIONAL EMOTIVA (REBT)
CASOS ILUSTRATIVOS**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
USING REBT WITH COMMON PSYCHOLOGICAL PROBLEMS
& SPECIAL APPLICATIONS OF REBT
© 1997, Springer Publishing Company, Inc.

Traducción: Jasone Aldekoa

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 1999
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Printed in Spain
ISBN: 84-330-1468-4
Depósito Legal:
Impresión:

Índice

Colaboradores	9
I. APLICACIÓN DE LA REBT A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMUNES.....	11
1. Introducción a la primera parte	13
<i>Joseph Yankura y Windy Dryden</i>	
2. REBT y Trastorno de Ansiedad Generalizada	17
<i>Ricks Warren</i>	
3. Aplicación de la REBT al Tratamiento de la Depresión	45
<i>Paul A. Hauck y Patricia McKeegan</i>	
4. Michael: Un enfoque REBT evolutivo para el tratamiento del TDAH..	67
<i>Patricia McKeegan</i>	
5. REBT y Trastorno de Ansiedad con Agorafobia	95
<i>Joseph Yankura</i>	
6. REBT ante la ira y la hostilidad	131
<i>Mark D. Terjesen, Raymond DiGiuseppe y Jennifer Naidich</i>	
7. REBT en el Trastorno Obsesivo Compulsivo	161
<i>Albert Ellis</i>	
II. REBT Y APLICACIONES ESPECIALES	179
8. Introducción a la segunda parte	181
<i>Joseph Yankura y Windy Dryden</i>	

9. Aplicaciones de la REBT con Niños y Adolescentes	185
<i>Ann Vernon</i>	
10. “ <i>Sboya Moya Ik Baraba</i> ”: Aplicación de la REBT a Clientes Culturalmente Diversos	207
<i>Mitchell W. Robin y Raymond DiGiuseppe</i>	
11. Aplicación de la REBT a Clientes con Discapacidades	227
<i>Rochelle Balter</i>	
12. Terapia Racional-Emotiva de Familia	253
<i>Charles H. Huber</i>	
13. REBT y su Aplicación a la Terapia Grupal	277
<i>Albert Ellis</i>	
Conclusión	299
<i>Joseph Yankura y Windy Dryden</i>	
Índice de Materias.....	313
Bibliografía.....	317

Colaboradores

Dr. Raymond DiGiuseppe. Profesor de Psicología en la Universidad de St. John's en la Ciudad de Nueva York y Director de Educación Profesional en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva. Ha publicado más de 60 artículos entre revistas especializadas y colaboraciones. Así mismo es coautor de 5 libros (incluido *Guía Práctica de Terapia Racional-Emotiva*). Su colaboración se centra en la evaluación y tratamiento de problemas relacionados con la ira y en el tratamiento de trastornos de externalización en niños y adolescentes.

Dr. Albert Ellis. Creador y primer exponente de la terapia racional emotivo-conductual. Presidente del Instituto de Terapia Racional-Emotiva en la Ciudad de Nueva York, es autor de más de 700 artículos y 50 libros. Entre sus más recientes trabajos están *Razón y Emoción en Psicoterapia (Revisada y Actualizada)* y *Terapia Breve Mejor, Más Profunda y Más Duradera*.

Dr. Paul A. Hauck. Psicólogo profesional dedicado a la práctica privada. Autor de numerosos libros de auto-ayuda merecedores de mención por su accesibilidad para el público en general. Entre los títulos más conocidos se encuentran *Para amar y ser amado*, *Cálmate*, *Cómo conseguir educar a sus hijos con acierto*, *Cómo hacer funcionar tu matrimonio* y *Los celos*.

Dra. Patricia McKeegan. Profesora asistente de Psicología en la Universidad Estatal de Nueva York. También ejerce de profesora adjunta y supervisora clínica en el Programa de Doctorado de Psicología Clínica en la Universidad de Long Island. Ejerce la práctica privada en Merrick, Nueva York y dispone de una amplia experiencia en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, particular sobre el que ha aconsejado a profesionales y progenitores.

Jennifer B. Naidich. Doctoranda en el programa de Psicología Clínica/Escolar en la Universidad de Hofstra. Ejerce la psicoterapia en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva y trabaja como psicóloga escolar en el Centro Educativo Whitestone para el Desarrollo Infantil en la ciudad de Nueva York.

Mark D. Terjesen. Doctorando en el programa de Psicología Clínica/Escolar en la Universidad de Hofstra. Ejerce la psicoterapia en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva y trabaja como psicólogo escolar en el Centro Educativo Milestone en Brooklyn. Ha investigado sobre la evaluación y el tratamiento de la ira en niños y adolescentes y ha dirigido seminarios para el manejo de la ira mediante la REBT y otras técnicas conductuales.

Dr. Ricks Warren. Director de la Clínica de Trastornos de Ansiedad y Director Adjunto del Instituto de Terapia Racional-Emotiva en la costa del Pacífico de Lake Oswego, Oregón. Es también profesor adjunto en la Escuela de Psicología Profesional en la Universidad del Pacífico en Forest Grove, Oregón. Coautor junto con George Zgourides de *Trastornos de Ansiedad: Una perspectiva racional-emotiva*.

Dra. Rochelle Balter. Psicóloga en un centro privado de la Ciudad de Nueva York y miembro del personal de consulta del Centro de Crisis de Fatiga Crónica. Fue miembro del Comité del APA para Discapacidades Psicológicas en 1996, y es una de las coordinadoras de la asociación Psicólogos con Discapacidades. Es coautora junto al Dr. Mitchell W. Robin de un libro de auto-ayuda sobre la ejecución de la ansiedad.

Dr. Charles H. Huber. Profesor del Departamento de Psicología Educativa y Clínica en la Universidad del Estado de Nuevo Méjico, Las Cruces. Ha publicado numerosos artículos en revistas especializadas y es coautor junto a Leroy Baruth de múltiples obras sobre terapia marital y familiar.

Dr. Mitchell W. Robin. Profesor de Psicología en la Universidad Técnica de Nueva York. Ha estado activamente implicado en la investigación sobre el impacto de la cultura en la asunción de creencias irracionales, la salud mental del cliente y la respuesta del cliente a la psicoterapia. Coautor junto a la Dra. Rochelle Balter de un libro de auto-ayuda sobre la ejecución de la ansiedad.

Dra. Ann Vernon. Profesora y coordinadora de Psicología Clínica en el Departamento de Terapia y Administración Educativa en la Universidad de Iowa, Cedar Falls. Directora del Centro de Terapia Racional-Emotiva y autora de numerosos artículos y libros sobre aspectos curriculares, educativos y terapéuticos con niños y adolescentes.

I APLICACIÓN DE LA REBT A PROBLEMAS PSICOLÓGICOS COMUNES

1

Introducción a la primera parte

Joseph Yankura y Windy Dryden

Albert Ellis desarrolló la terapia racional emotivo-conductual (REBT)¹ a mediados de los años cincuenta tras experimentar cierta insatisfacción por los resultados que estaba obteniendo con la práctica psicoanalítica en sus pacientes. Tras años de experiencia llegó al convencimiento de que el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica eran lamentablemente medios ineficaces para ayudar a los pacientes a resolver los problemas que les habían conducido a solicitar tratamiento, y descubrió que estos individuos obtenían mejores resultados cuando les enseñaba activamente a monitorear y modificar las cogniciones disfuncionales que subyacían a su trastorno (Yankura & Dryden, 1994).

Publicó sus hallazgos preliminares sobre su nuevo método de tratamiento en un documento titulado “*New approaches to psychotherapy techniques*” (Ellis, 1955), y a continuación se embarcó en la larga y fructífera carrera como primer y fundamental teórico, experimentador y promotor de la REBT.

1. La terapia racional emotivo-conductual (REBT) ha cambiado de nombre repetidas veces desde la formulación que recibió de Albert Ellis a mediados de los años cincuenta. Ellis originalmente denominó a su creación “terapia racional” (RT) con el fin de subrayar sus aspectos filosóficos y cognitivos. Sin embargo, este nombre contribuyó a la aparición de malentendidos porque un gran número de profesionales de la salud mental empezó a identificar la RT con el racionalismo del siglo XVIII y también a acusar a Ellis por haber ignorado la importancia de las emociones en el funcionamiento humano. Bajo estas circunstancias, Ellis renombró a su enfoque terapéutico como “terapia racional emotiva”. Volvió a modificar este último nombre en 1993 por “terapia racional emotivo-conductual” con el fin de sobresaltar los componentes conductuales de la terapia.

Aunque Ellis y la REBT se enfrentaron originalmente a la dura resistencia de la comunidad psicoterapéutica establecida, en la actualidad la REBT sobresale como una de las terapias cognitivo conductuales más habitualmente practicadas. De hecho, algunas veces se menciona a Ellis como al “abuelo de la terapia cognitivo conductual”. Su labor profesional fue reconocida por la Asociación Americana de Psicología cuando le adjudicaron el Reconocimiento por las Distinguidas Contribuciones Profesionales a la Ciencia en 1985 (*American Psychologist*, 1986).

Hasta la fecha, son miles los profesionales de la salud mental que han recibido formación y asesoría en la REBT y son cientos los centros REBT que se han fundado a lo largo de los Estados Unidos y en el extranjero. Además, durante las pasadas cuatro décadas, se han publicado multitud de libros sobre la teoría, práctica y aplicaciones de auto-ayuda de la REBT. Sin embargo, ninguno de estos volúmenes ha ilustrado comprensiblemente (mediante descripciones de casos) la aplicación de la REBT a diversos trastornos clínicos y poblaciones específicas². Decidimos remediar esta situación elaborando un ejemplar con dos apartados que presentaran casos: en el primero (que es el que lee usted en este momento) se contemplan los trastornos clínicos comunes, mientras que el segundo apartado se refiere a las aplicaciones especiales de la REBT. En nuestra opinión, este volumen constituye una contribución importante a la literatura REBT existente y esperamos que sea de utilidad para demostrar la amplia aplicabilidad de la REBT de un modo que pueda ser tanto informativo como agradable para el lector. Para los estudiantes en fase de formación puede ser apropiado acceder a la REBT tal y como suelen implementarlo los diversos terapeutas mientras trabajan con diferentes poblaciones. Los terapeutas experimentados que lean ambos apartados pueden hallar en ellos una fuente de ideas para refinar su propia práctica de la REBT.

Debería señalarse en este punto que los libros de casos no tratan de aportar una introducción básica a la teoría y práctica de la REBT.

Los lectores que deseen acceder a tal introducción son remitidos a *Práctica de la terapia racional-emotiva* (Ellis & Dryden, 1997). Este libro presenta los cimientos de los conceptos y técnicas REBT, y describe las fases secuenciales de aplicación de la REBT a individuos, grupos y parejas.

En primer lugar haremos una breve descripción del contenido de los capítulos del presente apartado. En el Capítulo 2, Ricks Warren describe la aplicación de la REBT al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Tras revisar el material básico y una conceptualización REBT del TAG, presenta el caso de Donna, una mujer en la treintena, casada y madre de dos hijos. Su terapia con Donna respeta el marco ofrecido en el Tratamiento para el Control de la Ansiedad descrito por Craske, Barlow y O’Leary (1992), pero incorpora énfasis y técnicas que son diferentes a las de la REBT.

2. Un libro, *Growth Through Reason: Verbatim Cases in Rational-Emotive Therapy* (Ellis, 1971), presenta siete casos ilustrativos con una cantidad sustancial de material transcrito. Sin embargo, el material de casos presentado no está organizado sobre la base del diagnóstico clínico ni de las aplicaciones especiales.

Rápidamente identifica que la aceptación de la ansiedad es un aspecto central en gran parte de la preocupación de Donna, y también le demuestra que su vergüenza sobre la ansiedad y la preocupación constituye un problema secundario. El ejemplo de Warren ilustra debidamente el modo de combinar con efectividad la REBT y otros enfoques cognitivo conductuales alternativos.

En el Capítulo 3 se ilustra la aplicación de la REBT a la depresión. Paul Hauck y Patricia McKeegan contrastan el enfoque de terapia cognitiva para este problema (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) con el modelo REBT, y a continuación demuestran que el último fue empleado con efectividad en el trabajo que Hauck realizó con Clara, una mujer de 52 años de edad deprimida por los problemas que estaba experimentando en su tercer matrimonio. El modelo tripartito de la REBT de procesos cognitivos depresogénicos que emplea Hauck (1973) aporta medios relativamente simples (pero al mismo tiempo efectivos) para diagnosticar y tratar a individuos deprimidos. De hecho, hemos descubierto que este modelo es bastante útil en nuestro propio trabajo con clientes.

Recientemente ha aumentado el interés y el conocimiento del público, en general, por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Creemos que este aumento de conciencia ha generado un incremento del número de criaturas derivadas a profesionales de la salud mental a consecuencia de este problema. En el Capítulo 4, Patricia McKeegan detalla su trabajo con Michael, un niño cuyo TDAH fue diagnosticado por primera vez durante los primeros años de la escuela elemental. La terapia de McKeegan abarcó desde la infancia media hasta la etapa media de la adolescencia, y de esta forma aporta un ejemplo excelente del modo en que puede emplearse la REBT para ayudar a un niño con TDAH a superar los diferentes retos del período evolutivo. McKeegan comienza por dar a Michael, de 8 años de edad, una educación emocional básica y continúa enseñándole a utilizar el auto-diálogo. Para la edad de 16 años, Michael es capaz de enfrentarse a sus creencias irracionales operativas y regula con mucha efectividad sus pensamientos, sentimientos y conductas.

En el Capítulo 5, Joseph Yankura describe el tratamiento REBT del trastorno de angustia con agorafobia. En su capítulo se presenta una breve descripción de las actuales intervenciones farmacológicas y cognitivo conductuales para este trastorno y subraya las ventajas del último sobre el primero. A continuación describe el enfoque cognitivo conductual general para la conceptualización y tratamiento del trastorno de angustia con agorafobia, que se contrasta con el enfoque REBT. Yankura presenta después el caso de Ángela, una mujer joven que experimentó su primera crisis de angustia mientras estaba en la universidad. Curiosamente, Ángela había recibido un tratamiento cognitivo conductual antes de comenzar con la REBT, pero había extraído sólo unos beneficios limitados de él. Para el final del tratamiento REBT, había progresado considerablemente de sus molestias presentes. El capítulo de Yankura concluye con un llamamiento a favor de los estudios bien diseñados para comprobar si los aspectos exclusivos de la REBT fomentan los resultados del tratamiento con clientes que padecen trastorno de angustia con agorafobia.

En el Capítulo 6 de Mark Terjesen, Raymond DiGiuseppe y Jennifer Naidich, se describe e ilustra el enfoque REBT para la conceptualización y tratamiento de los problemas relacionados con la ira y la hostilidad. En su introducción mencionan que los problemas relacionados con la ira sólo han recibido muy escasa atención en la literatura empírica y señalan que muchos autores (DiGiuseppe, Tafrate & Eckhardt, 1994) han propuesto que se añadan categorías diagnósticas específicas de la ira a las futuras ediciones del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psicología. En el caso ilustrativo presentan a Peggy, una mujer joven que fue atendida por el primer y tercer autores. Peggy experimentaba problemas de ira significativos y recurrentes en su relación con su novio y recibía tanto terapia individual como de pareja. Aunque uno de los resultados de su tratamiento se opone a los objetivos relacionales que expresó la paciente al comienzo de su terapia, Peggy parece haber mejorado significativamente con respecto al control de la ira y a la asertividad.

Albert Ellis presenta en el Capítulo 7 la perspectiva conductual racional emotiva para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Hace una breve revisión de los métodos de tratamiento REBT para este problema debilitante y describe particularmente cómo aplicó diversos de éstos métodos a su tratamiento de John, un maestro de 32 años de edad que sufría TOC. Ellis reconoce la dificultad de los terapeutas al tratar de ayudar a un cliente con TOC, pero señala que si ellos mismos disponen de una auto-aceptación incondicional y una gran tolerancia a la frustración, podrán comprobar que trabajar con clientes TOC es una experiencia recompensante.

En el último capítulo de este volumen revisamos diversas características de la REBT que la hacen única entre los enfoques cognitivo conductuales de psicoterapia. Señalamos que la REBT debe ser aún sometida a pruebas empíricas rigurosas y sistemáticas con respecto a su efectividad para el tratamiento de trastornos clínicos especiales y sugerimos la necesidad de elaborar manuales sobre el tratamiento REBT de trastornos específicos. La publicación de tales manuales sería muy útil para facilitar el tipo de investigación que demostraría los trastornos clínicos para los que la REBT (en comparación con otras psicoterapias) puede ser un tratamiento apropiado.

Esperamos que el lector sea capaz de aprender y disfrutar con este compendio de estudios de casos y que también contemple la posibilidad de leer el segundo apartado sobre las aplicaciones especiales de la REBT.

2

REBT y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

Ricks Warren

Si su cliente se describe como preocupado, responde “sí” a la pregunta, “¿Se preocupa excesivamente por pequeñeces?” y manifiesta dedicar más del 50 % de sus horas de vigilia a preocuparse, es muy probable que su cliente sufra un trastorno de ansiedad generalizada (TAG; Brown, O’Leary & Barlow, 1993).

Curiosamente, los puntos de vista profesionales del TAG se han modificado desde la categoría de trastorno de ansiedad residual “de la cesta de la basura” (Rapee, 1991b) en el DSM-III (Asociación Americana de Psicología, 1980), a ser designado sólo cuando no se satisfacen los criterios de otros trastornos de ansiedad, hasta convertirse en el “trastorno de ansiedad básico” en el DSM-IV (Asociación Americana de Psicología, 1994). Asociada a la perspectiva actual del TAG está la conceptualización de la preocupación, es decir, la aprehensión ansiosa, como proceso fundamental en todos los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988):

La aprehensión ansiosa se define como un estado de ánimo orientado al futuro en el cual el individuo se prepara o dispone para manejar los venideros sucesos negativos. La aprehensión ansiosa se asocia con un estado de elevado afecto negativo y sobreactivación crónica, una sensación de incontrolabilidad y un foco de atención dirigido a los estímulos relacionados con la amenaza (e.g., elevada atención focaliza en uno mismo o preocupación por uno mismo e hipervigilancia). Aunque el proceso de aprehensión ansiosa se considera presente en todos los trastornos de ansiedad, el contenido (focus) de la aprehensión ansiosa varía de un trastorno a otro. (Brown et al., 1993, p. 139)

Así, por ejemplo, los clientes con trastorno de angustia se preocupan por futuras crisis de angustia, los clientes con fobia social se preocupan por la desaprobación y la vergüenza y los clientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se preocupan por el contagio o por ser responsables de ocasionar daño.

Recientes investigaciones sobre la naturaleza de la preocupación normal en comparación con la patológica han contribuido a mejorar nuestro conocimiento del TAG. Aunque los clientes TAG y también los controles no ansiosos se preocupen por cuestiones similares, por ejemplo, la familia, el dinero, el trabajo y la enfermedad (Sanderson & Barlow, 1990), los clientes con TAG se preocupan con más frecuencia y sobre más asuntos, perciben sus preocupaciones como menos realistas y, quizá más importante aún, experimentan su preocupación como incontrolable.

PREVALENCIA, APARICIÓN Y EDAD EN LA PRESENTACIÓN

Habitualmente los clientes TAG manifiestan un desarrollo gradual de su condición, que bien se remonta a la adolescencia media o que ha estado presente desde que tienen uso de razón (Rapee, 1991a). En este mismo orden, algunas autoridades han sugerido que las personas con TAG pueden contemplar su preocupación como una parte de su personalidad (i.e., ego sintónico), dado su largo historial (Brown et al., 1993), y otros han conceptualizado más recientemente el TAG como una forma de trastorno de personalidad (Sanderson & Wetzler, 1991).

En contraste con su relativamente elevada prevalencia en la población general, sólo el 10 % de los clientes que acuden a los centros de salud mental reciben un diagnóstico primario de TAG (Barlow, 1988). Los clientes TAG normalmente solicitan tratamiento al llegar a la treintena, una media de unos 25 años después de su aparición (Rapee, 1991a).

Los resultados de los diferentes estudios varían, aun así la prevalencia del TAG en la población general parece ser del 4 % aproximadamente (Barlow, 1988), convirtiendo al TAG en uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Además, las pruebas sugieren que el TAG es el diagnóstico adicional más frecuentemente asignado a los clientes con un diagnóstico de otro trastorno de ansiedad principal (Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990, citado en Brown & Barlow, 1992).

La presencia de ansiedad generaliza per se es común, no sólo en los trastornos de ansiedad y afectivos, además es considerada como un importante aspecto de cualquier psicopatología (Sanderson & Wetzler, 1991) y como problema común en la población general (Shepard, Cooper, Brown & Halton, 1966, citado en Barlow, 1988). De hecho, se ha estimado que la ansiedad generaliza está presente entre el 40 y el 50 % de los pacientes que solicitan atención primaria en centros de salud mental (e.g. Dunn, 1983, citado en Barlow, 1988).

COMORBIDEZ

La mayoría de los clientes con un diagnóstico principal de TAG reciben diagnósticos comórbidos, sobre todo de fobias sociales o específicas. Además, un estudio comprobó que el 50 % de los clientes TAG padecen un trastorno adicional de personalidad del Eje II, frecuentemente de evitación, dependiente e inespecí-

fico (Sanderson & Beck, 1990, citado en Sanderson & Wetzler, 1991). Otros estudios han hallado índices de comorbidez que oscilan entre el 32 y el 50 % (Sanderson, Beck & McGinn, 1994; Sanderson, Wetzler, Beck & Beck, 1994; Shadick & Borkovec, 1991).

MODELOS TEÓRICOS

El modelo de desarrollo y mantenimiento del TAG presentado por Barlow (1988) está estrechamente vinculado con el concepto de aprehensión ansiosa previamente descrito. En síntesis: disponiendo tanto de la vulnerabilidad biológica como de la psicológica, los individuos responden con intensas reacciones neurológicas ante ciertos sucesos vitales negativos y estresantes. Posibles experiencias infantiles, en las que se produjeron sucesos significativos percibidos como imprevisibles y/o incontrolables, sensibilizan a los individuos a percibir los sucesos corrientes como imprevisibles y/o incontrolables. La propia percepción de incapacidad para manejar estos sucesos, así como el mismo proceso de preocupación, conduce a un incremento del nivel de activación. La hipervigilancia y la consecuente limitación de la atención sobre el foco de las propias preocupaciones aumentan la activación y eventualmente puede llegar a dificultar la ejecución en diversas esferas de la vida (e.g. trabajo, relaciones interpersonales).

Borkovec y sus colaboradores (e.g., Borkovec, 1985; Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991) subrayan la función de evitación cognitiva que puede desempeñar la preocupación. "La posibilidad más singular que está surgiendo de los recientes estudios es que la preocupación puede estar directa, inmediata y negativamente reforzada por la evitación de la imaginación y, en consecuencia... de la activación psicológica periférica. Los clientes TAG temen la activación somática y el afecto negativo" (Borkovec et al., 1991, p. 44). Por lo tanto, según Borkovec y sus colaboradores, la preocupación puede servir a alguna finalidad, que es evitar el acto de imaginar los sucesos temidos y la activación resultante. Aunque la incomodidad asociada a la imaginación, y la activación que genera, pueden ser percibidas incluso como más aversivas. Borkovec et al. (1991) sugieren además que la preocupación se hace incontrolable por el refuerzo negativo inmediato mediante su supresión de la ansiedad somática. En consonancia con este punto de vista existen estudios que demuestran que los clientes con TAG responden al estrés psicológico con inflexibilidad autónoma, es decir, con la reducción de la variabilidad en las respuestas autónomas como por ejemplo el ritmo cardíaco. Aparentemente el TAG se asocia con el bloqueo del afecto al mismo tiempo que se activa la imaginación preocupante. En este mismo orden, la tensión muscular discrimina a los clientes TAG de todos los restantes con trastornos de ansiedad y de controles normales. Curiosamente, los criterios relativos a los síntomas físicos del DSM-IV (APA, 1994) reflejan este patrón de respuesta. Así pues, en contraste con los restantes trastornos de ansiedad donde la activación autónoma es la característica sobresaliente, el TAG es el único que se caracteriza por la tensión muscular.

Además, esta evitación de la imaginación de los elementos temibles impide el acceso pleno y la modificación de las estructuras del miedo en la memoria a largo plazo, contribuyendo así al mantenimiento del TAG. En este mismo orden, la preocupación conlleva exposiciones breves e interrumpidas a los estímulos relacionados con el miedo, lo que puede ocasionar la incubación, es decir, el aumento del miedo, mientras que la exposición continua (mediante la imaginación) produciría la habituación y la reducción del miedo.

Rapee (1991a, 1991b) ha revisado las investigaciones que estudian los modelos de procesamiento de información de TAG centrados en constructos que implican la percepción de la amenaza personal y el bajo control percibido sobre la amenaza. Rapee (1991a, 1991b) nos recuerda que la ansiedad generalizada es un rasgo de personalidad presente en todos los individuos en algún grado. De forma similar a Barlow (1988), Rapee supone que experiencias tempranas de incontrolabilidad pueden estar interactuando con la ansiedad general o de rasgo en el desarrollo del TAG. En términos de mantenimiento del TAG, Rapee (1991b) ha revisado las pruebas de los estudios que demuestran los sesgos en el procesamiento de la información. Las principales áreas de estudio han sido las percepciones de amenaza (e.g., Beck, Emery & Greenberg, 1985, citado en Rapee, 1991a, 1991b) y las percepciones de control (e.g., Lazarus, 1966, citado en Rapee, 1991b).

Como ejemplo de trabajo en esta área, Butler y Mathews (1983) descubrieron que los pacientes ansiosos, en comparación con los depresivos y los normales, eran más propensos a interpretar la información ambigua como amenazante, a sobrestimar la probabilidad de experimentar personalmente los sucesos amenazantes y a valorar los sucesos negativos como más costosos.

Aunque las experiencias infantiles de percepción de imprevisibilidad e incontrolabilidad de los sucesos aversivos parecen plausibles como factores de vulnerabilidad evolutiva para el posterior desarrollo del TAG, son escasas las pruebas obtenidas en esta dirección. Sin embargo, este área de trabajo sigue profundizándose en la actualidad. Por ejemplo, Roemer, Borkovec, Posa y Lyonfields (1991) presentaban pruebas de que los estudiantes universitarios que satisfacían los criterios TAG (en comparación con sus compañeros no ansiosos) recordaban relaciones con las personas que los habían atendido durante la niñez y que se caracterizaban por el rechazo y por el miedo al abandono. Estos hallazgos parecen coherentes con la hipótesis de Borkovec et al. (1991) según la cual "las personas que se preocupan de forma crónica pueden contar con un historial de sucesos aversivos asociados con otras personas, especialmente sucesos relacionados con la expresión emocional, la pérdida potencial del amor o la aprobación" (p. 47).

TRATAMIENTO

La mayoría de los estudios que evalúan la terapia cognitivo conductual (TCC) del TAG han descubierto que las diversas formas de TCC (normalmente relaja-

ción, terapia cognitiva, entrenamiento en manejo de la ansiedad o varias combinaciones de estos procedimientos) son más efectivas que la ausencia de tratamiento. Además, la mejoría se mantiene habitualmente durante el seguimiento y se reduce significativamente el uso de medicación ansiolítica. Desafortunadamente, la magnitud de los logros ha sido modesta, y son escasos los hallazgos que confirmen la superioridad clara de alguna forma de TCC sobre las otras. Véase Brown et al. (1993) para una revisión más detallada de los estudios relevantes sobre los hallazgos anteriores.

Los expertos en el área del TAG y su tratamiento proponen que las modestas mejorías y la falta de superioridad de un tratamiento TCC sobre los otros se deriva del hecho de que hasta hace muy poco, los tratamientos no se adaptaban al aspecto fundamental del TAG, es decir, a la preocupación incontrolable (Borkovec & Costello, 1993; Brown et al., 1993). Los tratamientos TCC más efectivos desarrollados hasta el momento parecen ser el manejo de la ansiedad (Butler, Cullington, Hibbert, Klimes & Gelder, 1987; Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991) y la relajación aplicada y desensibilización de manejo (Borkovec & Costello, 1993). La efectividad de estos tratamientos TCC sugiere la importancia de que el tratamiento incluya, además de las habituales destrezas cognitivas y de relajación, la exposición a las actividades evitadas, el aumento de la confianza en uno mismo y las actividades que produzcan disfrute, así como el esfuerzo para que no se produzca la desmoralización (Butler & Booth, 1991).

Barlow y sus colaboradores han elaborado recientemente un nuevo protocolo de tratamiento. Aunque por el momento sólo existan datos de los resultados iniciales, este programa de tratamiento se presenta prometedor porque incorpora procedimientos dirigidos hacia cada una de las características nucleares del TAG (relajación, reestructuración cognitiva, exposición a la preocupación y prevención de la conducta de preocupación). Véanse Brown et al. (1993) para una descripción más detallada del tratamiento; Zinbarg, Craske y Barlow (1993) para la guía del terapeuta y Craske, Barlow y O'Leary (1992) para el manual del cliente.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

En la Tabla 2.1 se presentan los criterios DSM-IV para el TAG. Muchos de los cambios del DSM-III (APA, 19987) son coherentes con la descripción y conceptualización del TAG que se ha presentado previamente. El criterio de dos o más esferas de preocupación se ha modificado por el de la preocupación excesiva, centrada en un número de sucesos o actividades y que sea percibida como difícil de controlar. Además, en lugar de requerir que se experimenten 6 de 18 síntomas físicos (e.g., inquietud, sequedad de boca) como en el DSM-III (APA, 1987), los clientes sólo deben hacer referencia a tres de seis síntomas físicos para satisfacer los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Estos seis criterios se derivan de los agrupamientos de Tensión Motora, Vigilancia y Búsqueda del DSM-III (APA, 1980), habiendo sido eliminados los síntomas de hiperactividad autónoma. Estos

**Tabla 2.1 Criterios Diagnósticos para el 300.02
Trastorno de Ansiedad Generaliza**

-
- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan durante un período superior a seis meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). *Nota:* En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
1. inquietud o impaciencia
 2. fatigabilidad fácil
 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 4. irritabilidad
 5. tensión muscular
 6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés post-traumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (e.g., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (e.g., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
-

De la Asociación Americana de Psicología: *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición*. Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría, 1994, pp. 435-436. Reproducción autorizada.

cambios relativos a los síntomas físicos son el resultado directo de los hallazgos empíricos sobre los síntomas que mejor discriminan a los pacientes TAG de los pacientes con los restantes trastornos de ansiedad. Como se ha señalado previamente, estos síntomas son coherentes con las recientes revisiones teóricas de la función de la preocupación en el TAG (Borkovec et al., 1991).

Históricamente, la fiabilidad diagnóstica del TAG ha sido inferior al resto de los trastornos de ansiedad. Brown et al. (1993) comentan los posibles factores que han podido contribuir a esta reducción de la fiabilidad y ofrecen sugerencias para fomentar el diagnóstico clínico del TAG.

1. Al buscar la presencia de síntomas físicos, determinar si los síntomas manifestados están relacionados con la preocupación o con una condición coexistente como el trastorno de angustia. Por ejemplo, ¿se produce la dificultad para concentrarse mientras se preocupa por la potencial pérdida del trabajo o sólo mientras se producen las crisis de angustia?

2. Confirmar si el cliente se preocupa sobre pequeñeces. Como se ha señalado previamente, este tipo de preocupación se asocia estrechamente con el TAG a diferencia de los restantes trastornos de ansiedad.

3. Al determinar si las preocupaciones del cliente son excesivas e incontrolables, Brown et al. (1993, p. 152) recomendaban formular las siguientes preguntas:

- ¿Le cuesta mucho dejar de preocuparse o, si necesita centrarse en alguna otra cosa, es capaz de eliminar su preocupación?
- ¿Ha observado que, si trata de centrarse en alguna actividad como la lectura, el trabajo o un programa de televisión, las preocupaciones vuelven una y otra vez a su mente dificultándole la concentración en estas tareas?
- ¿Se preocupa por cosas que reconoce que otras personas no lo hacen?
- ¿Cuando las cosas marchan bien, sigue encontrando cosas que son motivo de preocupación y ansiedad?
- ¿Le conduce alguna vez su preocupación a la localización de una solución al problema que la origina?

4. Evaluar las condiciones comórbidas, porque pueden estar ejerciendo una influencia significativa sobre los resultados del tratamiento (Brown & Barlow, 1992). Por ejemplo, Barlow et al. (1992) descubrieron que la depresión se asociaba con una respuesta menos favorable al TCC.

5. Elaborar un breve historial médico y animar a los pacientes a que se sometan a un chequeo médico si ya han transcurrido más de dos años desde el último chequeo que realizó el paciente.

6. Evaluar el posible consumo de drogas y alcohol porque el uso o la abstinencia de ciertas sustancias puede producir síntomas similares al TAG.

En los estudios más recientes y bien controlados de tratamiento del TAG (e.g., Borkovec & Costello, 1993), el Esquema Revisado para Entrevistas de Trastornos de Ansiedad (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988) ha sido la entrevista clínica estructurada usada para el diagnóstico del TAG. Se recomienda que los terapeutas administren como mínimo varios apartados del ADIS-R para el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad.

Otros cuestionarios que se han usado para la evaluación del TAG pueden ser también útiles para el terapeuta. Un inventario que puede ser particularmente útil es el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) de 16 ítems y que fue elabo-

rado por Borkovec y sus colaboradores (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). El PSWQ es una medida válida y fiable del rasgo de la preocupación que discrimina a los clientes TAG de aquéllos con otros trastornos de ansiedad. El State-Trait Anxiety Inventory-Trait Anxiety subscale (STAI; Spielberger, Goorsuch & Lushene, 1970) es una medida ampliamente usada del grado de ansiedad de rasgo. En esta misma línea, el Eysenck Personality Questionnaire-Neuroticism Scale (EPQ-N; Eysenck & Eysenck, 1975) es una buena medida del rasgo de neuroticismo o emocionabilidad que se correlaciona altamente con la ansiedad. El inventario de Ansiedad de Beck es particularmente útil para diferenciar la ansiedad clínica y la depresión (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) y el inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961) se usa frecuentemente para evaluar el nivel de depresión.

Barlow y sus colaboradores (Brown et al., 1993) recomiendan otros dos cuestionarios menos conocidos para la evaluación de los pacientes TAG. El Cuestionario de Reacciones a la Relajación y Activación (RRAQ; Heide & Borkovec, 1983) mide el miedo a la relajación y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS; Lovibond & Lovibond, 1992) mide la presencia de tensión. La subescala de estrés (tensión) del DASS se ha demostrado útil para diferenciar a los clientes TAG de los clientes con otros trastornos de ansiedad (a excepción del TOC) y correlaciona significativamente con el PSWQ (Brown et al., 1993).

Por último, los instrumentos de auto-monitoreo, como el Registro Semanal de Ansiedad y Depresión (véase Brown et al., 1993, para una ilustración del mismo) son útiles para la evaluación y monitoreo continuo de las intervenciones del tratamiento. Además de observar los niveles diarios de ansiedad, depresión y falta de placer en base a una escala de 8 puntos, los clientes también pueden registrar el porcentaje del día (0-100 %) que pasan sintiendo preocupación.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL TAG DESDE LA PERSPECTIVA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

Como se ha indicado anteriormente, los clientes ansiosos se caracterizan por un sesgo cognitivo, es decir, en comparación con las personas no ansiosas, los clientes con trastornos de ansiedad son más propensos a (a) interpretar la información ambigua como amenazadora, (b) sobrestimar la probabilidad de la ocurrencia de sucesos potencialmente peligrosos y (c) valorar los sucesos temidos como más aversivos o costosos (Butler & Mathews, 1983). Ellis (1980) sospechaba que este sesgo cognitivo procede de una ideología “*musturbatoria*” subyacente más básica. Ellis considera que la tendencia a catastrofizar y a valorar negati-

1. N.T. *Musturbatory* es un juego de palabras que combina el verbo inglés *must* cuyo significado es deber y la pronunciación de todo el término que es muy similar a la de masturbatorio. Mediante esta expresión Albert Ellis se refería a los pensamientos recurrentes e insistentes sobre los deberías. Como si se tratara de una masturbación con los debes/deberías (obligaciones morales).

vamente a uno mismo y a los otros se derivan de los debes/deberías primarios. Estas creencias evaluadoras se atribuyen normalmente a los sucesos vitales relacionados con la ejecución, la aprobación y el malestar. La perturbación del ego y del malestar son las consecuencias emocionales (Warren & Zgourides, 1991).

En el caso del TAG, la teoría REBT supondría que los clientes TAG se preocupan por problemas familiares o económicos, por ejemplo, porque creen que ciertos problemas “no deben ocurrir, y sería terrible e insoportable que se produjeran” (Ellis, 1987), y que la “incapacidad para manejar tales problemas y creencias es la prueba de que la propia persona dispone de escaso valor” (Warren & Zgourides, 1991, p. 174).

Curiosamente, Borkovec et al. (1991) han abundado en especulaciones teóricas relacionadas con la aprobación y el propio valor que son coherentes con los aspectos del modelo REBT tal y como se describe a continuación. Por ejemplo:

La combinación de miedo social en la preocupación, miedo y evitación de ansiedad somática y los orígenes sociales del pensamiento sugieren que las personas que se preocupan de forma crónica pueden contar con un historial de vivencias aversivas asociadas a otras personas, especialmente los acontecimientos vinculados a la expresión emocional, la pérdida potencial de amor y aprobación. (p. 47)

Además, Borkovec et al. (1991) señalaban que “el grado de preocupación correlaciona más altamente con los miedos a las evaluaciones sociales (e.g., miedo a la crítica, miedo a cometer errores)” (p. 47). En este mismo orden, en el Proyecto TAG de Penn State (citado en Borkovec et al., 1991), la categoría miscelánea de las preocupaciones contenía frecuentemente temas relacionados con el propio valor.

Por último, Shadick, Roemer, Hopkins y Borkovec (1991) han sugerido que puede ser preferible no sólo categorizar la preocupación en esferas más globales (e.g. finanzas), sino también investigar los temas comunes que pueden subyacer a las diversas preocupaciones.

Un cliente puede manifestar estar preocupado por las “finanzas”, pero si esta preocupación está en función del miedo a disponer de fondos insuficientes o del miedo a la ira conyugal anticipada por el indebido gasto de los fondos, o ambas cosas a la vez, no serían reveladas sin entrevistarle más profunda y sistemáticamente ... Para profundizar sobre el tema se le podrían formular preguntas catastróficas (“¿Qué es tan preocupante sobre eso..., y si sucediera, ¿qué le preocuparía entonces?”) en un esfuerzo por identificar el miedo específico subyacente a cualquier preocupación general. (p. 3)

Los lectores de la REBT reconocerán este enfoque como encadenamiento de inferencias (Dryden & Yankura, 1993) y que Burns (1980) ha denominado la *técnica de la flecha vertical*.

Antes de concluir con la conceptualización REBT del TAG, debería señalarse también que, en coherencia con el concepto de neuroticismo de Barlow (1988) y Eysenck (1967), la teoría REBT supone que los factores biológicos (i.e., un sistema nervioso autónomo hiperactivo, lábil) son factores de vulnerabilidad en el desarrollo del TAG (y otros trastornos de ansiedad). La REBT añadirá además que

Tales individuos, biológicamente vulnerables, desarrollan más fácilmente creencias irracionales que son activadas por los sucesos vitales estresantes y que ejercen una influencia problemática en la vida. Las creencias irracionales y los consiguientes estilos de pensamiento crean angustia emocional (e.g., ansiedad, depresión) que interfieren y no facilitan la resolución de problemas. A medida que continúa este proceso, el cliente TAG se preocupa más de su propia preocupación y de los efectos debilitadores de ésta, que también pueden conducirle a sentirse fuera de control e incapaz de manejar, así como dañar su salud física. (Warren & Zgourides, 1991, p. 174).

Warren y Zgourides (1991) también han formulado la hipótesis según la cual los clientes TAG pueden sostener varios malentendidos sobre la preocupación, que pueden estar en el inicio y mantenimiento del proceso de preocupación. Los siguientes son ejemplos de tales malentendidos:

1. Si existe la posibilidad de que se produzca algo peligroso, debería preocuparme. Es la respuesta responsable en tal caso.
2. La preocupación puede defenderme del peligro.
3. Es mejor estar preparado e hipervigilante ante el peligro que sufrir las molestias de ser golpeado por sorpresa.

Las investigaciones recientes defienden la presencia de creencias similares vinculadas a la preocupación. Por ejemplo, Roemer et al. (1991) demuestran que las personas con tendencia a la preocupación, en comparación con aquellas que no presentan dicha tendencia, a menudo creen que la preocupación puede lograr que se reduzca la probabilidad de ocurrencia de los sucesos negativos. Roemer et al. (1991) también hallaron que las personas con tendencia a la preocupación suelen creer que la preocupación es un modo de distraerse de emociones más desagradables y que la preocupación facilita la resolución de problemas.

En coherencia con la teoría de Borkovec, según la cual la preocupación puede facilitar la evitación de los estados somáticos aversivos, la REBT postularía que la ansiedad de incomodidad subyacería a este proceso de evitación. Esto puede ser similar a la propuesta de Warren y Zgourides (1991) de que la evitación de pensamientos e imágenes intrusivas asociadas a sucesos traumáticos puede deberse a los esfuerzos por evitar la incomodidad infligida por esos sucesos cognitivos, y por lo tanto, contribuir al desarrollo y/o mantenimiento del trastorno de ansiedad postraumática. Además, el hallazgo común de que los clientes TAG evitan las situaciones o actividades relacionadas con su preocupación (e.g., una persona a quien le preocupen las finanzas puede evitar el control de su talonario de cheques) también se considera que está relacionada con el TAG.

EVALUACIÓN REBT

Recomiendo a los terapeutas REBT el uso de los mismos instrumentos de diagnóstico y evaluación previamente comentados. Como recomiendan Brown et al. (1993), algunos apartados del ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) aportan preguntas útiles para establecer el diagnóstico TAG. El PSWQ (Meyer et al.,

1990) también es útil en el diagnóstico y como medida de resultados. El Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961) puede ser práctico para medir el nivel de depresión y como medida de resultados. La Escala General de Actitudes y Creencias (Bernard, 1990), una escala comprensiva y la Escala Breve (Malouf & Shutte, 1986), una escala más breve, son medidas útiles de creencias irracionales potencialmente relacionadas con los problemas TAG.

ESTUDIOS PREVIOS DE TRATAMIENTOS REBT

Desconozco estudios controlados que examinen la REBT con un TAG diagnosticado en base al DSM-III (APA, 1980) o al DSM-III-R (APA, 1987). Sin embargo, son numerosos los estudios que han evaluado el efecto de la REBT sobre la ansiedad generalizada. La REBT reducía la ansiedad de rasgo en clientes de centros comunitarios de salud mental (Lipsky, Kassinove & Miller, 1980) y la reestructuración racional era superior a la desensibilización por auto-control y a la relajación progresiva para reducir la preocupación crónica en voluntarios de la comunidad (Robinson, 1989).

CASO ILUSTRATIVO

Donna, una mujer casada de 36 años de edad y madre de dos hijos (un niño de 8 años de edad y una niña de 6) fue enviada a la Clínica de Trastornos de Ansiedad por su médico de cabecera. Tras recopilar información sobre las molestias que le ocasionaba la ansiedad, el médico le comentó la posibilidad de probar benzodiacepina a corto plazo, pero a Donna le preocupaba que pudiera hacerse adicta a las pastillas, como le había sucedido a su amiga Jill. Donna manifestó que toda la familia se había trasladado a Oregón 8 meses antes a consecuencia de la recolocación laboral de su marido. Donna reconoció que, dos años antes, había asistido a una terapia marital breve y en la actualidad su matrimonio era estable. En ese momento Donna trabajaba media jornada.

El siguiente tratamiento REBT se orienta en el tratamiento de control de la preocupación elaborado por Craske et al. (1992). Sugiero a los terapeutas que vayan a practicar la REBT, se familiaricen con este protocolo porque parece ser uno de los más efectivos entre los recientes tratamientos TCC para el TAG.

Sesión 1

Durante la primera sesión, obtuve la información anterior y a continuación empecé a clarificar la razón de la cliente para solicitar tratamiento y dirigí la entrevista clínica para establecer el diagnóstico.

T: Bien, Donna, si entendí correctamente, me dijo por teléfono que su médico le ha recomendado que acuda a mi consulta porque siente mucha ansiedad.

Lo que me gustaría hacer hoy es entender mejor su ansiedad y a continuación tratar de concluir la sesión ofreciéndole mi opinión sobre su situación. Si aún disponemos de tiempo le comentaré algunas cosas que le podría recomendar para el tratamiento. ¿Qué le parece?

- C: Bien, supongo. No sé por qué soy tan ansiosa. Siempre he sentido ansiedad, pero parece como si estuviera empeorando. Siento como si lo estuviera perdiendo
- T: Me parece que trata de decirme que está sintiéndose superada, quizá algo asustada por no ser capaz de manejarse si las cosas no mejoran.
- C: Así es, me siento como fuera de control. Me cuesta concentrarme y cada vez duermo peor.
- T: Entonces, me está diciendo que su concentración y sueño no son buenos. Permítame preguntarle por otros síntomas físicos que a menudo acompañan a la ansiedad.

(En este punto, había planeado preguntarle las cosas que le hacían sentir ansiedad, pero como había mencionado los síntomas físicos, decidí comentar éstos en primer lugar.)

- C: Lo más sobresaliente es que me siento atada, o tensa. Me duelen el cuello y los hombros continuamente. Parece que no puedo relajarme en ningún momento. Me siento muy agitada. Al final del día me siento exhausta.
- T: ¿Ha sentido que su corazón late con mucha frecuencia o ha sentido instantes de miedo intenso?
- C: ¿Se refiere a las crisis de angustia? He tenido algunas hace mucho tiempo, pero en la actualidad no.

Como Donna está haciendo referencia a los tipos de síntomas físicos característicos de los clientes TAG, supongo que éste puede ser su diagnóstico. También quiero comprobar si la depresión está presente y a continuación empezar a controlar la preocupación.

- T: Donna, ¿qué me dice de la depresión? ¿Ha pensado alguna vez que pueda ser depresiva?
- C: Bueno, es probable que en este momento sienta depresión, pero no como hace dos años cuando mi matrimonio parecía pender de un hilo. En aquel entonces me costaba hasta salir de la cama. Ahora mi estado de ánimo no es tan bueno y parece que no disfruto de las cosas tanto como creo que debería, pero no diría que estoy deprimida.
- T: Muy bien, cuando nos estemos acercando al final de la sesión le daré algunos cuestionarios para que los rellene. Uno de ellos será un inventario de depresión. Veremos qué tal sale. Pero, por el momento, me gustaría saber más sobre su ansiedad. ¿Podría decirme qué le hace sentir ansiedad? ¿Mantiene el mismo nivel de ansiedad todo el tiempo o varía dependiendo de la situación?
- C: Bueno, siento ansiedad casi la mayor parte del tiempo, pero empeora ante determinadas circunstancias.

- T:** Algunas veces las personas sienten ansiedad durante mucho tiempo porque se preocupan mucho. ¿Cree que usted es una persona con tendencia a preocuparse mucho?
- C:** Efectivamente, siempre me he preocupado mucho. Mi madre dice que de niña me preocupaba que algo malo le sucediera a ella. Recuerdo que en la escuela lloraba cuando no lograba que mis tareas fueran perfectas. Supongo que soy algo perfeccionista.
- T:** Donna, permítame preguntarle esto, ¿qué porcentaje de sus horas de vigilia dedica usted a preocuparse?
- C:** ¡Bueno, bueno, el 100 %! No, vamos a ver... diría que el 70 %. Realmente se me está escapando de las manos.
- T:** No me extraña que le cueste concentrarse. Probablemente también es muy difícil desenchufar su mente para conciliar el sueño.
- C:** Así es. Por la noche, en la cama, parece que empiezo a recordar todas mis preocupaciones del día. Cuando me despierto a medianoche, ¡me preocupó! Entonces todo parece más terrible, y... ¡algunas veces son estupideces las que me preocupan!
- T:** ¿Cómo qué? ¿Qué preocupaciones le parecen absurdas?

Aquí me interesa comprobar si Donna se preocupa por “pequeñeces”, otra prueba potencial que apoyaría el diagnóstico TAG.

- C:** Bueno, me preocupa haber dicho algo que haya podido herir los sentimientos de alguien. Me preocupa llegar tarde a una cita que pueda tener al día siguiente.
- T:** Parece que las cosas empeoran por la noche.
- C:** Efectivamente, pero durante el día también me preocupo por este mismo tipo de cosas.
- T:** ¿De qué otras cosas se preocupa durante el día?
- C:** (Comienza a llorar) Realmente me preocupa que despidan a mi marido después de habernos trasladado hasta aquí desde la costa este. Se ha oído hablar de recortes de mano de obra. Nunca nos dijeron eso al aceptar el trabajo.

Mantuve esta línea de entrevista y la cliente reveló preocupaciones adicionales relacionadas con (a) las dificultades de relación que había tenido su hijo con los compañeros de la escuela, (b) fracasar en su trabajo actual y (c) si su césped tenía buen aspecto en comparación con los del vecindario. Aunque le preocupaba la evaluación social, Donna no parecía satisfacer los criterios de la fobia social. Sin embargo, parecía satisfacer los criterios de la distimia.

Cuando la sesión se acercaba hacia el final, quise detenerme a su debido tiempo para devolver feedback a Donna sobre mis impresiones diagnósticas, comentar las recomendaciones del tratamiento y explicarle las primeras tareas para casa.

- T:** Donna, antes de que se acabe el tiempo me gustaría comentarle mis impresiones sobre su ansiedad. Me parece que usted puede estar sufriendo un trastorno de ansiedad llamado trastorno de ansiedad generaliza. Básicamente,

éste es el trastorno de la “verruca de la preocupación”. El principal problema de este trastorno es la excesiva preocupación, difícil de controlar. Los síntomas físicos parecen derivarse de su preocupación. Pero es como un círculo vicioso. Cuando se siente tensa y agitada, ésa es la base fértil para que se produzca la preocupación. Creo que su depresión también está relacionada con lo anterior. Cuando su mente se centra en la posibilidad de que se produzcan tantos sucesos negativos, es bastante difícil estar de buen ánimo o concentrarse en las actividades agradables.

C: ¡Puf!, Soy un auténtico desbarajuste, ¿verdad?

T: Es probable que se sienta así. ¿Le gustaría escuchar algunas ideas sobre lo que, a mi parecer, puede ser útil para alcanzar el control de su preocupación y sentirse menos ansiosa?

C: Cualquier cosa que sea de ayuda.

T: Bueno, estimo que necesitaríamos entre 12 y 15 sesiones, quizá algo más o quizá algo menos. Hay multitud de cosas que le podrían ayudar. Una de ellas es que puedo enseñarle algunas destrezas de relajación para ayudarle a controlar su tensión muscular y su inquietud. Esto también podría servirle para mejorar sus problemas de sueño. En segundo lugar, trabajaríamos sobre el control de los pensamientos preocupantes y en tercer lugar, idearíamos formas para modificar su conducta de modo que no evite tantas cosas y pueda funcionar de forma menos perfeccionista. Esto es sólo un breve resumen, lo ampliaremos a medida que avancemos.

Donna estaba de acuerdo en probar la terapia, aunque manifestó preocuparle la idea de que la terapia fuera otra de las grandes cosas que debía hacer. Al mismo tiempo, expresó sentirse aliviada porque habíamos fragmentado la ansiedad en diversos componentes, porque yo había comprendido su situación y porque había un plan de mejora.

Donna recibió el PSWQ, el IDB, el STAI y el Registro Semanal de Ansiedad y Depresión para la observación diaria de su ansiedad, depresión, sentimientos agradables y porcentaje del día dedicado a preocuparse.

Sesión 2

Empecé esta sesión preguntando a Donna si deseaba comentar alguna reacción que hubiera tenido ante nuestra primera sesión, y si tenía alguna duda sobre el tratamiento. A continuación me entregó los cuestionarios y revisamos los formularios de auto-observación. Seguía con regularidad las tareas y le reforcé en consecuencia, subrayando la importancia de su participación activa en la terapia, tanto en el transcurso de las sesiones como fuera de las mismas.

Donna obtuvo una puntuación de 65 en el PSWQ, de 19 en la Escala de Depresión de Beck y de 58 en el STAI. Estas puntuaciones pertenecen al intervalo de las puntuaciones típicas obtenidas por los clientes TAG, sugiriendo problemas significativos con la preocupación crónica, una depresión moderada y un alto nivel de ansiedad (percentil 80).

- C: Supongo que debería decirle que tengo sentimientos contradictorios sobre la terapia. Confío en que puede ayudarme con mis preocupaciones, pero esta semana he llegado a observar cuánto me preocupo. Supongo que he estado sintiéndome inadecuada, o mala conmigo misma —debería ser capaz de eliminar todo esto. Mi marido sigue diciéndome que no me preocupe, pero no puedo controlarlo. Cuando estoy con él y con otras personas que parecen tan unidas, supongo que me avergüenza sufrir el trastorno de ansiedad.
- T: Donna, desafortunadamente, lo que está describiendo es muy común. Por una parte, usted tiene el problema de la preocupación y después un problema secundario sobre su preocupación y ansiedad —su desprecio hacia sí misma— la vergüenza por tener el problema original de preocupación y ansiedad.
- C: ¡Ya le dije que era un auténtico desastre!
- T: Sugeriría que hoy siguiéramos hablando del modelo de preocupación y ansiedad a partir del que operaremos y a continuación empezar a buscar algunas formas para ayudarle a aceptarse más con su preocupación y ansiedad mientras tratamos de superarlo.

En este punto, sospecho que cierta información añadida sobre el TAG podría ayudar a Donna a tener esperanza en la adquisición de control sobre su preocupación y ansiedad. Además, confío en que facilitará su habilidad para ver lo que puede ser considerado como un sentido global de disforia porque pueden obtenerse soluciones para varios problemas específicos. El enfoque de “divide-y-vencerás” podría así fomentar la sensación de auto-eficacia, porque la cliente podría resolver un problema cada vez. Supongo también que, al trabajar inicialmente sobre el problema secundario de la vergüenza y de la falta de auto-aceptación, la cliente comenzará a aprender vías para acceder a las creencias irracionales que probablemente subyacen a su preocupación, es decir, los “debes”, la tendencia a catastrofizar y el desprecio hacia sí misma por las cuestiones de ejecución y aprobación. Como han afirmado Yankura y Dryden (1990):

Una vez que los clientes se sienten algo liberados del estrés añadido producido por las auto-evaluaciones negativas, son capaces de dejar de cuestionarse su valor y competencia. Esto, a su vez, les permite encarar más plenamente sus problemas primarios y enfrentarse con más efectividad a sus creencias irracionales. (p. 32)

- T: ¿Qué le parece si ahora revisamos la naturaleza de la preocupación y de la ansiedad? Me gustaría que cerrara sus ojos durante un momento y que empezara a preocuparse, pongamos por caso, por llegar tarde a una cita. ¿Mientras se centra en su preocupación, qué siente en su cuerpo?
- C: Siento que mi cuello y mis hombros se tensan. También empiezo a sentir ansiedad y decepción.
- T: Supongamos que usted imagina que está de camino hacia su cita mientras se preocupa por no ser puntual. ¿Cómo conduce?
- C: Empiezo a conducir a demasiada velocidad, acercándome excesivamente al coche que está frente a mí. Me preocupa que el médico piense mal de mí porque llego tarde.

- T: Muy bien, Donna. Abra los ojos.
- C: Esto no ha sido muy divertido. Ésa es la historia de mi vida.
- T: ¿Acaso demasiado familiar? Bien, lo que me gustaría es que observáramos la naturaleza de la preocupación y de la ansiedad y a continuación fragmentarla en sus diversos componentes. En primer lugar tenemos los pensamientos de preocupación ¿verdad? Después su cuerpo se tensa y se ha imaginado apresurándose para evitar llegar tarde. Por lo tanto, ahí tenemos los pensamientos, los síntomas físicos y las conductas vinculadas a los mismos. Todo esto, en cierta medida, configura la emoción de ansiedad. ¿Me entiende?
- C: Supongo que sí. Creo que nunca he analizado la conexión entre ellos.
- T: Mi experiencia dice que si logramos romper el proceso de preocupación como acabamos de hacerlo, le podemos enseñar formas para contemplar cada uno de esos componentes. Por ejemplo, podemos desafiar la idea de que pueda llegar tarde y lo horrible que sería si así fuera. Podemos usar las destrezas de relajación para reducir la tensión muscular y ayudarle a reducir conscientemente su conducta y a no apresurarse para evitar llegar tarde. Sucede que la modificación de cualquiera de los aspectos del proceso le ayudaría a cambiar los otros, pero para que pueda disponer de más poder, le ayudaremos a manejar los tres componentes. ¿Le parece que tiene sentido?
- C: Creo que sí.
- T: El otro concepto que es importante en este caso es que la preocupación y la ansiedad están relacionadas con la percepción de las situaciones como peligrosas, bien sea física o psicológicamente. Cuando consideramos que una situación es peligrosa, nos ponemos en actitud vigilante, buscando señales de peligro y nuestro cuerpo se prepara para la acción.
- C: ¿Cuál es el peligro de llegar tarde?
- T: Bueno, piense en ello. Usted ha dicho antes que le preocupaba llegar tarde y el médico pensara mal de usted por esta razón. ¿Podría ser peligroso esto? En otras palabras, una amenaza a su valor propio.
- C: Quizá. Creo que entiendo lo que quiere decir. Nunca pensé en ello como en un peligro, pero me preocupa la aprobación de otras personas.
- T: Cierto. Normalmente pensamos en los peligros como en algo vinculado al peligro físico, pero nuestro cuerpo reacciona del mismo modo cuando percibimos peligro emocional. Su cuerpo se tensa y su atención se focaliza mientras que su conducta se acelera para ayudarle a protegerse del “peligro”. Evidentemente, esto es lo que procede cuando una persona se encuentra en una situación realmente peligrosa, pero en su caso usted está guiada por un posible suceso que, por sí mismo, no es peligroso para su bienestar físico.
- C: Sospecho que ésa puede ser la razón por la que me siento tan cansada con frecuencia. Constantemente me encuentro en estado de emergencia. Según dice, siento que todo es peligroso.
- T: ¡Exactamente! ¿Qué le parece si trata de expresar con sus propias palabras lo que yo le he dicho?

Como mi estilo es bastante didáctico, aquí pretendo que Donna se implique más en el procesamiento de la información que le he presentado, así como comprobar si ha captado los conceptos formulados. Tras esto, avanzo al manejo de la vergüenza por tener problemas con la preocupación y la ansiedad.

T: En el tiempo que nos queda, empecemos a hablar de cómo se humilla por tener problemas de preocupación y ansiedad. En primer lugar, ¿observa usted algún beneficio por humillarse cuando siente ansiedad? ¿Le motiva eso a trabajar en la búsqueda de una solución?

C: Realmente no. Sólo me siento cada vez peor. Me han dicho que mi nivel de exigencia es demasiado alto y que yo soy mi peor enemiga.

T: Bueno, como no parece haber ningún beneficio derivado de la vergüenza y de la humillación, ¿le gustaría trabajar para aceptarse más?

C: Claro que sí. ¿Pueden cambiar las personas sus sentimientos sobre sí mismas?

T: Pues sí, precisamente modificando su pensamiento. Por ejemplo, cuando usted siente vergüenza por un problema de ansiedad, ¿qué pensamientos tiene sobre usted?

C: Bueno, me siento inferior a las personas que no son ansiosas, las personas que tienen una vida más fácil. Y creo que debería ser más normal como son dichas personas.

T: Muy bien, parece que básicamente usted se transmite dos mensajes: uno, no debería tener ningún problema de ansiedad, y dos, como los tengo soy menos persona, soy inferior a otras personas menos ansiosas.

C: Ciertamente.

T: Por lo tanto son estos pensamientos los que le causan los sentimientos de vergüenza e inferioridad. Alguna persona podría pensar, que no le gustaría tener estos problemas, pero yo los tengo. Eso no me hace inferior, sólo un ser humano. Nadie es perfecto.

C: Ya, pero yo no pienso de esa forma.

T: Lo sé, pero si usted pensara de ese modo y realmente confiara en esos pensamientos, ¿considera que sentiría vergüenza?

C: Supongo que no.

T: Bien, trataremos de aprender a pensar de esa forma para que pueda aceptarse mejor. Supongo también que entonces le ayudaremos a preocuparse menos si algunas de sus preocupaciones están vinculadas con cosas que amenazan su sensación de valía personal.

En esta sesión se avanzó mucho y fue fundamentalmente didáctica. Como tal, decidí que en las futuras sesiones trataría de emplear el cuestionamiento socrático mientras ayudaba a Donna con sus creencias básicas que provocaban la preocupación y ansiedad. Como tarea para casa, pedí a Donna que leyera un artículo sobre la modificación de sentimientos y que describiera una secuencia completa relacionada con el sentimiento de vergüenza y de inferioridad debido a su trastorno de ansiedad.

Sesión 3

Esta sesión se destinó a revisar la reacción de Donna al artículo leído y a repasar el ejercicio. Consideraba que la lectura había sido útil, aunque se preguntaba si realmente podría cambiar sus viejas y tan bien enraizadas formas de pensamiento.

El resto de la sesión fue dedicado a elaborar una grabación de relajación muscular progresiva para Donna. Le expliqué que la relajación muscular a menudo ayudaba a los clientes a modificar más satisfactoriamente sus pensamientos de preocupación y que para ella puede convertirse en un instrumento para aumentar su sensación de control.

La asignación para casa consistió en que Donna practicara la relajación muscular una vez al día.

Sesión 4

Tras la revisión de la práctica de relajación que había practicado Donna, sugerí que dedicáramos la mayor parte de la sesión a explorar una de las principales preocupaciones de Donna. Donna seleccionó la preocupación de que su marido gastara la mayor parte de su dinero de forma inconsciente.

T: Muy bien Donna, analicemos su preocupación, ¿qué es lo peor de que su marido gaste demasiado dinero? ¿Qué conllevaría eso para usted?

C: Bueno, quizá tendríamos que vender la casa.

T: Y en tal caso, ¿qué haría usted?

C: Pues, no sé. Nunca lo he pensado.

T: Bien, pensemos en ello ahora. ¿Qué haría si tuviera que vender su casa?

C: Bueno, supongo que tendríamos que buscar una casa más pequeña en una zona que no sea tan buena como la nuestra.

T: ¿Le preocupa el modo en que podría afectar a sus hijos?

C: Seguro que sí. No me gustaría tener que trasladarlos otra vez, cambiar las escuelas, y Michael [el hijo de 8 años] ya tiene problemas para buscar amigos.

T: Entonces, uno de los problemas de trasladarse a una casa más pequeña sería el efecto que esto puede tener sobre sus hijos. Parece que no le preocupa quedarse en la calle sin un techo seguro.

C: No, no sé por qué, pero no me preocupa eso.

T: Bien, ¿qué otra consecuencia negativa podría derivarse del traslado a una casa más pequeña?

C: (*Piensa durante un momento*) Puede parecer ridículo, pero parte de ello puede estar relacionado con el asunto de la aprobación. Realmente me preocuparía qué piensan mis progenitores y mis amigos. Que no sabemos manejar nuestro dinero o que no tenemos suerte.

T: Muy bien. Está llegando a las consecuencias que tendría para usted que su marido gastara inconscientemente demasiado dinero. Parece que existen dos factores importantes que son el efecto sobre sus hijos y la desaprobación de

sus progenitores y amigos. Veamos si podemos profundizar un poco más. ¿Qué significaría para usted que sus progenitores o algunas amistades le desaprobaran y creyeran que no tiene suerte?

C: Bueno, sentiría que soy un fracaso.

En este punto, parece que una importante fuente de preocupación de Donna implica la conexión del valor propio con la aprobación de las personas significativas. Esto, por supuesto, es coherente con su preocupación de llegar tarde a la cita por temor a la desaprobación del médico. Por lo tanto, parece útil recordarlo como posible aspecto de las restantes preocupaciones. Además, el miedo de Donna a trasladarse a una casa más pequeña contiene otros miedos sobre el bienestar de sus hijos y no parece relacionarse con el tema de la aprobación.

Como tarea para casa, Donna recibió una copia de la cinta de Ellis (1987) *Cómo dejar de preocuparse y comenzar a vivir* y le pedí que la escuchara y que tratara de aplicar los conceptos que presenta a su preocupación sobre la posibilidad de que su marido perdiera el trabajo. Además, Donna debía seguir practicando diariamente la relajación muscular.

Sesión 5

C: ¡Este Ellis es un tipo curioso! ¡Qué voz tiene!

T: Efectivamente. Es una persona única. ¿Qué pensó sobre las ideas de la grabación?

C: Bueno, eran lógicas. Traté de aplicarlas a la preocupación sobre la posibilidad de que mi marido perdiera su trabajo.

T: ¿Podría decirme en qué sentido las ha aplicado?

C: Bueno, supongo que creo que Bill no debe perder su trabajo y que sería demasiado horrible si lo hiciera.

T: Sí, yo también creo que esas son dos fuentes principales que alimentan su preocupación. ¿Qué ha pensado en relación al valor propio?

C: Sí claro, yo también me digo a mí misma que sería un fracaso si tuviera que vender nuestra casa.

T: Creo que ha llegado al núcleo de la cuestión. Cuenta con un suceso negativo que nadie quiere que suceda, y después pasa a pensar que no debe suceder, que sería terrible e intolerable si sucediera y que usted sería menos persona.

C: Nunca lo había oído de forma tan específica, pero creo que es así como lo siento.

T: ¿Puede ver el modo en que se vinculan las tres creencias a lo que las personas pueden pensar de usted si tuviera que vender su casa?

C: Supongo que es lo mismo. No debo recibir desaprobación. No lo soportaría. Sería terrible y yo sería terrible.

T: ¡Exactamente! Y de acuerdo con la teoría REBT, como usted sostiene estas creencias, probablemente sobrestima la probabilidad de ser rechazada por sus amistades y familia.

C: No estoy segura de entender lo que dice.

- T: Bueno, parece que cuando definimos un acontecimiento como terrible e imposible de soportar o manejar, lo estamos considerando como peligroso, tal y como comentábamos en alguna sesión anterior. Entonces empezamos a ser hipervigilantes, preocupados constantemente por cualquier señal de peligro, y en efecto, en eso consiste la preocupación.
- C: Entonces, ¿me está diciendo que para controlar la preocupación debo cambiar esta forma de pensar?
- T: Así es. Pero la relajación puede ayudarle a facilitar un estado mental menos vulnerable a los pensamientos de preocupación y existen muchas otras técnicas que también son muy importantes para modificar sus creencias básicas y el mismo proceso de la preocupación. En breve nos referiremos a ellas.

El tiempo restante de la sesión se dedicó a comentar un suceso que se había producido durante la semana y a aplicar sobre el mismo un análisis REBT similar al anterior. Como tarea para casa, Donna estaba de acuerdo en seguir practicando la relajación y en examinar otra de sus preocupaciones importantes.

Sesión 6

Donna manifestó que su práctica de relajación era satisfactoria y que trataba de aplicarla en las situaciones estresantes. Manifestó también que había vuelto a escuchar la grabación de Ellis y que había tratado de aplicar los conceptos expuestos a su preocupación de fracasar en su trabajo actual.

Comentamos esto es detalle, y a continuación elaboramos una grabación de relajación que eliminara el componente de tensión y combinara algunos de los músculos mientras se centraba en sentimientos de descarga de la tensión. Donna accedió a practicar esta grabación una vez al día. Además, le di una copia de la cinta *Cómo ser un perfecto no perfeccionista* de Ellis (1993).

Sesión 7

El programa que tenía para esta sesión era revisar la tarea de casa de Donna y las experiencias de aplicación de la REBT a sus preocupaciones durante la semana, y a continuación dedicar la mayor parte de la sesión a hacer una exposición imaginaria a la preocupación de Donna de que su marido perdiera el trabajo. El ejercicio de imaginación que usamos fue una combinación de imaginación racional emotiva y la exposición prolongada tal como describe Barlow y sus colaboradores (e.g., Craske et al., 1992). La exposición prolongada consiste en que el cliente imagine la escena relevante durante el tiempo suficiente para facilitar la habituación y/o la reestructuración cognitiva. Con los clientes TAG, el tiempo de exposición normalmente recomendado es de unos 30 minutos.

- T: Muy bien, Donna, realmente está teniendo éxito con la relajación y con el pensamiento racional. Ahora me gustaría presentarle una técnica para ayudarle a desensibilizarse a algunas imágenes catastróficas que usted describe como frecuentes cuando se preocupa. Lo que parece suceder cuando nos pre-

ocupamos es que tratamos de evitar pensar realmente en nuestros miedos, aunque las imágenes mentales de estos miedos se introduzcan breve y frecuentemente en nuestra mente y después tratemos de eliminarlas distrayéndonos de algún modo. En consecuencia, son suficientemente largos para preocuparle y sentir ansiedad pero no para desensibilizarse a ellas.

C: ¿Qué quiere decir con desensibilizar?

T: Muy buena pregunta. Es como ver una película de terror y asustarse de verdad. ¿Qué sucedería si la viera completa otras diez veces?

C: Supongo que tras haberla visto varias veces dejaría de asustarme.

T: Eso es precisamente lo que sucede. Por lo tanto, con este ejercicio de imaginación trabajaremos en la aplicación de su relajación y de las destrezas del pensamiento racional de tal forma que el resultado final de la escena consista en que usted se imagine manejando el peor miedo sin ser aniquilada.

C: Creo que lo entiendo, pero no parece que vaya a ser muy divertido.

Hablamos un poco más sobre el ejercicio de imaginación y Donna accedió a probarlo. Seleccionamos la imagen, en su cadena de imágenes de preocupación, que usaría para la práctica de la sesión.

T: Muy bien, Donna, me gustaría que imagine que su peor miedo se hace realidad. Bill perdió su trabajo, no pudo encontrar otro que permitiera seguir pagando el crédito y se ven obligados a vender la casa. Ahora detengámonos en la imagen de su familia criticando a usted y a Bill por no organizar bien sus asuntos económicos. Están en su casa, sentados en la mesa de su cocina.

C: Puedo verlos muy bien. ¡Me miran con tanta decepción!

T: ¿Qué están diciendo? ¿Puede oír sus palabras?

C: Es la vieja retahíla “ya te lo dijimos”. La voz de mi madre parece muy triste. Parece como si hubiera fracasado o algo parecido.

T: ¿Qué pensamientos están pasando por su mente en este momento?

C: Estoy pensando, “No puedo aguantar su desaprobación, realmente es terrible. Les he decepcionado. Me siento como un fracaso real.” Estoy empezando a sentir ansiedad y depresión.

T: Bien, ¿qué está pasando en su cuerpo?

C: Mi cuello y hombros están tensos. Tengo un nudo en el estómago. Tengo la boca seca.

T: ¿Qué me dice del corazón? ¿Palpita con más rapidez?

C: Está empezando a acelerarse.

T: Muy bien, trate de mantener esa imagen. Fíjese en la expresión de sus progenitores, en sus voces; todos los pensamientos que ha mencionado. ¿Qué sucede en su cuerpo?

Donna fue capaz de seguir manteniendo esta imagen durante unos 25 minutos. En ese momento manifestó una leve reducción de su nivel de incomodidad.

T: Muy bien, Donna, continúe y aplique sus destrezas de manejo. Desafíe los pensamientos, vea si puede relajar parte de la tensión de sus hombros y cue-

llo. (*Pausa*) Ahora trate de captar la sensación de estar muy decepcionada por la desaprobación de sus progenitores. Tente de convertir su ansiedad y depresión en decepción. Decepcionada porque sus progenitores la desaprueban. Decepcionada, y quizá triste porque tiene que vender su casa y trasladarse a otra localidad.

C: Me cuesta mucho hacerlo.

T: Lo sé. Pero siga intentándolo. Lo está haciendo muy bien. (*Transcurren muchos minutos*)

C: Bueno, ya no me siento tan mal.

T: Perfectamente, ¿qué le parece si trata de verse a sí misma hablando con sus progenitores, adoptando el control y dando por finalizada su visita?

C: Muy bien, ya se han ido. Me siento mucho mejor.

T: ¡Buen trabajo! Avancemos un poco más antes de detenernos. Piense en algunas alternativas antes de tener que vender su casa. ¿Puede pensar en otras, más probables? Es decir, ¿es posible que sus progenitores respondan de forma más comprensible?

Trato de lograr muchas cosas durante esta sesión con Donna. Estamos trabajando sobre la habituación a una imagen aversiva, con el fin de fomentar la integración de las reacciones cognitivas, físicas y emocionales. También tratamos de revisar las estimaciones cuya probabilidad de ocurrencia sea irreal y las consecuencias catastróficas de los resultados negativos temidos. Por último, tratamos de favorecer el sentido de auto-eficacia de Donna para que pueda manejar sus peores miedos. Es importante señalar que mi hipótesis de que Donna se sentiría mejor al finalizar la exposición imaginaria no se debía a que se hubiera modificado A (el suceso activador, la huida de los progenitores de Donna), sino a que la cliente había modificado su pensamiento sobre la desaprobación de sus progenitores y su pensamiento sobre sí misma (i.e., "Puedo ser asertiva y tener cierto control sobre la situación.")

Como tarea para casa, Donna accedió a escuchar la grabación de la exposición imaginaria como mínimo tres veces antes de la siguiente sesión y valorar su incomodidad emocional máxima y mínima al concluir la grabación en base a una escala de 0 a 10. Además, también comentamos el modo de proceder con la relajación en situaciones más estresantes e intervenir en el proceso de preocupación.

Sesión 8

Empezamos por revisar la experiencia que había tenido Donna con la práctica de la imaginación. Me alegró saber que las puntuaciones correspondientes a la incomodidad emocional sentida la tercera vez que escuchó la grabación fueron de 6 a 3. El resto de la sesión se destinó a la aplicación de exposición imaginaria al miedo de Donna a fracasar en su puesto actual.

Como en la sesión anterior, la tarea para casa consistió en escuchar la grabación de la exposición imaginaria dirigida durante esta sesión y seguir aplicando las destrezas de relajación.

Sesión 9

Donna manifestó dificultades para reducir su nivel de incomodidad en la segunda escena. Se comentaron las posibles razones de este hecho y estaba de acuerdo en seguir practicando una semana más. Al parecer, la razón por la cual el ejercicio de exposición imaginaria de Donna fuera menos efectivo que el de la semana anterior había sido la dificultad de sostener la imagen porque se distraía con otras imágenes y las interrupciones de su familia.

El resto de la sesión se dedicó a elaborar un listado de las conductas de evitación relacionadas con la preocupación de Donna por la pérdida del trabajo de Bill. Donna se mostró de acuerdo en añadir más factores al listado si descubría otras maniobras de evitación durante la semana siguiente.

Sesión 10

El centro de atención de esta sesión fue revisar las asignaciones de Donna, particularmente el listado de conductas de evitación relacionadas con la preocupación. Donna presentó el siguiente listado de actividades evitadas:

1. Comentar asuntos económicos con su marido, Bill.
2. Pagar facturas.
3. Controlar el talonario de cheques.
4. Gastar dinero en elementos personales (i.e., ropas)
5. Leer artículos de prensa relacionados con la reestructuración de personal de las empresas.

Estas actividades fueron valoradas de 0 a 10 en relación al grado de ansiedad que predijo que sentiría al hacer cada una de ellas. A continuación las ordenamos en una jerarquía que comenzaba por la actividad que más ansiedad provocaba: (a) controlar el talonario de cheques, (b) comentar asuntos económicos con su marido, (c) leer artículos de prensa relacionados con la reestructuración de personal de las empresas, (d) pagar facturas y (e) gastar dinero comprando elementos personales.

Como tarea para casa, Donna accedió a hacer las dos primeras actividades de la jerarquía, precediendo a cada actividad la descripción de un ABC y el ejercicio imaginario racional emotivo.

Sesión 11

Donna manifestó que la práctica de relajación seguía dando buenos resultados y que empezaba a notar menor tensión muscular general. A continuación comentamos la experiencia de Donna confrontando conductualmente su preocupación.

T: Bueno, ¿qué tal le salió el pago de las facturas y las conversaciones con Bill?
C: Pagué las facturas, pero me preocupó de verdad. Emplé la relajación y pareció ayudarme. Cuando empecé a preocuparme por tener que dejar la casa,

traté de decirme a mí misma que sobreviviríamos y que podría soportar la crítica de mis progenitores. Creo que me ayudó.

- T: Eso suena muy bien. Está empezando a usar sus destrezas para manejar su preocupación de un modo diferente.
- C: Ya, pero realmente no pude comentar con Bill nuestros asuntos financieros. Tuve múltiples oportunidades para hacerlo pero lo evité.
- T: ¿Se criticó por ello? ¿Se está criticando por no hacerlo?
- C: Aunque parezca mentira no lo estoy haciendo. Siento frustración por no iniciar el comentario. Sé que es algo que debo hacer.
- T: ¿Qué le parece si pensamos en qué estaba pensando sobre ese particular?
- C: No sé... pensé, "Esto va a ser muy incómodo, no sabemos manejar estos asuntos." A Bill tampoco le gusta porque yo reacciono tan mal.
- T: Creo que ahí está la cuestión. Parece que está diciendo que es excesivamente incómodo, mejor que lo posponga.
- C: Supongo que sí. Así es como me sentí. Cuando ya siento preocupación y ansiedad por algo, no quiero sentirme más incómoda aún.
- T: Naturalmente, ¿pero qué sucederá si evita hacerlo?
- C: Sigue colgado en mi cabeza... sé que es parte del trabajo de la preocupación. Si evito encararlo, refuerzo mi creencia de que la situación es demasiado odiosa para manejarla.
- T: Efectivamente. Por lo tanto, en cierta medida perpetúa su problema de la preocupación y a largo plazo probablemente tendrá que manejarlo con más incomodidad.
- C: Entiendo lo que dice, pero es tan duro enfrentarse a este asunto.
- T: Tiene razón. Pero como puede ver, más duro será cuanto más lo demore. Por lo tanto debemos ayudarle a que tolere el dolor a corto plazo para que sea mejor a largo plazo.
- C: Tendré que acordarme de eso una y otra vez.

El resto de la sesión fue dedicado a la imaginación racional emotiva para preparar las dos siguientes actividades de la jerarquía asignadas para la siguiente semana.

Sesión 12

Durante esta sesión revisamos las tareas de Donna. Estaba particularmente contenta y algo sorprendida por la facilidad con que leía artículos de prensa y porque los pagos de las deudas no eran tan difíciles como había imaginado. El tiempo restante de la sesión se destinó a tratar de dirigir la cuestión filosófica con la que Donna parecía estar luchando.

- C: Estoy muy contenta con la mejoría que he experimentado hasta el momento. Bill está de acuerdo en que ya no me preocupo tanto. Definitivamente duermo mejor.
- T: ¡Me alegra mucho que así sea!. Sus registros semanales sugieren que está mejorando.

- C: Pero, sabe, esta semana estaba viendo la televisión. Había una noticia sobre el SIDA y empecé a pensar que me debería preocupar por cosas como ésta o por otras como la situación en Bosnia.
- T: ¿Parece como si lo éticamente correcto sería estar preocupado y deprimido por los sucesos trágicos del mundo?
- C: Sí, algo así. Quiero decir que, no puedo decir que estas cosas no sean importantes, que no tengan importancia.
- T: Por supuesto que no. No esperaría sentir emociones positivas o neutras por circunstancias adversas de este mundo. Pero supongamos que le preocupa y se deprime realmente por la epidemia de SIDA. ¿En qué ayudaría eso?
- C: Bueno, realmente no sería de ninguna ayuda, pero parece que moralmente debería hacerlo, todos nosotros deberíamos estar tristes.
- T: Parece como si usted creyera que, “Si realmente me intereso por las personas y los sucesos del mundo, con el fin de ser una persona responsable, ética, debería preocuparme y deprimirme cuando suceden desgracias en el mundo.”
- C: Sí, creo que pienso así. ¿Las personas sensibles sienten emociones por los sucesos trágicos, no es así?
- T: Depende de lo que quiera decir con “sienten emociones”. Esto nos devuelve a la diferencia entre la emociones facilitadoras y debilitadoras. ¿Recuerda nuestras primeras sesiones, cuando usted se preocupaba y deprimía la mayor parte del tiempo?
- C: Por supuesto, lo recuerdo, pero ¿no es diferente de los sucesos realmente trágicos?
- T: Bueno, supongamos que se preocupa, siente ansiedad y depresión e incluso culpabilidad por haber impedido la tragedia en su propia vida. ¿Cómo podría conducir este estado emocional a resultados éticamente buenos?
- C: No sé. Supongo que eso no ayudaría a mi familia. Sería un fantasma alrededor de mi marido y mis hijos.
- T: Por lo tanto, de algún modo, en lugar de ser una respuesta éticamente apropiada, su conducta disfuncional añadiría otra unidad de miseria al mundo.
- C: ¡Nunca lo he pensado de ese modo! Entiendo lo que quiere decir.
- T: Sin embargo, me identifico con su pregunta. Durante la Guerra del Vietnam me solía deprimir por los niños que allí morían. Solía pensar, “¿Qué derecho tengo de ser feliz cuando hay niños que mueren y familias que sufren en Vietnam?” Tras luchar contra ese sentimiento y leer todo lo que pude, llegué a la conclusión de que mi depresión no ayudaba a los niños del Vietnam ni a ninguna otra persona. En realidad, con mi depresión, sólo añadía otra unidad de miseria al mundo y no colaboraba para convertirlo en un lugar mejor.
- C: Bueno, ¿y no deberíamos hacer algo para cambiar las condiciones adversas?
- T: Eso sería éticamente responsable. En mi situación, salí de las Fuerzas Aéreas como objetor de conciencia y me convertí en voluntario de ayuda para los damnificados. Por supuesto ésta es una vieja historia, que se remonta a los años setenta.

- C: Muy interesante. Ya sé lo siguiente que va a decir. Si no podría trabajar yo mejor para cambiar el mundo si no estoy deprimida y preocupada continuamente.
- T: Efectivamente. Si mantiene las emociones facilitadoras de interés, tristeza y pesar, definitivamente podrá canalizar sus sentimientos y compasión hacia una acción más constructiva.
- C: Como presentarme de voluntaria en el Proyecto de SIDA de Portland.
- T: ¡Sí señora!

Esta sesión tuvo un tono muy diferente a las anteriores. Parecía que cuando Donna se preocupaba menos de los asuntos cotidianos tenía más tendencia a pensar en cuestiones filosóficas relacionadas con sucesos realmente trágicos del mundo. También me arriesgué a cierta auto-apertura. En este caso, trataba de mostrar a Donna que comprendía su pesar. Yo mismo me había enfrentado a cuestiones similares, y presenté una posible solución de cómo la había manejado.

Como tarea para casa, sugerí a Donna que escuchara la grabación de Ellis (1990) *Vivir de forma racional en un mundo irracional* y que leyera algunos pasajes de *¡Cómo negarse tenazmente a sentirse miserable por cualquier pequeñez, sí pequeñez!* De Ellis (1988).

Sesión 13

Durante esta sesión, comentamos la reacción de Donna a la grabación y al libro de Ellis sobre el modo de manejar sucesos particularmente trágicos en el mundo. También comentamos la posibilidad de dar por finalizada la terapia y decidimos que las dos sesiones siguientes iban a ser quincenales. Ahora que Donna parecía estar manejando adecuadamente sus emociones, nos referimos a destrezas prácticas, incluyendo la resolución de problemas y la asertividad. Donna era muy buena resolviendo problemas cuando no estaba ansiosa o deprimida. Esta observación era coherente con el hallazgo de Davey (1994) según el cual no había relación entre la preocupación y las destrezas de resolución de problemas sociales.

Además, como a lo largo del curso de la terapia la creencia de Donna de que siempre debía de actuar correctamente y disponer de la aprobación para sentirse válida, había cambiado significativamente. Era más capaz de poner en práctica destrezas asertivas que previamente había aprendido en una clase de asertividad.

Sesiones 14-16

Estas sesiones fueron dedicadas a revisar las técnicas aprendidas en terapia, y continuar aplicándolas a los problemas y dificultades cotidianas. Durante la sesión decimoquinta, Donna recibió la misma serie de inventarios de auto-informe que había completado al comienzo de la terapia. Su puntuación PSWQ se había reducido de 65 a 47, confirmando su aparente reducción en la frecuencia de preocupa-

ción y su aumento de auto-eficacia para controlar el proceso de la preocupación. Del mismo modo, su puntuación STAI también se había reducido desde 58 hasta 43, sugiriendo una ansiedad menos generalizada. Su puntuación en la Escala de Depresión de Beck fue de 8, que se corresponde al intervalo de lo normal.

En la última sesión, pedí a Donna que tratara de resumir las cosas más útiles que había aprendido en la terapia. Donna respondió del siguiente modo:

C: Bueno, las técnicas específicas, la descripción de los ABC, el ejercicio de imaginación,... hacer las cosas que había estado evitando. Todo esto, creo, me ha dado los instrumentos para sentir un mayor control y no tener la impresión de que soy inútil. En general, creo que no soy tan dura conmigo misma, no tan preocupada por lo que los demás opinan de mí. También ha sido muy útil para ver que no necesito deprimirme para demostrar que soy una persona sensible. Mientras estoy hablando de esto, creo que he avanzado mucho, aunque no sea perfecta.

T: Me alegra escucharle decir esto. Realmente ha trabajado mucho en la terapia.

A continuación comentamos la forma de proceder ante las recaídas, ofreciéndole la posibilidad de que acudiera a la consulta para alguna sesión de recuperación si fuera necesario.

COMENTARIO DEL CASO

Aspectos únicos del caso

El caso de Donna ilustra muchos de los fenómenos o características descritas en las recientes conceptualizaciones del TAG. Por ejemplo, el uso del encadenamiento de inferencias ilustra la utilidad potencial de acceder a los temas que pueden subyacer a una variedad de preocupaciones específicas (Shadick et al., 1991). En el caso de Donna, ésta era la cuestión de la aprobación, convertida en creencia irracional de que uno debe disponer de la aprobación que desea para ser feliz y merecer valía. Además, que esa aprobación fuera un tema central para Donna es coherente con la hipótesis de Borkovec et al. (1991) según la cual los aspectos de evaluación social y valía personal pueden ser muy importantes en el TAG.

Otro aspecto sobresaliente del tratamiento de Donna era el aprovechamiento que hacía de la audioterapia. Las grabaciones de Ellis sobre la preocupación, el perfeccionismo y la vida racional en un mundo irracional parecieron contribuir favorablemente a nuestro trabajo durante las sesiones.

Incidentes críticos y la respuesta del terapeuta al cliente

Si hubiera que subrayar un aspecto particularmente significativo de la terapia con Donna, creo que sería nuestra conversación sobre si la persona debería preo-

cuparse y deprimirse en respuesta a los sucesos trágicos de la vida. Creo que Donna había estado pensando críticamente, en parte estimulada por la terapia, pero también como resultado de su crecimiento derivado de las lecturas previas y del cuestionamiento religioso/filosófico. Parece como si nuestra conversación durante la duodécima sesión hubiera facilitado que Donna llegara a comprender en profundidad que era éticamente aceptable no sentirse emocionalmente débil pero seguir interesándose y mostrándose responsable. Me pareció que esta conciencia le ayudó además a fortalecer su resolución de continuar aplicando las destrezas REBT para el control de la preocupación de los problemas cotidianos.

Yo tuve multitud de respuestas hacia Donna durante el curso de la terapia. Fundamentalmente, me gustaba. Era una mujer sincera en su deseo de hacer cambios y respetaba firmemente las tareas para casa. En general, contaba con muchos rasgos que serían atractivos para cualquier terapeuta.

Había ocasiones, sin embargo, en las que me sentía irritado con ella, especialmente aquellas en las que parecía perseverar en preocupaciones particulares. Lo más útil en esos momentos fue mi propia aceptación con tales reacciones y después recordarme que yo también tenía dificultades con algunas de mis preocupaciones particulares, a pesar de estar bien armado con las destrezas REBT.

Complejidades y sutilezas de la REBT

Muchos aspectos de la terapia de Donna ilustran factores terapéuticos que, algunas veces, pueden ser complejos y/o sutiles. Un ejemplo es la vergüenza de Donna y su autocrítica por su problema con la preocupación y la ansiedad. Este problema por un problema es familiar para los terapeutas REBT y los beneficios prácticos de su localización y trabajo al comienzo de la terapia fueron notables con ella. De algún modo, tratarlos pareció facilitar rápidamente nuestra relación terapéutica, porque permitió a Donna observar que estaba de su parte. Por ello podía presentar sus problemas e inseguridades cuando empezó a trabajar sobre la auto-aceptación. Además, este aumento de la auto-aceptación pareció facilitar la habilidad de Donna para trabajar sobre la tolerancia de la desaprobación de los otros significativos.

Otra discriminación típica de la REBT, las diferencias entre las emociones facilitadoras y debilitadoras, creo que fue útil cuando Donna y yo comentamos su sentido de la responsabilidad ante las noticias trágicas que se producían en el mundo. Sin esta diferenciación entre las emociones facilitadoras y debilitadoras, Donna podría haberse resistido a abandonar su sentimiento de preocupación depresiva por ciertos sucesos, si hubiera pensado que la alternativa era sentirse emocionalmente indiferente.

Por último, la delineación única de la REBT de la ansiedad incomodante como problema emocional central nos sirvió para abrir una veta para que Donna comprendiera por qué evitaba ejecutar algunas tareas para casa y por qué evitaba las actividades relacionadas con la preocupación, por ejemplo, hablar de asuntos económicos con su esposo.

3

Aplicación de la REBT al Tratamiento de la Depresión

Paul A. Hauck y Patricia McKeegan

Quisiera exponer una queja contra la palabra depresión... Melancolía, en oposición a depresión, podría ser mucho más apropiada y evocadora para las formas más negras del trastorno, pero fue usurpada por un término con una tonalidad tan blanda que carece de cualquier presencia magisterial, usada indiferentemente para describir un declive económico o una variación en el terreno, un auténtico fracaso de palabra para una enfermedad tan seria.

William Styron

Las palabras de Styron, introducidas como preludeo a los registros personales de Walen y Rader (1991) en sus batallas contra la depresión, parecen reflejar los pensamientos de muchos clientes que luchan contra la depresión: “No tengo nada bueno - ¡Oh el mundo! No hay esperanza en esta situación y nada cambiará”. Realmente, “depresión” parece un término inadecuado para captar los sentimientos generalizados de vacío y oscuridad de la experiencia de estos clientes.

Tal como refleja el Estudio de Comorbidez Nacional (Kessler et al., 1994) la prevalencia de un episodio depresivo grave a lo largo de la vida es del 17.1 %; una prevalencia del 14.9% de depresión severa y una prevalencia del 6.4% del índice de distimia. Los índices de incidencia anual hallados en el Estudio Epidemiológico por Áreas (Regier & Robins, 1991) fueron de un caso de depresión grave por cada 100 hombres y dos casos por cada 100 mujeres. La mayor prevalencia de la depresión en las mujeres ha sido coherente con los estudios epidemiológicos efectuados en diferentes zonas (véase, e.g., Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer & Nelson, 1993; Kessler et al., 1994; Paykel, 1991). Los índices en hombres y en mujeres son superiores en el intervalo de edad entre los 25 y los 44 años; para ambos, hombres y mujeres, los índices decrecen tras la edad de 65 años (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [DSM-IV], APA, 1994). Los índices de prevalencia de la depresión severa en los Estados Unidos no parecen relacionarse con el carácter étnico, la educación, los ingresos ni el estado civil (APA, 1994). En los últimos años, los estudios internacionales de la depresión y de la distimia han hallado índices de prevalencia a lo largo de la vida que oscilan entre el 3.3 % en Seúl y 17.1% en los Estados Unidos (Kaelber, Moul &

Farmer, 1995); los índices tanto de depresión como de distimia son generalmente superiores en las mujeres que en los hombres (Weissman et al., 1993).

Aunque la depresión pueda brotar a cualquier edad, la edad media del primer episodio suele estar entre los 20 y los 25 años (Kaelber et al., 1995). Cabe señalar, que la aparición del primer episodio depresivo predice la probabilidad de desarrollar otro episodio siguiente. Alrededor del 50%-60% de los individuos que experimentan un episodio depresivo tendrán un segundo; los individuos que han experimentando dos episodios presentan una probabilidad del 70% de presentar un tercero; aquellos que han experimentado tres episodios tendrán una probabilidad del 90% de un cuarto (APA, 1994).

Según el DSM-IV, los episodios depresivos se caracterizan por un estado de ánimo depresivo, una habilidad visiblemente reducida para experimentar placer, sentimientos de falta de valor y/o culpabilidad, fatiga e inhabilidad para pensar o concentrarse. Además, los clientes pueden manifestar problemas de insomnio (o somnolencia excesiva), pérdida de peso (o adquisición anormal del mismo) y recurrente ideación suicida. La descripción de Walen (Walen & Rader) de su propia depresión incluye las siguientes características: “Tengo la sensación de ser un jamón en el vacío... Existe un enorme golfo entre yo y los demás... Mi realidad es que vivo sola, y siempre lo estaré... No puedo sentirme vinculada” (p. 223) y “Quiero morir y hoy he llegado al punto de empezar a establecer planes... Hoy he tenido multitud de pensamientos sobre la muerte. Imágenes de mí misma colgada” (p. 222).

Dados el dolor y la devastación inherentes a la depresión, para el terapeuta es críticamente importante estar alerta a las señales y los síntomas. Sin embargo, el primer paso consiste en elaborar el diagnóstico. También es muy importante que el terapeuta emplee modelos y técnicas efectivas para el tratamiento de la depresión.

BREVE REVISIÓN DE LOS MODELOS PARA CONCEPTUALIZAR LA DEPRESIÓN

En los siguientes apartados presentamos breves revisiones de diferentes modelos de la depresión que han influido sobre el trabajo de los profesionales de la salud mental. Específicamente, comentamos las contribuciones de Freud, Beck y Ellis.

Perspectiva de Freud

Freud (1950) elaboró una teoría para conceptualizar la depresión que siguió manteniendo una prominencia considerable en el área de la salud mental, hasta que empezó a recibir el escrutinio crítico de diferentes investigadores y teóricos durante los años cincuenta y sesenta. Desde el punto de vista de Freud, la depresión era el resultado de la hostilidad retroflectada. Sucedió del siguiente modo: una hija se enfada con su madre; se siente culpable y malvada a consecuencia de

esta emoción completamente inaceptable y en consecuencia vuela dicha ira contra sí misma, lo que le sirve como castigo por el rechazo sentido hacia su madre.

De este modelo se deriva que los individuos depresivos tienen “necesidad de sufrir”. Durante años, esta “necesidad de sufrir” fue considerada como constructo explicativo capaz de describir la sintomatología depresiva como la severa auto-crítica, la interpretación negativa de sucesos negativos y la ideación suicida.

Modelo de Beck

Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) ha descrito sus primeros esfuerzos por validar científicamente la conceptualización psicoanalítica de la depresión. Aunque sus hallazgos iniciales parecían defender las hipótesis de la hostilidad retroflectada y de la “necesidad de sufrir”, estudios posteriores produjeron resultados que no podían reconciliarse con estos conceptos. Por ejemplo, descubrió que “el paciente depresivo era más propenso que el no depresivo a evitar conductas que evocan rechazo o desaprobación a favor de respuestas que elicitan aceptación y aprobación ajena” (Beck et al., 1979, p.ii). Beck concluyó que los pacientes depresivos no tienen “necesidad de sufrir” y comenzó a buscar explicaciones alternativas para los síntomas que presentan típicamente. El trabajo de Beck condujo a la formulación de la teoría cognitiva y a la terapia de la depresión (Beck et al., 1979; Young, Beck & Weinberger, 1993). Según este sistema, la sintomatología depresiva se deriva de un substrato psicológico que incluye (a) la tríada cognitiva, (b) esquemas y (c) errores cognitivos (procesamiento erróneo de la información).

La experiencia cotidiana del cliente deprimido está decorada por las cogniciones con sesgo negativo en tres esferas. La “tríada cognitiva de la depresión” (Young et al., 1993) induce al cliente a verse a sí mismo, al mundo y al futuro en términos negativos. En este sentido, se ve a sí mismo como si careciera de valor, no mereciera ser amado, fuera incompetente y otras características similares, y ve el mundo desde una perspectiva negativa y contempla el futuro sin ningún atisbo de esperanza.

El modelo de Beck defiende que un factor predisponente importante en el desarrollo de la depresión es la presencia de esquemas tempranos. Beck (1967) definía el esquema del siguiente modo:

Un esquema es una estructura (cognitiva) para seleccionar, codificar y evaluar los estímulos que afectan al organismo... sobre la base de esta matriz de esquemas, el individuo es capaz de orientarse con relación al tiempo y al espacio y a categorizar e interpretar las experiencias de un modo significativo. (p. 283)

Esquemas particularmente disfuncionales pueden estar subyaciendo de forma latente durante largos períodos, pero pueden activarse por algunos estresores ambientales específicos. En la depresión, por ejemplo, la conceptualización del cliente de una situación específica se distorsiona para que “coincida” con los esquemas disfuncionales prepotentes. Young (1990) ha subrayado la importancia

de la identificación de estos esquemas primarios maladaptativos en el proceso de tratamiento.

Los errores cognitivos (defectuoso procesamiento de la información) en el modelo de Beck de depresión se refieren a la tendencia del cliente a mantener su creencia en la validez de sus inferencias, a pesar de las pruebas que demuestren lo contrario. De esta forma, su conceptualización de los sucesos vitales se estructura de un modo “primitivo”, donde prevalecen los juicios globales, el pensamiento absoluto y las interferencias negativas.

Young y sus colegas (1993) consideran que una terapia cognitiva efectiva conlleva dos fases. La primera, que subraya la reducción de los síntomas, comienza por focalizarse en la elicitación de los pensamientos automáticos (errores cognitivos), en la comprobación de los pensamientos automáticos y en la identificación de los esquemas maladaptativos que estructuran la realidad del cliente. Las técnicas conductuales se consideran especialmente útiles en los primeros estadios del tratamiento. Entre las técnicas más frecuentemente empleadas se encuentran la esquematización de actividades, los ejercicios de dominio y placer, los métodos de diversión y el rol play. La segunda fase del tratamiento persigue la prevención de recaídas. Ésta suele ser denominada como fase del tratamiento centrada en los esquemas y se centra en la modificación de los esquemas maladaptativos del cliente. En esta parte se hace hincapié en los patrones evolutivos tempranos, en las dificultades interpersonales a largo plazo, en la relación cliente-terapeuta y en los ejercicios emotivos. Se supone que tal énfasis conducirá al cliente a ser menos vulnerable a otro episodio depresivo.

Enfoque de Ellis

Ellis (1962) fue pionero al reconocer los apuntalamientos ideológicos de los trastornos emocionales y conductuales. Ellis comenzó a sentirse insatisfecho con los resultados que obtenía en los pacientes mediante la práctica psicoanalítica y en consecuencia formuló el enfoque terapéutico conocido actualmente como terapia racional emotivo-conductual (REBT) (Yankura & Dryden, 1994). Con respecto a la génesis del trastorno psicológico, la REBT asigna un rol central a las creencias irracionales a las que se adhiere el individuo. Dentro de la literatura REBT, tales creencias se describen, a menudo, como compuestas por una demanda absolutista (verbalmente expresada mediante un debe, debería o tiene que) y una conclusión evaluadora absolutista (e.g., valoración negativa de la persona, catastrofizar y los “no puedo aguantarlo”) (Dryden & DiGiuseppe, 1990; Dryden & Yankura, 1993). Las creencias irracionales pueden caracterizarse como (a) de naturaleza dogmática, (b) ilógicas, (c) incoherentes con la realidad y (d) impedimentos para el logro de metas significativas desde el punto de vista personal. Cuando las creencias irracionales que defiende un individuo son provocadas por circunstancias de significado personal, es probable que dicho individuo experimente una o más emociones negativas inapropiadas (o insanas) como la ira, la ansiedad, la depresión la culpabilidad o la vergüenza.

La REBT trata de ayudar a los individuos a sustituir sus creencias irracionales por otras más racionales. Las creencias racionales tienden a reflejar los deseos y preferencias de las personas, y pueden ser contrastadas con las creencias irracionales en la medida que sean (a) flexibles y relativas, (b) lógicas, (c) coherentes con la realidad y (d) más facilitadoras para el logro de metas. Cuando un individuo sostiene creencias racionales y se encuentra ante circunstancias negativas, será menos propenso a experimentar trastornos emocionales o conductuales significativos. Por el contrario, es más probable que experimente una o más emociones negativas *apropiadas* (o sanas) como el enfado, la preocupación, la tristeza, el remordimiento o el arrepentimiento (Dryden & Yankura, 1993). Estos sentimientos siguen manteniendo un tono negativo pero normalmente no causan molestias significativas en el funcionamiento de la persona y pueden servir como impulso para modificar las condiciones negativas que estén abiertas a la modificación.

Dos aspectos del sistema teórico de Ellis son de relevancia especial para la conceptualización y el tratamiento de la depresión. En primer lugar, Ellis (1977, 1987) ha defendido que las inferencias con distorsión negativa tienden a ser los efectos colaterales de las creencias irracionales que sostiene un individuo. Por lo tanto, afirma que estas inferencias no pueden recibir primacía en la etiología de la depresión. En segundo lugar, Ellis (1987) ha demostrado que la REBT —en virtud del hecho de centrarse específica e inmediatamente en las creencias irracionales del cliente— puede ser más eficiente y producir unos cambios más duraderos para los individuos depresivos que los enfoques terapéuticos que tienden a subrayar inicialmente la corrección de las inferencias negativas distorsionadas.

A continuación comentamos un modelo racional-emotivo para comprender y tratar la depresión.

UN MODELO CLÍNICO REBT PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

En base a mi propia experiencia clínica e influido por los sistemas teóricos desarrollados por Ellis (1962, 1977) y Beck (1963; Beck et al., 1979) he formulado mi propio modelo de tres factores de la depresión (Hauck, 1971, 1973). Según este modelo, la depresión puede estar causada por (a) la auto-inculpación (el enfoque del “malo de mí”), (b) la auto-compasión (“pobre de mí”) y (c) la compasión de otros (“pobre de ti”).

Cada uno de estos tres factores puede ser considerado como proceso cognitivo/emocional, apuntalado por creencias irracionales particulares a las que se suscribe el individuo deprimido. La auto-inculpación (que en la práctica es sinónimo de sentimientos de culpabilidad), por ejemplo, surge normalmente del siguiente tipo de patrón de pensamiento (Hauck, 1971, 1973; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992):

1. He fracasado, pecado o herido accidentalmente a otro.
2. *Debería* ser perfecto y no hacer cosas malas.
3. En consecuencia soy una *mala persona* y merezco un castigo.

Al considerar el modo en que esta secuencia de pensamientos y creencias conduce al individuo a la depresión, es importante advertir en primer lugar que el pensamiento inicial (“He fracasado, pecado o herido accidentalmente a alguien”) parece de naturaleza descriptiva y representa esencialmente las interpretaciones que la persona hace de sucesos en los que ha podido estar involucrada ella misma. De por sí no suelen ser suficientes para causar la depresión. Sin embargo, la segunda y tercera fases conllevan una demanda auto-dirigida absolutista (“*Debería ser perfecto...*”) y la conclusión evaluadora absolutista (“En consecuencia soy una *mala persona ...*”). Estas fases constituyen los componentes de la creencia irracional (Dryden, 1990) que (desde el punto de vista de la REBT) conducirán a la auto-inculpación y a la depresión concomitante cuando el individuo se encuentre ante la necesidad de interpretar sucesos.

Del mismo modo, la auto-compasión se activa mediante una secuencia de pensamientos y creencias que adoptan el siguiente formato general (Hauck, 1971; 1973; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992):

1. Se me ha impedido hacer mi propio camino.
2. *Debo* lograr lo que deseo.
3. Sería terrible que no lo lograra. ¡Pobre de mí!

Una vez más, el lector observará que la segunda y la tercera fases de esta secuencia incluyen una demanda absolutista (en este caso dirigida al mundo y a las condiciones vitales de la persona) y una conclusión evaluadora absolutista (que adopta la forma de catastrofización en este caso).

Por último, la compasión ajena entra en juego cuando el individuo inicia el siguiente patrón de pensamiento (Hauck, 1971, 1973; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992):

1. Alguien ha sufrido una desgracia grave.
2. Las cosas malas *no deberían* suceder a las personas que no se las merecen.
3. El mundo es un lugar *horrible* por permitir que sucedan tales cosas.

El modelo de tres factores que he presentado ofrece notables ventajas para el tratamiento de la depresión. En primer lugar, y el más importante, es bastante sencillo y por lo tanto fácil de comprender para muchos clientes. Una vez que se les ha presentado el modelo, son más capaces de ser colaboradores activos en su propia terapia. En segundo lugar, capacita al clínico a “diagnosticar” con rapidez el tipo de depresión que sufre un individuo, identificando los factores particulares que son operativos para dicha persona. Esto, a su vez, facilita la toma de decisiones sobre los tipos de intervenciones racional-emotivas que con mayor probabilidad ayudarán a dicho cliente.

Mi experiencia en la práctica psicoterapéutica me ha demostrado, para mi satisfacción, que la mayoría de los casos de depresión pueden ser categorizados mediante este esquema de tres factores. Sin embargo, debería señalar que sobre todo me refiero a los casos de depresión precedidos por sucesos vitales negativos que puedan ser identificados y no a las depresiones que son sobre todo de natu-

raleza orgánica. Aunque las intervenciones cognitivo conductuales puedan ser útiles para el tratamiento de depresiones que parecen ser básicamente de origen biológico, es importante reconocer que tales casos pueden requerir farmacoterapia. A menudo, los individuos que sufren depresiones de origen biológico se benefician más de la combinación de psicoterapia efectiva y medicación antidepresiva.

Evaluación General y Estrategias de Evaluación

El procedimiento de evaluación que empleo habitualmente al trabajar con individuos depresivos es bastante sencillo y directo. En primer lugar, como es común, recojo información sobre los antecedentes. A continuación, tras comprobar que un cliente determinado experimenta depresión y contar con el acuerdo del mismo para contemplarlo como motivo de cambio, procedo a enseñarle el modelo de los tres factores. Después, sugiero al cliente que ejecute una “auto-diagnóstico”, es decir, le pido que trate de identificar los principales métodos mediante los cuales él mismo ha causado la depresión. De esta forma, en los orígenes de la terapia, comienzo con el proceso de la psicoeducación que es central en la REBT y vínculo al cliente en el proceso de tratamiento.

Como se ha señalado previamente, la mayoría de los clientes no presentan dificultades para comprender las tres causas de la depresión y pueden identificar con facilidad cuál de los tres métodos están empleando. Tras obtener esta información, normalmente determino la condición que padece la persona y que le gustaría resolver en primer lugar. Normalmente, sigo esta línea de actuación y trabajo con el cliente sobre la condición identificada de este modo. Esto conlleva presentar al cliente las creencias irracionales que apuntalan la condición particular y, a continuación, presentar los argumentos que confrontan estas creencias. Cuando se progresa en este área, avanzamos para contemplar otras fuentes de depresión relevantes para el cliente.

Intervención

La REBT hace mucho hincapié en ayudar a los clientes a superar sus problemas emocionales y conductuales (incluida la depresión) enseñándoles a identificar, confrontar y sustituir sus creencias irracionales operativas. La teoría REBT defiende que cuando los clientes vencen sus creencias irracionales a favor de otras más racionales, son capaces de minimizar sus trastornos cotidianos y mostrarse menos vulnerables ante los futuros.

Los procedimientos específicos para ayudar a los clientes a vencer y sustituir sus creencias irracionales han sido descritos en gran detalle en otras fuentes (véase, e.g., Dryden & DiGiuseppe, 1990; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). Siendo este el caso, los siguientes apartados se dedicarán a explicar los argumentos racionales usados con los clientes para confrontar las ideas irracionales que subyacen a su auto-inculpación, auto-compasión y compasión ajena.

Auto-inculpación. De las tres condiciones que conducen a la depresión, la auto-inculpación parece ser la causa más frecuente de la depresión. Sentirse culpable constituye una de las experiencias psicológicas más incómodas que pueden sentir las personas (Hauck, 1973, 1979a, 1984; London, 1993). Una vez que nos odiamos a nosotros mismos por nuestras acciones o pensamientos, reducimos inmediatamente nuestra capacidad para funcionar con efectividad en muchas áreas vitales.

Al ayudar a los clientes que sufren depresión por auto-inculpación, es importante mostrarles que son ellos mismos quienes crean sus sentimientos de culpabilidad mediante dos pasos: (a) advierten que han actuado malamente, y (b) *deciden* que son una *mala persona* por haber actuado así. Una vez que pueden observar esto, se les presentan los siguientes argumentos para confrontar la auto-valoración negativa:

1. Separe la valoración que hace de la conducta de la valoración que hace de su persona. La “persona” es la suma de todos los juicios que puedan hacerse de un individuo. El número total de juicios puede ser superior al millón y por lo tanto no puede calcularse con exactitud. Por ejemplo, podemos condenar la avaricia, pero no podemos condenar a la persona que actúa con avaricia, porque éste es sólo uno de sus muchos rasgos.

2. La auto-inculpación y la culpabilidad no le ayudan a cambiar a mejor su conducta. De hecho, cuanto más se inculpa una persona por sus errores, más probable es que aumente la frecuencia de éstos. Esto se debe a que la auto-valoración negativa le conducirá a verse a sí mismo bajo una luz cada vez más pobre, de forma que perderá la fe en su capacidad para mejorar y actuar más apropiadamente. Además, cuanto peor piense de sí mismo, menor será el éxito y los logros que permitirá en su propia vida. Después de todo, estos son los frutos que se merecen los seres humanos, no los “malos”.

3. Abstenerse de la auto-inculpación no es equivalente a rechazar la aceptación de la responsabilidad por actuar indebidamente. Puede prescindir de la auto-valoración negativa, aunque siga aceptando la responsabilidad de sus acciones, a continuación puede optar por esforzarse para modificar cualquiera de sus rasgos que hayan podido contribuir para que actuara mal.

4. En lugar de atribuir cualquier maldad a ser una persona malvada o perversa, puede optar por reconocer que la conducta indebida casi siempre puede deberse a una de tres variables: (a) estupidez (carecer de la inteligencia para saber más), (b) ignorancia (disponer de la inteligencia para saber más pero carecer de las oportunidades que le hubieran permitido aprender ciertos hechos o dominar ciertas destrezas particulares) o (c) trastorno emocional (disponer tanto de la inteligencia como de las destrezas para hacer lo correcto, pero estar trastornado hasta el grado de que lo correcto y lo incorrecto dejan de ser aspectos relevantes).

5. Las personas con tendencia a la auto-inculpación pueden ser consideradas como bastante engreídas. Aunque muchas veces están muy dispuestas a perdonar los errores o equivocaciones ajenas, se condenan vigorosamente cuando cometen el mismo tipo de actos. Esto se debe a que se aplican a sí mismas un nivel de exigencia (superhumana) y otro nivel (plebeyo) al resto de las personas. Esperan y permiten que los otros cometan errores, o sean propensos a los mismos, sin embargo,

ellas *nunca deben* cometer errores. Por inferencia, se están colocando a sí mismas en una posición especial, superior en relación con el resto de la humanidad.

Cuando los clientes empiezan a adquirir cierta habilidad para confrontar su culpabilidad, inician el camino para aceptarse mejor. Esto, a su vez, probablemente les ayudará a ser menos vulnerables a futuros períodos de depresión.

Auto-compasión. Ésta es otra causa extremadamente común de la depresión. En esencia la auto-compasión se produce cuando la persona tiene una visión catastrófica de las frustraciones y otras condiciones vitales negativas con las que se encuentra en el acontecer cotidiano. Los siguientes argumentos han sido útiles para ayudar a los clientes a eliminar esta visión y erradicar su auto-compasión:

1. Cuando usted tiene una visión catastrófica, lo habitual es valorar las circunstancias negativas como malas en un 101% - en otras palabras, está diciendo que las circunstancias negativas a las que se enfrenta se hallan, por completo, fuera de la escala de lo malo. Obviamente, nada puede ser peor que el 100% de malo.

2. De hecho, es poco probable que cualquier serie de circunstancias a las que se enfrente sean malas al 100%, porque las cosas casi siempre podrían ser peores de lo que son.

3. Cuando analiza algo desde la perspectiva catastrófica, aplica típicamente multitud de significados *implícitos* a sus condiciones negativas: (a) cierran completamente la puerta a la posibilidad de volver a alcanzar en el futuro algún otro motivo de felicidad o satisfacción en la vida, (b) no pueden ser manejados de ninguna forma y (c) son “peores” de lo que deberían. Desde una perspectiva racional, ninguno de estos significados dispone de validez. En primer lugar, incluso bajo condiciones muy serias, todavía sigue siendo probable que pueda encontrar vías creativas para alcanzar cierto grado de felicidad y satisfacción. En segundo lugar, incluso las circunstancias altamente negativas pueden ser manejadas –más aún si evita comprometer su capacidad de manejo mediante su tendencia a emplear una perspectiva catastrófica. Por último, carece de sentido decir que lo que es no *debería* existir. Si las cosas están mal en el momento, exactamente así es como debería de ser indudablemente.

4. La tendencia a ver las cosas desde el punto de vista catastrófico sólo empeora las situaciones. Mediante este punto de vista usted crea una desgracia innecesaria para usted mismo y de esta forma fomenta la incomodidad emocional que provocan sus condiciones negativas.

Compasión ajena. Aunque la compasión por las otras personas pueda ser el medio menos común de deprimirse, sigue siendo suficientemente frecuente como para captar la atención de los profesionales. Del mismo modo que la auto-compasión, la compasión por las otras personas también conlleva la tendencia a la dramatización –aunque esta vez, la desgracia se aplica a las condiciones negativas infligidas sobre personas diferentes a uno mismo. Hay bastantes argumentos convincentes que pueden usarse con los clientes que se deprimen a consecuencia de la compasión ajena:

1. La tendencia a dramatizar las condiciones negativas encaradas por otra persona le conduce a deprimirse y, por lo tanto, añade desgracia adicional al mundo. De hecho, si la otra persona es consciente de que está deprimido, podría convertirse en otra cruz a la que ha de enfrentarse dicha persona.

2. Cuando se deprime por dramatizar y por compadecerse de otras personas, está comprometiendo su capacidad para resolver problemas con efectividad. De este modo, incluso si desea ser de ayuda para la otra persona que se encuentra en apuros, su capacidad para hacerlo será menor.

3. Cuando dramatiza sobre las condiciones negativas a las que se enfrenta otra persona, se convierte en un mal modelo. Su propia dramatización podría servir para reforzar la dramatización y auto-compasión a las que puede inclinarse la otra persona. Esto sólo sirve para empeorar las circunstancias.

En el siguiente apartado se presenta el caso de una cliente depresiva que acudió a terapia. Como podrá ver, algunos de los argumentos racionales previamente mencionados serán aplicados durante el curso del tratamiento con dicha cliente.

CASO ILUSTRATIVO: DEPRESIÓN POR AUTO-INculpACIÓN Y AUTO-COMPASIÓN

Clara era una mujer de mediana edad, casada en terceras nupcias y en este tercer matrimonio también experimentaba dificultades. Era una mujer blanca de 52 años de edad, con disposición amable, cortés y agradable. Sus matrimonios anteriores habían terminado cuando ella ya no podía soportar por más tiempo las formas dominantes de sus maridos y había decidido divorciarse. En sus matrimonios parecía adoptar una estrategia pasiva, que creía que conduciría a sus maridos a mostrarse más amables con ella. No reconocía que esto mismo contribuía a que ellos tuvieran más control sobre ella.

En el momento sufría episodios de culpabilidad y auto-compasión. Cuanto más se esforzaba más desgraciados eran sus matrimonios. Por una parte se responsabilizaba por no obtener ningún éxito de sus esfuerzos. Por otra parte, se deprimía por la auto-compasión ante los altibajos que le deparaba la vida.

En mi trabajo con Clara, traté sobre todo de ayudarle a superar sus tendencias a la auto-inculpación. Sin embargo, dada la postura no asertiva que había desarrollado en sus relaciones, también se comprobó que era importante proporcionarle ciertas pautas de conducta asertiva.

Sus quejas durante nuestra primera sesión se refirieron a su tercer y actual marido:

Clara: Parecía un hombre tan amable mientras me cortejaba, pero después, 6 meses después comenzó a quejarse por el dinero que yo gastaba para las necesidades domésticas y para ropas. Cuando le expliqué que no gastaba en cosas que no fueran necesarias empezó a gritar y repetía sus acusaciones de que yo era egoísta, no me preocupaba por él y que se había acabado el gastar dinero sin su aprobación.

Dr. H: ¿Cómo transcurrieron las cosas después de esto?

Clara: Peor, sentí que debía de haber hecho algo para que mi marido reaccione así, que estaba cometiendo los mismos errores que había cometido en mis anteriores matrimonios y que no sabía cómo proceder.

Dr. H: ¿Se sentía culpable y deprimida?

Clara: Claro que sí, a menudo lo hago.

Dr. H: Si le explico cómo se deprimen psicológicamente las personas, ¿sería capaz de diagnosticar su propio problema?

A continuación le expliqué las tres causas de la depresión y Clara identificó inmediatamente la auto-inculpación como causa y sugirió que también podía sentir compasión por sí misma. Acordamos trabajar juntamente sobre estos aspectos.

Clara: Sé que a menudo me siento culpable, si no ¿por qué otro motivo sería tratada tan desagradablemente por alguien con quien vivo? En mis tres matrimonios siempre se me ha dicho que soy una egoísta.

Dr. H: Eso tiene sentido. Si escucha algo negativo sobre usted con suficiente frecuencia, es lógico que llegue a creerlo.

Clara: Es obvio que lo hice, y aún lo sigo haciendo. Pero, desconozco la razón. Creo que soy una mujer buena y decente que se preocupa de los otros, pero si eso fuera cierto, ¿por qué soy tan desgraciada en mis relaciones?

Dr. H: Creo que lo sé. Pero en primer lugar, permítame describirle los tres principios de la interacción humana. Uno, usted recibe las conductas que tolera. Dos, los otros no cambian hasta que no haya cambiado usted. Y tres, cambie su excesiva tolerancia de las conductas ajenas impropiedades hacia usted.

Clara: Pero Dr. Hauck, no puedo hacer lo que me pide, porque me sentiría terriblemente culpable si defendiera mis derechos como usted sugiere.

Dr. H: Entonces, permítame contarle cómo crean las personas sus sentimientos de culpabilidad.

Clara: Sí, hágalo por favor. Necesito saberlo.

Aquí he dado comienzo al proceso de enseñar a Clara algunas pautas de conducta asertiva. Como puede sospecharse, dada su tendencia a sentir culpabilidad, le cuesta aceptar la idea de defender sus derechos. Procedo enseñándole el origen de los sentimientos de culpabilidad.

Dr. H: La culpabilidad se genera en dos fases. En primer lugar usted debe creer que ha hecho algo malo.

Clara: Eso es fácil de hacer. Siempre estoy cometiendo estupideces o cosas centradas en mí misma.

Dr. H: Lo dudo. Si le he entendido correctamente, creo que su problema es que es amable ante los defectos. Pero, incluso aunque estuviera de acuerdo con usted, no coincidiría con su opinión de que la mala conducta le convirtiera en una mala persona.

Por lo tanto, para sentirse culpable debe hacer algo que cree que es erróneo, malvado o pecaminoso y también debe pensar que usted, como persona, también es completamente mala. Así es como se genera el sentimiento de culpabilidad.

Si no se odia a sí misma nunca más por los actos negativos que cometa o pueda cometer, nunca más sentirá culpabilidad. Piense, sin embargo, que seguirá siendo responsable de sus conductas negativas, porque es un ser humano. Pero si no se valora a sí misma por sus acciones nunca más se sentirá culpable, ni inferior, ni deprimida por ese tipo de motivos.

Como tarea para casa, me gustaría que practique el auto-diálogo sobre el sentimiento de responsabilidad pero sin condenarse. Pregúntese si se ha comportado indebidamente porque era deficiente, ignorante o estaba trastornada, y a continuación acéptese como un ser humano falible que ocasionalmente se ve obligada a comportarse inapropiadamente, no porque sea malvada sino porque es imperfecta y no puede evitar todos los errores.

Además de la tarea previa, también sugerí a Clara que localizara y leyera mi libro, *Para amar y ser amado* (Hauck, 1984). Esta obra trata de enseñar a las personas a fomentar la cooperación, el respeto y el amor de sus parejas. En su siguiente sesión, dos semanas más tarde, Clara llegó sonriendo y tuve la impresión de que había hecho sus tareas y había progresado.

Clara: He estado pensando en lo que cuenta en su libro sobre todo en relación a la posibilidad de que yo no sea una persona *querible*, incluso aunque haya estado haciendo todo lo posible para agradar a Ralph.

Dr. H: Entonces ha leído mi libro.

Clara: Efectivamente. Y ha abierto mis ojos a lo que me decía, que deberíamos ser tolerantes a las conductas indeseables sólo un par de veces, porque así es como enseñamos a nuestras parejas a coger ventaja sobre nosotros.

Dr. H: Y sin sentirnos culpables por no haber sido tolerantes ante tales conductas.

Clara: Eso es. Es la parte más dura.

Dr. H: ¿Cómo así? ¿No se acordó de mi recomendación de evitar culpabilizarse por haber molestado a su marido? Usted no puede trastornar a nadie, sólo le frustra. No olvide la diferencia entre ambos.

Clara: Traté de acordarme de eso, pero era tan difícil. Cuando me negué a entregarle mi chequera se puso furioso y me dijo que era muy injusta.

Dr. H: ¿Y entonces sintió que era su error el que le había molestado?

Clara: Sí. Sé lo que me dijo, pero automáticamente sentí que él no estaría tan enfadado si no le hubiera negado este favor. ¿Me equivoco?

Dr. H: No, no se equivoca. Es obvio que su marido no se hubiera enfadado si le hubiera entregado su chequera. Sin embargo, eso no excusa a él de la responsabilidad de controlar su ira. Ése es un problema de su marido, y es una decisión que corresponde a él y no a usted. Podría haber sentido pena de sí mismo, orgullo porque usted sabe mostrarse asertiva o simplemente aceptar el hecho de que el mundo es injusto y nadie consigue todo lo

que quiere y que las personas maduras aceptan la decepción de otro modo. No hizo nada de esto. Optó por enfurecerse, del mismo modo que decidió tomar café esa mañana, añadir azúcar o fumar un cigarrillo y ver las noticias.

Los neuróticos siempre quieren que las personas cambien su conducta de cierta forma para que ellos, los neuróticos, no se vean obligados a aguantar frustraciones. Les encanta convencernos de que somos los responsables de sus problemas y por lo tanto somos nosotros quienes nos debemos comportar de otro modo para que se sientan mejor. Hasta que nos neguemos a seguir con esa tontería, nunca aprenderán que son ellos mismos quienes se crean problemas y que les convendría resolver su propia conducta para evitar sus incomodidades.

Clara: ¿No me estará diciendo que las personas nunca se sienten mal porque otras les tratan mal y sean descorteses con ellas?

Dr. H: ¿Me está preguntando si existe alguna excepción para mi punto de vista de que las personas nunca nos maltratan emocionalmente, somos nosotros mismos quienes lo hacemos?

Clara: Sí.

Dr. H: No, no hay excepciones. Pero vamos a ver, si desea incluir a los bebés y a los niños pequeños que aún carecen de la experiencia, de la inteligencia o de la habilidad para pensar con claridad por sí mismos, creo que podríamos excluirlos por ser incapaces de protegerse a sí mismos de los males producidos por las frustraciones. Pero, cuando hablamos de los adolescentes y de los adultos, insisto en que todas las personas son realmente responsables de optar por sentirse mal por lo que les haya sucedido.

Clara: ¿Quiere decir que no importa que alguien me amenace como lo hizo mi marido, o que me critique o me grite? ¿Se supone que no he de sentirme mal por todo eso?

Dr. H: Puede sentirse mal por tantas cosas como quiera. Pero racionalmente no puede defender que lo que le esté pasando sea la razón de su malestar. Sencillamente es más fácil pensar en las dificultades ante frustraciones graves, cuando su vida corre peligro o cuando alguien está diciendo cosas desagradables sobre usted. Bajo tales circunstancias es enormemente fácil sentirse mal, porque las frustraciones son mucho más intensas. Pero sigue siendo cierto que somos nosotros quienes causamos los problemas. No los sentimos como tales mientras no convirtamos en montañas lo que sólo son pequeñas lomas.

Clara: ¿Y lo mismo es aplicable a la depresión y al sentimiento de culpabilidad?

Dr. H: Absolutamente cierto. Como le comentaba en nuestra sesión previa, somos nosotros mismos quienes nos deprimimos psicológicamente diciéndonos tres tipos de cosas. La primera es que nos odiamos y nos culpamos por haber hecho algo de lo que nos avergonzamos o que desaprobamos firmemente. La segunda es que nos compadecemos de nosotros mismos por el modo en que nos está tratando el mundo y la tercera es

nuestro sentimiento de derrota por otras personas y los sufrimientos que están padeciendo. En otras palabras, nos deprimimos psicológicamente porque nos sentimos culpables, nos compadecemos de nosotros mismos o nos compadecemos de otras personas. Si no hiciéramos ninguna de esas cosas nunca nos deprimiríamos intensamente.

Clara: Eso no me parece muy acertado. Las personas no son capaces de evitar todos los malestares, ¿no es así? ¿No es natural que las personas se sientan mal?

Dr. H: Es completamente natural que se sientan mal y esperamos que así sea. No estoy diciendo que las personas no deberían sentir tristeza, o que se callen o que busquen cierto aislamiento para curar sus heridas cuando les haya ocurrido algo muy malo. Si no tuviéramos sentimientos actuaríamos como si fuéramos de hierro o piedra. Y no lo somos. Somos humanos y tenemos sentimientos y reaccionaremos con tristeza, irritación y enfado ante los sucesos negativos que se producen.

Clara: Pero me ha estado diciendo que no deberíamos sentirnos mal por nada y que, cuando nos sentimos mal, somos nosotros mismos quienes damos origen a ese sentimiento. Ahora me está diciendo que se puede sentir mal.

Aquí, Clara se esfuerza por comprender el principio REBT de la responsabilidad propia sobre el trastorno emocional (Dryden & Yankura, 1993), así como cuándo está “bien” y cuándo “no está bien” sentirse mal por los sucesos vitales negativos. En este punto decido subrayar la diferencia entre las emociones negativas inapropiadas (o insanas) y las apropiadas (o sanas).

Dr. H: Permítame explicarle una diferencia importante para usted. Creo que me ha formulado una buena pregunta. Hay respuestas emocionales razonables a las frustraciones y hay otras que son irracionales. Yo no encontraría nada de malo en que usted se irrite, enfade o entristezca si alguien choca contra su nuevo coche. ¿Por qué no se va a sentir mal? Tendrá que arreglar el coche, alquilar otro mientras tanto, etc. Con todas estas frustraciones adicionales, ¿cómo va a seguir estando alegre?

Clara: Pero, ¿ahora está diciendo que uno puede sentirse mal?

Dr. H: Una cosa es que se sienta apropiadamente mal. Nosotros como psicoterapeutas no lo consideraríamos como problemático. Estar triste, irritado, enfadado, decepcionado son reacciones sensatas de las personas que tienen sentimientos. Sin embargo, poco se logra con frustraciones de esa magnitud, que provocan reacciones un día sí y otro también a lo largo de su vida. Nosotros, como profesionales de la salud mental, tratamos de enseñar a las personas a que no agraven sus frustraciones. No queremos caer en el error de creer que las cosas son trágicas cuando, de hecho, sólo son tristes. O que son insostenibles y catastróficas cuando sólo sean molestas o irritantes. Cuando habla consigo misma en términos extremos es muy probable que acabe sintiéndose mal. Cuando habla consigo misma de un modo más realista, viviendo los sucesos con sólo tristeza, irritación o enfa-

do, es poco probable que se sienta mal o infeliz. Podríamos vivir con reacciones emocionales apropiadas para nosotros mismos o sin sufrir en exceso. Son las reacciones extremas, aquéllas que se derivan de definir cualquier frustración como inaguantable, catastrófica, terrible y horrible las que queremos evitar. Y, prescindiendo de tales definiciones, usted tiende a no culpabilizarse, ni auto-compadecerse ni a compadecerse de otras personas.

Clara: Muy bien. ¿Cómo podríamos aplicar esto a mi caso?

Dr. H: Pensemos, por ejemplo, en sus sentimientos de culpabilidad. En el pasado usted ha tendido a someterse a los deseos de cualquier persona porque de lo contrario hubiera sentido que, como se estaba haciendo un favor a sí misma, ése sería un acto egoísta y eso la convertiría en una mala persona.

Clara: Así es como actué con mucha frecuencia. Creo que era demasiado amable.

Dr. H: Efectivamente. Ahora bien, creo que de no haber hecho una montaña de una leve colina y si no se hubiera menospreciado por ser una persona centrada en sí misma, usted no se hubiera deprimido, no se hubiera rendido ante los otros y se hubiera sentido más contenta consigo misma y hubiera disfrutado más de la vida.

Clara: ¿Incluso aunque honestamente crea ser egoísta?

Dr. H: Seguro. No creo que haya sido egoísta realmente, pero pongamos por caso, que lo fue. En su caso, cuando usted cree que ha sido egoísta o inmoral o cualquier otra cosa, piensa que es insoportable y a continuación se siente mal por ello.

Clara: Bueno, y ¿qué debería haber hecho?

Dr. H: Relajarse, en primer lugar, y reconocer que, independientemente de lo que hiciera, eso no puede deprimirla si usted no lo quiere. Y en segundo lugar, hablar consigo misma sobre su creencia de que actuar con egoísmo o con inmoralidad es el fin del mundo y eso la convierte en una mala persona. Si cree que se ha comportado indebidamente, entonces pregúntese por qué lo hizo y lo que podría hacer en el futuro para evitar tal conducta. Preocuparse o llorar por las conductas egoístas o inmorales no es muy útil para cambiarlas. Para cambiar su conducta tiene que pensar en lo que hace y en lo que podría hacer en su lugar. Las personas que se culpabilizan continuamente sólo se rodean de inmundicias verbales y no piensan de forma constructiva. Recuerde que nada de lo que haga puede convertirla en una mala persona. Sólo la hace humana. Siempre disponemos del derecho a equivocarnos y cuando cometemos un pecado o ejecutamos un acto no ético estamos haciendo lo que hacen los seres humanos falibles.

Clara: Y, ¿qué se supone que he de hacer, decir simplemente que no importa?

Dr. H: Tonterías, no importa. La conducta inmoral o no ética no debe ser condenada. Tenemos que aceptar el hecho de que el pecado, el crimen o la violencia, son todos hechos claramente indeseables y no deseamos soportarlos. Pero hasta que no los cambiemos, tratemos de evitar odiarnos a nosotros mismos y empeorar así las cosas. Aceptémonos como seres hu-

manos que pueden pensar con claridad y que disponen de suficiente energía para hacer algo en relación a sus errores.

Clara: ¿Cree que a eso se debe que siempre me haya sentido tan inferior?

Dr. H: Realmente influye, pero no todo se debe a eso. Usted acaba de sugerir que tiene problemas de inferioridad. De hecho, de alguna forma sus problemas no sólo han sido fruto de sus sentimientos de inferioridad sino también de los sentimientos de vanidad. Usted se ha considerado mejor que el resto.

Clara: Pero eso es ridículo. Continuamente siento que soy menos capaz y que merezco menos que otras personas. ¿Cómo puede decir que yo sea presuntuosa?

Dr. H: Porque se está juzgando con mucha más dureza que la que emplea al juzgar a las restantes personas que comenten los mismos errores.

Clara: ¿A qué se refiere? ¿Está diciendo que soy más dura conmigo misma que con los otros?

Dr. H: A menudo, sí. Por ejemplo, suponga que su mejor amiga acude a usted y le dice que siente desagrado hacia su marido, que va a dejarlo y que está faltando a su promesa. ¿Qué le diría?

Clara: Bueno, le diría que sus sentimientos pueden entenderse y que ella es una buena persona que ha estado aguantando a su marido durante mucho tiempo y que no debería odiarse a sí misma por ello.

Dr. H: ¿No es curioso? Usted sería muy comprensible con su amiga, le perdonaría, seguiría pensando de ella que es una mujer aceptable y no pensaría que es mala, ¿verdad?

Clara: No, no, claro que no.

Dr. H: Ya, pero fíjese en lo que dice de usted misma. Esas cosas que su amiga acaba de describir son, de hecho, lo que usted ha estado haciendo. Usted está dispuesta a perdonarla y a decirle que no se odie a sí misma, pero no puede hacer lo mismo con usted. ¿Se imagina ahora por qué la he descrito como vanidosa?

Clara: No, no puedo. Es la descripción más remota del mundo que emplearía para referirme a mí persona.

Dr. H: Entonces, ¿por qué juzga a su amiga desde un punto de vista tan amable y razonable pero evita hacerlo consigo misma? Usted no cree que ella sea mala, porque, ¿qué más se puede esperar de una pueblerina como ella? Es un ser humano mortal normal. Pero usted, aparentemente se supone que no puede comportarse como los seres humanos normales. Usted debe ser juzgada en base a normas angelicales, superhumanas. ¿Quién ha dicho que usted sea una persona tan especial que deba ser juzgada por normas de perfección?

Clara: Pues, nunca he pensado en esto desde este punto de vista. Escucho lo que me dice, pero carece de sentido.

Dr. H: Es una nueva idea para usted, eso es todo. Piense en ello atentamente y fíjese si lo que le digo carece de sentido.

El lector debería reconocer la constante necesidad de presionar a la cliente en cualquier aspecto que pareciera irracional. Obviamente, esto no debe hacerse en un único momento, pero debe hacerse directamente, de forma respetuosa, con tanta brevedad y claridad como sea posible. El debate del terapeuta debería ser claro en este punto. Realmente esto es de lo que se beneficia Clara. Pero, como sabe cualquier profesional experimentado, lo que durante la sesión parece ser una mera comprensión se convierte en una convicción sosegada una vez finalizada ésta. Para la siguiente sesión, una o dos semanas más tarde, algunas veces se ha olvidado gran parte de lo anterior. Esto es lo que sucedió en el caso de Clara, y siguió experimentando dificultades con sus sentimientos de culpabilidad. Las dos siguientes sesiones se destinaron a rebatir sus ideas sobre la propia producción de los sentimientos de culpabilidad, pero no tanto para evitar que se deprima sino para evitar que sea tratada injustamente por su marido. Un análisis previo de sus matrimonios anteriores mostraba que Clara tenía el hábito de ser una persona tolerante que no protestaba ante las injusticias hasta que no llegara al grado de resultarle insoportable. En ese momento ya era demasiado tarde para cambiar la conducta de los hombres a quienes había malacostumbrado. Éstos rebatían vigorosamente lo que consideraban restricciones injustas. Las cosas iban de mal en peor hasta llegar a producirse los dos divorcios. Por lo tanto, no sólo era hora de enseñarle a no deprimirse, sino también a no ser tan pasiva e indulgente con sus parejas.

A continuación se presenta la transcripción de una sesión posterior, que se refiere a la asertividad y a su vínculo con la depresión.

Dr. H: Bueno Clara, ¿qué tal desde la última cita?

Clara: Trato de aplicar lo que me dice, pero debo admitir que es mucho más duro de lo que parece.

Dr. H: Comprendo lo que dice. En nuestra profesión sabemos que es fácil explicar lo que debe hacerse, pero no cambiarlo.

Clara: Estoy completamente de acuerdo. Usted me explica las cosas como si fuera mi vecino y pudiera ver mi situación tal como es.

Dr. H: Y ahora es recomendable que aprenda a cambiar su forma de comportarse.

Clara: ¿A qué se refiere?

Dr. H: Creo que le beneficiaría aprender a ser más asertiva y menos pasiva. En otras palabras, aprender a ser más dura y a no permitir que las personas le pisén. Su principal problema es que ha sido una persona muy amable con alguien que no lo merece.

Clara: Pero siempre he querido mostrar a mis maridos que les quería y les enseñaba ese amor siendo agradable y útil, tanto como podía.

Dr. H: No hay nada de malo en ello, Clara, siempre que no exagere. Lo que no ha entendido, y parece que muchas otras personas tampoco lo hacen, es que el amor puede expresarse de tres formas, no de una sola. En primer lugar, podemos demostrar nuestro amor siendo agradables con las personas si ellas son agradables con nosotros y de este modo les demostramos gratitud. Ése es uno de los modos más comúnmente aceptado de demostrar que queremos a alguien. Hacemos cosas agradables a cambio.

Clara: Trato de hacerlo continuamente.

Dr. H: Ya lo sé, y ése es el problema. No supo cuando dejar de hacerlas.

Clara: ¿Y cuándo tengo que dejar de hacerlo?

Dr. H: Cuando comienza a malcriar a la otra persona. Es equivalente a recompenarlo porque la trata mal.

Clara: ¿Quiere decir que si siempre soy amable estoy enseñando a mi marido que puede hacer cualquier cosa conmigo?

Dr. H: Por supuesto. Si recompensa una conducta inapropiada, usted le motiva a que siga ejecutándola. La auto-compasión y la compasión por los otros son otras condiciones que le conducen a la depresión. Para usted es importante dejar de ser tan tolerante ante la conducta negativa.

Clara: Le he perdido. ¿Cómo me conduce eso a la depresión?

Dr. H: Cuando usted siente compasión por las otras personas no está en disposición de enfrentarse a ellas, ésa es la razón. Y si siente compasión de sí misma por los resultados negativos que recibe, acaba deprimiéndose y siendo intolerante.

Clara: Entonces, ¿qué es lo que he de hacer?

Dr. H: Convertir dos ideas irracionales en racionales. Meditar sobre su auto-compasión, dejar de creer que no obtener los resultados deseados es absolutamente insoportable. Sin lugar a duda, cuando se sintió decepcionada por sus maridos los pensamientos que tuvo fueron del tipo a: “¡Pobre de mí! ¿Qué he hecho para merecer esto? Todo lo que pruebo sale mal. ¿Por qué tengo tan mala suerte?”

A continuación hizo algo similar cuando trató de negarse a los deseos de sus maridos. Indudablemente ellos también sintieron auto-compasión, se mostraban melancólicos, deprimidos, heridos, tristes y entonces, usted al verlos, probablemente creía que debía de sentirse mal y preocupada por sus dolencias. Eso la conduciría a sentir compasión por los otros. Ambos tipos de compasión —la propia y la ajena— causan depresión.

Lo que le recomiendo es que la próxima vez que alguna persona le haga algo inapropiado y usted crea que no sabe que esto esté mal, hable con ella una vez y, quizá en una segunda ocasión. Razone con ella, perdónela una y otra vez como manifiesta la Biblia, y después compruebe si cambia cuando usted es paciente y comprensiva. Ésa es la segunda forma de demostrar amor, paciencia y comprensión. Pero generalmente no es recomendable hablar con las personas de las frustraciones que le están originando en más de dos ocasiones.

Clara: ¿Se supone que sólo tengo que hablar del problema en dos ocasiones?

Dr. H: Así es. No más de dos veces. Si sigue hablando sobre un problema y nunca hace ninguna otra cosa al respecto, entonces aprenden de usted que lo único que va a hacer es quejarse. Para ellos, eso es fácil de aguantar. ¿Por qué han de cambiar y superar el esfuerzo y la incomodidad que supone cambiar, si todo lo que han de hacer es prestar atención a sus quejas y a continuación seguir actuando tal como lo hacían hasta ese momento?

Clara: ¿Pero, por qué no cambia una persona después de haber hablado con ella?

Dr. H: Porque es inmadura o tiene algún trastorno psicológico. Si habla con una persona y no cambia su conducta, entonces se debe a alguna de estas razones. Las personas maduras, que no padecen ningún trastorno, son capaces de escuchar, admitir que están equivocadas y están dispuestas a mostrar acuerdo cuando comprenden que se han estado portando indebidamente.

Clara: Pero, supongamos que hablar con ellas una o dos veces no sirve para nada. ¿Qué debería hacer entonces?

Dr. H: Entonces puede usar la tercera forma de amor, que es la firmeza o la insistencia. Así es como va. Si alguien le hace algo malo y comentarlo dos veces no ha servido para nada, haga algo que le enfade también. Pero debe ser hecho sin ira, sin culpabilidad, sin compasión ajena, sin miedo al rechazo, sin miedo al daño físico o sin temor al daño económico.

Clara: ¡Por Dios! Ésa es una vía curiosa, ¿verdad?

Dr. H: Sí, lo es, pero nunca llegará a mostrarse asertiva si no controla esas seis condiciones que la derrotarán en todo momento.

Clara: ¿Cómo es eso?

Dr. H: Bien, mírelo del siguiente modo. Si trata de defender sus derechos con ira se va a mostrar agresiva. Si la persona con quien está tratando tiene la tendencia a enfurecerse, es probable que actúe contra usted con el mismo vigor que usted ha actuado contra ella. Ésa no es forma de lograr la cooperación. Es la mejor forma de dar comienzo a una guerra.

La segunda condición, la culpabilidad, probablemente paralizará sus propósitos de ser dura ante alguien porque se sentirá mal por lo que hace.

La tercera condición, la compasión ajena, también le llevará a retroceder en sus intentos porque su corazón se romperá por el compromiso en que va a poner a la otra persona. Imagine cómo puede sentirse una madre que niega a su hija la posibilidad de acudir a un baile porque haya sido desobediente. Entonces, cuando la joven se dirige a su habitación llorando y cabizbaja, la madre cede porque se siente mal por haber negado esa posibilidad a su hija.

La cuarta condición es el miedo al rechazo. Si tiene miedo de que alguien la rechace, y ese rechazo le produce dolor, probablemente no va a ser muy firme con dicha persona.

Los miedos a los daños físicos o económicos son de una categoría diferente. Éstas con unas consecuencias bastante realistas. Las cuatro anteriores no lo son. Recibir un grito, sentirse culpable, compadecer a otros o ser rechazado, por ejemplo, son inofensivos en principio. Pero las consecuencias físicas o económicas pueden causar un daño realmente grave. Yo le recomiendo que retroceda y ceda hasta que las circunstancias cambien a mejor. Pero no creo que tendría que hacerlo si está tratando con sentimientos de ira, culpabilidad, compasión ajena o rechazo.

Clara: ¿Me está diciendo que, si hubiera defendido mis derechos ante mis maridos, hubiera podido salvar mis matrimonios?

Dr. H: Es posible. Le hubieran respetado más, y el amor se origina desde el respeto. Cuando descubrieron que podían manipularla, perdieron el respeto que le tenían y por ello perdieron su amor.

Clara: No entiendo eso.

Dr. H: He descubierto que la mayoría de los adultos no aman a las personas a quienes pueden mover a su antojo. En vez de amarlas, las menosprecian porque son débiles. Esto crea sentimientos de asco o disgusto y no de amor. Por lo tanto, si quiere ser amada, en primer lugar haga que la otra persona le respete —y eso significa que ha de tener cierta dosis de miedo hacia usted.

Clara: ¿Una dosis de miedo? ¿Me está diciendo que lograré que alguien me ame cuando me tenga miedo?

Dr. H: Eso es exactamente lo que estoy diciendo. Pero no ha de ser un gran miedo, un miedo suave, el tipo de miedo que experimentan cuando saben que no va a soportar sus injusticias y que usted responderá incomodándolos del mismo modo que hacen ellos. Ésa es la tercera forma de mostrar amor —con la firmeza que da origen al respeto. Y el modo en que va a conseguirlo satisface dos condiciones: una, necesita disponer del poder para hacer que alguien se sienta incómodo, y dos, necesita disponer del coraje para usar dicho poder.

Clara: ¿Y ésa es la forma de lograr que las personas me quieran?

Dr. H: Casi puedo garantizarle que hubiera tenido más éxito en sus matrimonios anteriores si hubiera tratado de amar a sus parejas mostrándose firme y dura de vez en cuando, en lugar de mostrarse siempre agradable y creer que cuando más hace por alguien más le va a querer. Como he dicho antes, usted se descuidó a sí misma en sus dos matrimonios anteriores y malcrió a las personas que vivían con usted. Esto mismo está sucediendo en este matrimonio.

Para este momento Clara ha tenido conocimiento de muchas de las dinámicas psicológicas que emplea, lo que puede ayudarla a tener más éxito en todas las relaciones y que también le servirá para aliviar su depresión.

He seguido viendo a Clara, pero ahora con una frecuencia mensual. Ella sabe lo que ha de hacer y quiero darle el tiempo necesario para aplicar lo que ha aprendido durante nuestras sesiones semanales o quincenales. Al escribir este documento, había transcurrido medio año y ya se habían producido algunos cambios definitivos.

Las protestas ante las injusticias han aumentado considerablemente. Ya no sufre sus frustraciones en silencio. Ahora debate, se queja y muestra desacuerdo. Lo que antes la hubiera llevado a sentirse muy culpable por atreverse a expresar sus puntos de vista, ahora lo hace fácilmente y con confianza. Ahora observa que su marido es inmaduro, centrado en sí mismo y poco práctico, pero no se había atrevido a admitir estos sentimientos, ni siquiera para sí misma.

A medida que se desarrollaba este proceso, su marido endureció la resistencia para ceder ante ella. En lugar de ser aquiescente, como hubiera hecho previamente, siguió mostrando firmeza en la defensa de sus derechos, como la había

entrenado que hiciera. El nivel de “lo razonable” es su pauta para saber si es ético lo que hace. Eso le ha permitido prescindir de la culpabilidad que había estado desempeñando un papel tan importante en su depresión.

Era obvio que tras nuestras tres últimas sesiones, Clara estaba pensando en divorciarse. Había dado todo lo que podía sin resentimiento y ya no podía ceder más. Si su marido no prescindía de algunos de sus deseos y no trataba de satisfacerla en cierto grado razonable, es muy probable que ella lo abandone. Clara sabe que ésta es una eventualidad y no la preocupa en exceso. Considero que esta terapia fue muy satisfactoria.

CONCLUSIÓN

El caso de Clara es típico de un gran grupo de personas que acuden a la terapia y que son básicamente decentes, trabajadoras y responsables pero que acaban siendo desgraciadas a consecuencia de la excesiva auto-inculpación y que alimentan la conducta neurótica e inconsiderada de otras personas. Para ayudar a tales individuos, el terapeuta deberá centrarse en primer lugar en las dinámicas de la depresión tal como se presentaba en el modelo de los tres factores algunas páginas antes. También es importante enseñar a estos clientes a defender sus propios derechos y a combatir y confrontar a las personas que siempre las han tratado indebidamente (Hauck, 1979b; Madsen & Madsen, 1980). Para hacerlo deberán aprender las tres siguientes reglas de aserción:

1. Si los otros hacen algo bueno para usted, haga algo igualmente bueno para ellos. (+ = +)
2. Si los otros le hacen algo malo y no se han dado cuenta de que su comportamiento es negativo, razone con ellos, pero sólo en dos ocasiones diferentes. (- = + x2)
3. Si los otros le hacen algo malo en una tercera ocasión y hablar con ellos en dos ocasiones no ha servido para nada, haga algo igualmente molesto para ellos, pero debe ser sin ira, culpabilidad, compasión ajena, miedo al rechazo, miedo al daño físico o miedo al perjuicio económico. (- = -)

Estas pautas de asertividad se centran en el aspecto conductual de los procesos curativos. Para nuestros clientes no es suficiente hablar o pensar en su depresión. Idealmente también necesitan comentar su conducta pasiva y continuamente reforzante con dulzura, comprensión y una paciencia infinita por parte de las personas que las estén maltratando. Normalmente se requiere una intervención cognitiva y conductual para obtener los resultados que buscamos. Esta idea fue recientemente subrayada por Ellis (1995), cuando anunció que estaba modificando las iniciales de su sistema de RET a REBT (donde la B se corresponde con el término inglés *Behavior* que significa *Conducta*).

Aunque la REBT ha sido criticada en algunas ocasiones por conferir excesivo énfasis a la disputa cognitiva de las creencias irracionales (Lazarus, 1989), en rea-

lidad casi siempre ha introducido métodos conductuales en el tratamiento. A menudo se sugiere a los clientes que los ejercicios conductuales son instrumentos especialmente poderosos para contrarrestar las ideas irracionales. Además, estos ejercicios muchas veces disponen del potencial para ayudar a los clientes a desarrollar valiosas destrezas (como las relacionadas con la asertividad) y a lograr los resultados deseados en sus relaciones interpersonales.

Con este énfasis en los tipos de intervenciones cognitivas y conductuales descritas en este capítulo, la REBT es capaz de ayudar a muchos individuos deprimidos a superar sus episodios de depresión. Además, es capaz de ir incluso más allá, animando a los clientes a alcanzar un cambio profundo, duradero y firme de su filosofía personal básica. Cuando los clientes se comprometen a alcanzar tal cambio, son capaces de reducir visiblemente su vulnerabilidad a los futuros episodios de depresión —así como a otros trastornos emocionales o conductuales que afligen a gran parte de la humanidad.

4

Michael: Un Enfoque REBT Evolutivo para el Tratamiento del TDAH

Patricia McKeegan

Michael, el joven de quince años de edad, entró en el despacho sonriendo como si se tratara de la versión surfista californiana del gato Cheshire. Su dorado pelo caía sobre sus ojos y su piel estaba bronceada por el sol recibido durante las semanas de veraneo y de pasear por la playa cercana a su hogar. Cuando se acomodó en el diván, su sonrisa se amplió más incluso. En este momento no podía guardar más su secreto.

“Oye, no sabía que habías estado viendo a Darren (un adolescente de su centro). Me ha dicho esta tarde que ha venido a verte un par de veces.”

“Bueno, Michael, ¿recuerdas cuando tú y yo hablamos sobre la confidencialidad? Que lo que aquí hablábamos quedaba aquí.”

“Ya, seguro. Ya sé que no puedes decirme que Darren ha estado aquí, pero eso me parece bien. Sé que ha estado aquí porque me lo ha dicho él. Además, no es por eso por lo que estoy contento.”

“¿No?”

“Bueno, Darren me dijo que él sólo había venido un par de veces y que después lo había dejado, y me imagino qué sucedió”

“¿Te lo imaginas?”

“¡Fijo! En la terapia tienes que mirarte. No creo que Darren estuviera preparado para mirarse a sí mismo.”

En esta breve conversación Michael demostró que había internalizado el germen de un insight primario de la terapia racional emotiva (REBT): Debemos mirarnos a nosotros mismos para buscar la fuente del trastorno emocional.

Los adolescentes en general, y los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en particular, son propensos en su mayoría a carecer de insight sobre sus propias contribuciones a sus inquietudes emocionales. Y sin embargo, Michael articuló esta comprensión de una forma muy natural.

La relación terapéutica entre Michael y yo era muy larga. Había comenzado cuando él contaba con ocho años de edad. Desde el punto de vista evolutivo, el esfuerzo terapéutico se había extendido durante una buena parte de la infancia media y comienzos de la adolescencia de Michael. La teoría REBT, en concierto con la perspectiva evolutiva, ha guiado la implementación de estrategias terapéuticas. Durante este período de 8 años, Michael y yo nos habíamos visto en 35 sesiones consecutivas (al comienzo de la terapia) y en una o dos sesiones para reorganizar un nuevo problema. Aunque la mayoría de los encuentros se desarrollaban en forma de sesiones individuales de terapia, Michael también había participado en un programa grupal de entrenamiento en habilidades sociales de 10 sesiones junto a otros tres jóvenes con diagnóstico de TDAH cuando tenía 9 años de edad. Las estrategias de intervención incluían el reinicio de la terapia en momentos evolutivos claves (por ejemplo, en su promoción de la escuela primaria a la secundaria a la edad de 11 años, y su promoción al instituto a la edad de 14 años). Aunque este capítulo se centre en Michael y en los beneficios derivados de la REBT, el lector debería saber que durante el mismo período, su madre también acudía a terapia con dos objetivos: el manejo de la conducta, a menudo difícil, de Michael y el modo de manejar sus propias dificultades vinculadas a la conducta de Michael. Además, se mantenían los contactos debidos con el personal de los centros educativos.

Michael no se presenta aquí como el típico niño con TDAH —no hay ningún niño o adolescente *típico* con TDAH. Muchos niños diagnosticados con TDAH manifiestan los tres principales síntomas de este trastorno —falta de atención, hiperactividad e impulsividad— pero en grados variables; otros garantizan el diagnóstico en virtud de un único componente, la falta de atención. Normalmente, para el momento en que un niño con TDAH haya acudido a psicoterapia, ya han aparecido diversos problemas académicos e interpersonales. Antes de presentar a Michael con sus problemas particulares, se introduce una revisión del TDAH, subrayando la revisión de los criterios diagnósticos y un breve examen de la investigación pertinente.

REVISIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El interés por el TDAH ha surgido durante los años noventa. La literatura profesional y la prensa en general reflejan el creciente consenso según el cual el TDAH no es sólo un trastorno infantil (tal como se creía anteriormente), sino también un síndrome que a menudo se prolonga hasta la fase adulta. Este hallazgo plantea otra perspectiva para un trastorno que ha sufrido diversas reconcep-

tualizaciones desde su primera mención en 1902, momento en el que fue considerado como un déficit del control moral (Barkley, 1990). Esta breve revisión comienza con las conceptualizaciones más habituales del TDAH y concluye con un examen detenido de los aspectos de los tratamientos actuales.

Crterios diagnósticos

El DSM-IV (1994) requiere la presencia de desatención y/o hiperactividad-impulsividad en su actual conceptualización del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Con escasas modificaciones del DSM-III (1987), el DSM-IV establece los criterios que permiten codificar el trastorno como “Tipo con predominio del déficit de atención”, “Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo” o “Tipo combinado”.

Desde el punto de vista histórico son múltiples los términos que se han empleado para describir a los niños cuyas dificultades fundamentales son la inquietud, la impulsividad y la escasa concentración. Las clasificaciones más comúnmente empleadas han sido: defecto cerebral mínimo, hiperactividad, reacción hipercinética de la infancia y disfunción cerebral mínima (Henker & Whalen, 1989). Las primeras conceptualizaciones del TDAH subrayaban el exceso de actividad o inquietud de estos niños (Barkley, 1989). Con la publicación en 1980 de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico* (DSM-III, APA, 1980), la comunidad psiquiátrica reconoció la centralidad de las dificultades de atención en este trastorno y modificó la expresión *reacción hipercinética de la infancia* del DSM-II por *trastorno de déficit de atención*. La sintomatología que lo define sigue estando intacta hasta el presente: desatención desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo, impulsividad y sobreactividad y la aparición de algunos síntomas antes de los 7 años de edad. En el DSM-IV, como en las ediciones anteriores, el TDAH se incluye en la sección correspondiente a los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia” aunque entre los criterios actuales se incluye terminología como “a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo”, lo que permite la codificación del síndrome adulto.

Debería señalarse que normalmente son los problemas secundarios del TDAH (relaciones pobres con sus compañeros, escasos logros académicos, baja tolerancia a la frustración, bajo auto-concepto y/o problemas de conducta o agresión) lo que lleva al niño TDAH a solicitar atención clínica.

Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se sitúa entre el 3 y el 5% de los niños de edad escolar (DSM-IV, 1994) y el 20% (August & Garfinkel, 1989). Hallazgos tan variables se producen por las diferencias existentes en los criterios de medición, los observadores, los instrumentos de medición y otros defectos instrumentales (Wicks-Nelson & Israel,

1991). Un hallazgo consistente es que este trastorno se diagnostica con mayor frecuencia entre los chicos que entre las chicas. Los índices medios oscilan entre 4:1 y 9:1, dependiendo de la muestra de población (i.e., población general o muestras clínicas (DSM-IV, 1994).

Investigación sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad

La revisión exhaustiva de la investigación existente sobre el TDAH va más allá del alcance de este capítulo. Al lector interesado en una revisión de los hallazgos sobre esta materia se le recomienda la obra de Henker y Whalen (1989). Las hipótesis causales oscilan entre el trauma prenatal, el consumo de azúcar o el estilo de los progenitores en la crianza de los hijos (Kendall & Braswell, 1993) y han sido revisados por Barkley (1990) y por Braswell y Bloomquist (1991). Douglas y sus colaboradores (Douglas, 1980, 1983; Douglas & Peters, 1979) defienden que los déficits en el procesamiento cognitivo son centrales a las dificultades experimentadas por el niño TDAH. Barkley (1990) manifiesta y conceptualiza el TDAH como un trastorno de la inhibición de la respuesta y las consiguientes funciones ejecutivas que generan una auto-regulación deficitaria, una organización atemporal de la conducta y la reducción de la efectividad social y de la adaptación. La investigación vinculada a los supuestos factores biológicos puede hallarse en Anastopoulos y Barkley (1988) y en Zametkin y Rapoport (1987). Kendall y Braswell (1993) manifiestan que las pruebas existentes se muestran a favor de un factor biológico en la etiología del TDAH, especialmente con respecto a ciertos transmisores neuroquímicos, que parecen afectar diferencialmente a regiones cerebrales específicas. Esto produce una hipoactividad en dichas regiones asociadas con la regulación y planificación de la conducta y la hiperactividad en las regiones implicadas en la percepción de la estimulación sensoriomotora. Sin embargo, se recomienda precaución para aceptar el modelo de “un trastorno, una causa” para el TDAH. Hartsough y Lambert (1982) presentan una perspectiva multimodal defendiendo que “tanto las diferencias individuales en la estructura orgánica y psicológica del niño y las diferencias individuales en la familia y entorno social contribuyen a que el niño sea o no identificado como hiperactivo” (p. 273).

Perspectiva evolutiva

Aunque los hallazgos clínicos y científicos parezcan defender la sintomatología fundamental de la inquietud y la hiperactividad, las dificultades de atención y la impulsividad en el TDAH, muchos autores (e.g., Brakley, 1990; Ross & Ross, 1976) han señalado la importancia de los cambios evolutivos en la sintomatología. Durante la infancia, los niños con TDAH han sido descritos como particularmente demandantes e irritables y con dificultades para establecer patrones regulares de sueño-alimentación-eliminación (Ross & Ross, 1976). Los años preescolares pueden estar marcados por la labilidad emocional y la continua irre-

gularidad del funcionamiento psicológico. Los progenitores, a menudo, manifiestan que las medidas disciplinarias que sirven con otros niños no parecen tener efecto sobre el niño TDAH en edad preescolar. Si el niño está matriculado en algún jardín de infancia o centro preescolar, es probable que los progenitores reciban notas de los cuidadores haciendo referencia a la desatención y/o conducta inapropiada del niño hacia sus compañeros. Tales conductas se hacen más frecuentes cuando el niño ingresa en la escuela primaria. Las exigencias del entorno escolar ponen de manifiesto la tendencia a la distracción, las escasas habilidades sociales y la desatención del niño hacia las tareas escolares. La relación entre el TDAH y el fracaso escolar está bien establecida, pero la investigación no ha hallado aún los vínculos causales (McGee & Share, 1988). La tarea evolutiva de la niñez media —la adquisición de la sensación de dominio en un mundo social creciente— se ve impedida por los déficits en las habilidades y por el desarrollo de un auto-concepto pobre. Como sugieren Ross y Ross (1976), los efectos acumulativos de tales déficits pueden ser particularmente difíciles durante la adolescencia. Lambert, Hartsough, Sassone y Sandoval (1987) descubrieron que el 80 % de los adolescentes diagnosticados con TDAH durante los primeros cursos de la escolaridad siguen experimentando anormalidades conductuales y/o cognitivo-evolutivas. El 43 % continuaba requiriendo un tratamiento activo. Henker y Whalen (1989) manifestaron que la fase adulta suele estar marcada muchas veces por unos índices superiores a la media en cambios de trabajo, accidentes de tráfico, dificultades maritales e infracciones legales.

Tratamiento del TDAH

Hasta el momento el tratamiento que se ha demostrado más controlado y eficaz para la sintomatología primaria del TDAH es la medicación estimulante. La medicación que se prescribe habitualmente es el metilfenidate (Ritalin). Estimulantes alternativos como la dextroanfetamina (Dextredine) o pemolina (Cylert) se usan algunas veces, como también la imipramina antidepresiva (Tofranil) (Henker & Whalen, 1989). Tannock, Schachar, Carr, Chajczyk y Logan (1989) manifiestan que el 7 % aproximadamente de los niños medicados muestran un aumento de la atención y una reducción del nivel de impulsividad y actividad. Sin embargo, los efectos exclusivos de la medicación sobre los síntomas secundarios del TDAH son menos espectaculares. Aunque los estudios indican cierta mejoría de las interacciones sociales adulto-niño cuando se usa medicación, el efecto sobre las relaciones entre compañeros es menos notable (Henker & Whalen, 1989). La investigación sobre los efectos de la medicación en el logro académico presenta una gama de hallazgos confusos. Aunque algunos datos sugerían la mejora de la cantidad y calidad del trabajo completado por los niños que recibían medicación, Barkley (1989) y Gadow (1985) sugieren que el tamaño de la evidencia no confirma suficientemente una mejoría académica significativa.

Las intervenciones no farmacológicas dignas de mención son las estrategias conductuales y cognitivo-conductuales. Los programas de modificación de con-

ducta han perseguido la mejoría en la adherencia a las normas, el esfuerzo académico y la interacción social. Se ha observado una modesta eficacia tanto en el hogar como en el entorno escolar mediante las estrategias conductuales, aunque la generalización de los efectos sigue siendo problemática. La investigación no ha validado aún los resultados positivos a largo plazo de las intervenciones conductuales (Henker & Whalen, 1989; Wicks-Nelson & Israel, 1991).

En una revisión comprensiva de los resultados de los tratamientos cognitivo conductuales, Kendall y Braswell (1993) examinaron el efecto tanto de las variables de sujeto como de los factores de tratamiento en un intento por reconciliar los hallazgos contradictorios derivados de la investigación. De interés para la finalidad de este capítulo es que las intervenciones deben contemplar tanto la edad como el desarrollo cognitivo del niño. Por ejemplo, los métodos de auto-instrucción no son apropiados, en general, hasta que el niño haya establecido el auto-diálogo encubierto funcional (a la edad de 5 ó 6 años aproximadamente en el niño con un desarrollo normal). Los niños con niveles inferiores de desarrollo cognitivo (medido sobre la base de las tareas de Piaget) requieren intervenciones más concretas, específicas de la tarea, mientras que aquellos más avanzados cognitivamente responden mejor a intervenciones más abstractas. Los factores del tratamiento que parecen generar resultados más favorables son la inclusión de los progenitores y otros miembros de la familia en el tratamiento y la coordinación del método de resolución del problemas en casa y en el centro escolar. El uso de contingencias conductuales externas así como la adición de un componente de auto-refuerzo (como por Nelson & Birkimer, 1978), también se contemplan como influyentes en los resultados del tratamiento. La revisión de Kendall y Braswell concluye de un modo más optimista que otras revisiones. Los autores afirman que en la actualidad se dispone de más información para orientar a los terapeutas y a los investigadores.

Pronóstico

El pronóstico de los niños diagnosticados con TDAH varía considerablemente. Weiss y Hechtman (1986) manifiestan que, de adultos, entre un tercio y la mitad aproximadamente no experimentan dificultades aparentes atribuibles a su cualidad de TDAH durante la infancia. Los restantes demuestran dificultades continuas en los déficits primarios y/o deterioro en las relaciones sociales, depresión, conducta antisocial y consumo de drogas. En el estudio prospectivo de Lambert (1988) de 43 adolescentes con TDAH se hallaron unos resultados académicos significativamente peores en comparación con los controles de la misma edad. Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy y LaPadula (1993) examinaron los resultados obtenidos por adultos que durante la infancia habían sido diagnosticados de hiperactividad. El 25% aproximadamente de los sujetos con TDAH nunca completaron sus estudios superiores (frente al 2% de los controles) y los sujetos con TDAH manifestaban un índice significativamente superior de abuso de sustancias y eran 10 veces más propensos a mostrar una conducta antisocial en la edad adulta.

Aplicación de la REBT al TDAH

Como se ha señalado previamente, la investigación actual sugiere una base biológica para la tríada de síntomas (dificultades atencionales, impulsividad e hiperactividad) que se consideran como los problemas primarios del TDAH. Además de estos síntomas nucleares, los niños y los adultos con TDAH experimentan habitualmente dificultades en las siguientes áreas: para elaborar y respetar normas, para interpretar y responder a las señales sociales y para iniciar una conducta dirigida a una meta. Los síntomas centrales y las dificultades resultantes constituyen los cimientos sobre los que se asientan los problemas secundarios del TDAH. Éstos incluyen baja tolerancia a la frustración (un correlato habitual de los problemas de ira y escaso logro académico), baja auto-estima, ansiedad social y evaluadora y depresión.

Aunque la investigación apunta hacia la eficacia de la medicación estimulante para el tratamiento de los problemas primarios del TDAH, el tratamiento fisiológico produce escaso efecto sobre los problemas secundarios asociados con el TDAH. La REBT, con su énfasis en reducir la tendencia a las demandas a sí mismo y a los demás (los “debes” del trastorno emocional) ofrece al terapeuta una amplia gama de técnicas y estrategias para ayudar al cliente a manejar los problemas secundarios del TDAH. Más específicamente, la REBT es capaz de ayudar al cliente a identificar, desafiar y sustituir las creencias que fomentan la autovaloración negativa, la baja tolerancia a la frustración y la ansiedad evaluadora. Además, la REBT ofrece al clínico la flexibilidad y licencia creativa necesarias para trabajar con clientes infantiles que sufren de TDAH y que pueden ser especialmente difíciles de implicar en el proceso terapéutico.

La REBT persigue soluciones de una profunda base filosófica a los problemas conductuales y emocionales de los clientes. Tal perspectiva parece exigir el empleo de “elegantes” o “específicas” estrategias de disputa para desafiar las cogniciones evaluadoras irracionales de un suceso antecedente específico (DiGiuseppe, 1991). Los persistentes desafíos terapéuticos a las profundas convicciones (los “debes”) del cliente con relación a sí mismo, los otros o el mundo establecen el camino para que el cliente construya una orientación filosófica más racional del mundo. Sin embargo, la REBT también reconoce que ciertos clientes pueden beneficiarse con estrategias más generales o específicas (i.e., desafío de la cognición descriptiva distorsionada vinculada con los sucesos antecedentes específicos). Los clientes infantiles, en particular, dependiendo de su nivel de sofisticación cognitiva, pueden captar más fácil la disputa referida a las inferencias con distorsión negativa. Por ejemplo, desafiar la creencia infantil de que es terrible no disponer de amigos puede lograrse más satisfactoriamente mediante la pregunta “¿Es realmente verdad que nadie te aprecia?” en lugar de una pregunta más filosófica como “¿Qué nos diría de ti el hecho de que nadie te aprecie?” (Linscott & DiGiuseppe, 1994).

El caso ilustrativo presentado a continuación incluye múltiples estrategias REBT. El lector observará el empleo de estrategias generales de desafío (sobre todo durante la infancia de Michael) y el cambio gradual hacia estrategias más específicas a medida que madura el cliente.

RESUMEN

La afirmación de Kendall y Braswell (1993) merece ser incluida:

Existe una urgente necesidad de entender mejor los substratos cognitivo/biológicos de las dificultades contempladas, para que los esfuerzos de la intervención puedan refinarse gradualmente y el área pueda ser más realista con relación a los tipos de aspectos que son responsivos y apropiados para la intervención psicoterapéutica. (p. 51)

El TDAH constituye un trastorno complejo, solapado frecuentemente con otro trastorno de conducta, algunas veces de aspecto clínico con una sintomatología con, como mínimo, un vínculo parcial con el trastorno evolutivo duradero. Estamos lejos de postular los factores etiológicos definitivos. Los estudios de resultados sugieren que los niños con TDAH tienen riesgo de una psicopatología adulta. Mis propias observaciones clínicas sugieren que algunos de estos niños desarrollan cierta rigidez de pensamiento a medida que se convierten en adolescentes. Este estilo cognitivo inflexible y duradero puede haberse desarrollado durante la infancia media, bien como correlato directo de los déficits del procesamiento cognitivo, o como estrategia maladaptativa para superar una gama persistente de estímulos externos insuperables. Estas observaciones me han conducido a pensar en hipótesis de trabajo sobre la relación existente entre el TDAH y el posible desarrollo de varios trastornos de personalidad de estos niños.

Como se ha señalado en esta breve revisión, la investigación no ha determinado aún el tratamiento ideal para el TDAH. Sin embargo, la investigación existente hasta el momento aporta cierta justificación razonable para la intervención psicoterapéutica y propone estrategias particulares de intervención. La teoría racional emotivo-conductual, en conjunción con las teorías afectivas y cognitivas del desarrollo, ofrecen al terapeuta una conceptualización y un plan de tratamiento únicos para ser desarrollados con niños y adultos que hayan sido diagnosticados con TDAH.

CASO ILUSTRATIVO

Michael es el hijo mayor de unos progenitores con educación universitaria. Su hermano Mark es dos años menor que él. Sus progenitores se divorciaron cuando Michael contaba con 6 años de edad. La preocupación parental por aspectos específicos del desarrollo, en particular, retardo en el discurso, conducta de oposición, conducta excesivamente reacia y pobre coordinación motora fina, condujeron a los progenitores a solicitar una evaluación psicológica cuando Michael contaba con 4 años de edad.

En el momento de la evaluación, la Escala de Inteligencia Stanford-Binet revelaba un funcionamiento intelectual general correspondiente a la media-alta (puntuación de 117). A pesar del adecuado funcionamiento intelectual, la Escala de madurez Social de Vineland indicaba un retraso de 10 meses en las habilida-

des sociales. Aunque se observaban las habilidades propias de la edad al comer, vestirse y defecar (pero Michael seguía siendo enurético), las habilidades sociales y comunicativas eran inferiores a las esperadas. La examinadora señalaba un “exceso de atención de Michael por los detalles oscuros de objetos y situaciones en su entorno inmediato”. Añadía además que “algo que no distraería a otros niños parece captar y absorber su atención” y que sus patrones comunicativos eran algunas veces tangenciales y persistentes. La examinadora señalaba que en el proceso de evaluación había sido necesario establecer límites temporales una y otra vez, así como refocalizar la tarea que se desarrollaba en el momento.

Esta descripción temprana es digna de mención porque presagia los hallazgos de evaluaciones psicológicas y neurológicas adicionales de otros examinadores. La Escala de Inteligencia Wechsler (WISC-R) administrada por el psicólogo del centro público al que acudía Michael a la edad de siete años, arrojaba un cociente de inteligencia de 117. El examinador señalaba que Michael “se distraía frecuentemente con características irrelevantes de los materiales de examen y con sus propias asociaciones verbales”. Además, ...estaba casi en constante movimiento mientras permanecía sentado en su silla. En un examen neurológico pediátrico, efectuado cuando Michael contaba con 9 años de edad, se revelaba la presencia de algunas leves señales neurológicas.

Michael acudió por primera vez a mi consulta cuando contaba con 8 años de edad, en marzo de 1987. En ese momento se hallaba matriculado en el segundo curso de un centro público de barrio. Antes de que la madre de Michael solicitara psicoterapia para su hijo, la escuela había completado una evaluación educativa especial y había determinado que Michael recibiría ayuda en el aula de necesidades educativas especiales durante 40 minutos al día, permaneciendo en el aula ordinaria durante el resto de la jornada escolar. Los problemas que presentaba Michael, tal y como fueron descritos por su madre, incluían el escaso logro académico, la falta de amigos, los frecuentes berrinches y la dificultad para iniciar y seguir las tareas tanto al cumplir con sus obligaciones domésticas como con las tareas escolares. La impresión clínica general en este primer encuentro fue de inmadurez conspicua. Un niño articulado y guapo, alto para su edad, Michael parecía mostrar una coordinación deficiente y una atención carente de foco. Las dificultades de atención se observaban fácilmente porque Michael se fijaba excesivamente en los detalles insignificantes del despacho y tenía problemas para seguir la conversación dirigida a él. Le costaba permanecer sentado, incluso durante el más mínimo intervalo de tiempo, y solía moverse hacia delante o hacia atrás mientras lo estaba. A pesar de su inquietud, fue capaz de expresar un problema particular que le preocupaba. Jessica, una compañera de clase, “siempre” estaba burlándole durante el recreo y esto le molestaba. Parecía que Jessica presentaba conductas propias de la edad, pero Michael desconocía el modo de manejar la situación. Aunque Michael fue capaz de afirmar que Jessica le volvía “loco”, era obvio que también se sentía incompetente y frustrado por su falta de destrezas para manejar este dilema social. En esta sesión inicial con Michael se produjo el siguiente diálogo:

- Dr.P:** ¿Michael, cómo te sientes cuando Jessica te llama cabeza de barril?
- Michael:** ¡Me pongo como un loco!
- Dr.P:** ¿Y qué ocurre entonces?
- Michael:** Le pego y ella se lo dice a la cuidadora y después tengo que entrar y sentarme en el banco que está cerca del despacho del director y después estoy furioso. (*Michael recita esta letanía a modo de canción, causando la impresión que esta cadena de sucesos es rutinaria.*)
- Dr.P:** Me parece que te pones furioso “dos veces”.
- Michael:** Sí (*suspira*).
- Dr.P:** No parece que te diviertas mucho en el recreo, sobre todo si te enfadas tanto.
- Michael:** No... ¡y todo por esa tonta de Jessica!
- Dr.P:** Y cuando te pones furioso con Jessica la golpeas y eso te trae más problemas.
- Michael:** Sí.
- Dr.P:** Michael, imagínate que tu y yo buscamos una forma para “ponerte furioso” con Jessica. ¿Crees que ésa podría ser una buena idea?
- Michael:** Igual...

En esta primera sesión con Michael quise transmitirle que un psicólogo era un tipo especial de colaborador, uno que le ayuda a idear formas para manejar problemas y a aprender métodos para “sentirse bien”. Además, en este breve intercambio, se estableció un breve vínculo entre los sentimientos y las acciones resultantes, y se establecieron los cimientos para relacionar los pensamientos y los sentimientos.

Como seguimiento a esta sesión inicial, se pidió a la madre de Michael que completara la Escala de Valoración Parental de Conners (Conners, 1970) y el Inventario de Personalidad para Niños (Wirt, Lachar, Klilnedinst & Seat, 1984). La Escala de Valoración del Profesorado de Conners (Conners, 1969) fue cumplimentada por el tutor y por el profesor de educación especial de Michael. Estos inventarios, mis observaciones clínicas durante las sesiones iniciales con Michael y las evaluaciones psicológicas previas presentaban a un niño que manifestaba los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Durante el tercer curso Michael empezó a tomar Ritalin, y mantuvo esta medicación hasta concluir el cuarto curso. En este momento su madre detuvo la medicación porque se sentía incómoda con la terapia farmacológica. A partir de entonces Michael no ha tomado más Ritalin ni ningún otro fármaco psicotrópico.

Implementación de la REBT con Michael

En el momento en que comencé a tratar a Michael en 1987, la psicoterapia cognitivo conductual en general era contemplada como la panacea ante los fracasos de la psicofarmacología y de las intervenciones conductuales para el tratamiento del TDAH. Sin embargo, hacia 1990, los hallazgos de la investigación sugerían un moderado optimismo con relación al uso de las estrategias cogniti-

vo-conductuales con niños diagnosticados con TDAH. Algunos estudios, en particular, sugieren que los niños con TDAH presentaban un patrón de ser “consistentemente inconsistentes” en términos de resultados terapéuticos. La mayoría de los terapeutas que trabajaban con estos niños manifestaban “consistentemente” su acuerdo. Desde la perspectiva clínica, estos niños presentan inconsistencias en los dominios cognitivo, emocional y conductual a lo largo de su período evolutivo. Además, presentan más dificultades que la media para implementar el control emocional y conductual en diferentes entornos y en distintos momentos. Afortunadamente, el terapeuta, a diferencia del investigador, no está obligado a evaluar continuamente el proceso de cambio y dispone de alternativas para modificar las estrategias con el paso del tiempo.

La terapia racional emotiva, con su foco multifacético sobre el cambio cognitivo, emocional y conductual (Ellis, 1991), ofrece diferentes posibilidades para enseñar al niño con TDAH otro modo de pensar sobre el mundo y un modo de evaluar su propia respuesta emocional y conductual ante dicho mundo. El imperativo fundamental al tratar a cualquier niño es garantizar el potencial del desarrollo continuo óptimo. Por lo tanto, un pregunta clave para el terapeuta REBT implicado en trabajo terapéutico con niños es “¿Puede la terapia REBT implementada durante el período evolutivo minimizar el *desarrollo* de una filosofía personal absolutista e imperativa, que, sobre la base de la teoría REBT, conduce al trastorno emocional?”

La siguiente descripción del uso de la REBT con Michael ilustra los objetivos y las estrategias terapéuticas cambiantes empleadas durante cada uno de los períodos evolutivos. Unos cuantos principios generales guiaron la aplicación de la REBT a lo largo del proceso terapéutico:

1. Mantener un foco evolutivo al crear el plan de tratamiento.
2. Establecer una alianza de trabajo con Michael y su madre, que subrayara la colaboración.
3. Evaluar los logros de Michael, así como sus dificultades, de forma continua e implementar sobre la base de esta evaluación las estrategias de tratamiento.

Infancia media –Michael (8-11 años de edad). La infancia media se establece por el ingreso en el proceso educativo formal y por el énfasis en los logros académicos y en las habilidades sociales. El creciente mundo social del niño exige una serie cada vez mayor de conductas socialmente hábiles, que si son inferiores a los niveles esperados, tienden a ser inmediatamente advertidos por los compañeros y los adultos. Michael, a la edad de 8 años, no sólo mostraba retraso académico, también presentaba múltiples excesos y déficits conductuales que le conducían a apartarse de sus compañeros. Como se ha señalado previamente, las dificultades de atención incluían tanto la incapacidad para centrarse en las tareas relevantes como las tendencias duraderas. A menudo tenía berrinches; su inquietud se apreciaba en sus respuestas motoras que le llevaban a moverse y levantarse del asiento continuamente y en sus respuestas verbales, con frecuencia, fuera de contexto.

Quizá lo más significativo fue el informe de su madre según el cual Michael nunca había tenido un amigo.

Los objetivos particulares del tratamiento de Michael durante este período fueron:

1. Reducir los excesos motóricos inapropiados para la edad y que le alejaban de sus compañeros.
2. Reducir su tendencia a mostrar berrinches.
3. Comenzar una experiencia racional emotiva mediante la cual Michael pudiera aprender a través de las repetidas experiencias que los pensamientos, los sentimientos y las conductas están interrelacionadas (Ellis, 1991).
4. Combinar la educación racional emotiva con un programa formal de entrenamiento en habilidades sociales que permita a Michael experimentar interacciones más cercanas con sus compañeros.
5. Enseñar a Michael a monitorear el auto-diálogo como medio para ayudarse en las tareas académicas y en las situaciones sociales.

Comienzo. La limitada capacidad de atención y la inquietud de Michael hacían que la terapia fuera en sí misma un reto. Era obvio que se requería establecer límites y estructurar de forma definitiva la sesión terapéutica para alcanzar nuestros objetivos. Casi inmediatamente empecé a implementar estrategias para mantenerlo focalizado durante nuestras sesiones, tal y como se ilustra en el siguiente diálogo:

Dr.P: Michael, me alegro de volver a verte. Me pregunto si has pensado cómo prefieres llamarme, Dr. McKeegan o Dr. Pat.

Michael: Dr. Pat.

Dr.P: Muy bien. Me gusta. Y, la semana pasada me dijiste que te gustaría que te llamara Michael. ¿Verdad?

Michael: Sí. Algunos me llaman Mike, pero todas las personas de mi familia me llaman Michael. Me gusta Michael.

(Dada la extrema inquietud de Michael, se había decidido previamente darle algo para "calmarle", lo que le ayudaría a mantenerse sentado, por lo menos durante períodos breves.)

Dr.P: Michael, aquí tengo un poco de arcilla. ¿Te gustaría jugar con ella mientras hablamos?

(Michael aceptó la arcilla y empezó a formar "churros" sobre una mesa baja mientras permanecía sentado en el suelo. Se observó su capacidad para permanecer sentado durante períodos largos {5-10 minutos}.)

Dr.P: Michael, ¿recuerdas qué tipo de médico soy yo?

Michael: Sí, un psicólogo.

Dr.P: ¡Buena memoria! Ahora llega una pregunta realmente difícil. ¿Te acuerdas de qué es lo que hace un psicólogo?

Michael: Ayuda a las personas... ¿Sabes que están poniendo nuevas tuberías cerca de mi casa? Todas las calles están llenas de agujeros. Montones de arena, ladrillos por todas las esquinas. Mira, dame un lapicero. Puedo dibujar un mapa.

(Michael coge el lapicero y empieza a dibujar calles, intersecciones y montones de arena describiendo, mientras tanto, con gran detalle los trabajos de excavación para la colocación de las tuberías.)

Este tipo de conversación divergente era frecuente en nuestras primeras sesiones. Durante esta fase de tratamiento, Michael se “escapaba” del tema con mucha frecuencia y se “estancaba” en largos comentarios sobre ideas que nada tenían que ver entre sí. Con mucho tacto le reorientaba al tema que tratábamos.

Dr.P: Michael. *(Toqué su mano mientras decía su nombre. Esperé hasta que se produjera el contacto ocular).* Michael, has dicho que un psicólogo ayuda a las personas. ¿Recuerdas el tipo de ayuda?

Michael: Les ayuda a ser buenos escuchando.

Dr.P: Así es. Un psicólogo puede ayudar a las personas a escuchar a los demás. ¿Te acuerdas de alguna otra cosa que hace un psicólogo?

Michael: Ayuda a las personas a sentirse bien.

Dr.P: ¡Muy buena memoria, Michael! Sí, un psicólogo puede enseñar a las personas formas para escuchar y formas para sentirse bien. Empecemos ahora mismo y veamos si podemos pensar en algunas ideas para saber escuchar. ¿Qué crees que debe hacer una persona para saber escuchar?

Michael: Prestar atención. Algunas veces mi maestra grita a los niños para que le presten atención. Hay un niño en mi clase, Billy. Billy nunca atiende. Siempre tiene problemas. Después tiene que ir al despacho del director. Un día Billy estuvo todo el día en el despacho del director. El despacho del director tiene un banco fuera. El banco es de madera y tiene seis patas. Es muy viejo. Tiene...

(Michael vuelve a escaparse del tema y comienza a describir el banco con detalle. Esta vez le interrumpo y le reconduzco al comentario sobre la escucha.)

Dr.P: Michael, vamos a escribir nuestras ideas para llegar a ser alguien que sabe escuchar. ¿Te parece bien? Aquí tienes un lapicero y aquí hay una ficha. Vamos a ver, has dicho “Atender”. ¿Verdad?

Michael: Sí.

Dr.P: Muy bien. Escribe esa idea para saber escuchar. *(Michael la escribe pero pide ayuda para deletrear la palabra).* Tengo otra buena idea. Mirar a la persona que está hablando. ¿Cómo podríamos escribir eso?

Michael: Mirar a la persona.

Dr.P: Muy bien. ¿Qué más podemos añadir?

Michael: Pensar en lo que dice la persona.

Dr.P: ¡Ésa sí que es una buena idea! Escríbela. Tengo otra idea. No hablar de otra cosa. Eso es como decir que si una persona habla de helado no empezar a hablar de baloncesto.

Michael: Bien. No... *(Michael comienza a añadir esta idea a la lista)* hablar... de... otra... cosa.

La lista para “saber escuchar” concluyó con estas cuatro ideas y se dijo a Michael que llevara la ficha a casa para recordar cómo saber escuchar. A conti-

nuación propuse a Michael que nosotros practicaríamos la “buena escucha” en nuestras reuniones y que podría ganar puntos (y premios) si mantenía esta conducta. En adelante Michael comenzaba cada sesión con 20 puntos en su “banco”. Podía ganar puntos extras por tareas especiales (e.g., recordar la lista de la buena escucha). Perdía puntos en la sesión si incumplía alguna de las reglas de la escucha. Es de destacar que los premios no estaban a la vista durante la sesión para minimizar la posible distracción. Todos los puntos podían gastarse al final de la sesión o algunos podían dejarse en el banco y serían añadidos a los que ganaba durante la siguiente sesión.

Este programa de manejo de contingencias se mantuvo durante las primeras sesiones con Michael, y con el tiempo fue modificado para incluir otras conductas. De especial interés fue la conducta de balanceo de Michael, de la que era consciente y sobre la que quiso trabajar.

Las sesiones con la madre de Michael se centraron en el establecimiento de un programa de contingencia en casa para ayudarle a reducir los berrinches. Con el transcurso del tiempo, el manejo de contingencias durante las sesiones terapéuticas, en colaboración con el programa de manejo de contingencias en casa, produjo la reducción de la frecuencia de las conductas inapropiadas. Sin embargo, tanto durante las sesiones como en casa, Michael era “consistentemente inconsistente” y cuando estaba dispuesto a felicitarme por los logros alcanzados con mi cliente, Michael acudía a la sesión completamente descentrado y desatento.

Los estudios más recientes sugieren que se introduzcan programas de manejo de contingencias en las intervenciones cognitivas al trabajar con niños diagnosticados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La teoría REBT reconoce la compleja intersección entre las cogniciones, emociones y conductas (Ellis, 1991) y afirma que el objetivo de internalizar una filosofía de la vida más racional puede alcanzarse prestando atención al pensamiento y a las emociones y a las conductas.

Una educación emocional. Como se ha señalado previamente, aunque el desarrollo intelectual de Michael era superior a la media, su desarrollo emocional/social presentaba un retraso considerable. La base para enseñarle los vínculos entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas debía ser introducida lentamente. El punto de partida para la intervención consistió en desarrollar un vocabulario de “sentimientos”. Aunque el conocimiento que tenía Michael de términos básicos sobre “sentimientos” era equivalente al de sus compañeros de clase, parecía presentar dificultades para clasificar sus propias emociones y para “leer” las emociones ajenas. Las anécdotas relatadas por Michael y por su madre así como mis propias observaciones indicaban que no se fijaba en las expresiones faciales ni en el lenguaje corporal. Esto le llevaba muchas veces a mostrar respuestas sociales inapropiadas. Por ejemplo, podía aproximarse a otro compañero cuando éste se hallaba visiblemente absorto en otra actividad y no parecía tener deseos de conversar. A juzgar por la historia de Michael, se habían producido muchas de estas “lecturas” erróneas acompañadas por las consecuencias negativas;

el efecto acumulativo de estos episodios le había desalentado para buscar el contacto personal incluso en los encuentros sociales más simples. Michael tenía 8 años de edad, y como se ha señalado previamente, carecía de amigos.

Barkley (1990) ha asegurado que los niños con TDAH pueden no ser capaces de integrar sus experiencias en los esquemas cognitivos evolutivamente apropiados que después encauzan la conducta futura. Además, añadiría que el no desarrollo de tales estructuras cognitivas tiene un efecto en espiral a lo largo del período evolutivo, haciendo que el niño con TDAH tenga que sufrir las continuas vicisitudes del retraso en relación con sus compañeros. Para cualquier aspecto de la terapia con estos niños, un ritmo lento y el refuerzo de los nuevos conceptos bajo múltiples circunstancias pueden ayudarles a desarrollar los esquemas y a fomentar las posibilidades para la generalización.

A mediados de los años cincuenta Ellis ya reconocía la eficacia de los métodos REBT con los niños (Ellis & Bernard, 1983) y, hacia finales de los sesenta, muchos terapeutas demostraron su efectividad con niños en edad escolar (e.g., Glicken, 1968; Hauck, 1967; Wagner, 1965). Knaus (1974) sistematizó un enfoque de educación emocional en su obra *Educación Racional-Emotiva: Manual para Maestros*

Michael y yo comenzamos con esta educación emocional dibujando rostros felices, tristes y avergonzados y clasificándolos. Parte de las tareas REBT para casa consistió en recoger fotografías de personas cuyas fotos aparecían en revistas. Podría ganar tantos puntos como fotografías trajera a la sesión. En cada sesión dedicaríamos una parte a clasificar las fotografías con las emociones apropiadas y a pegarlas en nuestro "Libro de Sentimientos". Mientras realizábamos esta actividad (que, como la arcilla en las sesiones previas, había tenido el efecto secundario de permitirle mantenerse sentado durante períodos más largos de tiempo), hablábamos de los sentimientos. ¿Te acuerdas de haber sentido felicidad esta semana? Escribámoslo en la parte del libro que se corresponde con la felicidad. ¿Recuerdas haberte sentido excitado esta semana? Escribámoslo en el apartado de excitación del libro. ¿Te has sentido furioso esta semana? ¿Recuerdas qué estabas pensando mientras te sentías furioso?

Además del Libro de Sentimientos, fue necesario interpretar sentimientos una y otra vez. La repetición parecía ser un ingrediente necesario para engendrar en Michael cierta atención hacia sus propias emociones y hacia las ajenas. Debería añadir que dos ingredientes necesarios por parte del terapeuta fueron la alta tolerancia para la reiteración y la falta de inhibición. "El detective de sentimientos" fue un juego que repetimos múltiples veces durante estas primeras sesiones. Michael entraba en el despacho, y sin decir palabra, yo interpretaba un sentimiento. Michael debía adivinarlo y citar las pruebas que le habían conducido a seleccionar dicho sentimiento. Después me tocaba el turno. Michael interpretaba un sentimiento. Yo lo adivinaba y debía mencionar las pruebas. Tales ejercicios permitieron a Michael centrarse en sus propios estados emocionales y el correspondiente lenguaje corporal, así como en los sentimientos de las restantes personas.

Una vez que Michael había alcanzado la comprensión básica de sus propios estados emocionales y de los ajenos, pudimos realizar un análisis más profundo de los vínculos entre los sucesos-pensamientos-sentimientos-conducta. Esta oportunidad se presentó de forma bastante natural durante la decimoquinta sesión en el transcurso del siguiente diálogo:

Michael: Odio hacer los deberes. Es una tontería. Tengo que trabajar tanto en la escuela y después llego a casa y tengo que seguir trabajando. Lo odio. Los deberes son difíciles... ¡No puedo hacerlos!

Dr.P: ¿Es verdad que no puedes hacerlos?

Michael: Sí, es verdad, ¿vale? Empiezo por los de matemáticas y me confundo. No puedo acordarme de cómo hay que hacerlos.

Dr.P: Michael, si te he entendido bien me has dicho que empiezas a hacer algunos de los problemas, y algunos puedes hacerlos. ¿No es así?

Michael: Sí, pero hay algunos que no puedo hacer.

Dr.P: Bien, entonces, ¿sería correcto decir que algunos de los problemas son fáciles para ti y algunos otros son difíciles?

Michael: Sí.

Dr.P: Bueno, entonces ¿qué sería correcto decir que *no puedes hacer tus deberes de matemáticas* o que *algunos* problemas de matemáticas son difíciles para ti?

Michael: Bueno, es correcto que *algunos* problemas son difíciles para mí.

Dr.P: Pero, apuesto a que anoche, mientras hacías tus problemas de matemáticas, estabas pensando, “*¡No puedo hacer esto!*”

Michael: Ya...

Dr.P: ¿Y cómo te sentías mientras le decías a tu cabeza “No puedo hacer esto”?

Michael: Me enfadé... rompí la hoja. Después mi madre me gritó.

Dr.P: Parece que las cosas fueron de mal en peor...

Michael: Sí.

Dr.P: Sospecho que no fue muy útil decirte a ti mismo, “No puedo hacer eso”

Michael: ¡Que va!

Dr.P: Probemos algo, Michael. Siéntate en la mesa. Imagínate que estás haciendo los deberes de matemáticas... Ahora, recuerda lo que imaginaste antes de que algunos problemas de matemáticas empezaran a ser demasiado difíciles.

Michael: ¿Eh?

Dr.P: Bueno, ¿puedes pensar en algo útil que puedas decirte a ti mismo sobre los problemas de matemáticas que no te haga sentirte furioso?

Michael: No sé que quieres decir...

Dr.P: Mira, “No puedo hacer esto” te hizo ponerte furioso. Y no era realmente cierto. ¿Puedes pensar en algo que sí fuera realmente cierto?

Michael: Bueno, *algunos* problemas son demasiado difíciles para mí...

Dr.P: ¿Cómo crees que te hubieras sentido si hubieras dicho, “*Algunos* problemas son demasiado difíciles para mí...”?

Michael: No estoy seguro...

Dr.P: ¿Cómo crees que te hubieras sentido si hubieras dicho, “*Algunos* problemas son duros y *algunos* son bastante fáciles”?

Michael: ¿Igual no me hubiera sentido tan mal?

Dr.P: Y si no te hubieras sentido tan mal, ¿hubiera sido eso bueno?

Michael: Bueno, mi madre no me hubiera gritado. Y después no hubiera sido castigado.

Dr.P: Y si no te hubieras sentido *tan furioso* hubieras podido hacer los problemas fáciles y después tu mamá te hubiera podido ayudar con los más difíciles...

Michael: Mmm...mmm

Dr.P: Ves, cuando pensamos en un problema de una forma *útil*, no nos sentimos tan mal... Creo que deberíamos hacer un experimento de pensamiento. ¿Qué te parece?

Michael: ¿Un experimento de pensamiento?

Dr.P: Sí. Supón que tratas de pensar en los deberes de matemáticas de una forma útil durante toda una semana. La siguiente semana podríamos ver si el pensamiento útil te ha servido realmente para no ponerte furioso ante los deberes. Ése será nuestro experimento de pensamiento.

Michael: Bien.

Dr.P: Hagamos lo siguiente. Vamos a escribir un pensamiento útil en esta tarjeta...

(Con cierta ayuda Michael escribe “Algunos de los problemas de matemáticas son difíciles para mí, pero algunos son fáciles”)

Dr.P: Muy bien, Michael. Probemos esto. Lleva a casa la tarjeta del *pensamiento útil* y colócala sobre la mesa en la que haces tus deberes. Te hará recordar que te conviene pensar en los problemas de matemáticas de un modo útil. Y podrás decirte a ti mismo una y otra vez, “Algunos de los problemas de matemáticas son difíciles para mí, pero algunos son fáciles”. Y podrás decirte, “Primero haré los más fáciles y después puedo pedir ayuda para los difíciles”.

En este extracto, traté de ayudar a Michael a manejar con más efectividad parte de la frustración a la que se enfrentaba con relación a sus tareas escolares. Supuso una introducción elemental al concepto del “auto-diálogo” (que sería reforzado y mejorado en nuestro trabajo posterior) y le mostré que algunos tipos de auto-diálogo podrían ser más útiles que otros. El lector observará aquí que Michael recibió ayuda para corregir su cognición *descriptiva* distorsionada (“¡No puedo hacer esto!”) en lugar de la presumiblemente presente cognición *evaluadora* irracional (“...y eso es horrible!”). En lugar de conversar con un niño de ocho años sobre la “lo horrible que son” los deberes incompletos, opté por presentarle, con mucho tacto, la idea de que cambiar la forma de pensar ante un problema puede ser beneficioso. Enseñar al cliente a usar una auto-afirmación racional es una intervención que se emplea frecuentemente con clientes REBT que carecen de la sofisticación cognitiva para conversar o enfrentarse a las contradicciones de

las creencias irracionales (Ellis, 1979; Yankura & Dryden, 1990). El concepto de que los sucesos-pensamientos-sentimientos-conducta están vinculados se repitió a menudo con Michael, en un intento por imprimir el esquema apropiado que le ayudara a manejar con más efectividad los problemas futuros.

La idea del “experimento” atrajo a Michael y el proceso de diseñar experimentos de pensamiento fue repetido muchas veces a lo largo de la terapia. Las tareas para casa son un componente muy importante de la REBT, tanto con niños como con adultos (DiGiuseppe & Bernard, 1983; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). Sin embargo, no utilicé la palabra “deberes”, para tales tareas es preferible emplear un término neutro o uno que tenga connotaciones positivas.

Conclusión de la fase inicial del tratamiento. Las sesiones semanales con Michael se mantuvieron aproximadamente durante 1 año en esta primera fase del tratamiento. Hacia el final de este período de un año sugerí a un colega que desarrollara un programa estructurado de entrenamiento en habilidades sociales para Michael y otros niños diagnosticados con TDAH y que tratáramos los dos. Entre los dos contábamos con cuatro niños (edades entre 9 y 11 años) diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Todos estos niños habían estado participando en psicoterapia REBT individual. Creía que el enfoque grupal ofrecería a Michael y a los restantes jóvenes la oportunidad de reforzar lo que ya habían aprendido durante las sesiones individuales y les aportaría una práctica valiosa en lo que sigue siendo el reto más difícil para ellos: negociar las relaciones interpersonales. El programa de diez semanas se centraba en el paradigma sucesos-pensamientos-sentimientos-conducta (Knaus, 1974) con un énfasis particular en las habilidades interpersonales que los jóvenes o sus progenitores habían citado como problemáticas. Entre ellas se incluían iniciar y mantener una conversación con los compañeros y manejar las conductas inapropiadas de los compañeros (e.g., las burlas). Al final de este programa de diez sesiones, Michael y yo tuvimos varias sesiones individuales durante las cuales comentamos y profundizamos sobre lo que había sucedido en el programa grupal. Michael, que en ese momento contaba con 9 años y medio de edad, había aprovechado muy bien la terapia. Michael había aprendido a monitorear las situaciones frustrantes (un antecedente frecuente a sus berrinches) y era capaz de utilizar el auto-diálogo para producir una respuesta más racional ante tales situaciones. Seguía sintiéndose algo incómodo en las situaciones sociales con sus compañeros, pero parecía ser menos aprensivo hacia tales encuentros. La buena relación que se había desarrollado entre nosotros permitió a Michael experimentar el relato de chistes y otras conductas verbales sofisticadas. La frecuencia de las sesiones terapéuticas se redujo a una sesión por quincena y después a una mensual. Se aproximaba el verano y Michael y su familia iban a pasar una temporada en el Gran Cañón del Colorado. Michael, su madre y yo decidimos que eran convenientes unas “vacaciones de la terapia”. Acordamos que volveríamos a reunirnos en el futuro para hacer las “revisiones” que fueran necesarias. Hubo algunas sesiones durante los dos siguientes años pero sin ninguna frecuencia regular hasta el momento en que Michael iba a ingresar en el sexto curso. En ese momento Michael contaba con 12 años de edad.

Preadolescencia de Michael (Edad 12-14). La tarea más importante del período preadolescente es el logro de la identidad —la internalización de una sensación única y relativamente estable del self (Erikson, 1968). El proceso de individuación se sustenta sobre las competencias adquiridas durante los períodos evolutivos previos y continúa hasta la fase adulta. Durante la preadolescencia se producen algunos cambios evolutivos importantes que actúan concertadamente para centrar la atención en dos cuestiones claves para el adolescente: “¿Quién soy yo?” y “¿Cuál es mi sitio en el mundo?”.

La nueva habilidad emergente para “jugar con ideas” lleva al adolescente a cuestionar los valores de sus progenitores; algunos adolescentes son capaces de imaginar sistemas de gobierno y religión muy superiores a los que conocen. Piaget se refiere a la insistencia adolescente de que la realidad se somete a tales construcciones idealistas como egocentrismo de las operaciones formales (Inhelder & Piaget, 1955/1958). Elkind (1981) describe dos facetas del egocentrismo adolescente que tienen un efecto directo sobre el mundo social de éste. La capacidad para imaginar lo que puedan estar pensando los otros lleva a pensar que los otros están tan preocupados y son tan críticos ante la conducta y apariencia del adolescente como él mismo. Elkind se refiere a este fenómeno como la *audiencia imaginaria*. Un segundo aspecto del egocentrismo adolescente se denomina la *fábula personal*. Muchas veces, los adolescentes creen que sus ideas y sentimientos particulares son tan únicos que ninguna otra persona puede experimentar nada parecido a lo que ellos experimentan. El aumento del interés por sí mismo del joven adolescente suele ir normalmente acompañado no sólo por la preocupación por las reacciones ajenas (notablemente la de sus compañeros) sino también por un aumento de la necesidad de aprobación y auto-valoración. Como podremos observar, a Michael le costó bastante descubrir los pensamientos de sus compañeros.

Michael comienza su 6º curso —La madre de Michael se puso en contacto conmigo justo antes de que éste ingresara en el sexto curso. Se preguntaba qué es lo que podríamos hacer para que el cambio de una etapa a la siguiente fuera lo más suave posible. Había estado en contacto con el profesor del aula de atención especial que había formulado algunas sugerencias entre las que se hallaba establecer una reunión con el consultor de la siguiente etapa. Me pidió que participara en esta reunión. La nueva etapa estaba organizada de tal forma que se podían acomodar diferentes niveles de capacidad y los estudiantes eran asignados a “equipos de profesores” que les ayudaban a eliminar la aprehensión asociada con el cambio de clases cada 40 minutos. Los “equipos” permitían que los estudiantes compartieran muchas de sus clases con los estudiantes del mismo cohorte. En la reunión comentamos el progreso académico de Michael, sus puntos fuertes y debilidades escolásticas particulares y su aún presente incomodidad social. Su progreso académico había sido considerable y, aunque seguía siendo bastante desorganizado, sus destrezas eran iguales o superiores a los alumnos de su nivel. Estaba muy interesado en la escuela y le gustaban especialmente las matemáticas y las ciencias. El tutor del aula de atención especial era partidario de que Michael fuera introducido en el grupo de los estudiantes más capacitados y yo opinaba que podría encon-

trar una mayor aceptación social en dicho grupo. Aunque algo reacio, el tutor de la etapa accedió y Michael comenzó su 6º curso en el “equipo” compuesto por los estudiantes más capaces, pero seguía recibiendo ayuda en el aula de atención especial. Parecía conveniente correr el riesgo de presentar a Michael ante esta etapa como un joven brillante, socialmente incómodo y no como un joven “especial”. Esperábamos que funcionara.

Objetivos de tratamiento para la preadolescencia. Durante su transición a la siguiente etapa escolar Michael y yo nos vimos durante 12 sesiones a lo largo de un período de 4 meses. Juntamente formulamos los siguientes objetivos de tratamiento:

1. Seguir con la educación racional emotiva de Michael y reforzar el uso independiente del auto-diálogo y de las estrategias de enfrentamiento.
2. Fomentar la auto-aceptación y reducir la auto-valoración negativa.
3. Revisar y practicar las habilidades sociales básicas previamente enseñadas (e.g., hacer llamadas de teléfono; comenzar y concluir una conversación).
4. Reforzar las habilidades de estudio apropiadas (incluida la distribución del tiempo).

Aunque había transcurrido más de un año desde la última sesión que habíamos mantenido Michael y yo, éste se sentía cómodo con su vuelta al tratamiento y era obvio que recordaba la “rutina” de la hora de terapia. Michael no había empezado el curso aún y acudió a esta primera sesión con una larga relación de preguntas sobre lo que le esperaba en la siguiente etapa escolar. “¿Es verdad que todos los niños fuman en los lavabos?”. “¿Cómo se sabe si le gustas a una chica?”. “¿Si vas solo al lavabo de los chicos te golpean?”. Era curioso que ninguna de las preguntas de Michael se refería a las demandas académicas a las que tendría que enfrentarse.

Parecía absurdo comenzar por enfrentarse a las cogniciones productoras de ansiedad con relación a los “lavabos de los chicos” sin consultarlo primero con un “experto”. Afortunadamente, yo conocía a dicho experto; otro cliente a quien llamaré Keith que era unos 18 meses mayor que Michael y que estaba a punto de concluir con el 7º curso en el mismo centro escolar. Tras consultarlo con los progenitores de ambos jóvenes, todos accedieron a establecer una sesión conjunta. Michael esperó con entusiasmo la cita con Keith y elaboró una lista aún mayor de preguntas para su consultor especial. Cuando nos reunimos los jóvenes y yo (aunque observé que mi presencia no era muy necesaria), fue evidente que Keith se benefició de su rol como tutor de un niño más pequeño y que Michael absorbió cualquier consejo e información que le suministró Keith.

Armado con la perspectiva de la escena escolar que le había dado Keith, Michael empezó a tener una imagen más realista de lo que le esperaba en las siguientes semanas y parecía mostrar menor aprehensión ante la posibilidad de ser agredido o de ser obligado a ejecutar actos indeseados. Parecía que la información recibida de Keith le había ayudado a contrarrestar algunas cogniciones incómodas, provocadoras de ansiedad, que Michael había sostenido. En las

siguientes sesiones su atención se dirigió a su angustia subjetiva por ser “frío” y ser rechazado por sus compañeros. En este punto la terapia no se centró en reducir la importancia de las relaciones entre compañeros, ni en quitar importancia a la posibilidad real de que algunos compañeros rechazaran a Michael sino en reforzar las siguientes ideas racionales: (a) Aunque no todos le quieran, eso no demostraba que fuera una persona terrible, indigna de ser apreciada y (b) si otros alumnos bromeaban sobre él o le tomaban el pelo, tales episodios sólo serían molestos si él permitía que lo fueran. En el siguiente diálogo se revisan estas ideas y se anima a Michael a generar su propio auto-diálogo para que no llegue a sentirse tan molesto ante tales incidentes.

Dr.P: Michael, ¿recuerdas que decíamos que es probable que no caigas bien a todos los niños de tu nueva escuela?

Michael: Sí...

Dr.P: ¿Y qué implica eso?

Michael: Que a algunos les caeré bien y a otros no.

Dr.P: Muy bien. ¿Y qué pasa con esos a los que no les caes bien?

Michael: ¿Qué pasa con ellos?

Dr.P: Sí, ¿qué dice de ti que no les caigas bien?

Michael: Quizá es que no me conocen. O igual es que no les gustan las mismas cosas que me gustan a mí.

Dr.P: Ésa es una buena forma de pensar, Michael. Las dos ideas que has expresado son útiles. Recuerda que siempre tenemos varias posibilidades; cuando parece que a alguien no le caemos bien podemos usar el pensamiento útil o el pensamiento inútil. ¿Te acuerdas de lo que era un pensamiento inútil?

Michael: ¿El pensamiento que nos hace sentir mal?

Dr.P: ¡Exactamente!, como si pensara, “A Mary no le gusto. Eso significa que no soy una buena persona, porque de lo contrario le caería bien”. ¿Cómo me sentiría si tuviera ese tipo de sentimiento?

Michael: Triste... quizá furioso...

Dr.P: ¿Y es agradable sentirse triste o furioso?

Michael: Para nada... incluso se pueden perder más amigos si estás triste y furioso todo el tiempo.

Dr.P: Ésa es una apreciación muy buena. Bien, si el pensamiento útil nos ayuda a sentirnos mejor, ¿por qué no escogemos siempre pensamientos útiles?

Michael: ¿Se nos olvida?

Dr.P: Sí, se nos olvida y algunas veces es bastante difícil. Como cuando alguien nos toma el pelo y ¡BOOM! Nos enfurecemos antes de saberlo.

Michael: Ya. Eso suele pasarme a mí.

Dr.P: ¿Y qué sueles hacer entonces?

Michael: Bueno, trato de recordar algunos pensamientos útiles que me ayuden a recuperar la calma.

Dr.P: ¿Por ejemplo?

Michael: Bueno, si algún niño me dice que soy tonto, eso no significa que lo sea. Algunas veces recuerdo una cosa que me dijiste siendo yo pequeño, “Los palos y las piedras pueden romper mis huesos...”

Dr.P: “... pero los nombres no pueden causarme daño”.

Michael: (*Ríe*) ¿Tú también lo usas?

Dr.P: ¡Qué crees!

Este extracto ilustra que ahora, a los 12 años de edad, Michael está más capacitado para beneficiarse de las intervenciones filosóficas. Este cambio en el modo de pensar y de evaluar un posible suceso negativo que emplea Michael se relacionaba con su continuo desarrollo cognitivo y con el aumento de su capacidad para el pensamiento abstracto. En este momento nuestro trabajo en común sirvió para establecer las bases para la filosofía de la auto-aceptación. Michael era capaz de ver que los juicios negativos de sus compañeros no tenían por qué llevarle a autovalorarse negativamente.

Michael se adaptó bastante bien a la nueva etapa escolar y progresó con respecto a los objetivos del tratamiento que habíamos formulado conjuntamente. En particular, casi siempre lograba emplear satisfactoriamente el auto-diálogo racional en aquellas circunstancias en las que el entorno social le rechazaba y estaba desarrollando la capacidad de enfrentarse a las cogniciones negativas sobre sí mismo. Por lo tanto, decidimos concluir con nuestras citas regulares. En ese momento Michael había cumplido ya un trimestre en su 6º curso.

Sin embargo, iba a ver a Michael una vez más antes de que concluyera esta etapa escolar. Justo antes de concluir con el 8º curso recibí la llamada de la madre de Michael.

Manejo de las recaídas. La madre de Michael llamó para decir que Michael estaba perdiendo clases y que el psicólogo del centro manifestaba que estaba mostrando una conducta fóbica. Cuando me reuní con Michael, él admitió que hacía piras, y entonces me explicó con mucha alegría que había ideado un sistema completo que le permitía “pirarse de la mayoría de las clases” siendo el centro capaz sólo de contabilizar *algunas* de éstas. Como la ejecución diestra de este elaborado plan empezó a tener vida propia, se necesitaron ciertas pruebas para descubrir cómo había comenzado todo. Michael manifestó que el principal problema había sido su dificultad para manejar el afecto negativo, en particular, la ira (que aparentemente experimentaba de forma bastante regular a consecuencia de los “estúpidos” profesores), y que algunas veces necesitaba un tiempo muerto para restablecer su control. Además, trataba de eliminar la ansiedad que asociaba con la cafetería del centro escolar. Dentro de este entorno poco estructurado, Michael tenía bastante miedo de ser negativamente evaluado por sus compañeros. Estos problemas son típicos de la primera adolescencia. Todos los adolescentes parecen tener profesores “estúpidos” y compañeros “cotillas”. Sin embargo, para Michael la frecuencia, intensidad y duración de sus sentimientos de ira y ansiedad eran bastante disruptivas. Hablamos de la ira durante la sesión:

- Michael:** Estaba tan furioso con el Sr. (*nombre del profesor de informática*) que cogí mi disco, lo llevé a casa y lo coloqué encima de la estufa y lo dejé allí hasta que se quemó.
- Dr.P:** Bueno, imagino que tú también estabas bastante quemado.
- Michael:** (*Ríe*) Sí... muy gracioso. Sabes, es un auténtico jilipollas. Le pregunté una cosa sobre un nuevo programa que estábamos usando y me gritó como si yo fuera idiota o algo así.
- Dr.P:** ¿Y te enfureciste por eso?
- Michael:** ¡Hombre! Cómo no me voy a enfadar. Ese tipo es idiota.
- Dr.P:** ¿El Sr. (*nombre*) es idiota o es un profesor de informática que algunas veces grita a sus alumnos?
- Michael:** ¿Qué quieres decir?
- Dr.P:** Bueno, creo que la conducta que has descrito no es una “conducta idiota” sino la de un profesor de informática que algunas veces grita a sus alumnos.
- Michael:** Creo que no lo entiendo...
- Dr.P:** Bien, ¿grita el Sr. (*nombre*) a otros alumnos?
- Michael:** Claro que sí, en cada una de sus clases grita a un par de alumnos.
- Dr.P:** ¿Entonces, qué podemos hacer con este tipo? Sabemos que por alguna razón escoge esta forma no amable de enseñar informática. Por alguna razón se enfada y grita a los alumnos. Probablemente sería mejor que no lo hiciera, pero lo hace.
- Michael:** Entonces...
- Dr.P:** Por lo tanto, salvo que encontremos un modo de no enfadarle en el futuro, probablemente continuará comportándose como un profesor de informática que algunas veces grita a sus alumnos.
- Michael:** ¡Ah, perfecto!
- Dr.P:** Bueno, la situación no es tan terrible. Recuerda que siempre podemos decidir cómo queremos reaccionar ante la conducta de alguien. ¿Cuál sería un pensamiento útil sobre la conducta del Sr. (*nombre*)?
- Michael:** “¡Bienvenido lunes. Otra semana con el idiota!”. No... estoy bromeando. Quizá algo como, “Bienvenido lunes. Prepárate. El Sr. (*nombre*) atacará de nuevo. Ése será el Sr. (*nombre*) que enseña informática gritando a los alumnos. Sería agradable si no lo hiciera, pero probablemente lo hará. Y me diré a mí mismo que debo mantenerme en silencio.”
- Sr.P:** Me parece bien. Y piensa que no tienes que quemar ningún disco ni tirar el “A” con el que trabajas.

En el período evolutivo durante el cual todos los valores adultos son dignos de sospecha y la injusticia inherente a la vida se presenta en tecticolor, es un reto terapéutico no minimizar las reacciones adolescentes sino sugerir que ese intenso afecto negativo interfiere con los objetivos del adolescente.

Centrarse en los miedos. Aunque Michael podía apreciar que sus intensas respuestas de ira iban en contra de sí mismo, no deseaba abandonar sus respuestas

de evitación tan bien practicadas para tener que manejar las situaciones provocadoras de ansiedad. Aún no había encontrado un grupo de compañeros con quienes conectar y, en diferentes momentos, había tratado de afiliarse a grupos “aficionados a vagabundear por las calles y que sólo beben cerveza y hablan de sexo”. No le interesaban los deportes (y además tenía algunas dificultades motoras finas), por lo tanto las actividades deportivas extraescolares no eran algo a lo que pudiera adaptarse bien. Manifestó sentirse preocupado por comenzar con la escuela superior si es que iba y añadió que, el día que habían visitado la escuela superior había sentido tantas nauseas que no fue a la visita y se quedó en su escuela. Manifestó también que le costaba entrar en una tienda local de alimentación por si pudiera encontrarse con otros niños. Su madre manifestaba que Michael se negaba a comer en restaurantes y Michael admitió que no se atrevía a comer ante nadie que no fueran su madre y su hermano. Se pusieron en práctica múltiples intervenciones concurrentes con las auto-afirmaciones racionales para ayudar a Michael a superar su ansiedad social/evaluadora. Las intervenciones conductuales adoptaron la forma de ejercicios con riesgo gradual. Como la tarta de queso era uno de los manjares favoritos de Michael, los dos establecimos una cita de “tarta de queso” para una de las sesiones terapéuticas en el despacho. Tras revisar las cogniciones específicas que creaban y mantenían su ansiedad sobre el hecho de comer en público y la práctica de sustituirlos por un auto-diálogo más racional, Michael y yo nos desplazamos a otro recinto dispuesto con mesa y sillas. Allí devoramos la mayor parte de una tarta de queso. La siguiente sesión se desarrolló en los locales de una gran cadena de comida rápida y comimos “satisfactoriamente” una hamburguesa. En colaboración con su madre, Michael accedió a un programa de contingencia para reunir a la familia en comidas en restaurantes. En pocas semanas Michael comía en la cafetería del centro escolar y, aunque seguía sintiendo ansiedad en este entorno, estaba más motivado para trabajar sobre este tema y para enfrentarse a su miedo.

Sin embargo, Michael siguió expresando inquietud por la posibilidad de ingresar en la escuela superior y comenzó a mencionar la idea del cambio de domicilio para irse a vivir con su padre y matricularse en la escuela superior de aquella ciudad. Parte de la ansiedad evaluadora de Michael se centraba en el miedo a perderse en el gran edificio de la escuela superior y a ser agobiado por todos los alumnos allí matriculados. Era verano y Michael accedió a visitar la escuela superior conmigo, a pasear por los pasillos y a buscar las clases que le habían sido asignadas. Pasamos dos horas en el edificio examinando todas las posibles áreas, desde el aula de arte hasta los laboratorios de ciencias, y a medida que continuaba nuestra visita, expresó una mayor tranquilidad ante la idea de comenzar en este centro. Sin embargo, cuando concluimos con la sesión in vivo, declaró que seguía queriendo vivir con su padre. Afirmó de forma casual que había pasado todos estos años con su madre viendo a su padre sólo de forma ocasional, y que ya era hora de conocer mejor a su padre. Presentó este argumento de forma lógica y negó que se tratara de una estrategia de evitación.

El dilema del terapeuta. Mi instinto terapéutico me decía que debía motivarlo y seguir trabajando para modificar las cogniciones productoras de ansiedad a través de la exposición in vivo y del diálogo racional. Sugerí a Michael que de no enfrentarse al “monstruo de la ansiedad” las cosas irían de mal en peor. Se limitó a presentar su argumento, afirmando que como hijo varón podría sentirse más cómodo viviendo con su padre.

Como sabe cualquiera que trabaje con adolescentes, es difícil “empujar” a los jóvenes de 14 años mucho más allá de donde ellos mismos se dejen llevar. Pensé que era necesaria una solución para este atolladero. Recordé que el objetivo de cualquier tarea terapéutica es el bienestar a largo plazo del cliente. También recordé que si pidiera a Michael que resuelva sus ansiedades sólo mediante mis prescripciones, entonces estaría modelando un modelo absolutista, que a largo plazo puede ser problemático. La REBT subraya el valor del empiricismo y defiende la continua contrastación con la realidad (DiGiuseppe, 1991). Si, en el caso de Michael, la realidad era que no resolvía un problema alejándose de él, entonces debíamos de recoger los datos. Hablé con la madre de Michael y le sugerí que si insistíamos en que Michael debía quedarse con ella, su hijo iba a acusarla de todos los problemas con que se encontrara en la escuela superior. Por el contrario, si le permitíamos que pasara cierto tiempo con su padre, podría descubrir por propia experiencia que la conducta de escape no era la solución idónea. Después de todo, era probable que Michael encontrara dificultades sociales y sucesos que activaban su ansiedad tanto dentro de la misma ciudad como fuera de ésta. La madre de Michael accedió y con cierto nerviosismo organizó el cambio de domicilio de su hijo a la ciudad donde vivía su padre a 450 kilómetros de su residencia actual. Con Michael establecimos el acuerdo de que esto era un experimento: si sus resultados académicos eran peores o su trabajo escolar se veía perjudicado, volvería a casa de su madre al final del primer trimestre.

Michael comenzó así su noveno curso en la escuela superior de una pequeña ciudad. En sus visitas ocasionales a casa de su madre, siempre establecíamos alguna cita para ver cómo iban las cosas. Como es de esperar, hubo un período inicial de “luna de miel” y Michael empezó a hablar de las ventajas de la nueva comunidad en la que estaba viviendo, de sus nuevos amigos, de lo bien que le iban las clases, etc. A comienzos de la primavera, sin embargo, experimentó un pequeño desacuerdo con uno de sus compañeros y se quejaba de que su padre no pasaba suficientes horas en el hogar. Quería volver a casa. Su madre le explicó que el traslado a medio trimestre no sería muy recomendable porque el currículum de ambos centros era diferente. Yo recordé a Michael que habíamos establecido un acuerdo y que salvo que experimentara un fracaso académico podría seguir viviendo con su padre durante todo el año. Cuando se reunió con su madre en la sala de espera, se limitó a decir, “Un desastre de sesión”.

Tres semanas más tarde Michael tenía las vacaciones de Semana Santa y vino a pasarlas al domicilio materno. El siguiente diálogo se produjo en una de nuestras visitas de seguimiento:

Michael: Sabes, me vino muy bien volver con mi padre.

Dr.P: ¿De verdad?

Michael: Sí. Lo he pensado mucho y he llegado a la conclusión de que cuando uno se siente mal por algo siempre hay tres posibles niveles de acción. Se puede vivir con el malestar, se puede evitar la situación que lo produce o se puede resolver el asunto. Lo mejor es manejarlo. ¿Recuerdas el niño del que te hablé? ¿El niño con quien me peleé? Bueno, pues hablé con él sobre el asunto, y eso fue todo. Ahora es mi mejor amigo. ¿Y sabes otra cosa? He sacado 96 puntos en mi último examen de matemáticas.

Dr.P: Felicidades Michael, ésa es una nota muy buena. Y te felicito por todas las molestias que te has tomado para pensar en el problema con tu compañero de clase. Creo que tendrás éxito allí.

Michael completó su noveno curso en el centro en el que estaba y deseaba volver a casa en verano. Dijo que estaba deseando volver a su antiguo centro escolar para cursar el décimo curso. Con ayuda de su madre logró un trabajo de verano cuidando y alquilando motos acuáticas en el puerto local.

Adolescencia media de Michael (15-16 años). Hacia la mitad de la adolescencia el adolescente entra en lo que Josselson (1980) denomina fase de *aproximación* del proceso de individuación. Habiendo alcanzado cierta distancia de los progenitores, surge una aceptación parcial y condicional de la autoridad adulta. Ya no se necesita “luchar contra el enemigo en cualquier circunstancia”. En lugar de esto, se produce una creciente conciencia de que los adultos pueden ser personas apropiadas a quienes consultar. Este cambio evolutivo se observó en una de las primeras sesiones que tuvimos Michael y yo tras su vuelta a casa. Me explicó cómo había manejado una de las frecuentes explosiones de ira de su jefe en el puerto. “Sabes”, dijo Michael, “me limito a decirme que Tom es Tom. A propósito, tengo que agradecerte por esa idea”. Al final de esta sesión particular, que se había centrado sobre todo en la resolución de problemas, Michael se levantó para marcharse, estrechó mi mano y dijo, “Buena sesión la de hoy. He aprendido muchas cosas. Gracias”.

Objetivos de tratamiento para la adolescencia media. En este momento Michael y yo nos veíamos con una frecuencia quincenal. Su décimo curso en el centro educativo estaba siendo favorable desde el punto de vista académico. Durante el primer trimestre había logrado varias Matrículas de Honor. Aunque seguía sintiéndose algo incómodo en las situaciones sociales que implicaran a grupos de personas, se sentía bastante cómodo en los encuentros sociales con una única persona. Michael ha manifestado que necesita trabajar sobre dos áreas en este momento y son éstas las que se han convertido en centro de atención de nuestra terapia:

1. Trabajar para avergonzarse menos cuando esté con chicas.
2. Trabajar para ser más flexible en algunos de sus patrones de pensamiento.

Estos objetivos de tratamiento se mantuvieron tal como Michael los expresó. Desde el punto de vista evolutivo, es importante que Michael se responsabilice cada vez más del esfuerzo terapéutico, y ha sido capaz de hacerlo de una forma bastante natural y cómoda. Desde el comienzo de la terapia, a los 8 años de edad, ha sido animado a participar en el proceso. Parece que ahora ha internalizado la idea de la terapia como una aventura colaboradora. Además, se puede observar que ha internalizado el foco de resolución de problemas propio de la REBT (Dryden, 1990). Es digno de mención que Michael monitorea y evalúa sus cogniciones y es consciente de que algunas veces llega a conclusiones exageradas, generalizadoras e improcedentes. Incluso aunque afirme que desea trabajar “para ser más flexible”, manifiesta también que suele “pillarse” exagerando, entonces detiene el pensamiento, piensa en él y adopta, a continuación, una perspectiva más racional.

A Michael le gustaba oír que todas las personas luchan contra los patrones irracionales de pensamiento y que tales patrones parecen tener un origen biológico (Ellis, 1976); este concepto parecía eliminar cualquier atisbo de que él fuera algo diferente de sus restantes compañeros. Por lo tanto, como la disputa de los pensamientos irracionales se planteaba como un reto intelectual (y como podía producir tanto placer como muchos otros logros intelectuales), Michael aceptó con mucho entusiasmo el reto de modificar su propio pensamiento irracional.

Michael y yo seguimos trabajando sobre su problema de la “vergüenza ante las chicas”. En una sesión conté a Michael una historia sobre un “psicólogo muy famoso” a quien, de joven, le avergonzaba mucho estar con mujeres. Para el lector que desconozca la famosa historia del joven Albert Ellis en los Jardines Botánicos del Bronx, basta decir que el Dr. Ellis cuenta a menudo que solía “forzarse” a acercarse a una mujer sentada en el Botánico y, tras iniciar una conversación con ella, la invitaba a salir con él. Afirma que de 100 mujeres a las que se aproximó de este modo, sólo una accedió a salir con él, y después le dio plantón. Pero, como dice el Dr. Ellis, toda esta práctica le permitió eliminar su vergüenza hacia las mujeres (Yankura & Dryden, 1994).

Unas dos semanas después de oír esta historia Michael manifestó que había preguntado a una chica si podía “verla” y ella había contestado que tenía novio. Entonces el añadió, “¡Supongo que ésa es la primera y aún me quedan otras 99 que probar!”

Parece que la vergüenza de Michael se sustenta en una creencia irracional que puede ser la siguiente: siempre debo decir lo correcto cuando estoy con chicas, porque de lo contrario pensarán que soy tonto, y tendrán razón. Enfrentarse cognitivamente y conductualmente a esta idea es el foco de interés del tratamiento en este momento. A lo largo de este curso escolar Michael ha establecido relaciones de amistad con muchas chicas de su clase. Aún no tiene novia, pero manifiesta que está trabajando sobre ese particular. Si tuviera que hacer una predicción diría que *este* verano...

CONCLUSIÓN

Es difícil combinar la imagen del niño de 8 años de edad, hiperactivo, con escasos logros académicos y sin amigos la primera vez que lo conocí en 1987 con el adolescente articulado y estudioso que conozco en la actualidad. Michael de 16 años de edad no parece correr el menor riesgo de una psicopatología adulta significativa, reduciendo así una de las principales preocupaciones del diagnóstico de TDAH en la infancia. Además emplea su buena capacidad intelectual para cuestionar y desafiar sistemáticamente lo que él llama “pensamiento inflexible”. Esto podría permitir que su desarrollo emocional sea sano. Sus intervenciones durante las sesiones terapéuticas (por ejemplo, el diálogo del inicio de este capítulo) parecen demostrar la existencia de un esquema cognitivo vinculado a la teoría REBT.

La conducta humana esta determinada por múltiples factores. ¿Qué rol ha desempeñado la REBT en la historia evolutiva del Michael? Por el momento, la internalización de los conceptos y el uso de las estrategias REBT parece ayudarle a regular sus pensamientos, sentimientos y conductas. Ha demostrado que es capaz de generalizar la regulación cognitiva, afectiva y conductual en diferentes momentos y lugares. Por lo tanto puedo imaginar que las futuras tareas evolutivas se producirán sin excesivos altibajos. No hubiera supuesto esto en marzo de 1987.

5

REBT y Trastorno de Ansiedad con Agorafobia

Joseph Yankura

Siento como si no pudiera respirar, como si me sofocara. Cuanto más me esfuerzo por llenar de aire mis pulmones, peor es la sensación. Siento que mi corazón late a mucha velocidad y siento dolor en el pecho. Me mareo y todo parece irreal, como si estuviera viendo el mundo a través de una gasa. Es completamente anormal, y estoy segura de que voy a perder el control. Me asusto mucho y siento que tengo que hacer algo para que se detengan estos sentimientos, pero no sé qué hacer. Miro ansiosa a mi alrededor para ver si hay alguien que pueda ayudarme. Quiero escapar, librarme de lo que experimento y temo que esta vez me pase algo terrible.

Esta descripción de una crisis de angustia fue presentada por Ángela, una paciente que sufría trastorno de angustia, cuyo tratamiento con terapia racional emotiva (REBT) se describe a lo largo del capítulo. La descripción de Ángela es similar en sus características básicas a las que ofrecen la mayoría de las personas con trastorno de angustia. Por definición (en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, cuarta edición [DSM-IV]; APA, 1994), los individuos con trastorno de angustia viven amedrentados por su siguiente crisis de angustia. Esto es comprensible, dados los extraños e inesperados síntomas fisiológicos, la incomodidad de la intensa ansiedad y los temores de muerte inminente que los pacientes con trastorno de angustia experimentan durante la crisis. Muchos individuos con trastorno de angustia tienden a evitar las sensaciones y experiencias que asocian con tales crisis, o las situaciones en las que la huida puede ser difícil o no se dispondría de ayuda si se produjera la crisis. Los individuos con trastorno de angustia pierden muchas veces su calidad de vida (Markowitz, Weissman, Quелlette, Lish & Klerman, 1989) y son los usuarios más habituales de los servicios médicos y de salud mental (Boyd, 1986). No es anormal que las personas con trastorno de angustia cuenten con un historial de múltiples admisiones en los servicios de urgencia de los centros hospitalarios de zona.

Durante muchos años se desconocían la naturaleza y etiología de las crisis de angustia, el trastorno de angustia y la agorafobia. En consecuencia, los tratamientos psicoterapéuticos producían con frecuencia resultados escasos para los clientes, y los índices de recaída solían ser bastante altos. En la actualidad, sin embargo, existen tratamientos cognitivo-conductuales muy efectivos que pueden

ayudar a los individuos con trastorno de angustia a reducir de forma significativa la frecuencia, intensidad y duración de sus crisis de angustia así como las restricciones en el estilo de vida que se derivan de la evitación agorafóbica.

En el presente capítulo revisaremos en primer lugar el material general pertinente al diagnóstico y tratamiento del trastorno de angustia con agorafobia (TA-A). Los tratamientos contemporáneos para este trastorno se describirán a continuación. El enfoque de la terapia cognitivo-conductual general para la conceptualización y tratamiento se presentará en mayor detalle porque las características de este enfoque se incorporan muchas veces en el paquete del tratamiento racional emotivo para el TA-A. Después de esto, se comentará el enfoque REBT y se presentará un caso ilustrativo. Este material permitirá al lector observar las principales diferencias entre la terapia cognitivo-conductual y la terapia REBT.

TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS E INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Al comentar el diagnóstico del trastorno de angustia con agorafobia, en primer lugar es necesario describir los criterios del DSM-IV (APA, 1994) para las crisis de angustia, porque la experiencia de las crisis recurrentes es esencial para la identificación de este trastorno. El DSM-IV describe la crisis de angustia del siguiente modo:

Un período discreto que se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o a perder el control. (APA, 1994, p. 401)

Las crisis de angustia difieren de los altos niveles de ansiedad en términos de su súbita y, a menudo, inesperada aparición y también en términos de su tendencia a presentar la máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 minutos) acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar (Warren & Zgourides, 1991). Además, la ansiedad general no implica cambios físicos dramáticos que acompañen a la crisis de angustia, y es considerada como una condición crónica, continua (Clum, 1990).

Sobre la base del DSM-IV, para que un individuo sea diagnosticado de trastorno de angustia, las crisis de angustia deben de ser recurrentes e inesperadas y también deben ir seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de un mes, de una o más de las siguientes características:

1. Preocupación persistente por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia.
2. Preocupación por sus posibles implicaciones o consecuencias (e.g., perder el control, sufrir un ataque al corazón, “volverse loco”).
3. Un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. (p. 405)

Además, las crisis de angustia no deben estar ocasionadas por el uso de sustancias (e.g., drogas o fármacos) o por una condición médica general y no se pueden explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental (como un trastorno obsesivo-compulsivo, un trastorno por estrés postraumático o una fobia). Aquí se observa que las crisis de angustia se producen muchas veces dentro del contexto de una variedad de trastornos emocionales. También debe señalarse que las tres características descritas previamente pueden ser consideradas como claves para el enfoque del tratamiento racional emotivo.

Muchos individuos con trastorno de angustia experimentan ansiedad o se implican en la evitación fóbica de situaciones o lugares en los que la huida puede ser difícil o no se dispondría de ayuda en caso de que se produjera la crisis. Cuando tal ansiedad y evitación son parte de la sintomatología que presenta el paciente (y no se deben a ningún otro trastorno mental), lo apropiado suele ser el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia (TA-A).

Entre los lugares que evitan las personas con TA-A se encuentran los transportes públicos (e.g., metro, autobuses, aviones), las colas de espera, viajar lejos del propio hogar, los restaurantes, los teatros y los ascensores (Barlow & Craske, 1994).

El DSM-IV indica que, aunque la edad de aparición puede variar considerablemente de una persona a otra, normalmente se produce en la adolescencia tardía y durante la treintena. Muchos expertos han señalado que el período precedente a la crisis de angustia inicial puede caracterizarse por sucesos vitales estresantes y algunos autores han sugerido que el estrés crónico puede predisponer a algunos individuos a las crisis de angustia y al consiguiente desarrollo del trastorno de angustia (véase, e.g., Clum, 1990). El diagnóstico del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres, quizá debido parcialmente al hecho de que los hombres son más reacios a solicitar ayuda para sus problemas. En consecuencia, no son diagnosticados ni contemplados.

La investigación sugiere que las crisis de angustia son un fenómeno bastante común. Por ejemplo, en un estudio que examina la incidencia de crisis de pánico poco frecuentes se encontró que el 34.4% de los participantes había experimentado como mínimo una crisis durante el año anterior (Norton, Harrison, Hauch & Rhodes, 1985). Otro estudio, centrado en las crisis de angustia inesperadas, revelaba que el 12% aproximadamente de una gran muestra de estudiantes universitarios manifestaba haber experimentado una o más crisis de angustia a lo largo de sus vidas (Telch, Lucas & Nelson, 1989). Con respecto a la prevalencia del trastorno de angustia, en el DSM-IV, sobre la base de los estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo de forma consistente, se observa que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1.5 y el 3.5%. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2%. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobia, si bien esta última puede observarse más frecuentemente en la población clínica.

TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

Tratamientos psicofarmacológicos

Ciertas medicaciones psicotrópicas se prescriben comúnmente para el tratamiento del trastorno de angustia con y sin agorafobia. Barlow y Craske (1994) han señalado que, de hecho, casi el 75% de los pacientes que solicitan tratamiento en los centros de salud mental toman algún tipo de medicación para su ansiedad. Las medicaciones más extendidas entre los pacientes de TA se incluyen los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos y las benzodiacepinas de alta potencia (Warren & Zgourides, 1991). Además, recientemente un grupo relativamente nuevo de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, han recibido la atención del tratamiento farmacológico para el TA.

Aunque se ha demostrado que las medicaciones psicotrópicas son útiles para reducir los síntomas de las personas que padecen angustia, son varios los problemas inherentes al tratamiento exclusivo del TA con medicación.

Efectos secundarios. En primer lugar, algunos de los fármacos usados para tratar el TA producen efectos secundarios desagradables. Por ejemplo, los pacientes que comienzan con un régimen de antidepresivos tricíclicos pueden experimentar visión borrosa, aceleración del ritmo cardíaco e inquietud. Aunque estos efectos se reducen a medida que se sigue con la administración, pueden ser especialmente difíciles de soportar para el paciente con TA, porque el individuo con TA tiende a ser especialmente sensible y susceptible a cualquier cambio somático que pueda señalar la aparición de un trastorno de angustia. De hecho, más del 25 % de los pacientes con TA pueden detener el régimen de antidepresivos tricíclicos antes de empezar a sentir los efectos beneficiosos.

Dependencia del fármaco. Las benzodiacepinas de potencia alta (como el Xanax) son medicaciones que actúan con rapidez. Los pacientes experimentan mejoría con respecto a sus síntomas de angustia desde los primeros días que han empezado con la administración del fármaco. Sin embargo, Xanax presenta una media de vida bastante corta, en el sentido de que sus efectos desaparecen relativamente pronto. Además, al dejar de tomar Xanax los síntomas de ansiedad pueden volver y esto puede tener efectos aún peores. Como la conclusión del tratamiento con Xanax puede ser desagradable, los pacientes pueden correr el riesgo de convertirse en adictos psicológicos y físicos al fármaco.

Recaídas. Los índices de recaídas suelen ser importantes entre los pacientes con TA que han concluido con la farmacoterapia. Clum (1990) hace referencia a un índice de recaída de más del 30% para los antidepresivos tricíclicos y un índice del 55% para el IMAO Nardil. Barlow y Craske (1994) manifiestan que la mitad aproximadamente de los pacientes que toman benzodiacepinas de potencia alta recaerán en un intervalo de seis meses tras la finalización de la adminis-

tración. Los índices de recaídas tienden a ser más altos para los pacientes de farmacoterapia que no hayan recibido psicoterapia colateralmente.

Falta de habilidades de manejo. En comparación con los pacientes que reciben colateralmente psicoterapia efectiva, los pacientes con TA tratados exclusivamente con medicación son menos propensos a desarrollar nuevas estrategias de manejo para sobreponerse a los problemas de angustia. Mientras que los enfoques psicoterapéuticos (como la REBT) que explícitamente enseñan destrezas de manejo pueden motivar la sensación de auto-eficacia de los pacientes (i.e., aumentar su sensación de que son capaces de manejar sus problemas por sí mismos), la farmacoterapia, cuando es el único modo de tratamiento, puede enseñar al paciente TA que es inútil para superar sus problemas si carece de las pastillas.

Los tratamientos cognitivo conductuales de la actualidad (que proporcionan al cliente una amplia gama de estrategias y técnicas de manejo) han demostrado ser eficaces para aliviar los síntomas del trastorno de angustia. Estos tratamientos también parecen presentar menores índices de recaídas que los tipos de farmacoterapia existentes en la actualidad. Huelga decir que los tratamientos que alivian los síntomas y fomentan la independencia y auto-eficacia del cliente son preferibles a los tratamientos que sólo ofrecen un alivio limitado de los síntomas.

Tratamiento Cognitivo-Conductual General (CCG)

En este apartado se describirá el enfoque cognitivo-conductual general para la conceptualización y tratamiento del TA-A. El enfoque REBT para la conceptualización y tratamiento, que difiere en algunos aspectos significativos del enfoque CCG, será presentado en un apartado posterior.

Los enfoques cognitivo-conductuales dirigidos directamente a los síntomas de ansiedad y a la evitación agorafóbica se han demostrado muy útiles (Clark & Ehlers, 1993; Clark, Salkovskis, Haackmann, Middleton, Anastasiades & Gelder, 1994; Craske, Meadows & Barlow, 1994). Antes de describir estos enfoques, sin embargo, sería útil, en primer lugar, describir la conceptualización cognitivo-conductual del trastorno de angustia con agorafobia. La introducción a este modelo ayudará al lector a comprender los objetivos y las técnicas de tratamiento incorporados en el enfoque del tratamiento cognitivo-conductual general.

En esencia, el modelo cognitivo-conductual general contempla los siguientes elementos:

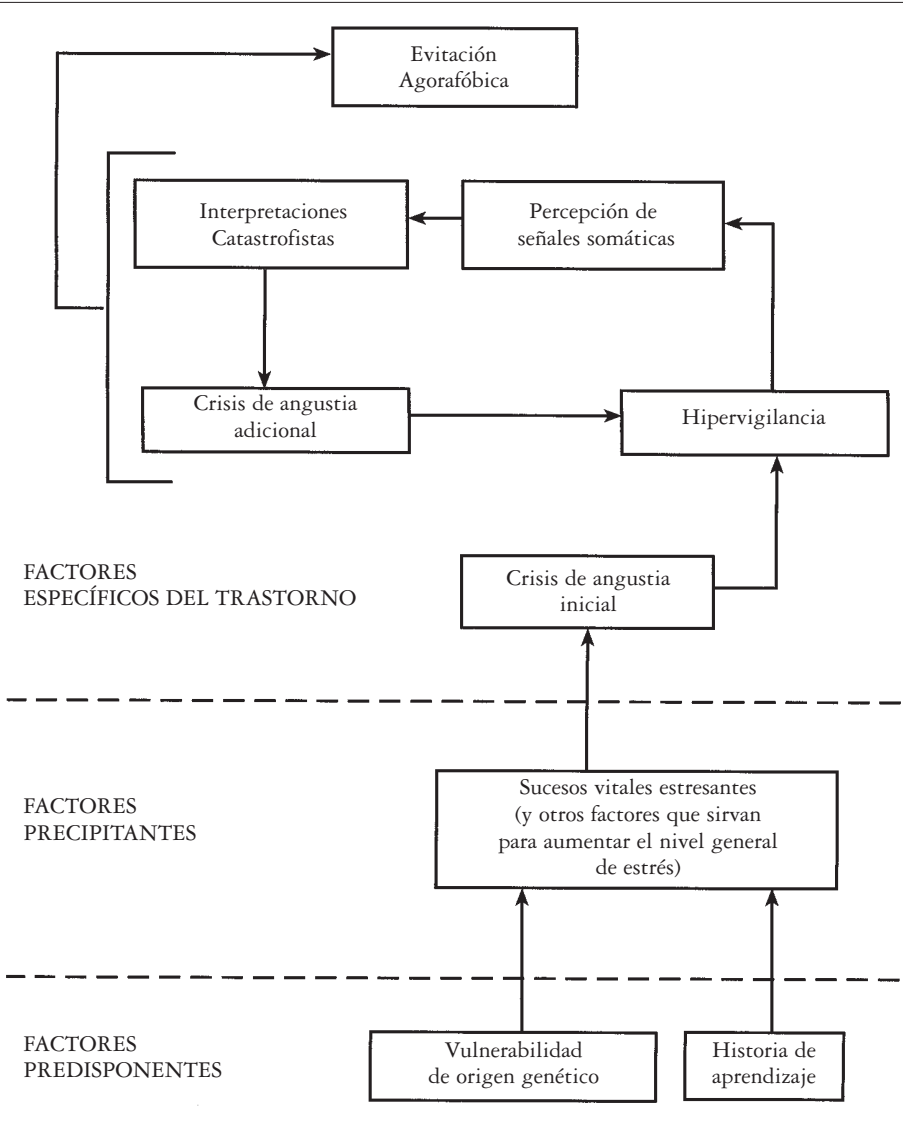
1. Los factores predisponentes
2. Los factores precipitantes
3. Los factores específicos del trastorno

Los diversos componentes del trastorno de angustia se representan en la Figura 5.1.

Con respecto a los factores predisponentes, los puntos de vista cognitivo-conductuales sobre la etiología de las crisis de angustia y del TA reconocen que algu-

nos individuos, debido a su constitución genética, pueden tener una *predisposición genética* a experimentar crisis y trastorno de angustia (Clum, 1990; Craske, Meadows & Barlow, 1994).

Figura 5.1. Modelo cognitivo-conductual general del trastorno de angustia con agorafobia.



Además, la *historia de aprendizaje* de un individuo también puede contribuir a la predisposición hacia las crisis de angustia. Por citar un ejemplo, una persona criada en un entorno que contribuya al desarrollo de preocupaciones crónicas por la salud puede ser más propensa a desarrollar un trastorno de angustia que otra persona criada en un entorno en el que las cuestiones de la salud se mantengan dentro de unos límites razonables.

Con relación a los factores precipitantes, el modelo cognitivo-conductual general reconoce que los *sucesos vitales estresantes* (o más específicamente, la observación y experimentación de tales sucesos) pueden contribuir muchas veces a la crisis de angustia inicial. Además, el consumo excesivo de cafeína y el abuso de drogas puede producir estrés físico y sensaciones corporales que podrían precipitar la crisis de angustia.

Hasta el momento, hemos comentado los factores que pueden estar implicados en la aparición de la primera crisis de angustia del cliente. Tras esta crisis inicial, el desarrollo del trastorno de angustia depende de diversas variables que podrían ser clasificadas como factores específicos del trastorno. Los individuos que desarrollan un TA tras la crisis inicial presentan una *hipervigilancia* hacia las posibles señales de otra crisis inminente (Barlow & Cerny, 1988; Clum, 1990). Estos individuos son particularmente hipervigilantes hacia las señales somáticas que proceden del ejercicio de actividades “normales” y que producen ciertos tipos de sensaciones corporales (e.g., respiración corta o aumento de los latidos del corazón por ejercicio físico; sudoración y sensación de desmayo provocado por el calor o condensación del recinto). Al percibir señales somáticas particulares, el individuo les aplica las *interpretaciones catastrofistas* (e.g., “Voy a morir/volverme loco/perder el control”). Según el modelo cognitivo-conductual general, estas interpretaciones catastrofistas llevan al individuo a experimentar un aumento del nivel de ansiedad. El aumento del nivel de ansiedad, combinado con la exacerbación de las señales somáticas, puede contribuir a que el individuo experimente un nuevo episodio de crisis de angustia.

Las personas que sufren trastornos de angustia pueden desarrollar agorafobia si comienzan a asociar situaciones y lugares particulares con las crisis de angustia, de tal forma que evitan estas situaciones con el fin de reducir la probabilidad de que se produzca otra crisis. La evitación agorafóbica también puede evidenciarse en las situaciones de las que cuesta escapar o en las que sería difícil obtener ayuda en caso de que se produjera la crisis. La conducta de evitación y de escape tiende a mantenerse porque es muy reforzante a corto plazo. En este sentido, algunos individuos con TA pueden aprender a ver tal conducta como un medio crucial para manejar la amenaza de las crisis recurrentes.

El tratamiento cognitivo-conductual general para los pacientes con TA-A tiende a incorporar las siguientes características:

1. *Reeducación sobre las crisis de angustia*. Al comienzo del tratamiento se explica a los pacientes el modelo cognitivo-conductual del TA-A. Muchas veces, esta explicación en sí misma sirve para aliviar a los pacientes.

2. *Entrenamiento en respiración y relajación.* El reentrenamiento en respiración suele ser útil para los clientes con trastorno de angustia, dado que entre el 60 y el 70% de los individuos experimentan síntomas de hiperventilación durante las crisis. El entrenamiento en respiración y relajación ofrece a los clientes los medios para ejercer cierto control sobre los síntomas físicos y también les ayuda a reducir los niveles generales de ansiedad que pueden contribuir a las crisis de angustia.

3. *Reestructuración cognitiva.* Este componente del tratamiento CCG persigue ayudar a los clientes a modificar las cogniciones catastróficas implicadas en sus crisis de angustia. La revisión de las estimaciones de probabilidad sobre la posibilidad de sufrir una crisis de angustia en determinadas situaciones y la reevaluación realista de las consecuencias negativas anticipadas de la crisis de angustia son los dos objetivos que persigue la reestructuración cognitiva.

4. *Exposición a señales somáticas interoceptivas.* Mediante la información recogida en la entrevista clínica, los instrumentos de diagnóstico y una serie de ejercicios que provocan sensaciones corporales (Barlow & Craske, 1994), el terapeuta determina las sensaciones corporales que teme el cliente. A continuación el cliente se expone sistemáticamente a estas sensaciones temidas a través de la práctica entre sesiones de los pertinentes ejercicios de provocación. Como es obvio, el terapeuta aporta la formación y el modelado sobre el correcto uso de dichos ejercicios. Una vez que el cliente haya completado una jerarquía de ejercicios de exposición interoceptiva, recibe a continuación la instrucción de afrontar las actividades evitadas (como el ejercicio físico, sexo o consumo de café) que se asocian con las sensaciones somáticas temidas.

5. *Exposición a las situaciones y lugares temidos.* Para los clientes que hayan desarrollado la evitación agorafóbica en conexión con su trastorno de angustia, la exposición en vivo de las situaciones y lugares evitados (como las hileras en el supermercado, los restaurantes, los cines) es una parte muy importante del tratamiento. Como los clientes evitan entornos particulares a consecuencia de la ansiedad que podría producirse en ellos, se les instruye para que induzcan deliberadamente sus sensaciones somáticas mientras se encuentran en estos entornos, de tal forma que puedan seguir profundizando en su desensibilización. Los clientes aprenden a aplicar técnicas particulares (e.g., respiración diafragmática) para que puedan manejar cualquier vestigio de ansiedad que experimenten en los ejercicios in vivo.

Dadas las estrategias de tratamiento y objetivos de intervención señalados previamente, la terapia cognitivo-conductual para el TA-A se esmera particularmente en el diagnóstico de las cogniciones catastróficas del cliente, las sensaciones somáticas temidas y las actividades, situaciones y lugares evitados. En particular, se requiere una evaluación exacta y específica con el fin de construir las jerarquías de exposición que sean relevantes para cada cliente. Para una revisión detallada de los procedimientos de evaluación del TA-A se remite al lector a Warren y Zgourides (1991).

En los próximos apartados, se revisará la conceptualización y tratamiento del enfoque REBT. Aunque el enfoque REBT solapa en algunos aspectos al enfoque CCG, existen diferencias significativas entre ambos. Estas diferencias, sobre todo las referidas al tratamiento, serán subrayadas a continuación.

REBT Y TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

Con el fin de ofrecer al lector una base de material conceptual, el siguiente comentario comienza con una introducción a la teoría REBT en la medida en que se aplica a los trastornos psicológicos en general y a los problemas de ansiedad en particular. Después de esto se centrará específicamente en la aplicación de la REBT al TA-A

La perspectiva REBT de los trastornos psicológicos

La teoría REBT supone que todos los seres humanos disponen de una tendencia de origen biológico a construir creencias racionales e irracionales sobre sí mismo, los otros y el mundo que les rodea (Ellis, 1976). Las creencias racionales se definen en la REBT como cogniciones evaluadoras de importancia personal que tienden a ser preferenciales (en oposición a absolutistas), lógicas y coherentes con la realidad. Normalmente favorecen la supervivencia y la felicidad del individuo y tienden a no provocar trastornos emocionales significativos ni duraderos. Las creencias irracionales, por otra parte, son a menudo más absolutistas, ilógicas e incoherentes con la realidad. Normalmente cuentan con una premisa irracional (frecuentemente expresada en forma de debe, debería o tiene que) y de uno o más derivados evaluadores (e.g., negativa valoración de la persona, catastrofización y los “no puedo soportar esto”). En oposición a las creencias racionales, las creencias irracionales producen muchas veces angustia emocional significativa e impiden la felicidad del individuo y el logro de metas personales significativas (Dryden & Yankura, 1993).

Dada la tendencia innata a construir creencias irracionales, es probable que todos los seres humanos produzcan, por lo menos ocasionalmente, motivos de innecesario dolor emocional para sí mismos generando creencias irracionales ante las circunstancias negativas de la vida. Tales dolencias incluyen las emociones negativas insanas como la culpabilidad, la depresión, la vergüenza, la ira, el dolor y la ansiedad. Estas emociones negativas insanas pueden ser contrastadas con sus homólogos sanos (pero aún negativos): remordimiento, tristeza, resentimiento, enfado, decepción y preocupación (Dryden & Yankura, 1993). Modalidades específicas de creencias irracionales tienden a sostener cada una de las emociones negativas insanas; la ira, por ejemplo, implica una premisa absolutista dirigida hacia otra persona (e.g., “Mi marido *debería* actuar con más consideración hacia mí”) y un derivado evaluador que adopta la forma de una valoración negativa de la persona (e.g., “Es un auténtico desgraciado por tratarme como lo hace”).

Para muchos individuos que funcionan de un modo sano, las dolencias emocionales y las disrupciones conductuales serán relativamente infrecuentes, suaves y de escasa duración. Sin embargo, algunos individuos experimentan problemas emocionales y conductuales que llegan al nivel del trastorno psicológico, donde “trastorno” se define como una condición duradera asociada con niveles significativos de angustia y deterioro del funcionamiento (véase DSM-IV, APA, 1994).

La REBT defiende que, en comparación con los individuos cuyo funcionamiento es sano, aquellos con trastornos psicológicos tienden a:

1. Construir más rápidamente creencias irracionales sobre las circunstancias negativas de la vida.
2. Atribuyen con más frecuencia estas creencias negativas a las circunstancias vitales negativas.
3. Se aferran a sus creencias irracionales con mayor tenacidad.

En general, la REBT trata de ayudar a los clientes a identificar, disputar y sustituir las creencias irracionales que sostienen sus dolencias emocionales y sus dificultades conductuales. El proceso de disputa de las creencias irracionales puede implementarse mediante los canales cognitivo, emotivo y conductual. Dadas las características de los individuos que padecen trastornos psicológicos, la REBT reconoce que las intervenciones terapéuticas deberán ser vívidas, fuertes y vigorosas para que sean óptimamente efectivas (Dryden, 1991; Ellis, 1979a).

La perspectiva REBT sobre la ansiedad y los trastornos de ansiedad

De las diversas emociones negativas previamente citadas, la ansiedad tiene la mayor relevancia para el presente capítulo. Según la teoría REBT, cuando un individuo experimenta esta emoción se producen los siguientes pasos cognitivos (Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992):

1. Probablemente sucederá algo malo. [Inferencia negativa]
2. No *debe* producirse. [Premisa irracional]
3. Sería *terrible* si lo hiciera. [Derivación evaluadora negativa]

Observe que el primer paso en esta secuencia conlleva una inferencia negativa: “Probablemente sucederá algo malo.” En la conceptualización racional-emotiva de las dolencias emocionales, esta inferencia (que en este caso adopta la forma de una predicción o estimación de probabilidad) sería considerada como un *suceso activador* (A) que sirve para propulsar la creencia irracional del individuo (B, compuesto de una premisa y de un derivado) en los pasos 2 y 3. A continuación, esto conduce al individuo a experimentar la consecuencia emocional (C) de la ansiedad. Esta consecuencia emocional puede fomentar que ciertas tendencias de acción de la persona se asocien con la ansiedad, como la evitación o el escape de la amenaza percibida en A (Dryden & Yankura, 1993). En la Figura 5.2 se representa un episodio simple de ansiedad (que puede ser considerado como ansiedad social o evaluadora) según el modelo ABC de la REBT.

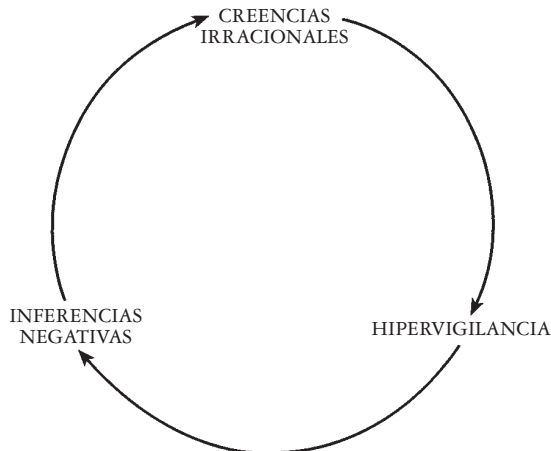
Ellis (1977, 1980a) supone que las creencias “musturbatorias” conducen a inferencias negativamente distorsionadas. De hecho, existe una relación interactiva entre las inferencias y las creencias irracionales implicadas en los episodios de ansiedad. Cuando un individuo construye una creencia irracional sobre un suceso negativo particular (e.g., “Debo evitar el rechazo a toda costa”) pasa a estar hipervigilante ante la ocurrencia de tal suceso. Esta hipervigilancia produce

Figura 5.2. Un episodio de ansiedad simple según el modelo ABC de la REBT.

Suceso activador (A)	Creencias (B)	Consecuencias (C)
“Probablemente experimentaré rechazo en la fiesta a la que he sido invitado.”	<p><u>Premisa:</u> “Debo recibir aprobación y no ser nunca rechazado por las personas a quienes considero importantes.”</p> <p><u>Derivados:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auto-valoración negativa: “Si experimento rechazo, esto prueba que no soy bueno.” 2. Los <i>No puedo soportarlo</i>: “Yo no podría soportar de ningún modo tal rechazo” 	<p><u>Emocional:</u> Ansiedad</p> <p><u>Tendencia de acción:</u> Evitación (e.g., poner una excusa para no asistir a la fiesta)</p>

malentendidos (e.g., si una persona busca insistentemente señales de rechazo en una fiesta, probablemente percibirá alguna) y aumenta la frecuencia con que se generan las inferencias negativas. Un mayor número de inferencias negativas fomenta, a su vez, la frecuencia de las creencias irracionales. Esta relación cíclica entre las creencias irracionales y las inferencias se representa en la Figura 5.3.

Figura 5.3. Relación cíclica entre las creencias irracionales y las inferencias.



Comparados con los individuos que no presentan problemas de ansiedad, aquellos que los padecen son más propensos a construir y posteriormente a adherirse a las creencias irracionales sobre los futuros sucesos negativos. Dependiendo del tipo de trastorno particular de ansiedad que se contemple, estos sucesos pueden incluir el rechazo (como en la fobia social), la contaminación (como en el trastorno obsesivo compulsivo) o sensaciones corporales incómodas (como en el trastorno de angustia). Los mecanismos mediante los cuales los individuos *desarrollan* los trastornos de ansiedad pueden describirse del siguiente modo:

1. Mediante una compleja combinación de experiencias, normas familiares y culturales y supuestamente ciertas vulnerabilidades fisiológicas (e.g., sistema nervioso autónomo excesivamente lábil), los individuos “aprenden” a valorar sucesos o circunstancias como “muy malas.”

2. En relación con su tendencia innata a pensar racionalmente, entonces preferir razonable y realísticamente que estos sucesos o circunstancias “muy malas” no se produzcan.

3. Aunque tengan una tendencia innata comparativamente mayor a pensar irracionalmente, con mucha facilidad añaden a sus preferencias racionales *debes* y *deberías* absolutistas (con sus derivados asociados de catastrofizar, valorarse negativamente y los *No puedo soportarlo*).

4. Habiendo construido creencias irracionales sobre la ocurrencia futura de sucesos o circunstancias “muy malas”, son más propensos a generar inferencias con distorsión negativa sobre tales sucesos y subestiman la capacidad personal para manejarlas.

5. Las inferencias con distorsión negativa provocan las creencias irracionales, que a continuación conducen al individuo a experimentar ansiedad. Como se ha señalado previamente, cuanto mayor sea la frecuencia de las inferencias con distorsión negativa, mayor será la frecuencia con que surgen las creencias irracionales provocadoras de ansiedad. El individuo sufre así frecuentes episodios de ansiedad.

6. Como los episodios de ansiedad son frecuentes y se producen en variedad de contextos, la ansiedad puede llegar a asociarse con una variedad de circunstancias y sucesos adicionales, que por sí mismos pueden convertirse en activadores (algunas veces sutiles) de creencias irracionales provocadoras de ansiedad.

7. Dado que la experiencia de la ansiedad puede ser muy incómoda (y puede estar acompañada por múltiples síntomas físicos inquietantes), los individuos pueden comenzar a ejecutar diversas estrategias contraproducentes para minimizar la exposición a los A amenazantes. Tales estrategias incluyen la evitación, el escape y la conducta supersticiosa. Estas estrategias son contraproducentes porque pueden contribuir a limitar el estilo de vida e impiden al individuo desarrollar formas de pensamiento más racionales sobre las “muy malas” circunstancias o sucesos.

8. El individuo puede desarrollar diversos problemas emocionales secundarios derivados de su problema originario de ansiedad. Entre tales problemas se encuentran las auto-valoraciones negativas (e.g., “Soy una persona débil, inapropiada por ser tan ansiosa y evitar tantas cosas”), que pueden dificultar incluso más la adopción de los pasos que serían útiles para combatir el problema original.

La descripción anterior debe ser considerada como una versión simplificada y abreviada del punto de vista REBT sobre el desarrollo de los problemas de ansiedad. Esperemos, sin embargo, que sirva al lector para comprender la complejidad de estos trastornos y la razón por la que algunos individuos presentan estos problemas y no otros.

En general, el tratamiento REBT para los trastornos de ansiedad implica ayudar a los clientes a identificar, disputar y sustituir las creencias irracionales que subyacen a los problemas de ansiedad. Un componente particularmente importante de la REBT para los trastornos de ansiedad consiste en identificar con tanta precisión como sea posible los As que evitan los clientes ansiosos, de tal forma que se asignen tareas para casa que conlleven la exposición significativa. La REBT se manifiesta favorable al enfoque de inundación para los ejercicios de exposición, porque esto se considera como medio para que la terapia sea más efectiva y más breve (Ellis, 1991). Los clientes que se exponen a los ejercicios de inundación tienen la oportunidad de desafiar sus creencias irracionales precisamente en aquellas situaciones que las provocan.

Una vez revisado el enfoque REBT para la conceptualización y tratamiento de los trastornos de ansiedad, a continuación comentaré estos aspectos en relación directa con el trastorno de angustia con agorafobia.

Conceptualización y Tratamiento REBT del Trastorno de Angustia con Agorafobia

Como se ha señalado en el apartado anterior, los individuos con trastornos de angustia tienden a elaborar y posteriormente a adherirse con firmeza a las creencias irracionales sobre sucesos futuros que se anticipan como negativos. En el caso de los individuos con TA-A, estas creencias irracionales suelen estar centradas en la ocurrencia de futuras crisis de angustia. Como ciertas sensaciones somáticas (e.g., sudoración, mareos, respiración entrecortada) se contemplan como los orígenes de tales crisis, las creencias irracionales se centran en la aparición de tales síntomas.

Algunas creencias irracionales típicas que se han descubierto operativas con los pacientes TA-A son:

- No *debo* experimentar estas sensaciones físicas incómodas; tenerlas es absolutamente horrible porque son la señal del comienzo de otra crisis de angustia.
- No *debo* experimentar otra crisis de angustia y si lo hago, algo absolutamente terrible podría sucederme. Sería horrible e intolerable que lo hiciera (desmayarme, volverme loco, perder el control, etc.).
- No *debo* sufrir otra crisis de angustia, y si lo hago, los sentimientos que experimentaré durante las crisis serán intolerables.
- Como soy particularmente propenso a sufrir otra crisis ante determinadas situaciones y circunstancias, *debo* evitar dichas situaciones y lugares y encontrarlos horribles e intolerables cuando no pueda evitarlos.

- *Debería* ser más capaz de controlar mis síntomas de angustia y mi conducta de evitación; el hecho de que continúe padeciendo crisis de angustia y de que evite lugares o situaciones demuestra que soy una persona débil e inapropiada.
- No *debería* mostrar a las otras personas que siento ansiedad, porque si lo hago me mirarán con desprecio y no podría soportar eso.

El lector observará que este listado de creencias absolutistas se centra en (a) la aparición de ciertas sensaciones corporales incómodas, (b) la aparición de crisis reales de angustia, (c) las consecuencias negativas anticipadas de una crisis de angustia, (d) los sentimientos experimentados durante la crisis misma, (e) las situaciones y lugares en las que las crisis podrían ser más probables, (f) cuestiones de auto-eficacia y auto-aceptación y (g) cuestiones sobre la desaprobación y el rechazo de otros individuos.

¿Cómo se desarrolla el TA-A? Con relación al listado presentado en el apartado sobre los trastornos de ansiedad, habitualmente suelen producirse las siguientes fases:

1. Una compleja combinación de experiencias, normas familiares y culturales y ciertas vulnerabilidades psicológicas conducen al individuo a valorar ciertas sensaciones y condiciones físicas como “muy malas”. Por citar un ejemplo, una cliente con TA-A a quien se denominará Allison creció en una familia constantemente preocupada por los problemas de salud. Recientemente, Allison observó que su padre había sufrido un ataque al corazón. Fue hospitalizado, pero murió algunos días después. Allison ha tenido también varios parientes que han fallecido por problemas cardíacos. En parte debido a su entorno, ella “aprendió” que ciertas sensaciones somáticas (e.g., presión pectoral, aceleración del ritmo cardíaco, dificultad para respirar) eran “muy malas”.

2. El individuo racionalmente *prefiere* que estas sensaciones y condiciones físicas no se produzcan.

3. Disponiendo de una tendencia innata comparativamente mayor hacia el pensamiento irracional, el individuo añade una preferencia a su creencia irracional absolutista: “No *debo* experimentar estas sensaciones físicas incómodas; tenerlas es absolutamente horrible e intolerable”.

4. Con esta creencia irracional en acción, el individuo es más propenso a mostrarse hipervigilante ante las sensaciones físicas y las condiciones valoradas como “muy malas”. La persona es más propensa a generar inferencias con distorsión negativa ante estos fenómenos. En el caso de Allison, las inferencias con distorsión negativa adoptaron las siguientes formas: (a) Si experimento dolor en el pecho o aceleración del corazón, es seguro que voy a sufrir un ataque al corazón, (b) dada la historia de mi familia, es casi seguro que en algún momento voy a sufrir un ataque al corazón, (c) soy inútil para evitar o manejar esta eventualidad.

5. Dada la hipervigilancia del individuo y sus inferencias negativas hacia los sucesos corporales “muy malos”, sus creencias irracionales sobre tales sucesos tienen a producirse con frecuencia con el resultado de que se experimentan frecuentes episodios de ansiedad. Mediante el encadenamiento de inferencias con distor-

sión negativa y creencias irracionales (que serán comentadas con más detalle posteriormente), el individuo acaba atrapado en un ciclo de ansiedad creciente y exacerbación de síntomas físicos. *El resultado: un estallido pleno de la crisis de angustia.* Durante un período muy estresante en la vida de Allison (la empresa para la que trabajaba estaba reestructurando al personal y era probable que fuera despedida), Allison empezó a experimentar diferentes síntomas físicos. Un día, en particular, experimentó hiperventilación y llegó a la conclusión de que probablemente sufría un ataque cardíaco. Esta inferencia con distorsión negativa provocó sus creencias irracionales, lo que a su vez produjo un empeoramiento de sus síntomas somáticos y ansiosos. Estos síntomas se convirtieron en un nuevo A, que provocaron creencias irracionales adicionales, y el resultado final fue la crisis de angustia.

6. Una vez experimentada la crisis inicial de angustia, el individuo se muestra hipervigilante hacia cualquier señal que pudiera predecir la aparición de crisis adicionales. Tales señales implican que las experiencias somáticas originales son valoradas como “muy malas”, y también podría incluir otras señales cognitivas, somáticas y situacionales adicionales. Una amplia gama de señales conduce a un aumento de la probabilidad de que se aceleren las creencias irracionales y las crisis de ansiedad. Como Allison se sentía particularmente ansiosa y estresada en su puesto de trabajo durante este período de transición, empezó a contemplarlo como el lugar donde sufriría crisis adicionales. Así pues, en el trabajo empezó a estar particularmente hipervigilante hacia las señales de angustia y en consecuencia sufrió varias crisis.

7. Una vez experimentadas múltiples crisis, el individuo desarrolla estrategias (contraproducentes) para minimizar su aparición. Estas estrategias, que brotan de las creencias irracionales sobre lo “horribles” que son las crisis de angustia, pueden incluir la evitación de actividades (como por ejemplo el ejercicio físico) que conduce a las sensaciones somáticas asociadas con el pánico, así como la evitación de lugares en los que podrían producirse las crisis de angustia. También pueden surgir conductas supersticiosas, como cuando los sujetos con TA-A llevan consigo amuletos de buena suerte para protegerlos de las crisis de angustia. Dadas las crisis de angustia que experimentó en su empresa, empezó a evitar su lugar de trabajo. Llamaba avisando que estaba enferma cada mañana que se levantaba con el “presentimiento” de que a lo largo del día iba a producirse una crisis de angustia y trataba de buscar excusas para no acudir a las reuniones en las que temía que sus colegas pudieran verla mientras sufría una crisis de angustia.

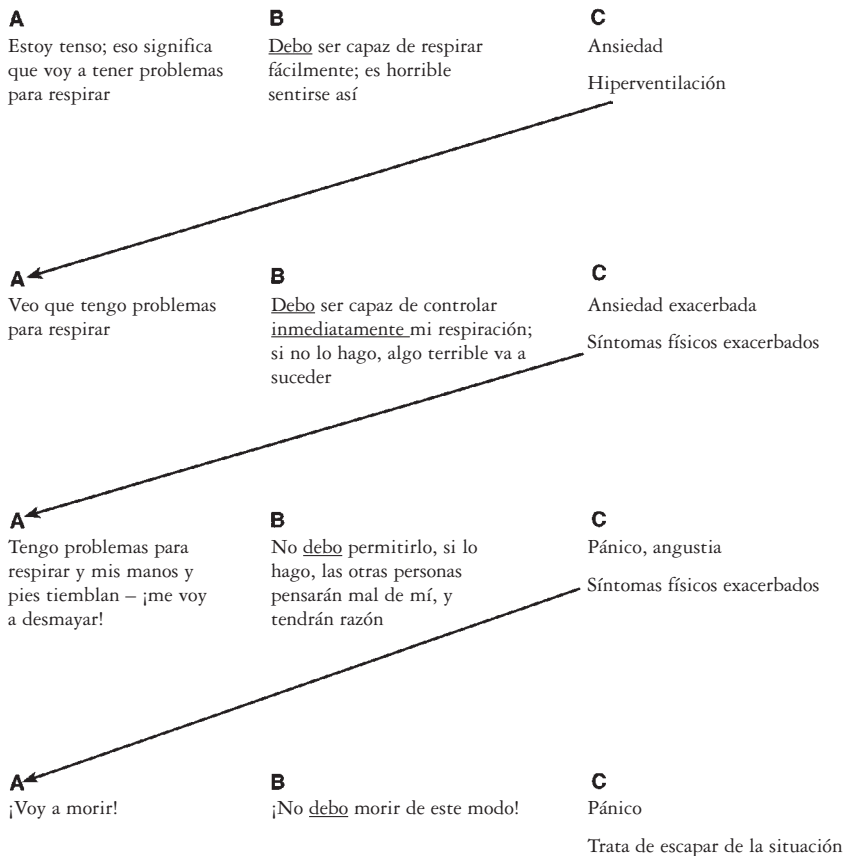
8. Con referencia al TA-A que ya se ha generado, el individuo puede desarrollar otros problemas emocionales secundarios. Allison elaboró una serie de creencias irracionales vinculadas a sus crisis de angustia (y evitación) que le sirvieron para reducir aún más sus niveles de auto-aceptación y auto-eficacia:

- Debería ser *absolutamente* capaz de hacer algo para detener mi preocupación constante y estas crisis que sufro. El hecho de carecer de esa solución demuestra que soy un caso sin esperanza y una persona débil.
- *De ningún modo* debería permitir que estos problemas interfieran con mi trabajo. El hecho de hacerlo demuestra que soy una empleada incompetente.

Estas creencias, que debilitaron la idea que Allison tenía de sí misma como persona capaz, le dificultaron aún más la confrontación y adopción de los pasos necesarios para combatir sus problemas relacionados con la ansiedad.

Como se ha mencionado anteriormente en el punto 5, el encadenamiento de inferencias y creencias irracionales conduce a las personas que padecen crisis de angustia a un ciclo de ansiedad creciente y síntomas físicos exacerbados (Dryden, 1991). De hecho, los vínculos entre las inferencias con distorsión negativa (As) y las creencias irracionales (Bs) pueden representarse como una serie de secuencias ABC, tal y como se representa en la Figura 5.4. Este ciclo de exacerbación es central en la experiencia de las crisis de angustia del individuo. Todos estos aspectos serán profundizados en el apartado “*Centrarse en inferencias vs. creencias*”.

Figura 5.4. Secuencias ABC implicadas en las crisis de angustia y en el TA-A.



Como se ha señalado en la revisión del enfoque cognitivo-conductual del TA-A, el entrenamiento en respiración y relajación, la reestructuración cognitiva (centrada sobre todo en las inferencias de distorsión negativa) y varias técnicas de exposición son componentes importantes del tratamiento. Estos componentes del tratamiento pueden incorporarse sin ninguna dificultad en lo que Ellis (1980a) ha denominado "REBT general". Sin embargo, la "REBT preferencial" contiene perspectivas, énfasis y procedimientos que lo diferencian de la REBT general o de la terapia cognitivo-conductual. Algunas de estas características, que se revisan a continuación, pueden aumentar la eficacia y la eficiencia del tratamiento del TA-A.

Centrarse en inferencias vs. creencias. La mayoría de los programas de tratamiento cognitivo-conductual del TA-A se dirige a enseñar a los clientes a desafiar y sustituir las inferencias de distorsión negativa implicadas en sus crisis de angustia (véase, por ejemplo, Barlow & Craske, 1994). Aún reconociendo que puede ser útil enfrentarse a las inferencias distorsionadas para el tratamiento de muchos trastornos emocionales, la REBT subraya la utilidad de la identificación y la confrontación de las creencias irracionales del cliente. Esto se debe a que se considera que las inferencias con distorsión negativa brotan de las creencias irracionales a las que se suscribe el individuo. De este modo, es lógico desde el punto de vista clínico centrarse en la erradicación de la fuente de dichas inferencias problemáticas.

A los clientes con TA-A se les puede presentar la cadena de secuencias ABC implicadas en sus crisis de angustia explicando las razones para tratar de desafiar los *debes/deberías* subyacentes involucrados en dichas secuencias. Los esfuerzos de enfrentamiento pueden centrarse en las creencias irracionales que son operativas en los orígenes de la cadena ABC, de tal forma que pueda interrumpirse la cadena antes de que alcance las proporciones del pánico (Dryden, 1991).

Los clientes con TA-A a menudo cuentan con *debes/deberías* sobre la intensa incomodidad de las crisis de angustia que les llevan a distorsionar dicha incomodidad (Ellis, 1979b, 1980b). Habitualmente acumulan demandas y evaluaciones irracionales sobre las consecuencias percibidas en caso de padecer la crisis de angustia. En este sentido, creen que no *deben* experimentar crisis de angustia porque no *deben* perder el control, ni sufrir la desaprobación social, ni sentirse inútil, ni morir, etc. Aunque muchos terapeutas REBT tendrían poca dificultad para desafiar racionalmente la mayoría de estos *debes/deberías* se ha observado que a un número significativo de ellos les costaría desafiar la creencia "No *debo* morir". Esto se suele deber a que (a) presentan dificultades personales sobre el tema de la muerte y el acto de morir y/o (b) predicen (y en algunos casos aciertan) que se encontrarán con la resistencia del cliente y el perjuicio para la relación terapéutica si tratan de enfrentarse a esta idea. En primera instancia, sería ventajoso que los propios terapeutas manejaran su propia tendencia a catastrofizar sobre la muerte. Con respecto a la segunda, es probable que la disputa de *deberías* sobre la muerte, si se implementa de forma apropiada, puede ser beneficioso para muchos pacientes con TA-A (Warren & Zgourides, 1991). En este sentido, se ha señalado que sin enfrentarse directamente a la creencia "No *debo* morir", el terapeuta

REBT podría empezar examinando con el cliente los “significados” o consecuencias que éste atribuye a la muerte. En algunos casos, por ejemplo, la conversación revelará los temores del cliente de que si se muere, sus hijos estarán tristes y sin nadie que se encargue de ellos. La tendencia a catastrofizar de los clientes sobre estas consecuencias negativas pueden identificarse como motivo de disputa.

Centrarse en la tendencia a catastrofizar vs. la tendencia a “horribilizar”. En el pasado, era frecuente usar los términos catastrofizar y “horribilizar” como sinónimos en la literatura REBT. En publicaciones más recientes, sin embargo, se clarifican las diferencias entre estos dos conceptos cognitivos (véase, por ejemplo, Ellis & Abrams, 1994). La tendencia a *catastrofizar* se refiere a contemplar una serie de circunstancias y valorarlas como excepcionalmente malas. La tendencia a *“horribilizar”* se refiere al proceso de percibir una serie de circunstancias como excepcionalmente malas y a continuación decidir por uno mismo que estas circunstancias son tan horribles que:

1. No *deben* existir.
2. Son peores que el 100% de malas.
3. Son absolutamente inmanejables.
4. Eclipsan completamente cualquier posibilidad de ser feliz y/o alcanzar metas personales significativas.

Muchos terapeutas cognitivo-conductuales contemporáneos tratan de ayudar a sus clientes con TA-A a contrarrestar su tendencia a catastrofizar, en el sentido de animar a los clientes a revalorar la “maldad” de los sucesos y circunstancias particulares. Por ejemplo, tratan de conseguir que los pacientes valoren las crisis de angustia y sus consecuencias no como “excepcionalmente malas” sino como “no tan malas; tolerables”. Cuando los clientes son capaces de considerar que las crisis de angustia y sus consecuencias no “son tan malas” y son “tolerables”, entonces pueden prescindir de ciertas conductas de evitación y se consideran más capaces de manejar las crisis de angustia.

Sin embargo, hay múltiples potenciales problemas inherentes a este enfoque. Por ejemplo, los clientes expuestos a este tipo de neutralización de la tendencia a catastrofizar pueden captar el mensaje implícito de que aunque las circunstancias o sucesos “no tan malos” puedan ser manejados, las circunstancias y sucesos “excepcionalmente malos” son realmente horribles y no pueden ser manejados con efectividad. Aunque los terapeutas REBT trabajan algunas veces con clientes TA-A para ayudarles a re diagnosticar la “maldad” de sus crisis de angustia y de las consecuencias negativas anticipadas, tratan de ayudarles sobre todo a no considerarlas tan horribles. En particular, ayudan a los clientes a ver que incluso si las circunstancias o sucesos pueden ser legítimamente valorados como excepcionalmente malos, todavía es cierto que:

1. Tales circunstancias pueden seguir existiendo, a pesar de que el cliente exija que desaparezcan.
2. Nunca pueden ser peores del 100% de malas, y casi siempre podrían ser peores de lo que son.

3. Todavía pueden ser toleradas.
4. Rara vez eliminan todas las oportunidades de felicidad y satisfacción en la vida (salvo que se refiera a la muerte y en este caso, estas cosas dejan de tener relevancia).

Contemplando directamente la tendencia a “horribilizar” de los clientes con TA-A, los terapeutas REBT les enseñan a manejar los problemas derivados de su trastorno, incluso si estos problemas son “muy malos”. Además, el esfuerzo de fijarse en su tendencia a “horribilizar” puede ayudar a estos clientes a manejar las circunstancias “muy malas” que podrían tener la desgracia de padecer en el futuro, una vez concluida la terapia formalmente.

Creencias específicas vs. irracionales. Los programas habituales de tratamiento cognitivo-conductual para el TA se han demostrado eficaces para ayudar a los clientes a eliminar las crisis de angustia (Rapee & Barlow, 1989). Se ha señalado, sin embargo, que la ansiedad general permanece muchas veces en los clientes que han concluido tal tratamiento (Klosko, Barlow, Tassinari & Cerny, 1990). Esto puede deberse, en parte, a que las terapias cognitivo-conductuales se centran sobre todo en la modificación de las inferencias negativas implicadas en el TA, y en general no manejan las creencias subyacentes que configuran una filosofía personal productora de ansiedad.

La REBT contempla particularmente las creencias irracionales específicas en las que se sostienen las inferencias negativas implicadas en el TA. Como se ha señalado anteriormente, este enfoque trata de eliminar dichas inferencias en su origen. Sin embargo, la REBT se dirige también a ayudar a los clientes a identificar y modificar sus creencias irracionales *nucleares* (DiGiuseppe, 1991; Dryden, 1990). Las creencias irracionales nucleares pueden identificarse buscando temas comunes entre las creencias irracionales específicas que parecen estar implicadas en los problemas que presenta el cliente. Se cree que las creencias nucleares no tratadas causan problemas emocionales adicionales y futuros a los clientes, incluso aunque en el curso de la terapia se hayan manejado las creencias irracionales específicas.

Cuando los terapeutas REBT trabajan con sus clientes para modificar las creencias irracionales, aportan a su trabajo terapéutico una cualidad que Ellis (1980c) ha denominado *generalización*. Según Ellis (1980c), la generalización implica que los terapeutas ayudan a sus clientes “a manejar muchos de sus problemas y, de algún modo, sus vidas completas, y no unos pocos síntomas solamente” (p. 415). Para los clientes con TA-A, un centro de atención doble (creencias irracionales nucleares y específicas) durante el tratamiento puede ayudarles a (a) eliminar sus síntomas relacionados con la angustia y (b) reducir su vulnerabilidad a la ansiedad general una vez que haya concluido la terapia.

Postura sobre las técnicas de distracción. Los tratamientos cognitivo-conductuales para el TA-A incluyen normalmente el entrenamiento específico en técnicas de respiración diafragmática y de relajación. Estos métodos se incluyen para ayudar a los clientes a mejorar el manejo de sus crisis de angustia y pueden ser útiles también para reducir los niveles generales de ansiedad.

Cuando los clientes usan estas técnicas para manejar una crisis real o interrumpir su anticipación ansiosa de la posible crisis, ejecutan, en parte, una distracción cognitiva: centrando su atención en la respiración o en el ejercicio de tensar y relajar varios grupos musculares, eliminan su atención de la rumiación sobre el carácter horrible de los síntomas relacionados con la angustia. Algunos manuales de auto-ayuda, de hecho, animan a los pacientes con TA a que empleen este tipo de distracciones cognitivas (como contar, pensar en una canción o en fantasías sexuales) si las técnicas de respiración y relajación no funcionan para producir los efectos deseados (véase, por ejemplo, Clum, 1990).

Sin embargo, existe una pequeña diferencia entre la utilización sana e insana de las estrategias de distracción. Es obvio que pueden ser útiles para ayudar a los clientes a manejar los síntomas físicos y a calmarse hasta el grado en que puedan aplicar con efectividad técnicas de enfrentamiento cognitivo. Desafortunadamente, algunos clientes abusan de las técnicas de distracción, empiezan a depender de ellas y llegan a creer que *deben* tenerlas para manejar sus crisis de angustia. Cuando se produce pueden (a) reforzar inadvertidamente su opinión de que las crisis de angustia son *horribles*, (b) impedir el desarrollo propio de una forma de pensamiento más racional ante sus crisis y (c) evitar comprobar que una crisis de angustia puede *no producirse*, incluso aunque estén en una situación en la que podría esperarse que se produzca.

Los terapeutas REBT prefieren las estrategias de modificación cognitiva directa a los métodos de distracción y permanecen alertas a la posibilidad de que los clientes confíen excesivamente en los métodos de distracción para superar las experiencias y situaciones incómodas. Como ejemplo de dicho exceso de confianza, un cliente determinado que tenga miedo a volar en avión puede usar estrategias de distracción durante todo el vuelo, aunque su cuerpo esté dentro del avión, su mente se halla en algún otro lugar.

Con respecto a la incorporación de la respiración diafragmática y de la relajación en el programa de tratamiento REBT para el TA-A, los terapeutas tenderían a seguir las siguientes pautas:

1. Enseñar a los clientes a emplear las técnicas de respiración y relajación como medio para comprobar que pueden ejecutar cierto grado de control sobre su ansiedad y sobre los síntomas físicos concomitantes. Esto les ayudará a fomentar la auto-eficacia y a contrarrestar las cogniciones de indefensión.
2. Mostrar a los clientes que pueden combinar estos métodos con técnicas de confrontación cognitiva. En particular, entrenarlos para que usen los métodos de distracción con el fin de reducir la ansiedad de tal forma que puedan desafiar con más efectividad su pensamiento inútil cuando anticipan o experimentan una crisis de angustia.
3. Ayudar a los clientes a ver que no es una necesidad absoluta utilizar las técnicas de distracción cuando se experimenta una crisis de angustia. Aunque una crisis puede ser valorada como “muy mala”, no es algo horrible y suele sobrevivirse.

4. Estar alerta ante la posibilidad de que los clientes confíen excesivamente en los métodos de distracción y adoptar los pasos necesarios para ayudarles a desarrollar una perspectiva más saludable de su uso cuando ése sea el caso.
5. Cuando los clientes insisten en la *necesidad* de los métodos de distracción para funcionar, tratar de implicarlos en el examen de las creencias que sostienen dicha “necesidad”. Mostrarles los elementos contraproducentes de estas creencias y ayudarles a desafiarlos.

Enfoques graduales vs. de inundación. La mayoría de los enfoques de tratamiento cognitivo-conductual del TA-A (e.g., Barlow & Craske, 1994) emplean la exposición jerárquica gradual a las sensaciones somáticas y a las situaciones temidas. Ellis (1982a, 1983), sin embargo, ha señalado que el “gradualismo” terapéutico puede reforzar en las mentes de los clientes las creencias irracionales de que (a) es *horrible* experimentar incomodidad emocional y (b) la terapia debería proceder de un modo *absolutamente* fácil, sin dolor. Los terapeutas REBT animan a sus clientes a confrontar las situaciones que son más difíciles y emocionalmente incómodas para ellos, facilitando de este modo la eficiencia terapéutica y ofreciendo a los clientes la oportunidad de desafiar directamente y sustituir las creencias que producen malestar. El terapeuta puede explicar estas ventajas a los clientes y también puede mostrarles que confrontar un elemento cercano a la cumbre de su “jerarquía de miedo” puede ayudarles a facilitar el manejo de los ítems inferiores de esa jerarquía.

A pesar de la preferencia por el enfoque de tratamiento de la inundación, los terapeutas REBT no insisten dogmáticamente para que sus clientes ejecuten tareas para casa del tipo a las de la inundación. Tal insistencia por parte del terapeuta sería contraterapéutica porque podría dañar la alianza terapéutica y servir como estímulo para que los clientes den inicio a la auto-valoración negativa (e.g., “*Debería* ser capaz de hacer estos ejercicios que con tanto ahínco me ha recomendado el terapeuta; el hecho de que no los haya completado demuestra que soy un fracaso total”). En su lugar, los terapeutas REBT emplean a menudo un principio conocido como “desafiar pero sin agobiar” al diseñar de forma cooperativa las actividades para casa con los clientes que se niegan a ejecutar las tareas de inundación (Dryden, 1991). Este principio constituye una forma de compromiso terapéutico: se invita a los clientes a escoger las tareas que sean suficientemente desafiantes para que no sigan reforzando su filosofía de la baja tolerancia a la frustración, pero sin que se sientan agobiados. De este modo, incluso ante la resistencia de un cliente se facilita el progreso terapéutico.

Ansiedad sobre la terapia. Las terapias cognitivo-conductuales para el TA-A olvidan a menudo un elemento muy importante que puede influir sobre la efectividad del tratamiento: los clientes pueden trasladar a la terapia sus creencias irracionales, lo que les lleva a experimentar ansiedad (así como otras emociones debilitadoras) sobre la misma (Dryden & Yankura, 1995; Ellis, 1982b). En el caso de los clientes con TA-A, estas creencias irracionales a menudo pueden adoptar las siguientes formas:

1. No *debería* trabajar con tanta intensidad en la terapia; no puedo soportar la incomodidad a la que debo enfrentarme para sentirme mejor.
2. *Debo* hacer progresos rápidos en esta terapia, porque se supone que es a corto plazo. Si no lo hago, comprobaré que soy una persona vaga e inapropiada.
3. *Tengo que* entender las complejidades del TA-A la primera vez que me las explica el terapeuta; si no pensará que soy estúpido y además tendrá razón.
4. *No debo* retroceder, ni experimentar un empeoramiento de los síntomas de angustia, si lo hago comprobaré que soy un caso sin esperanzas y que no mejoraré nunca.

Los lectores que estén familiarizados con la conceptualización REBT del trastorno emocional verán que estas creencias pueden contribuir tanto al trastorno del ego como al trastorno de incomodidad (Ellis, 1979b, 1980b). Si no se identifican ni tratan, pueden ser obstáculos significativos para el progreso del tratamiento. Por ejemplo, los clientes que ven el tratamiento como “demasiado duro” o a sí mismos como “casos sin esperanza” probablemente serán propensos a abandonar la terapia prematuramente cuando las cosas empiezan a ponerse difíciles. Reconociendo y manejando explícitamente las creencias irracionales que los clientes puedan tener sobre la terapia, los terapeutas REBT podrán prevenir los resultados negativos como el abandono prematuro, la auto-inculpación o el menosprecio del cliente hacia sí mismo. Por lo tanto, se hallan en una postura relativamente ventajosa frente a los terapeutas cognitivo-conductuales que a menudo no controlan tales creencias.

Manejo de los problemas secundarios. Además de manejar las creencias y los malestares de los clientes sobre la terapia y el progreso terapéutico, los terapeutas REBT contemplan también la posibilidad de que los clientes con TA-A puedan desarrollar problemas secundarios en relación a sus problemas primarios de ansiedad, angustia y evitación. Los problemas secundarios se producen cuando los problemas primarios se convierten en un nuevo A y en una secuencia ABC que les conduce a una esfera adicional de trastorno emocional. De este modo, los clientes pueden provocar su propia ansiedad (o depresión o vergüenza) sobre su angustia o pánico.

Un problema secundario especialmente pernicioso podría derivarse de la auto-valoración negativa de los clientes por padecer TA-A. Tal auto-valoración negativa puede tener importantes consecuencias negativas:

1. Dificultar al cliente el enfrentamiento y el trabajo sobre los problemas que tiene.
2. Conducir a los clientes a no ser plenamente sinceros en relación a los problemas de angustia que padecen de modo que el terapeuta (u otros miembros del grupo, si participa en terapia grupal) carezca de la información que podría ser importante para el tratamiento.
3. Conducir a una conclusión prematura del tratamiento, como en el caso de los clientes que se consideran demasiado débiles o inapropiados para beneficiarse de cualquier forma de tratamiento.

4. Hacer que los clientes esperen que otras personas les juzguen negativamente, tal como se juzgan a sí mismos, con el resultado de limitar sus actividades sociales y no disfrutar de los apoyos y del placer que éstas aportan.

Cuando los terapeutas REBT comprueban que los clientes están ejecutando una auto-valoración negativa con respecto a sus síntomas primarios de TA-A, adoptan las medidas oportunas para contrarrestarla. Les presentan a los clientes sus creencias, les ayudan a desafiarlas y les animan a adoptar una filosofía de auto-aceptación. Una filosofía de auto-aceptación ayudará a los clientes a derivar beneficios óptimos de la terapia mientras esté en curso y también les ayudará a ser menos vulnerables al trastorno del ego una vez concluido el tratamiento.

A continuación presentaré un caso que ilustra la aplicación de la REBT al TA-A.

CASO ILUSTRATIVO

Este caso ilustrativo describe mi trabajo con Ángela, una mujer joven a quien traté en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva en la Ciudad de Nueva York. En lugar de presentar el caso sesión a sesión, describiré las sesiones específicas que ilustren la aplicación de la REBT al TA-A.

Presentación de la cliente

Ángela era una mujer de 28 años de edad, con educación universitaria que trabajaba como supervisora en una firma de telemarketing en la Ciudad de Nueva York. En general le gustaba su trabajo, pero a menudo tenía pensamientos de volver a estudiar con el fin de licenciarse. Ángela era soltera y nunca había estado casada. Aunque salía muchas veces, sus relaciones con los hombres nunca había durado más que un par de meses.

Ángela tuvo 20 años de edad la primera vez que había sufrido una crisis de angustia. Durante esta crisis (así como en las subsiguientes) había experimentado una gran cantidad de sensaciones y sentimientos entre los que se encontraban el ahogo, la presión en el pecho, las palpitaciones, la desorientación y una intensa ansiedad. Tras repetidas crisis de angustia solicitó ayuda al orientador del centro de estudios. Allí recibió la ayuda del tutor que la derivó al psiquiatra. Descubrió que la ayuda recibida no había sido muy útil y no acudió al psiquiatra. Creía que sus crisis de angustia significaban que estaba “perdiendo el control” o “volviéndose loca” y era reacia a afrontar directamente los problemas que estaba experimentando.

En esencia, Ángela superó este período estudiantil mediante sus propias técnicas para el manejo de las crisis de angustia. Estas técnicas consistían básicamente en estrategias de distracción y de evitación. Por citar un ejemplo, llevaba una grabadora a clase y trataba de sentarse en la parte posterior del aula, cerca de la puerta de salida. Si creía que iba a experimentar una crisis o si la experimentaba, dejaba la grabadora en marcha (para no perder nada de la clase) y abandonaba

silenciosamente el aula. Entonces paseaba por el edificio o por el campus mientras escuchaba su estéreo personal hasta que la crisis de angustia cedía o se convencía de que no iba a experimentarla. Frecuentemente volvía al aula después de finalizada la clase a recoger su grabadora. Abandonó el apartamento que tenía alquilado en la ciudad y se trasladó a un dormitorio del campus para reducir la distancia entre la vivienda y el campus y para evitar la necesidad de coger medios de transporte públicos. Dadas su aprehensión ansiosa y la amplia gama de conductas de evitación, Ángela cumplía las condiciones para ser diagnosticada de trastorno de angustia con agorafobia.

En el momento de nuestra primera cita, Ángela no había experimentado una crisis de angustia durante los dos meses precedentes. Sin embargo seguía temiendo la aparición de su “siguiente” crisis y persistía en la evitación agorafóbica.

Antes de acudir a mi consulta, Ángela había acudido a un terapeuta cognitivo-conductual en busca de tratamiento. La terapia había durado 5 meses y había concluido 4 meses antes de acudir a mi consulta. Manifestaba haberse beneficiado de la terapia y que ésta le había aportado:

1. Información exacta sobre las crisis de angustia y el TA-A
2. Técnicas de respiración y relajación para manejar sus crisis de angustia.
3. Un modo más útil de pensar en el trastorno y en sus síntomas de angustia (e.g., ya no creía con tanta intensidad que las crisis de angustia significaran que fuera a “perder el control” o “a volverse loca”).

Sin embargo, parecía que Ángela usaba incoherentemente las técnicas de respiración y relajación. De hecho, la ventaja que extraía de ellas era permitirle saber que *podía* ejercer cierto grado de control sobre sus síntomas de angustia si así lo decidía. Además, Ángela también manifestaba tener algunas diferencias con su anterior terapeuta en relación a algunos aspectos del tratamiento. Sentía que su terapeuta la empujaba excesivamente a ejecutar ciertas actividades de exposición in vivo (como andar en el metro a lo largo de diferentes túneles, lo que Ángela evitaba tanto como podía) y se resistía a ejecutar los ejercicios de exposición interoceptiva. Además, afirmaba que su terapeuta había insistido para que acudiera a la consulta de un psiquiatra. Teniendo en cuenta estas dificultades, Ángela había dado por concluida la terapia.

Ángela había decidido dar “una última oportunidad” a la terapia porque estaba harta de lo que consideraba un estilo de vida restringido. Evitaba sobre todo montar en medios de transporte público y salir fuera de los límites de la ciudad por miedo a experimentar una crisis de angustia y no poder solicitar ayuda. Un amigo de Ángela le había sugerido que acudiera a mi consulta. Su tratamiento duró 5 meses y un total de 16 sesiones.

Sesión inicial

La parte inicial de nuestra primera sesión fue destinada a recopilar la información sobre los antecedentes y a comprobar las quejas presentes. Se invitó a

Ángela a describir el historial de sus crisis de angustia, sus síntomas y problemas actuales y su experiencia previa en terapia. En el curso de su descripción de la experiencia previa en terapia se produjo el siguiente diálogo:

DR. Y: Parece como si usted y la Dra. M (la terapeuta anterior) hubieran tenido algunos desacuerdos en relación al proceso de tratamiento. ¿Es esa la razón que le llevó a dar por finalizada la terapia?

ÁNGELA: Así es, me empujaba una y otra vez para que usara medios de transporte público, y me costaba mucho hacerlo. Por último, la Dra. M empezó a insistir para que fuera a ver a un psiquiatra que pudiera recetarme medicación, creía que eso podría ayudarme. Pero yo no lo quería, no me gusta mucho la idea de tomar medicación que altere mi mente.

En este punto, decidí no profundizar en la aversión de Ángela hacia la medicación y en su lugar centrar mi atención en obtener más información sobre su experiencia en la terapia previa.

DR. Y: ¿Comprobaba la Dra. M en cada sesión si había ejecutado o no sus tareas?

ÁNGELA: Sí, lo hacía. Y casi semanalmente tenía que decirle que no las había hecho. Y creo que hacía una mueca de desaprobación cada vez que se lo decía. Me sentía como si fuera mi maestra del primer curso ante una nota de “muy deficiente” en la terapia.

DR. Y: Un “muy deficiente” en terapia, es un modo interesante de explicarlo. Parece como si sus sesiones terapéuticas comenzaran a ser aversivas para usted. ¿Se sentía como una fracasada?

ÁNGELA: ¡Claro que sí! Me sentía como una perdedora auténtica.

DR. Y: ¿Y cómo piensa y siente sobre eso en este momento? Me explico, ¿sigue pensando que es una perdedora porque no hacía sus tareas para casa?

ÁNGELA: Sí, odio decirlo, pero así es. Me siento como si fuera un caso sin esperanza. Quiero decir, soy capaz de ir a trabajar, pero algunas veces dudo que pueda mejorar algún día.

Aquí se observa que Ángela había desarrollado problemas secundarios con respecto a su experiencia terapéutica previa y continuaba teniendo dificultades relacionadas con la angustia.

DR. Y: Eso es comprensible. Tuvo algunas dificultades en su anterior terapia y empezó a pensar en usted misma como en un fracaso o en un caso sin esperanza. Pero esto es importante, si continúa valorándose en esos términos, ¿qué impacto cree que puede tener sobre su capacidad para mejorar?

ÁNGELA: ¿A qué se refiere?

DR. Y: Si continúa pensando en sí misma como en un caso fracasado y sin esperanzas, ¿eso la ayudará o le impedirá mejorar?

ÁNGELA: Supongo que estorbará a la mejoría.

DR. Y: ¿En qué medida cree que eso estorbará a su mejoría?

ÁNGELA: Si realmente creo que no tengo esperanza, entonces pensaré que nada, ni siquiera la terapia, puede ayudarme. Entonces, la abandonaré y me enterraré en algún lugar.

DR. Y: ¡Eso es! Usted sabe que se está valorando negativamente. Es como si se estuviera diciendo, “¡Debería ser una cliente de sobresaliente y sacar más provecho de la terapia, el hecho de no hacer mis tareas para casa demuestra que soy un auténtico fracaso y *nunca* mejoraré!”.

ÁNGELA: Mm... supongo que eso es lo que me digo.

DR. Y: Pero esa afirmación no es un hecho, es sólo una creencia, en este caso es una creencia que tiene sobre usted misma. Y podríamos examinar esa creencia para ver si es útil y válida. Si no es válida, y si le impide alcanzar sus metas, puede descartarla y buscar otro modo de pensar en usted misma que sea más útil y saludable.

ÁNGELA: Entonces, ¿me está diciendo que debería cuestionarme mis creencias? Solía hacer algo así con la Dra. M.

DR. Y: Sí señora, hay ciertos puntos en común entre el enfoque que usaba la Dra. M y la REBT. Pero también existen algunas diferencias importantes. Una diferencia es que prestamos atención especial a cómo piensa en usted misma y en su terapia. Aquí estoy diciendo que deberíamos examinar su percepción de sí misma como de fracaso, y ver si hay algún modo más útil para pensar. Al hacerlo, podemos eliminar un potencial obstáculo para su mejoría desde el mismo comienzo.

ÁNGELA: Eso parece lógico. Pero, ¿dónde empiezo?

DR. Y: Empezaremos por examinar sus presunciones, en este caso, su presunción de que no haber hecho las tareas para casa la convierten en un caso fracasado y sin esperanzas. ¿Es eso verdad?

ÁNGELA: Bien, si una persona fracasa determinado número de veces, ¿no la convierte eso en un fracaso?

DR. Y: Analicemos esto con mayor precisión. Usted fue cliente en la terapia de la Dra. M. ¿verdad?

ÁNGELA: Sí.

DR. Y: Y como cliente de la terapia, usted desempeñaba cierto rol en su propio tratamiento. Ese rol conlleva que usted ejecute ciertas tareas. ¿Cuáles pueden ser esas tareas?

ÁNGELA: Bueno, con la Dra. M eso implicaba acudir a las sesiones una vez por semana, leer varias cosas, practicar ejercicios de relajación, pagar los honorarios, montar en metro, escuchar a la Dra. M durante las sesiones...

DR. Y: Muy bien, detengámonos por un momento. ¿Sería correcto decir que dadas estas tareas, su rol como cliente era bastante complejo?

ÁNGELA: Mm... Nunca pensé en ello de esa forma, pero veo que es verdad.

- DR. Y:** ¿Y sería correcto decir que usted no ejecutó algunas de esas tareas, hizo otras muy bien y que había otras que hacía a medias?
- ÁNGELA:** Sí, eso es verdad.
- DR. Y:** Entonces, ¿es legítimo valorarse como un fracaso y un caso sin esperanza como cliente de terapia cuando cuenta con una mezcla de éxitos y fracasos?
- ÁNGELA:** Creo que entiendo a dónde quiere llegar.
- DR. Y:** Bien. Al valorarse como un fracaso, usted está prestando atención sólo a los aspectos negativos, ignorando los positivos y sobre esa base se atribuye una clasificación global negativa. ¿Entiende esto?
- ÁNGELA:** ¡Claro!
- DR. Y:** ¿Es lógico hacerlo?
- ÁNGELA:** No, no es lógico si se explica de ese modo.
- DR. Y:** Por lo tanto, no es lógico clasificarse como un fracaso cuando usted ha disfrutado de éxitos y de fracasos. ¿Cómo podría, entonces, valorarse de un modo más realista?
- ÁNGELA:** ¿Alguien que algunas veces tiene éxito y algunas veces fracasa?
- DR. Y:** ¡Así es! ¿Sabe cómo llamamos a las personas que son así?
- ÁNGELA:** No...
- DR. Y:** ¡Un ser humano! Y como ser humano, nunca puede hacer una valoración global legítima de sí misma. La complejidad de los diferentes roles que ejecuta impide tal valoración.

La sesión siguió y tratamos aspectos de auto-valoración y auto-aceptación (Ellis, 1987) y con la asignación de tareas relevantes para casa. Con respecto a su auto-valoración negativa, se pidió a Ángela que leyera un artículo del Dr. Hauck (1991). También se le pidió que desafiara su auto-valoración negativa si se producía. Además, se le pidió que tomara algunas notas sobre la siguiente información relacionada con su TA-A:

1. Síntomas típicos de las crisis de angustia.
2. Pensamientos típicos sobre una crisis de angustia.
3. Actividades, situaciones y lugares evitados por miedo a las crisis de angustia.

Se pidió esta información con el fin de adaptar el tratamiento a la gama particular de síntomas y problemas que presentaba Ángela. Dicha información sería también útil en el proceso colaborador de identificación de las metas del tratamiento.

Intervalo entre las sesiones 1 y 5

Durante el período entre la sesión inicial y la quinta, Ángela parecía progresar en su intento por mejorar su auto-valoración con respecto a la experiencia de la terapia previa. Ya no se consideraba como una fracasada en terapia, y se veía de una forma más realista como una persona que ha experimentado dificultades ante

los ejercicios de exposición in vivo en momentos particulares. Ya no rumiaba sobre el hecho de no haber sacado provecho de su terapia anterior.

Durante la segunda sesión, en base a unos datos obtenidos durante la entrevista y a la información escrita que aportó sobre los problemas relacionados con el trastorno de angustia, se elaboró el siguiente listado de objetivos:

1. Minimizar la posibilidad de experimentar más crisis de angustia y ser más capaz de manejarlos en caso de que se produzcan.
2. Estar interesada pero no preocupada por la posibilidad de experimentar una crisis de angustia.
3. Ser capaz de contrarrestar la ansiedad y las conductas de evitación relacionadas con la idea de montar en metro.
4. Ser capaz de contrarrestar la ansiedad y las conductas de evitación relacionadas con la idea de salir de los límites de la ciudad.
5. Interesarse apropiadamente, pero sin ansiedad, sobre la posibilidad de experimentar rechazo en alguna relación.

Con respecto al primer objetivo, se evaluó el conocimiento que tenía Ángela de las técnicas de respiración y relajación y recibió pautas para su uso apropiado. Con respecto a su segundo objetivo, la evaluación reveló que Ángela ya no creía que sus crisis de angustia implicaban que fuera a “perder el control” o “a volverse loca”. Sin embargo, seguía preocupándose por las posibles crisis futuras a consecuencia de (a) la intensa incomodidad que experimentaba durante las mismas y (b) la posibilidad de que otras personas pudieran darse cuenta de lo que sentía mientras experimentaba una crisis y pudieran juzgarla negativamente. Trabajó sobre los *debes/deberías* subyacentes vinculados a la preocupación de incomodidad y desaprobación y demostró haber progresado en la confrontación de dichas ideas durante las sesiones. Sin embargo, no estaba claro aún que este progreso estuviera contribuyendo de forma significativa en un cambio de conducta. Las cuestiones e intervenciones relativas a la evitación y ansiedad de aprobación (véanse los objetivos 3, 4 y 5) se comentarán en las siguientes sesiones.

Durante la tercera y cuarta sesión, comenté con Ángela su aparente aversión hacia la medicación psicotrópica y a los ejercicios de exposición interoceptiva. Con respecto a la primera, reveló que temía que las sensaciones físicas inducidas por la medicación pudieran provocar una crisis de angustia. Aquí se observa que Ángela evitaba tomar cualquier tipo de medicación (incluida la aspirina) siempre que fuera posible. Con respecto al segundo aspecto, a Ángela le preocupaba que si se provocaban los síntomas de las crisis durante la sesión, esto la conduciría a experimentar una crisis. Aunque le sugerí que sus miedos podrían ser manejados en la terapia, era firme en su postura de no probar medicación, ni la exposición interoceptiva. En este mismo sentido, decidí que sería preferible no obligarla, porque la experiencia de la terapia anterior de Ángela sugería que esto podría perjudicar a la alianza terapéutica.

En cualquier caso, Ángela y yo llegamos a un compromiso con respecto a la identificación de una actividad que pudiera exponerla a las sensaciones físicas rela-

cionadas con la angustia. Comprendiendo la justificación de tal exposición y con el deseo de mejorar su figura, la cliente accedió a empezar a hacer ejercicio físico.

Sesión 5

Esta sesión se centró fundamentalmente en el rol que desempeñarían los ejercicios de exposición in vivo en el tratamiento del TA-A de Ángela. Se le repitió la justificación cognitivo-conductual de tales ejercicios y montar en el metro y cruzar la ciudad de parte a parte fue identificada como la actividad de exposición que se hallaba en la cumbre de su jerarquía.

Sin embargo, Ángela manifestó cierta reticencia a ejecutar dicha tarea. Una vez más, su reticencia parecía brotar de sus creencias irracionales que contribuían tanto a su ansiedad de incomodidad y de aprobación. Ángela admitía con toda franqueza que, probablemente, no haría este ejercicio antes de la siguiente sesión. Se mantuvo en esta postura a pesar de confrontar racionalmente sus *debes/deberías* sobre la aprobación y la incomodidad.

En este punto me hallaba ante un dilema: tratar de trabajar con Ángela sobre las tareas de exposición de un modo más gradual y jerárquico o tratar de identificar otros medios para animarla a intentar la actividad que se hallaba en la cumbre de la jerarquía. Aquí se demostró útil el principio de “que sea desafiante pero no agobiante”. Decidí ofrecerme para acompañar a Ángela a cruzar la ciudad en metro durante nuestra siguiente sesión, si a continuación ella trataba de hacerlo de forma independiente. De forma sorprendente, Ángela se mostró de acuerdo con este trato. Dedicamos el tiempo restante de la sesión a revisar las auto-afirmaciones que podría usar Ángela cuando sentía ansiedad en el metro y las escribió en tarjetas de 3x5 que podría llevar con ella. Quería que ella dispusiera de estas tarjetas a mano como referencia mientras viajaba en metro, porque era preferible que no dependiera de mi presencia para manejar los síntomas ansiosos que podría experimentar.

Sesión 6

Como habíamos acordado, Ángela y yo montamos en el metro y cruzamos la ciudad durante esta sesión. Poco tiempo después de montar, se puso pálida y pareció ponerse muy tensa. Entonces se produjo el siguiente diálogo:

ÁNGELA: ¡Por favor, comience a hablar sobre algo, cualquier cosa!

DR. Y: ¿Siente ansiedad?

ÁNGELA: ¡Sí, mucha!

DR. Y: ¿Ha traído sus tarjetas?

ÁNGELA: No sé donde están.

DR. Y: Eso está bien. Usted sabe qué hacer. ¿Qué se está diciendo a sí misma, que sirva para aumentar su ansiedad?

ÁNGELA: Que voy a experimentar una crisis de angustia.

- DR. Y:** Y si la experimenta, ¿qué pasaría?
- ÁNGELA:** Voy a empezar a sentir ahogos y las otras personas empezarán a mirarme.
- DR. Y:** Y si lo hacen, ¿qué?
- ÁNGELA:** Creerán que estoy de la cabeza.
- DR. Y:** Y si piensan que está de la cabeza, ¿qué tiene que ver?
- ÁNGELA:** Entonces yo también pensaré que estoy de la cabeza.
- DR. Y:** Supongamos que algunas personas piensan realmente que usted está de la cabeza, ¿significa eso realmente que usted esté mal de la cabeza?
- ÁNGELA:** (*Se relaja un poco*) No...
- DR. Y:** ¿Qué significa eso?
- ÁNGELA:** Que me están valorando en base a una pequeña muestra de mi conducta.
- DR. Y:** Sí señora. ¿Es eso tan horrible?
- ÁNGELA:** No, supongo que no.
- DR. Y:** ¿Por qué no?
- ÁNGELA:** (*Parece estar menos tensa*) Porque no son los jueces finales que establecen quién es bueno y quién es malo. Además, probablemente no volveré a verlos una vez que salgan de este tren. No necesito su aprobación.
- DR. Y:** Muy bien. ¿Cree que puede repasar esto en silencio ahora mismo? Repase todo del mismo modo que lo hemos comentado.

Ángela se mantuvo en silencio y ejecutó lo dicho y después me dijo que mientras lo hacía había estado practicando la respiración diafragmática. Hice un comentario favorable a sus esfuerzos y subrayé el hecho de que había sido capaz de ayudarse a sí misma para sentir menos ansiedad.

Observe que Ángela me pidió que comenzara una conversación, le contesté formulando una serie de preguntas. Esto se debe a (a) no quería que usara la conversación para distraerla de los pensamientos productores de ansiedad y (b) quería ayudarla a buscar su camino del auto-diálogo. Aunque era imposible saber si Ángela estaba respondiendo sobre todo a la distracción o a la REBT, se mostró más relajada y no pareció presentar muchas dificultades en el viaje de vuelta. La sesión concluyó con la repetición de la tarea para la siguiente semana, montar sola en el metro, y una breve revisión de las estrategias que Ángela podría usar si comenzaba a sentir ansiedad.

Sesión 7

Cuando entró en el despacho, al inicio de la sesión, Ángela parecía algo abatida. Cayó en su asiento y, fijando los ojos en el suelo, manifestó que no había realizado su asignación semanal.

Ángela había llegado hasta la estación el miércoles pasado con la intención de coger el metro, pero el tren llegaba con algunos minutos de retraso y tuvo que

esperar en el andén unos 7 minutos. Su plan original había sido que su llegada al andén coincidiera con la llegada del tren a la estación, de modo que sólo tuviera que apresurarse según se abrieran las puertas sin tiempo de rumiar sobre su ansiedad. Curiosamente, el plan de Ángela parecía representar un intento de evitación *cognitiva*, porque trataba de impedir la aparición de los pensamientos productores de ansiedad. Sin embargo, el tren traía retraso y el plan falló, y Ángela empezó a sentir ansiedad mientras esperaba. Temiendo que su ansiedad fuera el preludio de una crisis de angustia, abandonó la estación sin completar su tarea.

Al observar el abatimiento de Ángela por no haber completado su tarea, comencé el siguiente diálogo:

DR. Y: Entonces no fue capaz de montar sola en el metro. ¿Cómo se siente en relación a esto?

ÁNGELA: ¡De pena! Aquí trabajamos sobre ello para que yo estuviera preparada para montar sola en el metro, y no fui capaz de hacerlo. Me siento como una auténtica idiota. Me recuerda a cuando estaba con la Dra. M y volvía la siguiente semana sin hacer los deberes.

DR. Y: Por lo tanto se está despreciando. Se dice a sí misma que es idiota porque no ha hecho las tareas para casa.

ÁNGELA: (*Suspira*) Sí, supongo que todavía no he superado eso del desprecio hacia una misma. Soy idiota por partida doble.

DR. Y: Creo que no estoy de acuerdo con usted en que sea una idiota por partida doble, pero diría que se está dando dos problemas al precio de uno. En primer lugar se está menospreciando por no hacer sus tareas y después se está menospreciando por estar menospreciándose. Mire, no es necesario ser tan dura consigo misma, y además no va a ser muy útil. Yo le recomendaría revisar paso a paso lo que experimentó mientras trataba de hacer sus deberes, y centrar nuestros esfuerzos en los problemas para que la siguiente vez que lo intente esté mejor equipada. ¿Qué opina?

ÁNGELA: Muy bien... suena bien.

Aquí, empecé a interesarme por los problemas secundarios y terciarios del menosprecio que Ángela estaba haciendo de sí misma, pero suponía que el fracaso de Ángela para montar en metro debía tratarse de un modo directo y casual porque eso conllevaría hacer un uso efectivo del tiempo de la sesión. Sin embargo, decidí que estaría atento a cualquier señal de que Ángela estaba distraída de la resolución de problemas mediante el continuo menosprecio. Si éste hubiera sido el caso (y en este instante no lo era), hubiera sugerido que cambiáramos nuestro centro de atención para tratar ese asunto.

DR. Y: Dígame exactamente qué se estaba diciendo a sí misma mientras estaba en el andén y comenzaba a sentir ansiedad. Empecemos por ahí.

ÁNGELA: Bueno, el tren viene con retraso y estaba pensando que quizá fuera por problemas mecánicos. Entonces empecé a sentirme tensa.

DR. Y: ¿Sentía tensión en ese momento también?

ÁNGELA: Sí, tensión y ansiedad.

DR. Y: Suponga que el tren tenía problemas mecánicos, ¿qué es lo que le provocaba ansiedad de eso?

ÁNGELA: Pues, si el tren no funcionaba debidamente, podía quedar estancado en el túnel, y entonces ¡estoy atrapada!

DR. Y: Es decir, se veía atrapada en el túnel en un tren estropeado. ¿Vio también que usted tenía una crisis de angustia?

ÁNGELA: Sí, eso es lo que temía que sucediera, sobre todo porque empecé a sentirme cada vez más ansiosa mientras esperaba.

DR. Y: ¿Qué se decía sobre la posibilidad de experimentar una crisis de angustia?

ÁNGELA: Nada realmente. Sólo imaginé sintiendo pánico en el tren, adoptando una postura fetal, sintiendo una ansiedad extrema y sin ningún lugar por el que escapar.

DR. Y: Bien, espere. Mientras estaba en el andén imaginando todo esto, había multitud de cosas que hubiera podido hacer. Parece que lo que hizo fue imaginar lo peor —experimentar una crisis de angustia dentro del tren— y entonces decirse a sí misma que sería horrible y que usted no sería capaz de soportarlo. Suponga que en lugar de eso, usted imagina lo peor pero después se convence a sí misma de que es capaz de soportarlo, ¿le hubiera ayudado eso a montar en el tren cuando éste llegó a la estación?

ÁNGELA: Sí, supongo que sí, pero realmente no creo que pueda tolerar los sentimientos que tengo mientras experimento una crisis de angustia.

DR. Y: Muy bien, pero examinemos eso y veamos si es verdad. ¿Dónde están las pruebas que confirman que usted no sea capaz de tolerar esos sentimientos?

ÁNGELA: Siempre. Cada vez que he experimentado una crisis de angustia no podía tolerarla.

DR. Y: Pero, espere un minuto. Acaba de referirse a la prueba de que no puede soportar los sentimientos que experimenta durante la crisis de angustia.

ÁNGELA: ¿A qué se refiere?

DR. Y: ¿Cuántas crisis de angustia diría que ha tenido en toda su vida? No pido un número exacto sino una cifra aproximada.

ÁNGELA: ¡Ah! No sé, quizá más de cien.

DR. Y: Bien, ha experimentando más de cien crisis de angustia. ¿Sigue viva?

ÁNGELA: Sí.

DR. Y: ¿Ha experimentado algún daño físico directamente derivado de dichas crisis?

ÁNGELA: No...

DR. Y: ¿Le han convertido en una psicótica?

ÁNGELA: No. Bien, entiendo a dónde quiere llegar. Puedo tolerarlos, porque lo he hecho. Pero eso no niega que sean insoportables.

DR. Y: No niego eso, sin lugar a duda, son extremadamente incómodos. Pero es muy importante que usted diferencie en su mente sus sensaciones físicas y las evaluaciones que hace de dichas sensaciones. Si usted considera horribles sus crisis de angustia y se dice que son absolutamente intolerables, ¿opina que eso va a fomentar o va a impedir que monte en el metro?

ÁNGELA: Probablemente lo dificultará.

DR. Y: Así es. Por lo tanto, ¿qué podría decirse a sí misma sobre sus crisis de angustia que pueda ser más útil para usted?

ÁNGELA: Mm... son dolorosas pero no letales.

DR. Y: ¡Efectivamente! Pero piense un poco más, ¿qué podría decirse sobre el dolor del pánico que sirviera más en su favor?

Ángela y yo seguimos trabajando de este modo para elaborar una serie de creencias racionales que ella pudiera usar para contrarrestar la ansiedad incomedante sobre la experiencia de nuevas crisis de angustia. Después usamos la imaginación para elaborar los “puntos difíciles” que podía encontrar en su nuevo intento de montar en tren la siguiente semana. A continuación identificamos un día y hora particular para ejecutar su tarea, porque establecer los aspectos específicos de una actividad puede servir para aumentar la probabilidad del cumplimiento (Dryden & Yankura, 1995). A medida que la sesión llegaba a su fin, Ángela parecía un poco más entusiasta sobre la idea de “montar sola en el metro”.

Sesión 8

Era visible que Ángela llegaba con un estado de ánimo positivo mientras entraba en el despacho. Sin más dilación manifestó que había sido capaz de completar sus deberes. Había montado en el metro y había cruzado el túnel, y no había experimentado ninguna crisis de angustia. Revisamos qué había supuesto esta experiencia para ella y cómo había manejado los momentos difíciles. Reconocí abiertamente sus esfuerzos y acordamos que seguiríamos practicando actividades de exposición.

Sesión 10

Aunque en la sesión anterior, la novena, Ángela había manifestado que tomaba el metro casi a diario, comenzó esta sesión quejándose de haber comenzado a evitar el metro otra vez. Se reveló que había desarrollado el hábito de escuchar la grabación de una de nuestras sesiones mientras estaba en el tren y que dependía de ese instrumento para distraerse de los pensamientos provocadores de ansiedad. Desafortunadamente, había dejado la grabación en algún lugar y no podía encontrarla. Comentamos esto como forma de evitación cognitiva y de conducta supersticiosa, y desafiamos la “necesidad” de distraerse de la ansiedad que pro-

ducían los pensamientos y de evitar cualquier semblanza de la ansiedad. Tras esta sesión, Ángela fue capaz de volver a montar en metro con muchos menos problemas y sin estéreo.

Sesión 12

En esta sesión, Ángela manifestó que su novio actual le había invitado a pasar el fin de semana en una casa de la montaña fuera de la ciudad. Ángela había evitado darle una respuesta definitiva, porque se hallaba en una situación contradictoria: por una parte quería aceptar la invitación, pero temía experimentar una crisis de angustia durante el largo viaje y que él pensara después que ella estaba “mal de la cabeza” y que la rechazara. Por otra parte, temía que si rechazaba la invitación de su novio, él creería que a ella no le interesaba y acabaría con la relación. Ángela estaba fuera de sí ante tanta preocupación y sin saber qué debía hacer.

Trabajamos en la identificación y desafío de las creencias irracionales que se hallaban tras la ansiedad de aprobación y miedo al rechazo de Ángela. Examinamos también la probabilidad de que su novio la rechazara si realmente experimentaba una crisis de angustia en su presencia. Esta combinación de intervenciones cognitivas se demostró efectiva porque Ángela fue capaz de concluir que (a) es muy probable que su novio no la rechazara, porque era muy atento y comprensivo y (b) si llegaba a rechazarla, eso no sería el fin del mundo ni tampoco demostraría que ella valiera menos como ser humano. También consideramos otros contextos en los que Ángela temía el rechazo, con el fin de tratar y reducir la necesidad de aprobación en estas otras áreas.

Las dos siguientes sesiones se centraron sobre todo en ayudar a Ángela a preparar las diferentes exigencias que pudieran ocurrir durante el fin de semana que salía a la montaña.

Sesión 15

Ángela manifestó que, a pesar de haber sentido mucha ansiedad en varios momentos del viaje, estaba bastante contenta de haber ido y de haber disfrutado mucho. Estaba especialmente contenta por no haber experimentado ninguna crisis de angustia.

Como sólo había experimentado una crisis de angustia en los 7 últimos meses (y ya no rumiaba sobre la posibilidad de futuras crisis) y también porque creía haber mejorado considerablemente en su evitación agorafóbica, Ángela decidió que éste era el momento apropiado para concluir la terapia. Conjuntamente establecimos la siguiente serie de objetivos que ella seguiría trabajando a solas:

1. Mantener el progreso realizado en relación al uso del transporte público.
2. Reducir la evitación de los viajes fuera de la ciudad organizando y participando en salidas de fin de semana.

3. Seguir trabajando sobre la ansiedad de aprobación mediante la confrontación cognitiva e iniciando una auto-apertura selectiva sobre los problemas relacionados con la ansiedad.

En este momento pensaba que Ángela se beneficiaría de algunas sesiones adicionales, en particular teniendo en cuenta sus objetivos de acometer nuevos aspectos de su evitación agorafóbica y de reducir su ansiedad de aprobación en contextos más amplios. Sin embargo, al mismo tiempo reconocía que la cliente había adquirido un buen nivel de conocimiento y competencia en el uso de los métodos racional-emotivo conductuales, y quería fortalecer su deseo de trabajar de forma independiente. Como tal, no le recomendé que continuáramos con el tratamiento, pero le sugerí que me telefonara tres meses más tarde para establecer una sesión de “seguimiento”. Se mostró de acuerdo y opinaba que ésta era una idea razonable.

Ángela llamó transcurridos los tres meses, pero no para establecer una cita. Quería hacerme saber que seguía manteniendo sus progresos y había avanzado en los objetivos que habíamos establecido en nuestra última sesión. Ahora estaba saliendo fuera de la ciudad con una frecuencia bastante regular con su novio y añadió que los dos estaban disfrutando de una relación bastante estrecha. Además, señaló que había pensado matricularse en algunos cursos (como aproximación al trabajo académico de este nivel) durante el siguiente semestre. Manifestó también que seguía utilizando las destrezas de enfrentamiento cognitivo que había aprendido y que se desafiaba regularmente con diferentes tareas de exposición.

Hice saber a Ángela que me agradaba saber que mantenía e incluso avanzaba en sus progresos terapéuticos y le sugerí que podría llamarme en cualquier momento si consideraba que le podría venir bien una sesión de “fortalecimiento”.

CONCLUSIÓN

La REBT tiene mucho que ofrecer en el tratamiento del trastorno de angustia con agorafobia. Puede ser particularmente útil con los clientes que tienden a ser difíciles o que hayan tenido experiencias negativas en terapias anteriores. Además de ayudar al cliente a minimizar o eliminar los síntomas presentes del TA-A, también puede ser eficaz para minimizar la futura vulnerabilidad al trastorno emocional.

A pesar de la aparente efectividad de la REBT con el TA-A, debe señalarse que los actuales enfoques cognitivo-conductuales incorporan varios procedimientos (como la exposición interoceptiva) con la que incluso algunos terapeutas REBT veteranos no están aún familiarizados. Como estos procedimientos parecen ser útiles para muchos clientes, sería deseable que los terapeutas REBT los incluyeran entre sus recursos terapéuticos.

Como se ha detallado en este capítulo, el enfoque REBT para el tratamiento del TA-A difiere del enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento de este

trastorno. Aunque la efectividad del último enfoque ha recibido confirmación empírica (véase, e.g., Craske, Cerny & Klosko, 1989; Craske, Brown & Barlow, 1991), la efectividad de la REBT con el TA-A no ha sido puesta en prueba con experimentos bien diseñados ni controlados. En este orden, sería conveniente saber si el énfasis filosófico de la REBT añade algo sustancial al tratamiento del TA-A. Por ejemplo, si tal énfasis produce unos cambios más generalizados o duraderos para los clientes con TA-A.

La investigación sobre la efectividad de la REBT con el TA-A podría facilitarse con la producción de un manual de tratamiento estándar para los terapeutas e investigadores. Tal manual podría ser usado como base para el diseño de estudios de resultados del tratamiento que (a) examinara la efectividad general de la REBT con clientes TA-A, (b) comparara la efectividad de la REBT con la del tratamiento cognitivo conductual general para el TA-A y (c) comparara los efectos a largo plazo de los tratamientos racional-emotivo conductual con los del cognitivo-conductual general para el TA-A.

6

REBT ante la Ira y la Hostilidad

Mark D. Tejersen, Raymond DiGiuseppe y Jennifer Naidich

La teoría y la investigación existente sobre este tema para guiar a los terapeutas en el tratamiento de los clientes con trastornos de ira es bastante escasa. Parece que la comunidad de la salud mental ha prestado poca atención a la ira como problema clínico. Las revistas profesionales publican diez veces más artículos sobre la depresión o la ansiedad que sobre la ira (Kassinove & Sukhodolsky, 1995a). Aunque existen nueve categorías para el diagnóstico de la depresión y de los trastornos de ansiedad, no existe ninguna categoría diagnóstica para la ira y tampoco existen pautas que sugieran el modo de diagnosticar a los clientes con problemas de ira. Recientemente algunos investigadores han solicitado el establecimiento de categorías diagnósticas diferenciadas para los trastornos de ira (DiGiuseppe, Tafrate & Eckhardt, 1994; Eckhardt & Deffenbacher, 1995).

En la actualidad son muy pocos los artículos publicados sobre los resultados de las intervenciones para los problemas de ira. Tafrate (1995) revisó los enfoques de tratamiento que disponían de cierto apoyo empírico en una revisión meta-analítica de la investigación realizada sobre la ira durante 20 años. Comprobó, sobre todo, que los tratamientos que contemplaban las auto-afirmaciones de los clientes, la activación fisiológica y las destrezas conductuales todos parecían ser efectivos en el manejo de la ira. Aunque se necesiten estudios que combinen enfoques, la investigación no muestra que ninguna combinación de tratamientos sea mejor que una intervención simple. Tafrate manifestaba también que no existe ningún estudio que defienda ni la terapia racional emotivo-conductual (REBT) de Ellis ni la terapia cognitiva de Beck con la ira.

Además de la falta de literatura comprensiva, categorías diagnósticas y estudios de resultados que orienten sus intervenciones, los terapeutas se enfrentan a

otros problemas que dificultan el tratamiento de la ira. DiGiuseppe, Tafrate y Eckhart (1994) sugieren que un importante obstáculo es que muchos clientes no llegan a terapia dispuestos a modificar su ira. Normalmente suelen querer cambiar a las personas hacia las que ellos dirigen su ira. DiGiuseppe y sus colaboradores (1994) mantienen que un tratamiento satisfactorio de la ira conlleva la exploración de las consecuencias de las emociones de los clientes y de la generación de nuevas reacciones alternativas. Estas maniobras motivan al cliente a cambiar. Una vez completada esta fase terapéutica, recomiendan una combinación de la REBT centrada en las exigencias del cliente y las intervenciones basadas en la imaginación, el rol play y la exposición in vivo. Presentan el caso empleado para probar las recomendaciones de tratamiento sugeridas por DiGiuseppe, Tafrate y Eckhardt (1994).

DiGiuseppe, Tafrate y Eckhardt (1994) proponen añadir varias categorías diagnósticas al *Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales –Cuarta Edición* (DSM-IV; APA, 1994) que identifiquen el alcance y la duración de la ira disfuncional y la consecuente aparición de la agresión. Sugieren que deberían añadirse las categorías de trastorno de ira situacional y generalizada y que cada una de éstas fuera a su vez subdividida en categorías para personas que muestran o no muestran agresión física. Proponen también una categoría adicional de trastorno de adaptación con humor iracundo para representar los problemas de ira reactiva. Un trastorno de ira diferiría de un episodio de ira o enfurecimiento en que alguien que experimenta un trastorno de ira se enfurece con frecuencia en un grado que genera una incapacidad funcional en una o más esferas de actividad durante un período considerable de tiempo.

PUNTO DE VISTA REBT SOBRE LOS TRASTORNOS DE IRA

DiGiuseppe, Tafrate y Eckhart (1994) sugieren que los clientes iracundos a menudo no ven su ira como problema. En términos REBT, los clientes iracundos llegan a consulta solicitando tratamiento para modificar los sucesos activadores negativos. Este problema existe porque la ira es una emoción que se origina a partir de un punto de vista de sí mismo como virtuoso y con autoridad para decidir cómo deberían comportarse las otras personas. Como los transgresores han violado los códigos morales de la persona iracunda, los transgresores son responsables de los resultados, incluida la ira del cliente. El problema (la ira) sería resuelto si los transgresores se comportaran debidamente.

Además, el refuerzo a corto plazo influye sobre las personas haciéndoles creer que la ira es una respuesta útil para las interacciones sociales difíciles. La ira motiva muchas veces a las personas a comportarse agresivamente hacia su transgresor. Estas acciones pueden eliminar temporalmente las conductas del transgresor, reforzando así las reacciones emocionales y la agresión conductual de la persona airada. Sin embargo, el problema es que la ira y la agresión producen a largo plazo unos efectos perjudiciales sobre las relaciones sociales y las transgresiones apare-

cen de nuevo. Kassinove y Sukhodolsky (1995b) publicaron datos de estudios realizados con estudiantes americanos y rusos que indicaban que el 45 % de los episodios de ira de las personas que habían participado en los estudios habían concluido negativamente. El resultado negativo más común de los episodios de ira era la debilitación de la relación del sujeto con la persona que había sido objeto de su ira. Algunos episodios de ira tienen buenos resultados. Aristóteles decía en su *Ética a Nicómano* “Alabamos al hombre que siente ira sobre las bases correctas y contra las personas correctas y también en el momento correcto y durante el tiempo correcto”. Sin embargo, Aristóteles también añadía que sólo unos pocos pueden lograr este grado de control sobre su ira.

Otra dificultad que impide a las personas airadas contemplar la ira como problema es la común aceptación del valor catártico de la expresión de la ira. La mayoría de los clientes mantienen la falsa creencia de que es deseable sacar la ira y expresarla conductualmente. Los comentarios groseros o arrojar objetos al suelo suelen verse como conductas constructivas para el manejo de la ira. Nuestra cultura occidental y su aceptación del modelo hidráulico de Freud de la expresión emocional (Tavris, 1989; Torrey, 1992), parecen defender la idea de que la ira debe ser expresada para disipar la energía o dicha energía se acumulará y dará lugar a la conducta explosiva. Los clientes creen que no expresar su ira les conduciría, en algún momento, a producir mayores estallidos. Con esta idea se puede justificar la expresión de la propia ira y las muestras agresivas contra los transgresores como algo necesario para la buena salud mental.

DiGiuseppe, Tafrate y Eckhardt (1994) creen que la primera intención del terapeuta debe ser evaluar las creencias que sostiene el cliente sobre la ira y que le impiden responsabilizarse de su reacción emocional y atender a la naturaleza disruptiva de la emoción. El primer paso para el tratamiento de la ira es el examen de la propia ira y decidir si es útil para las propias necesidades, lo que es coherente con la filosofía REBT que persigue el alcance del hedonismo a largo plazo. Una vez que el cliente decide que su ira es contraproducente, se necesita una respuesta emocional alternativa. Muchos clientes iracundos se sienten perplejos ante la idea de prescindir de su ira. DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt y Robin (1995) sugieren que los terapeutas deben ayudar a sus clientes a elaborar un nuevo guión emocional para los sucesos activadores asociados con la ira. Tal guión incluiría modelos de cómo sentirse y actuar si el suceso activador es recurrente. El desarrollo de guiones alternativos incluye las fases de revisión de las conductas de modelos, de imaginación de las consecuencias del guión en la vida del cliente y de imaginación para motivar la experimentación del guión.

La terapia racional emotiva distingue entre los estados emocionales de la ira y del enfado. La ira se diferencia del enfado en dos áreas. En primer lugar, la ira se produce junto con pensamientos que son demandas dogmáticas y absolutistas de que el mundo se adapte a las propias necesidades. El enfado se produce con cogniciones que reconocen que el mundo no cumple las propias preferencias. Las situaciones frustrantes generan decepción y se reconoce la realidad de la frustra-

ción. En segundo lugar, la REBT contempla la ira como una emoción clínicamente trastornada que es destructiva para el individuo. La ira conduce a una intensa activación fisiológica, a juicios distorsionados y a una conducta disfuncional. El enfado, por otra parte, conduce a niveles moderados de activación fisiológica, resolución de problemas y conducta funcional para buscar vías alternativas para alcanzar los objetivos o para centrarse en objetivos alternativos. La teoría REBT no contempla el enfado como una forma menos intensa de ira. Son dos estados emocionales cualitativamente diferentes. La investigación de Kassinoe y Sukhodolsky (1995b) indica que tanto los americanos como los rusos diferencian ambos estados emocionales.

Aunque la ira se considera como una emoción disfuncional según la teoría REBT, las personas normales pueden experimentar ira regularmente, quizá una vez al mes. Períodos aislados de ira no serían suficientes para calificar a alguien en la categoría diagnóstica propuesta para el trastorno de ira. Para que un cliente sea diagnosticado con trastorno de ira, la persona debería experimentar ira de forma más intensa, con una mayor duración y con mayor frecuencia que la mayoría de las personas. Por el momento existen pocos datos que sugieran cuáles son los parámetros normales para la experiencia de ira. Los datos con que contamos proceden de los estudios de Kassinoe y Sukhodolsky (1995b) con estudiantes americanos y rusos. Usando las valoraciones de la Escala de Unidades Subjetivas de Incomodidad, la puntuación media para la intensidad de los episodios de ira estaba alrededor de 50, con una desviación estándar de 24. La intensidad podía inferirse del grado en que los sentimientos, pensamientos e imágenes de ira de la persona interferían con otras actividades rutinarias en su vida. La normalización de los datos de auto-informe que evalúan esta información podrían añadir más información sobre la intensidad normal de los episodios de ira de las personas.

La duración de la ira puede ser medida en términos de cuánto tiempo ha estado una persona experimentando períodos de ira intensa y cuánto dura cada episodio de ira. Un criterio sugerido por DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt y Robin (1995) es que uno haya experimentado demasiados episodios de ira durante un período de 6 o más meses. Un episodio normal de ira de un individuo dura aproximadamente entre 5 y 30 minutos (Kassinoe & Sukhodolsky, 1995b). Los episodios que duran entre varias horas y un día entero van mucho más allá del límite habitual. La frecuencia de los episodios es otra medida del trastorno de ira. Una frecuencia semanal sería más que una desviación estándar de 1 por encima de lo "normal" sobre la base de los estudios de Kassinoe y Sukhodolsky (1995b).

La ira parece ser una emoción del corazón. Nuestra experiencia clínica sugiere que la mayor parte de la ira se dirige hacia esas personas a quienes conocemos íntimamente. Esta idea fue confirmada por Kassinoe y Sukhodolsky (1995b) que descubrieron que casi la mitad de todos los episodios de ira se producían en el hogar y el 70% de todos los episodios se dirigían a alguien a quien la persona

conoce bien o quiere. La teoría presente de la psicología social sugiere que los sucesos activadores de la ira y los episodios agresivos comparten algunas características comunes (Tedeschi & Nesler, 1993). En primer lugar, implican una violación de un código moral o regla, y en segundo, existe una atribución de que la transgresión podría haber sido evitada por el transgresor. El hecho de que la ira se elicite a partir de la transgresión moral se revela una vez más en las palabras de las personas airadas. Una de las frases más frecuentemente repetidas es, “¡Pero no es justo!”.

La teoría REBT sugiere que las cogniciones subyacentes a la ira son demandas para que el suceso activador sea diferente del que es en realidad. La teoría distingue entre la *preferencia* de que el suceso activador no exista de la *demanda* de que no exista. Los clientes airados revelan esta idea en afirmaciones habitualmente expresadas como, “¡No puedo creer que haya pasado esto!” o “¿Cómo han podido hacer eso?”. Literalmente no registran el suceso como sucedido y gastan gran parte de su energía tratando de enfrentarse o de alejar el suceso. Esta filosofía demandante representa la adopción dogmática y rígida de esquemas previamente sostenidos sobre el mundo en el que evidencian lo contrario. Desde un punto de vista evolutivo, se podría decir que la ira surge del proceso de asimilación. Las personas airadas asimilan la información que reciben en sus viejos esquemas sin acomodar la nueva información y sin construir nuevos esquemas del mundo. Las creencias racionales alternativas reconocen que el mundo no es como a uno le gustaría que fuera, mientras reconocen la decepción por no haber logrado la propia preferencia.

Ellis propone que la identificación de la propia filosofía sobre la demostración de ira también implica ciertas creencias irracionales que se derivan de la adherencia a los viejos esquemas. Estos pensamientos incluyen la creencia de que uno *no puede aguantar* las conductas “erróneas” de los otros y condena globalmente la personalidad de los otros que actúan indebidamente. Los individuos depresivos se condenan a sí mismos, las personas airadas usan la misma valoración global de la persona pero sin valorarse a sí misma, valoran al transgresor.

Modificar esta filosofía de la “tendencia a la ira” mediante las diversas técnicas REBT conducirá a una reducción de la experiencia y expresión de la ira y a un aumento de la propia capacidad para adoptar decisiones prácticas. Al trabajar a favor de una filosofía más racional, el cliente puede experimentar una alternativa racional para la ira —el enfado. La experiencia del enfado en lugar de la ira puede permitir al cliente manejar la situación más constructivamente y seleccionar soluciones más apropiadas y prácticas, conductual y cognitivamente (Dryden & Yankura, 1993).

En el siguiente caso ilustrativo se presenta una revisión detallada del tratamiento de una cliente que presentaba dificultades con la ira. Se describirá la evaluación cognitivo-conductual del problema de la cliente y la identificación de su sistema de creencias y se detallarán los enfoques de tratamiento REBT que han sido utilizados.

CASO ILUSTRATIVO

Orígenes de la cliente

Peggy, una mujer blanca de 24 años de edad, fue derivada al Instituto de Terapia Racional-Emotiva (IRET) por la asistente social, quien desconocía la naturaleza de la terapia. Peggy había consultado su caso con un terapeuta sin una razón específica, pero tras una sesión había optado por abandonar la terapia porque no se sentía satisfecha. Había realizado estudios superiores y trabajaba como coordinadora de ventas en una revista mensual. Llevaba dos años viviendo en Nueva York y convivía con su novio desde los últimos 8 meses.

Peggy había nacido y se había formado en el Sur. Manifestó tener una buena relación con sus progenitores y sus dos hermanos menores. No se consideraba religiosa; sin embargo, se negaba a contar a su padre que vivía con un hombre. Haber sido educada en el Sur se convirtió en un aspecto terapéutico crucial. Peggy ejecutaba algunas conductas que consideraba “improcedentes para una mujer”, lo que aumentaba su inquietud emocional. Además, se negaba a comentar detalles de su familia, que a su parecer eran irrelevantes para el tratamiento, porque “no nos gusta airear los trapos sucios”.

En la información biográfica completada en el IRET, Peggy se describía como “una persona inteligente, agradable y amable”; sin embargo, percibía que estos rasgos positivos desaparecían ante su “mal humor e impaciencia”. Sus principales motivos de preocupación eran el “estrés y la frustración que se manifestaban en sus arrebatos de mal humor, algunas veces violentos”. Estos problemas empeoraban cuando estaba “cansada y por supuesto” se intensificaban “cuando bebía”.

Evaluación

Peggy rellenó el formulario de información biográfica y muchas otras medidas objetivas incluida la batería de ingreso en el IRET. El terapeuta (M.T.) le hizo una entrevista clínica completa durante la primera sesión. El formulario de información biográfica guió la entrevista clínica y redujo el tiempo de sesión destinado a recoger información. Se evaluó específicamente la presencia de emociones, conductas y cogniciones disfuncionales.

Identificar los ABC mediante una entrevista clínica. El modelo ABC de la REBT estructuró la entrevista clínica. A Peggy no le costaba identificar su problema emocional. La única disfunción emocional que describía era la ira. Manifestó que no tenía ni depresión ni ansiedad. Afirmó que su ira sólo se dirigía hacia su novio, Andrew, y hacia las conductas de éste. Insistía en que nunca había mostrado ira en ningún otro lugar. Su expresión de ira conllevaba la confrontación verbal con Andrew, situación en la que aumentaba el volumen y la intensidad de su voz. Muchas veces estas confrontaciones verbales estaban motivadas por la necesidad auto-creada de ahogar a Andrew y de obligarle a escucharla. Le gritaba y hacía comentarios desagradables, sarcásticos y críticos sobre él. Además, le arrojaba

cualquier objeto que tuviera a mano. Peggy comentaba que gritaba y golpeaba a Andrew una vez al mes aproximadamente. Muchas veces detenía la marcha de Andrew con su cuerpo, obligándole así a escucharla. A menudo se movía por su apartamento hablando consigo misma y castigándose físicamente, golpeando las paredes con sus puños. Percibía que éste era un blanco más apropiado que Andrew para la expresión de su ira. Como con muchos otros clientes (y con los clientes de terapia cognitivo-conductual en particular), Peggy fue incapaz de identificar inicialmente sus falsos patrones de pensamiento y creía que sus emociones estaban causadas por la conducta de Andrew. El terapeuta trató de clarificar sus sucesos activadores –las circunstancias que ocurrían antes de que ella sintiera y expresara la ira. Esto se hizo por dos razones. En primer lugar, clarificaba lo que Peggy definió como la razón para solicitar terapia. En segundo lugar, aportó al terapeuta los datos que se usarían posteriormente para elaborar los ejercicios de exposición imaginaria.

Como Peggy identificó a Andrew como la “única causa” de sus arrebatos de ira, se le pidieron ejemplos específicos de su egregia conducta que “causaran” la ira de Peggy. Ésta manifestó que sus interacciones con Andrew a menudo la dejaban sintiéndose inferior a él. Andrew corregía regularmente su sintaxis y gramática y le pedía que se “corrigiera verbalmente” antes de que continuaran hablando juntos. Él también bromeaba sobre su escaso control financiero y le recordaba la llegada de facturas. Al comienzo de la relación Peggy debía unas 300.000 pesetas al banco por gastos realizados con la tarjeta de crédito y estaba pagando el 15 % de interés. Andrew pagó sus deudas y Peggy le devolvía mensualmente el dinero con un interés bajo.

Un suceso que resultó particularmente incómodo para Peggy fue una ocasión en la que Andrew le enseñó a colocar cajas adecuadamente en un armario. Andrew, aparentemente insatisfecho con las habilidades de Peggy, cogió las cajas de sus manos y le pidió que se quedara observando cómo las ordenaba él mejor. Peggy se sintió como una “niña” que debe ser corregida frecuentemente por los “adultos”. Cuando Peggy sentía ira intensa hacia Andrew, éste trataba de desafiarla pensando y bromeaba porque ella salía de sus casillas. Él decía “Es más fácil que tú cambies tus reacciones que yo cambie mis acciones”. Aunque Andrew pensaba que esta afirmación constituía un buen pensamiento racional (que, de hecho, así lo era, porque Peggy sólo podía ejercer control sobre sus emociones y no sobre la conducta de Andrew), a Peggy le parecía que Andrew le exigía que cambiara sus reacciones. Significaba que Andrew nunca iba a cambiar por ella.

Peggy describió algunas consecuencias emocionales secundarias de su ira. Tras enfurecerse con Andrew, sentía mucha ira contra sí misma por “permitir que él obtuviera lo mejor de ella”. Esta ira se añadía a su malestar inicial y conducía a una mayor incomodidad emocional y reacciones conductuales por su parte, con intensos sentimientos y expresión de ira.

DiGiuseppe, Tafrate y Eckhardt (1994) proponen que los clientes airados muchas veces no creen que su ira sea un problema y, por lo tanto, subestiman el grado y la duración de sus reacciones de ira. En consecuencia, las cuestiones abier-

tas sobre el grado y los estímulos provocadores de la ira del cliente no aportan la información adecuada. Recomiendan que se ejecute una evaluación comprensiva de la ira de los clientes con preguntas específicas sobre la frecuencia, duración e intensidad de la misma. Estos autores han elaborado una entrevista estructurada para los casos de trastornos de ira que ayuda a facilitar este objetivo¹.

Esta entrevista incluye preguntas específicas sobre (a) los deterioros funcionales derivados de la propia ira, (b) las reacciones fisiológicas que se experimentan mientras se siente la ira, (c) las formas de expresar ira, (e) las creencias que median la ira y (f) el número de personas que han dicho al cliente que su ira es un problema.

Aunque Peggy manifestó inicialmente que su relación con Andrew era el único área en el que ella experimentaba estallidos de ira, la entrevista estructurada reveló un historial de problemas de ira en sus relaciones amorosas. Peggy describió otros momentos de su pasado en los que había experimentado emociones y conductas similares. Curiosamente, en todas ellas estaban presentes las relaciones románticas con hombres significativamente mayores que ella que también la “corregían y la controlaban”.

Tras revelar su descripción de las emociones y conductas y la condenable conducta de Andrew que las causaba, Peggy solicitó cierta validación por parte del terapeuta de que sus emociones y conductas eran correctas y apropiadas. Trató de justificar sus acciones diciendo “él provoca que me comporte de este modo, por lo tanto debería cambiar” y “las personas no deberían tratar a quien quieren como él me trata a mí”. Éstas eran las dos afirmaciones más frecuentes que Peggy empleaba a comienzos de la terapia.

Los pacientes con trastornos de ira no provocan la empatía de sus terapeutas (DiGiuseppe, Tafrate & Eckhardt, 1994). Aunque la conducta de Andrew fue percibida como pomposa y perfeccionista por parte del terapeuta, los ataques y proyectiles verbales de Peggy parecían más violentos y tan trastornados como la conducta de Andrew. DiGiuseppe, Tafrate y Eckhardt (1994) subrayan que es importante reconocer la sensación que el paciente tiene de la transgresión del otro significativo. Para fomentar una relación terapéutica positiva, el terapeuta reconoció que las conductas de Andrew eran bastante ostentosas, condescendientes e inapropiadas. Se reconoció que era comprensible que Peggy tuviera ciertos sentimientos negativos por ser tratada tan mal. Sin embargo, la naturaleza y el grado de su reacción emocional ante esta conducta ostentosa era controlada por sus creencias sobre la misma. Esta cuestión sería comentada posteriormente como oportunidad para explicar detalladamente la conexión BC en el modelo REBT.

A continuación, el terapeuta examinó la disfunción emocional secundaria de la ira hacia ella misma. El terapeuta supuso que esta reacción emocional era el resultado de su menosprecio por la expresión de ira. Para ayudar a Peggy a exa-

1. Las solicitudes de información sobre la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ira deberán enviarse a Raymond DiGiuseppe, Ph. D., Department of Psychology, St. John's University, 8000 Utopia Parkway, Jamaica, NY 11550.

minar la naturaleza exacta de su auto-condena irracional se empleó la Imaginación Racional Emotiva (Maultsby & Ellis, 1974). Se pidió a Peggy que usara la imaginación para recordar el momento más reciente en el que había experimentado la incomodidad emocional secundaria de la ira hacia sí misma tras una discusión con Andrew. Cuando fue capaz de decir que estaba reexperimentando imaginariamente este sentimiento, se le pidió que se centrara en las frases internas relacionadas con esta emoción: “Debería controlarme más y no debería enfurecerme. Y si lo hago, eso demuestra que tiene razón y que soy inapropiada”. Este ejercicio reveló que Peggy colocaba una demanda absolutista sobre sí misma. Si no era capaz de satisfacer la demanda auto-impuesta, entonces daba comienzo a su auto-valoración negativa.

A continuación se repitió el ejercicio de imaginación, pero se pidió a Peggy que se centrara en la conducta de Andrew. Se le pidió que imaginara sus pensamientos mientras se enfurecía con él. Para Peggy, estas afirmaciones internas eran demandas para que Andrew se comportara de forma diferente: “¡No debería corregirme!” “¡No debería tratarme como a una niña y debería tratarme justamente!” “¡Debería reconocer mi opinión cuando tengo razón y no debería criticarme si no lo merezco!”

Al describir las creencias irracionales de Peggy, parecía que en los momentos de ira ella experimentaba los tres tipos de demandas irracionales señaladas por Ellis: demandas sobre los otros, sobre sí misma y sobre la situación (Ellis & Dryden, 1987). Tras un estallido de ira, Peggy se exigía no enfurecerse ni hacer valoraciones globales negativas de sí misma, sin limitarse a valorar sus conductas negativas. Tenía intensas demandas hacia la conducta de Andrew y sobre su propia capacidad para controlar su ira. Cuando él la “atacaba”, Peggy también se enfurecía consigo misma por interpretar el suceso como ataque hacia su auto-valía, que ella “debía defender”. Esta exigencia hacia sí misma por defender su orgullo la llevaba a provocar discusiones verbales.

Peggy mostraba baja tolerancia a la frustración de dos formas. Cuando los ataques habían pasado, rumiaba continuamente “¡No puedo soportar que Andrew se comporte de este modo!” En el proceso de evaluación, el terapeuta tomó nota del volumen e intensidad de estas auto-afirmaciones y de la rigidez con que se aferraba a estas creencias irracionales. Además, su activación fisiológica era apreciable si creaba imágenes vívidas de Andrew. Se enfurecía, enrojecía, apretaba sus puños y establecía el contacto ocular inconsistente con el terapeuta.

Peggy, muchas veces, establecía comparaciones de ella y otras relaciones de pareja de Andrew. Sólo hacía comparaciones con parejas que disfrutaban una relación mejor o “perfecta” a su parecer. Evaluaba negativamente su relación y creía que era “terrible” que Andrew y ella pelearan como lo hacían. La tendencia de Peggy a percibir como “horribles” su conducta y la de Andrew parecía estar impulsada por sus demandas. Aunque racionalmente prefería que Andrew no la tratara tan mal y, si tuviera la oportunidad, le hubiera gustado controlar mejor sus emociones, Peggy convertía estas cosas más que en preferencias y su ausencia era más que desagradable. Peggy gritó, mental y abiertamente, que estas accio-

nes no debían ocurrir y se adhería intensamente a estas creencias. La adherencia de esta idea adicional de que era terrible, a su idea racional existente la condujo a su desazón emocional.

Justo antes de acudir a terapia Peggy y Andrew había establecido un contrato conductual que creían favorecería sus habilidades comunicativas y reduciría sus estallidos de ira. El contrato contemplaba tres apartados. El primero, cada miembro de la pareja permitiría al otro acabar con lo que estaba diciendo sin interrumpirlo. En segundo lugar, ambos reducirían la frecuencia con que completaban lo que estuviera diciendo el otro. Por último, se esforzarían sinceramente por escuchar al otro.

Aunque la intención de este contrato era buena, desafortunadamente el resultado fue negativo. Como Andrew no se atuvo al contrato, esto se convirtió en otro elemento activador de la furia de Peggy. Antes del contrato, el hecho que Andrew acabara sus frases, la interrumpiera o no la escuchara era “difícil pero tolerable”. Sin embargo, ahora que tenían un “contrato” para minimizar estas conductas, había dos cosas para sentirse molesto: el hecho de que ejecutaba estas conductas y el hecho de que no respetaba el contrato. Peggy expresó la creencia, “¿Cómo puede atreverse a no esforzarse por estas cosas, especialmente después de que yo he sido paciente y le he escuchado!” Una vez más, Peggy exigía que la conducta de Andrew fuera diferente de lo que era y de lo que iba a ser. Seguía defendiendo que ella tenía una razón “legítima” para estar furiosa contra el.

Medidas objetivas. Todos los nuevos clientes del Instituto reciben una batería de medidas relacionadas con varios aspectos de la salud mental en el momento del ingreso. Se pide a los clientes que lleguen antes de la primera sesión para completar estos formularios y el correspondiente a la información biográfica. Las medidas se evalúan informáticamente y normalmente el terapeuta dispone de los resultados para la segunda sesión. Estos instrumentos se utilizan para ayudar al terapeuta a comprender el nivel de trastorno emocional y la estructura de personalidad del cliente así como para ayudarle en la creación de hipótesis sobre el pensamiento irracional y las consecuencias conductuales y emocionales maladaptativas. Las medidas de ingreso aportan también una línea base sobre la que puede compararse el progreso. La batería de ingreso incluye el Inventario Clínico Multi-Axial de Millon II (MCMII-II) (Millon 1987, 1988), la forma reducida del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck & Beck, 1972), el Cuestionario de Salud General (Goldberg, 1972), la Escala de Bienestar Psicológico General (DePue, 1987), la Escala de Satisfacción Vital (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985) y la Escala de Actitudes y Creencias interpretadas (DiGiuseppe, Leaf, Exner & Robin, 1988).

Peggy completó voluntariamente estas medidas y, al volver, preguntó al terapeuta sobre la validez de la imagen que ofrecían de ella. Una interpretación de estas medidas era coherente con sus respuestas de la entrevista clínica. Su estilo de respuesta en el MCMII-II indicaba cierta evitación de la auto-apertura. Presentaba una puntuación de base de 30 en la escala de apertura diagnóstica, sugiriendo falta de voluntad para comentar y compartir los problemas de natura-

leza personal. El terapeuta debía tener presente continuamente que Peggy no estaba deseando aportar información y que él tendría que formular preguntas más específicas de lo habitual. Pensó que respetaría el deseo de privacidad de la paciente y que sólo insistiría en busca de información que ella pareciera reacia a revelar, si ésta parecía especialmente importante. Si el terapeuta creía que cierta información importante estaba siendo guardada, trataría de manejar la vergüenza de Peggy sobre la auto-apertura como una cuestión terapéutica previa a la consecución de la información.

Las puntuaciones de Peggy en las restantes escalas del MCMI-II eran cercanas a los índices interpretables pero por debajo del nivel clínico. Sin embargo, dada la puntuación de la escala de Apertura previamente mencionada, se optó por interpretarlas con suma cautela. Estas puntuaciones sugerían ciertos problemas clínicos de personalidad del Eje II. Peggy presentaba altas puntuaciones en las subescalas de trastornos de personalidad Histriónica (74) y Pasivo-Agresiva (72). Dichas puntuaciones sugerían cierta tendencia a mostrar esfuerzos dramáticos por alcanzar la aprobación ajena y también que Peggy podría ser contraproducente, negativista y podía almacenar resentimiento.

Las respuestas de Peggy en el Inventario de Personalidad de Beck y en el Cuestionario General de Salud revelaban niveles medios de depresión y trastorno. Además, presentaba una puntuación anormalmente alta para un paciente de psicoterapia en una escala de ingreso de Satisfacción Vital. Una vez más, estas puntuaciones podrían estar revelando la falta de voluntad inicial para divulgar mucha información personal y no eran muy útiles para la evaluación de su ira.

Las respuestas de Peggy en la Escala de Bienestar Psicológico General aportaban algunos resultados interesantes que podrían ser significativos para su ira y hostilidad. Su puntuación global en esta medida era significativamente inferior a la de la población general y las estadísticas de las subescalas revelaban ciertos aspectos de su funcionamiento presente que parecían particularmente relevantes para sus dificultades con la ira. Específicamente, puntuaba más de dos desviaciones estándar por debajo de la población general en el auto-control percibido, un área al que se había referido en la entrevista clínica y en que la que había manifestado querer mejorar.

Aunque estos instrumentos ofrecían algunos insights relacionados con los patrones generales de cognición, emoción y conductas de Peggy, no evaluaban directamente su ira, agresión y hostilidad. De acuerdo con esto, se le administró una nueva medida de auto-informe relacionado con la ira (DiGiuseppe, Eckhardt, Robin & Tafrate, 1993) basada en los criterios propuestos por una categoría diagnóstica de trastorno de ira y también se sometió a la entrevista estructurada del trastorno de ira/hostilidad (Eckhardt, DiGiuseppe & Tafrate, 1995). La medida de auto-informe ha demostrado tener una excelente validez interna y la estructura de factor ha confirmado los esfuerzos de los autores por construir subescalas clínicamente relevantes que puedan ser usadas en la planificación del tratamiento. Las subescalas incluyen la disfunción cognitiva o naturaleza obsesiva de la ira, las reacciones psicológicas, la agresión verbal, el deseo de agresión física, la duración

de la ira, el uso de la ira para controlar a otros y el mantenimiento de la ira. El análisis del perfil de las subescalas de un cliente puede indicar al terapeuta qué áreas requieren intervención².

Los resultados extraídos de las técnicas de evaluación aportaron al terapeuta información más específica sobre la frecuencia e intensidad de las respuestas de ira de Peggy. Ésta manifestaba un patrón general a mostrarse irritable y a refunfuñar durante los últimos 6 meses, pero expresaba su ira durante unos pocos minutos (20-30 minutos cada vez) una vez por semana aproximadamente. Los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la ira de Peggy y las situaciones que provocaban sus reacciones de ira también fueron evaluadas. Entre los sucesos activadores se incluían (a) la conducta no razonable de otras personas y (b) su incapacidad para lograr lo que *debía*. Su capacidad para definir la frecuencia e intensidad de sus reacciones fisiológicas, cuando estaba furiosa, se demostraron útiles durante el componente de relajación cognitivo-conductual de la terapia. Era capaz de identificar a través de sus sensaciones corporales, cuándo estaba furiosa.

Diagnóstico

En la REBT, el diagnóstico es siempre un proceso continuo porque los terapeutas pueden modificar sus impresiones diagnósticas a medida que recogen información sobre los pensamientos, emociones y conductas durante el curso del tratamiento. La asignación al cliente de un diagnóstico oficial del DSM-IV (APA, 1994) es necesaria para establecer un registro apropiado y para obtener la ayuda económica que ofrecen los seguros. Sin embargo, con respecto a la planificación del tratamiento, la asignación de un diagnóstico oficial no siempre es significativa. Peggy no se adaptaba a las categorías diagnósticas disponibles en el DSM-IV. Los síntomas que presentaba no satisfacían los criterios diagnósticos específicos de ningún trastorno concreto tipificado en el DSM-IV. Sus síntomas presentaban algunas características similares a otros trastornos, pero no satisfacían la cifra requerida de síntomas para el diagnóstico. Específicamente, presentaba algunos de los síntomas de las siguientes categorías del DSM-IV: (a) Trastorno de Ansiedad No Especificado, (b) Trastorno del Control de Impulsos No Especificado, (c) Trastorno de Adaptación Inespecífico o (d) Problemas Maritales. Todas estas categorías fueron contempladas pero ninguna de ellas describía la naturaleza de las dificultades de Peggy.

La carencia de categorías de trastorno de ira parece ser una carencia de nuestros actuales sistemas nosológicos. Peggy gritaba y arrojaba objetos regularmente contra Andrew. Si lo hubiera hecho con menor frecuencia hubiera satisfecho los criterios del Trastorno Explosivo Intermitente. Peggy también hubiera podido satisfacer los criterios del Trastorno de Adaptación con Características Emocio-

2. Las solicitudes de información sobre la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ira deberán enviarse a Raymond DiGiuseppe, Ph. D., Department of Psychology, St. John's University, 8000 Utopia Parkway, Jamaica, NY 11550.

nales y Conductuales Mixtas. Sin embargo, sus reacciones se habían prolongado mucho más allá del límite de 6 meses establecido para una reacción de adaptación y se mostraba predominantemente airada. Así pues, las dificultades halladas en la evaluación de una cliente airada también fueron encontradas durante su diagnóstico. Como se ha señalado anteriormente, se ha recomendado la inclusión de los trastornos de ira en la nosología actual (DiGiuseppe, Tafrate & Eckhardt, 1994; DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt & Robin, 1995; Eckhardt & Deffenbacher, 1995). Sobre la base de las categorías sugeridas, Peggy satisfacía los criterios de Trastorno Situacional de Ira con Agresión. El trastorno se considera situacional, porque parece producirse dentro del contexto de las relaciones románticas y obviamente se produce con agresión.

Establecimiento de la relación terapéutica

La evaluación de las expectativas del cliente sobre la terapia es un aspecto importante para establecer el rapport y construir una relación terapéutica. Peggy no tenía ideas preconcebidas sobre la terapia, pero inicialmente se mostraba reacia a aportar información personal tal como se ha señalado previamente. Esta reticencia podría derivarse de su educación conservadora, pero también parecía relacionada con su miedo a ser “juzgada por las otras personas”. El terapeuta era consciente a lo largo de las sesiones de que el miedo de Peggy podría impedirle aportar información. Para combatir este miedo y para normalizar (en cierto grado) sus sentimientos de enfado hacia Andrew, el terapeuta le relató algunos sucesos de individuos similares y pertenecientes a su esfera de conocidos así como su reacción ante los mismos. La auto-apertura se hizo para ofrecer el modelado apropiado a la cliente y también para volver a introducir el concepto REBT sobre el modo en que los pensamientos determinan nuestras emociones y conductas. Además, el terapeuta tomó nota del miedo a ser juzgada de Peggy para asegurarse de que ella entendía que él desafiaba las ideas irracionales y no la criticaba ni culpabilizaba cuando confrontaba sus creencias irracionales.

Con cualquier cliente es importante establecer la alianza terapéutica. Un aspecto nuclear de la alianza terapéutica es el acuerdo sobre los objetivos de la terapia. Crear este aspecto de la alianza terapéutica puede ser difícil con una cliente que padece un trastorno de ira, porque tales clientes quieren cambiar a las personas hacia quienes se sienten airadas pero no su propia ira (DiGiuseppe, Tafrate & Eckhardt, 1994; DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt & Robin, 1995). Peggy quería cambiar a Andrew, no a sí misma. Solicitaba ayuda profesional de un terapeuta para aprender estrategias para mejorar la conducta de Andrew.

Una estrategia para establecer como objetivo la modificación de la ira del cliente consiste en revisar el coste de la misma para el cliente. Los clientes con trastorno de ira muchas veces no son conscientes del coste de la ira para ellos en términos de energía y recursos malgastados, disforia y oportunidades perdidas. Una vez que Peggy había identificado sus reacciones ante la conducta de Andrew, el centro de atención se dirigió al modo en que estas reacciones afectaban a ella.

Fueron revisados los componentes conductuales y afectivos de su ira. Conductualmente, Peggy manifestaba que había roto muchos utensilios de cocina en sus arrebatos de ira y ya no podía permitirse sustituirlos. Expresó un fuerte deseo de que mejorara la relación con Andrew y de que ambos acabaran casándose. Reconoció que, si permitía que la ira guiara su conducta, el matrimonio parecía menos probable. También manifestó el deseo de experimentar muchos componentes emocionales positivos (interés, intimidad, amor) de una relación y reconoció que no daba pasos en este sentido cuando estaba furiosa. Manifestó que algunas veces su actuación laboral se había deteriorado a consecuencia de su hostilidad hacia Andrew. Sus demandas rumiantes sobre él y sus conductas “me enfurecen tanto” que cada vez le costaba más concentrarse en su trabajo. Se identificaron las tareas laborales más complejas que ella no completaba a consecuencia de las distracciones cognitivas auto-creadas.

Al comentar los objetivos para el control de la ira a corto y largo plazo, Peggy comentó que sólo quería sentir calma e indiferencia cuando Andrew actuaba de un modo que hasta el momento le había provocado ira. Éste, sin embargo, no era un objetivo razonable, porque un estado de indiferencia exigiría a Peggy ignorar su preferencia de que Andrew se comportara de forma diferente. Desde el punto de vista REBT, un objetivo más útil y sano sería que Peggy experimentara una emoción negativa *apropiada* (i.e., enfado) en lugar de la ira. Se procedió a la descripción de la diferencia entre las emociones apropiadas e inapropiadas utilizando para ello una analogía de la vieja serie televisiva *La Guerra de las Galaxias*.

A continuación el terapeuta y Peggy examinaron el modo en que el Sr. Spock (un extraterrestre sin emociones procedente del planeta Vulcano) señalaba constantemente la irracionalidad de las conductas de muchos de los humanos de su tripulación, que a menudo eran excesivamente emocionales y no lograban pensar con lógica. En un chistoso comentario, Peggy afirmó que lo último que deseaba era convertirse en un “vulcanoide sin sentimientos” porque el Sr. Spock tampoco sentía nunca algunos de los “auténticos placeres de la vida, como el amor”. El terapeuta le contestó diciendo “No vamos a convertirle en una vulcanoide carente de sentimientos ni en un ser humano irracional excesivamente emocional (algunas veces guiados por los impulsos “libidinosos”). Trabajaremos para que se convierta en alguien que puede experimentar emociones negativas funcionales más apropiadas que no lleguen a afectarle innecesariamente de forma que pueda disfrutar más de la vida y tomar mejores decisiones”. Esto sirvió para fortalecer la relación terapéutica, estableció un objetivo terapéutico y sirvió a Peggy para ver que existen múltiples modos posibles de respuesta. Peggy aceptó que el objetivo de la terapia fuera sustituir su ira por una emoción negativa más funcional que fue clasificada como *enfado*.

La introducción en los detalles específicos del control de la ira fue facilitado por el uso de la medida de auto-informe de ira (DiGiuseppe, Eckhardt, Robin & Tafrate, 1993) y la entrevista estructurada para el trastorno de ira/hostilidad (Eckhardt, DiGiuseppe, 1995). Estas medidas fueron usadas periódicamente para evaluar la frecuencia, intensidad y expresión de ira de Peggy. La información de

estas medidas era útil para reforzar en Peggy la idea de que la ira era destructiva y que una nueva reacción emocional era más beneficiosa.

Además del control de la ira, Peggy expresó el deseo de mejorar la comunicación entre ella y Andrew. Esto la ayudaría a alcanzar el objetivo final de la progresión de la relación hacia el matrimonio. Se acordó que la mejora de la comunicación no era necesariamente diferente del objetivo de la reducción de la ira, y que, con la práctica y el esfuerzo, ambos podrían ser trabajados mediante el modelo REBT. Sin embargo, el terapeuta sospechaba que Peggy se aferraba a otra creencia subyacente: “Debo lograr que funcione esta relación y casarme con Andrew”. El terapeuta no estaba seguro de que Andrew y Peggy fueran compatibles, ni siquiera si Peggy prescindía de su filosofía demandante. Cuando se le preguntó a Peggy si se aferraba a esta idea, ella negó la hipótesis del terapeuta, pero afirmó que “le encantaría que funcionara esta relación, pero no tiene por qué.”

Tratamiento

Enseñar la conexión BC. El tratamiento de Peggy siguió un enfoque cognitivo-conductual con múltiples componentes, incorporando la relajación, el entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en habilidades de comunicación, con la clásica estrategia REBT para confrontar las creencias irracionales como núcleo del enfoque. El establecimiento de la conexión BC fue la primera intervención.

El terapeuta presentó a Peggy diferentes situaciones para demostrar que las otras personas no causan nuestros sentimientos. Usando a Andrew como ejemplo, se preguntó a Peggy cómo responderían otras 100 mujeres si tuvieran un amante que las tratara de forma similar a como Andrew la trataba a ella. Peggy fue capaz de generar numerosas consecuencias emocionales alternativas que incluían la depresión, la tristeza media, el enfado y la indiferencia. A continuación se recordó a Peggy que había dicho que Andrew causaba su ira y se le confrontó con las diferentes emociones que podría haber experimentado. ¿Cómo podía explicarse que la misma persona provocara tantas reacciones emocionales diferentes? Peggy manifestó que esas hipotéticas mujeres se limitaban a responder de forma diferente. El terapeuta reforzó inmediatamente a Peggy por el insight de que las personas tienen diferentes reacciones emocionales ante el mismo hecho, y explicó que esto se debía a que evaluaban de forma diferente la misma situación.

Peggy escuchó con atención al terapeuta mientras éste decía que el reconocimiento del modo en que nuestro sistema de creencias o filosofía individual nos conduce a poder controlar nuestras reacciones. El terapeuta sugirió que Peggy disponía de un “botón para la ira” que Andrew apretaba con asiduidad. Sin embargo, ella podía aprender a desconectarlo de forma que él podría seguir accionándolo sin que ella respondiera de la misma forma (Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). Esto pareció servir para que Peggy observara que las situaciones y las personas no causan nuestras emociones; nuestro sistema de creencias genera nuestras emociones. Dado el deseo de aprobación de Peggy (o mejor, el miedo al rechazo), el terapeuta temía que ella manifestara acuerdo y que no hubiera establecido realmente la relación BC.

Usando una afirmación previa de Peggy, el terapeuta hizo uso del humor para volver a mencionar la conexión BC. Había dicho anteriormente que “Me siento como una marioneta y Andrew mueve mis hilos”. Al entrar en el despacho para la siguiente consulta se le preguntó, “¿Y, quién ha movido los hilos esta semana?”. Contestó con una mirada de sorpresa. Se le recordó a Peggy la metáfora que había empleado la semana anterior y se le sugirió que Andrew “movía los hilos” porque ella lo permitía. Podía recuperar los hilos y dirigir sus propias emociones y conductas sin culpar a él de hacerlo.

Desafiar las creencias irracionales. El nuevo estadio de tratamiento implicaba el desafío de las creencias irracionales de Peggy. Un componente fundamental del programa REBT consiste en lograr que el cliente preste atención a la naturaleza antiempírica, inútil e ilógica de sus creencias irracionales presentes y que busque creencias alternativas con más sentido, más realistas y más productivas. El terapeuta se centró inicialmente en el problema emocional secundario de la ira que Peggy dirigía hacia sí misma y que experimentaba cuando perdía los estribos con Andrew. La idea de que era preferible no reaccionar de tal modo fue reforzada como preferencia. Sin embargo, se recordó a la cliente que era un ser humano y que estaba formada para actuar de este modo. El terapeuta empleó sobre todo las confrontaciones funcionales para las creencias irracionales que generaban la ira hacia sí misma (DiGiuseppe, 1991): “¿De qué modo las exigencias para que no se enfurezca ni se condene por haber sentido ira le ayudan a no volver a enfurecerse con Andrew?”. Peggy respondió que sucedía lo contrario cuando establecía dichas exigencias, porque le costaba menos sentirse mal con Andrew y destinaba más energía mental a pensar en el modo de evitar la ira. La confrontación funcional puede ser particularmente efectiva cuando el cliente asegura que su forma habitual de pensar puede no ayudarlo a alcanzar sus objetivos específicos. Para Peggy, esto implicaba evaluar que su forma de pensamiento no la ayudaba a alcanzar su objetivo de controlar la ira con Andrew. El problema emocional secundario parecía cambiar rápidamente (en términos de reducción de las demandas auto-dirigidas sobre el control de sus emociones y de una mayor sensación de auto-aceptación) y, en consecuencia, las sesiones se centraron exclusivamente en su relación con Andrew.

Peggy reiteraba inexorablemente que la conducta de Andrew era detestable. Los esfuerzos iniciales por confrontar esta idea de que “Él no debe actuar tal como lo hace” se encontraron con gestos faciales de oposición. Era importante que Peggy comprendiera que no iban (ni ella, ni el terapeuta) a desafiar sus inferencias con relación a que Andrew la trataba indebidamente. Sus inferencias sobre que la conducta de él era inconsiderada se asumían como válidas. A Peggy se le enseñó el modo de desafiar sus creencias rígidas de que “Él no debe comportarse de ese modo y tratarme como si fuera una niña” y “No puedo soportar que me trate así”. Entraba en una forma de pensamiento de todo-o-nada o negro-blanco y uno de los objetivos terapéuticos era lograr que su pensamiento fuera más adaptable y flexible.

Cualquier terapeuta REBT encuentra diversas estrategias para enseñar a los clientes a confrontar sus creencias irracionales con efectividad. Sin embargo, el

terapeuta necesita ser consciente de que no cualquier técnica puede ser efectiva con un cliente determinado, y en consecuencia es preferible que sean adaptables. DiGiuseppe (1991) ha elaborado una matriz comprensiva de las posibles confrontaciones y sugiere a los terapeutas que prueben todas ellas hasta disponer de suficiente conocimiento como para predecir a priori qué formas de confrontación serán las más efectivas, para qué creencias irracionales, con qué tipo de clientes. En este caso, el terapeuta utilizó un gran número de intervenciones de confrontación dirigidas a la demanda de Peggy de que Andrew *debía* comportarse como ella lo quería.

Para Peggy, algunas de las estrategias más efectivas para contrarrestar sus creencias demandantes sobre Andrew eran confrontaciones empíricas combinadas con afirmaciones de manejo efectivo (DiGiuseppe, 1991). Algunas de las confrontaciones empíricas fueron “¿Por qué debería comportarse de forma diferente, sólo porque yo lo quiera? Hace muchas cosas que yo no quiero que haga” y “Si las pruebas demuestran que se ha comportado de este modo sistemáticamente en el pasado, ¿por que va a comportarse ahora de forma diferente?”. Peggy fue capaz de combinar estas ideas con afirmaciones de manejo más efectivas, que eran creencias más racionales para sustituir sus creencias irracionales: “Me gustaría que Andrew reconociera mi punto de vista, pero puedo soportarlo si no lo hace” y “Por mucho que desee ser tratada con justicia, puedo aceptar que no siempre sea así”. Con relación a sus demandas sobre su propia conducta (expresión de ira), trabajó activamente para sustituir sus creencias irracionales por otras más racionales como “No tengo que ser perfecta, ni controlar mis emociones. Soy una persona normal, un ser humano falible y puedo aceptarme con mis fallos”.

Peggy fue capaz de reconocer que podría desarrollar otras formas de pensamiento sobre la conducta de Andrew. Manifestó saber esto a “nivel cognitivo” y que probablemente lo había sabido siempre, pero no había acertado a ponerlo en práctica. Peggy señalaba muchas veces a su cabeza y decía “Lo sé aquí, pero... pero no lo creo aquí” (señalando el abdomen). Sostenía sus nuevas creencias racionales sólo con una ligera convicción. Aunque esto se reconoció como progreso, no fue suficiente para generar el tipo de cambio conductual y afectivo en que se había pensado al elaborar el plan de tratamiento. Seguía gritando y arrojando objetos a Andrew cuando la corregía, aunque manifestaba una reducción significativa en la frecuencia de estas conductas.

Como la frecuencia e intensidad de los estallidos de ira de Peggy se había reducido sólo un poco pero no aún de forma significativa a juzgar por lo que decían ella y Andrew, programamos algunas tareas para casa que se realizarían entre las sesiones y que implicaran el ensayo de lo aprendido durante las mismas. Aunque Peggy no entendía plenamente la teoría a “nivel cognitivo”, no la había ensayado suficientemente hasta convertirse en un nuevo sistema de creencias. Durante las siguientes sesiones, elaboramos un sistema de auto-monitoreo que permitía a Peggy clasificar las situaciones que provocaban su ira y los pensamientos que la acompañaban y que le conducían a las conductas de ira. La tarea consistía en enfrentarse activamente a sus pensamientos y en elaborar un pensa-

miento racional más efectivo que la condujera a emociones alternativas más adaptativas. Durante multitud de sesiones revisamos los sucesos activadores específicos, las creencias irracionales que provocaban la ira, sus confrontaciones y sus creencias racionales alternativas. Estas tareas parecían funcionar y servían para que Peggy confiara en poder controlar su ira satisfactoriamente.

La ira es, en muchos aspectos, similar a la ansiedad, sobre todo porque es una reacción ante la amenaza. Los trastornos de ansiedad han sido satisfactoriamente tratados mediante las técnicas de imaginación y exposición *in vivo*. DiGiuseppe, Trafate y Eckhardt (1994) sugieren que se necesitan los mismos tipos de principios de exposición para el tratamiento satisfactorio de la ira. Peggy había tratado de evitar las situaciones que provocaban la ira. Ésa era la finalidad de los esfuerzos comunicativos y del contrato conductual. Si pudiera hablar de un modo que no enfadara a Andrew o si pudiera saber lo que Andrew quería de ella, ella podría evitar los sucesos activadores de la ira. El terapeuta explicó a Peggy que éstas eran buenas estrategias, pero aunque fueran satisfactorias al 90%, siempre existirían momentos en los que se vería obligada a enfrentarse a estímulos provocadores de ira. Se pidió a Peggy que imaginara intencionadamente situaciones en las que fuera probable que reaccionara con ira. Las escenas imaginarias se desarrollaron a partir de sucesos que provocaban ira o eran similares a éstos que lo hacían. Peggy practicó las escenas imaginarias y ensayó confrontaciones y nuevos pensamientos de manejo más racionales. Esto siguió hasta que Peggy adquirió suficiente confianza en su capacidad para controlar la ira.

El siguiente paso consistió en avanzar desde la exposición imaginaria con afirmaciones de manejo a la práctica de la estrategia de manejo racional en situaciones reales. Peggy era obsesiva en sus esfuerzos por corregir aquello que Andrew había corregido. También trataba de anticipar las “necesidades” de Andrew y hacer siempre lo que le pedía. Como las tareas imaginarias parecían salir bien, el terapeuta sugirió que ya era hora de que ella “olvidara” hacer algo que Andrew le hubiera pedido. Comentamos esto y escogimos algo que no fuera inconsiderado ni que tuviera mayores consecuencias. Peggy tenía así la oportunidad de preparar de antemano una posible discusión, algo que no había sido capaz de hacer previamente. Para Peggy, esta preparación implicaba el uso de la Imaginación Racional-Emotiva (Maultsby & Ellis, 1974). Se le había sugerido que dedicara entre 5 y 20 minutos diarios, durante un período de 4 días, a imaginar cuál sería la respuesta de Andrew a su error de “olvidar” copiar el artículo que él le había pedido. Al hacerlo, fue capaz de crear los sentimientos de ira que ella hubiera experimentado normalmente en esa situación y a elaborar nuevos argumentos para rebatir sus creencias irracionales. Como tal, podría usar estos argumentos y las afirmaciones de manejo más efectivas en futuras situaciones similares.

El uso de la exposición *in vivo* siempre ha sido un componente crucial de la REBT. Ellis (1973, 1977) ha comentado la aplicación de ejercicios para enfrentarse a la vergüenza con el fin de enseñar a los clientes que, aunque ejecuten un acto estúpido, el mundo no se acaba y por lo tanto no necesitan quitarse valor a sí mismos. El plan para que Peggy confrontara una situación vital provocadora

de ira se derivó del mismo principio. Peggy no hubiera progresado mucho si evitaba el enfrentamiento con Andrew y si por temor a la confrontación hacía lo que Andrew le había pedido. Encarar esta situación controvertida le permitiría comprobar la efectividad de sus ejercicios de imaginación. Si el ejercicio no salía bien, todavía podía enfrentarse a su creencia irracional de que las consecuencias de la confrontación eran insoportables.

Peggy se enfrentó a Andrew con relación a un pequeño asunto. Aplicó sus nuevas afirmaciones racionales de manejo para no “estallar” cuando él empezara a criticarla en la situación de la vida real. Manifestó que se había estado repitiendo las afirmaciones de manejo mientras discutía con él. Una de las auto-afirmaciones específicas que usó como ejemplo de una confrontación racional y de una auto-afirmación o instrucción se deriva del entrenamiento auto-instructivo (Rehm & Rokke, 1988): “No favorece a la situación que responda con mi ira típica. No va a cambiar sus conductas sólo porque yo lo quiera. Para mí y para la relación es preferible que no responda”. Este ejercicio tuvo éxito.

Para seguir profundizando en sus recursos de manejo y su habilidad para generar argumentos y afirmaciones racionales de manejo, se usaron dos técnicas en sesiones semanales alternativas: el Intercambio Racional del Rol (Kasione & DiGiuseppe, 1975) y una técnica de la silla abierta. En el Intercambio Racional del Rol, el terapeuta interpreta a una persona que defiende las mismas creencias irracionales que el cliente. Se pidió a Peggy que confrontara estos pensamientos y que elaborara formas más efectivas de pensamiento. El terapeuta trata de convencer a la cliente de las creencias irracionales y se muestra insistente en las creencias irracionales del paciente. El terapeuta observó que, según avanzaba la terapia, Peggy se mostraba más capaz de generar contra-argumentos persuasivos y su estilo de confrontación empezó a corresponderse con el del terapeuta en volumen e intensidad. La técnica de la silla abierta es similar a la anterior, pero la cliente interpreta a la “Peggy Irracional” y a la “Peggy Racional”. Se dijo a Peggy que uno de los extremos del diván era el extremo irracional y que el otro era el racional. Debía moverse entre ambos extremos, enfrentándose activamente a sus ideas irracionales en el proceso. Estas técnicas se usaron para ayudar a Peggy a fortalecer su convicción sobre sus nuevas creencias, evaluar el grado en que se implicaba en sus tareas semanales (cognitivas y conductuales) y prepararla para una posible reaparición imprevista de las creencias irracionales.

Estas dos técnicas implicaban el ensayo de las estrategias de confrontación y creencias alternativas más racionales. Fueron seleccionadas porque a comienzos de la terapia Peggy había manifestado entender la lógica de sus nuevas creencias racionales pero no lograba creerlas “emocionalmente”. Estas técnicas de ensayo fueron empleadas con esa finalidad.

Mediante el monitoreo regular del cumplimiento de las tareas para casa y el examen periódico de sus explosiones de ira, usando para ello medidas objetivas, se observó que Peggy estaba experimentando menos situaciones de ira. Empezaba a “aceptar” más las conductas de Andrew aunque siguieran no gustándole. Peggy era más capaz de prever las posibles discusiones antes de que se produjeran. Tras

un período de 9 semanas en las que Peggy manifestó no haber experimentado ninguna muestra de ira y en las que estaba “desconectando” regularmente su “bomba de ira”, contempló la posibilidad de finalizar la terapia.

Peggy llegó llorando a la siguiente sesión, con arañazos en sus brazos. Manifestó que Andrew y ella habían discutido duramente la noche anterior. Se había marchado del salón y había comenzado a golpear las paredes de la habitación. La discusión había versado sobre dos asuntos. Inicialmente habían comenzado a discutir asuntos económicos y después había ido en aumento cuando Andrew la acusó de enfurecerse y de no ser capaz de controlar sus emociones.

Peggy manifestó que a la mañana siguiente había tratado de evaluar los pensamientos que la habían conducido a la ira y había concluido que: “No debería acusarme de sentir ira cuando no lo hago” y reconoció la irracionalidad de ese pensamiento. El terapeuta supuso que sus lloros y el subsiguiente episodio de depresión procedían de la creencia irracional: “Como he trabajado en terapia sobre este problema y no he tenido ningún arrebato de ira durante cierto tiempo, siempre debería ser capaz de controlar mis emociones”. Expliqué a Peggy que los cambios en su sistema de creencias no se producirían de un modo lineal, y que debería esperar ciertas recaídas de cuando en cuando. Pedir que controlara sus emociones en todo momento era irracional y la conduciría a consecuencias emocionales y conductuales disfuncionales. En lugar de considerar sus recaídas de forma no constructiva diciéndose “Siempre seré así, y nunca seré capaz de controlar mis emociones” se animó a Peggy a trabajar en la identificación de las situaciones y pensamientos que acompañaban a estas recaídas y a desarrollar las estrategias cognitivo conductuales para manejarlas en el futuro. Evaluó este suceso como algo que le serviría para recordar que necesitaba trabajar mucho con su pensamiento y que, aunque fallara algunas veces, no debía condenarse por tales fracasos. El terapeuta sospechaba que Andrew criticaba a Peggy por enfurecerse porque él mismo era propenso a interpretar como discusión cualquier desacuerdo con él.

La práctica de Peggy para modificar sus creencias implicaba la frecuente repetición de las afirmaciones de confrontación y de manejo. En un momento de la sesión terapéutica, Peggy empezó a sentirse muy frustrada con el terapeuta por “tener que repetir el mismo paso” que ella llevaba repitiendo durante las últimas semanas y expresó que “debía dejarla sentirse airada”. Esto demostró ser bueno para la terapia. El terapeuta empleó la frustración e ira de Peggy durante la sesión para ayudarla a identificar sus creencias irracionales sobre el proceso terapéutico: “Como entiendo que soy propensa a pensar irracionalmente cuando me enfurezco, mi terapeuta no debería ser tan persistente en el ensayo de las afirmaciones de confrontación y de manejo”. Cuando Peggy, medio en broma, señaló al terapeuta que éste se estaba comportando irracionalmente en su “demanda” de que ella profundizara en su convicción en las nuevas auto-afirmaciones racionales, se creó una nueva oportunidad adicional para comentar y establecer los nuevos objetivos de la terapia.

Al comentar sus objetivos para la terapia, Peggy describió inicialmente que algunas veces le costaba centrarse en su trabajo si rumiaba sobre pensamientos que implicaban a Andrew y a su conducta. Además de identificar y confrontar sus

creencias irracionales, se introdujo una técnica de bloqueo del pensamiento (Wolpe, 1958) como medio para detener sus pensamientos iracundos y redirigir el proceso de pensamiento. La imagen visual de un parque o campo vacío que en breve se llena de pájaros fue comparada con una mente que en un pequeño intervalo de tiempo se llena de pensamientos de ira. Del mismo modo que un grito o una palmada espantaría a los pájaros, la palabra “stop” o “detente” espantaría estos pensamientos y le permitiría centrarse otra vez en su trabajo.

Con frecuencia durante la terapia, sobre todo al comienzo, el terapeuta trabajaba en la corrección de la semántica de Peggy mientras confrontaba sus ideas irracionales. Es decir, cuando Peggy formulaba afirmaciones como “Andrew me enfada tanto cuando me trata como a una niña”, el terapeuta modificaba la afirmación y ofrecía la alternativa “Se enfada a sí misma tanto cuando Andrew la trata como a una niña”. Aunque Peggy entendía la importancia de esta precisión semántica, no le gustaba que el terapeuta corrigiera el uso que hacía del lenguaje (como Andrew había hecho en tantas ocasiones) y manifestó sentirse motivada para modificar la frecuencia de estas correcciones. En consecuencia, éste fue un aspecto en el que Peggy debía trabajar mucho para modificarlo y regularmente corregía su lenguaje antes de que el terapeuta tuviera oportunidad de hacerlo. No se sabía a ciencia cierta si esto serviría para profundizar en su convicción de las nuevas creencias recientemente adquiridas.

Un aspecto importante del progreso REBT es la asignación y cumplimiento de las tareas para casa. Inicialmente Peggy era algo reacia a hacer sus tareas, pero más adelante las completaba con bastante asiduidad y sus tareas cubrieron una amplia gama de principios REBT. Se le sugirió la biblioterapia y Peggy leyó unos 10/12 artículos breves sobre las premisas de la REBT que habían sido presentadas durante las primeras sesiones. Relacionado específicamente con la ira, se le recomendó un artículo titulado *Ira: cómo vivir con y sin ella* (Ellis, 1993) y *Cómo superar la frustración y la ira* (Hauck, 1974). Al principio Peggy manifestó cierta vergüenza para leer estos libros en el tren y los escondía en su despacho. Después identificó sus pensamientos de menosprecio ante la posibilidad de que otros supieran que ella presentaba un problema de control de la ira, y trabajó sobre este particular hasta el punto de que manifestó que con el segundo libro ya no sentía vergüenza, lo dejaba a la vista e incluso lo había recomendado a otras personas.

Las tareas escritas constituyeron también una parte importante del plan de tratamiento de Peggy. Inicialmente empezó a elaborar un diario de ira, en el que registraba las situaciones específicas en las que le costaba controlar su ira o las situaciones en las que previamente tenía dificultades pero era capaz de controlarlas satisfactoriamente. En ambos casos esto fue útil para Peggy porque le sirvió para recopilar un banco de datos de las “situaciones de ira” a los que podría acudir durante sus ejercicios de imaginación y trabajar activamente en su confrontación de las creencias irracionales y en el desarrollo de formas más efectivas y productivas de pensamiento. El diario permitió a Peggy cumplimentar el formulario de auto-ayuda REBT que le ayudaba a monitorear los aspectos “A-B-C-D-E” de su pensamiento y que fue usado para fortalecer aún más su esperanza en las

creencias racionales. Este formulario también permitió al terapeuta comprobar que la cliente entendía los ABCs de la REBT.

Peggy accedió a practicar la imaginación racional emotiva como tarea para casa, pero no la completaba sistemáticamente al inicio. Se excusaba diciendo que no había entendido la tarea (una falta comprensible) o que no había tenido tiempo para hacerla (otra falta también perdonable aunque fácilmente remediable). Con el fin de que se implicase más en el proceso imaginativo se le comentó que prescindir del uso de los ejercicios de imaginación no iba a ayudarla a alcanzar los objetivos señalados. Usando la analogía del ejercicio físico para el desarrollo de una parte específica del cuerpo, se contempló el proceso imaginativo como un ejercicio mental que le ayudaría a fortalecer su nueva filosofía. Para que su compromiso fuera aún mayor se añadió un componente conductual: Peggy usaría refuerzos positivos o castigos si no hacía este “ejercicio mental” durante 10-20 minutos al día, cuatro veces por semana.

Como la experiencia de la ira presenta componentes cognitivos, conductuales y fisiológicos, también se enseñó a Peggy a usar los ejercicios de relajación y a incorporarlos entre sus tareas para casa. Al hacer los ejercicios de imaginación y la interpretación de roles durante las sesiones, la cliente empezó a ser más consciente de su activación fisiológica (aumento del ritmo cardíaco, tensión muscular, respiración entrecortada) y a usar estas señales como indicador de que estaba experimentando ira y en consecuencia empezaría a identificar sus pensamientos para trabajar fisiológicamente su manejo. En concreto Peggy aprendió a usar la relajación muscular progresiva, técnica descrita por Bernstein y Borkovec (1973), que es una versión reducida del procedimiento de Jacobson (1938). El entrenamiento en relajación muscular progresiva consistió en aprender secuencialmente a tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo. Al hacerlo, la cliente reconoce que es fisiológicamente posible crear y eliminar los síntomas de tensión y, usado en conjunción con las afirmaciones de manejo, reducir la frecuencia de los períodos de ira intensa. El objetivo de esta técnica era combatir el estrés y la ira, produciendo una respuesta fisiológica que era incompatible con los síntomas del estrés.

Uno de los objetivos iniciales de Peggy fue mejorar sus destrezas comunicativas. El terapeuta empleó estrategias didácticas y de ensayo para ayudar a la cliente a lograrlo. Watzlawick, Beavin y Jackson (1960) sugieren que las personas comunicamos a dos niveles: verbal y no verbal. A Peggy se le explicó la diferencia entre ambos. La comunicación no verbal, los movimientos corporales y los gestos pueden transmitir mensajes generales y se le animó a presentarse con una postura corporal “abierta”, para reducir su frecuente necesidad de ocupar sus manos mientras hablaba y que mirara a Andrew directamente a la cara, demostrando que le agrada comunicarse con él.

Percibió el tono agudo, tenso de su voz mientras experimentaba ira escuchando una grabación de uno de los ejercicios de interpretación que había realizado previamente. Peggy fue capaz de discernir la diferencia entre sus cualidades vocales al comienzo de la terapia en una conversación amistosa y las cualidades de

su voz mientras expresaba furia. Peggy ensayó una frase específica (“Me gustaría que no hicieras eso”) con varias entonaciones emocionales. Al formular hipótesis sobre el modo en que otras personas podrían responder a las diferentes entonaciones de la voz, Peggy comprendió que no sólo importa lo que uno dice, sino también cómo lo dice y accedió a trabajar sobre el modo de manifestar sus preferencias sin darles una entonación exigente.

El trabajo terapéutico sobre los elementos verbales de las destrezas comunicativas implicó ayudar a Peggy a modificar sus afirmaciones atribucionales y desarrollar varias destrezas comunicativas activas (Norvell & Belles, 1990). Se pidió a la cliente que ensayara el uso de las afirmaciones en primera persona “Oraciones yo” como forma para reclamar y reconocer sus propios sentimientos. Una de las afirmaciones más frecuentes que Peggy hacía ante Andrew era del tipo a “Me enfadas tanto”. Al formular tales manifestaciones, Peggy negaba cualquier responsabilidad de sus propios sentimientos. Mediante el uso de las oraciones en primera persona (e.g., “Estoy enfadada porque no me gusta ser criticada y me has vuelto a criticar”), podría reducir la probabilidad de generar la postura defensiva en la otra persona.

Norvell y Belles (1990) describieron tres destrezas activas de comunicación que fueron empleadas con Peggy en terapia. Nos centramos en su capacidad para escuchar atentamente y reflejar a Andrew lo que se estaba diciendo y, particularmente, lo que él estuviera sintiendo. El parafraseo de lo que Andrew estaba diciendo no sólo implicaba repetir sus palabras literalmente sino también sintetizarlas para reducir los malentendidos de la comunicación. Otro instrumento comunicativo útil fue el de subrayar la fuente de estrés, que implicaba que Peggy pidiera a Andrew que aclarara ciertos aspectos de su discurso. Por ejemplo, cuando a Andrew no le gustara la nueva reacción de Peggy de no responder a algunas de sus peticiones, inmediatamente expresaría una vaga “incomodidad” hacia Peggy. Entonces Peggy le pediría que profundizara en esta idea. Esto permitía a Peggy evaluar los detalles específicos de su solicitud y decidir (sin ningún otro bagaje emocional extraordinario) si ésa era una solicitud que deseaba o no deseaba satisfacer. El entrenamiento en asertividad también se empleó para desarrollar nuevas conductas para pedir cosas en lugar de confiar en las demandas irracionales. En primer lugar Peggy reconoció que tenía derecho de ser asertiva. Al actuar de forma asertiva, los clientes deben saber que no “exigen” y que es posible que no logren los resultados deseados. En esencia, actuar asertivamente no implica que uno vaya a conseguir lo que quiere.

Al comienzo Peggy manifestaba que, cuando Andrew actuaba indebidamente, ella no veía que tuviera una selección de posibles alternativas (conductuales y cognitivas) a la ira. Se empleó el entrenamiento en las destrezas de resolución de conflictos (D’Zurilla & Goldfried, 1971) para que Peggy identificara conductas eficaces alternativas a las explosiones de ira. La REBT se conjugaba con la elaboración de soluciones alternativas y la mejora de las decisiones para reducir el componente emocional que desempeñaba un papel importante en la toma de decisiones de Peggy.

Una ventaja que extrajo Peggy de controlar su responsividad emocional y de no permitir que Andrew la influyera fue que ahora era capaz de tomar mejores decisiones sobre la relación. Podía mirar a la relación sin el enfoque de ira y determinar así si Andrew era el tipo de persona con quien quería mantener una relación.

Cuando la terapia individual estaba a punto de concluir, Peggy comenzó a buscar un lugar para vivir sola, donde pudiera tener “tiempo para ella misma”. Un componente importante para prepararla a mudarse conllevaba la identificación y la confrontación de las ideas catastróficas sobre la finalización de la relación. Además de las creencias sobre el abandono, Peggy elaboró un listado de actividades que ella podría hacer individualmente y con amigos para distraerse de los pensamientos evaluadores negativos por no disponer ya de una relación.

En el Instituto de Terapia Racional-Emotiva, se emplean medidas de resultados en intervalos de 3-4 semanas para evaluar el progreso del cliente durante la terapia. Al concluir la terapia individual, Peggy obtuvo puntuaciones normales en todas las medidas, sin manifestaciones de depresión, ni ansiedad y una puntuación alta en la escala de Satisfacción Vital. Sin embargo, debería señalarse que las medidas usadas no contenían medidas de validez para detectar la tendencia de los sujetos a mostrarse de un modo favorable. Dadas las creencias de Peggy de ser mal percibida por los otros, quizá su falta de voluntad para expresar debilidad (tal como se había manifestado en el MCMI-II inicial) también hacía acto de presencia en este momento. El terapeuta contempló la posibilidad de que Peggy se presentara bajo una luz positiva y comentó con la cliente los cambios positivos que había logrado. Tras este comentario, el terapeuta creía que Peggy había progresado significativamente en el cambio de sus cogniciones disfuncionales lo que tuvo consecuencias emocionales y conductuales; sin embargo, parecía que ella trataba de inflar el nivel de cambio alcanzado.

La actuación de Peggy en la medida de auto-informe de ira (DiGiuseppe, Eckhardt & Tafrate, 1993) en el momento de concluir la terapia individual indicaba una reducción significativa de su ira. Para preparar a Peggy para la conclusión de la terapia individual, el terapeuta le mostró sus respuestas iniciales en esta misma medida y las comparó con las respuestas presentes. Se pidió a Peggy que identificara en qué áreas esperaba encontrarse con problemas para que pudiera seguir trabajando por su cuenta.

Se le enseñaron algunas destrezas de auto-análisis (mediante las cuales podía examinar su “auto-diálogo”) que le sirvieran para que pudiera funcionar como su propia terapeuta con la idea de que la terapia y la adquisición de una nueva filosofía es más útil si se trabaja regularmente. Durante las tres últimas semanas de la terapia, Peggy “estableció” sesiones consigo misma para trabajar independientemente sobre su “auto-diálogo” sano, practicar los ejercicios imaginativos y de confrontación y asignarse ciertas tareas conductuales y cognitivas similares a las comentadas en la terapia. Se examinó el aspecto no lineal del progreso hacia sus objetivos y Peggy trabajó para reducir sus tendencias perfeccionistas sobre el control de su ira. Peggy también elaboró un listado de las actividades con las que

había disfrutado anteriormente pero que no había hecho últimamente. Usó estas conductas agradables como refuerzos para respetar sus tareas y programar y respetar sus “citas” regulares consigo misma.

Aunque Peggy completó sus tareas para corregir su ira, no logró ver los cambios positivos que deseaba en su relación con Andrew. Incluso con la reducción en sus manifestaciones de ira, Andrew seguía sin ser percibido como alguien comprensible y cercano. Según Peggy, éste trataba de “tocarle la moral” continuamente. La REBT establece una diferencia entre los problemas emocionales y los prácticos (Dryden & DiGiuseppe, 1990). La teoría defiende que es recomendable trabajar en primer lugar sobre los problemas emocionales, con el fin de no molestarse excesivamente cuando las cosas no salen como a uno le gustaría. Como tal, Peggy seguía pidiendo que Andrew acudiera a terapia para que el terapeuta pudiera observar los logros específicos que ella había alcanzado en la terapia y pudieran trabajar a favor del cambio en la relación. Andrew acudió a las tres últimas sesiones de la terapia individual de Peggy. El terapeuta opinaba que aunque Peggy mostraba menos ira, seguía tratando de mejorar su relación con Andrew. Al finalizar con la terapia individual de Peggy, los dos decidieron participar en terapia de pareja con otro terapeuta (J.N.) Esto se hizo con el fin de eliminar cualquier suspicacia que pudiera tener Andrew de que el terapeuta se mostrara más favorable hacia Peggy y también para que ambos disfrutaran de las ventajas que ofrece la perspectiva de un nuevo terapeuta.

Terapia de pareja con Peggy y Andrew

Evaluación. Cuando Peggy comenzó su terapia con Andrew, su pareja durante un año y medio, era visible que había desarrollado las destrezas adecuadas para el control de la ira. Andrew manifestó que Peggy había logrado aprender satisfactoriamente a limitar sus “berrinches” a dos o tres por semana. El progreso también se observaba en que Peggy ahora se responsabilizaba de su ira y quería evitar las consecuencias negativas asociadas a ella. Trabajó duro para limitar sus estallidos de ira confrontando vigorosamente sus creencias irracionales y practicando diariamente los ejercicios de relajación. Peggy y Andrew coincidían en que era más capaz de manejar su ira en términos de la frecuencia e intensidad; sin embargo, a Andrew seguía costándole mucho soportar los episodios de ira que aún tenía y en los que Peggy le gritaba y le sacaba de su única habitación.

En la evaluación se comprobó que Peggy era capaz de calmarse; sin embargo, carecía de alternativas asertivas más efectivas y de destrezas de resolución de conflictos para sustituir sus “berrinches”. Manifestó tener sentimientos de “indefensión” y depresión. Sobre todo, no sabía qué hacer cuando se sentía frustrada y, en consecuencia, lloraba casi a diario. Peggy afirmó que estaba motivada para abandonar su ira y mejorar su relación con Andrew y que estaba interesada en ser más asertiva y dominar mejor algunas estrategias de comunicación.

Andrew completó los mismos formularios de ingreso que había rellenado Peggy al comienzo de su terapia individual. Su patrón de respuesta MCMI-II reve-

laba problemas clínicos en el Eje I. Presentaba altas puntuaciones en las subescalas de síndromes clínicos de Ansiedad (102), Distimia (106) y Dependencia Alcohólica (100). Estos resultados sugerían que Andrew padecía sentimientos de ansiedad y depresión y que acudía al alcohol para superar sus intensas emociones negativas.

Sus respuestas en el Cuestionario de Salud General y en el Inventario de Depresión de Beck indicaban niveles de trastorno severos y de depresión moderados. Presentaba una puntuación extremadamente baja en la Escala de Satisfacción Vital para un paciente de psicoterapia en el momento del ingreso. En el MCMI-II manifestaba que sus principales problemas eran los de “novia/problemas de alcoba” y “malos negocios”. A pesar de la voluntad de Andrew para divulgar información relevante en las medidas objetivas del ingreso, en el Formulario de Información Biográfica indicaba que no había tenido problemas en el pasado y que era inconsciente de las condiciones que exacerbaban o aliviaban sus síntomas.

En la entrevista clínica, Andrew parecía bastante “racional”. Insistía en que “quería que cambiara Peggy en beneficio de su relación”. Andrew manifestó sentirse “decepcionado” o “sorprendido” cuando Peggy se enfurecía con él y le sacaba fuera. Negó sentimientos de ansiedad, ira y depresión. Admitió reaciosamente mantenerse “levantado hasta altas horas de la noche y consumir una o dos botellas de vino” cuando las cosas “no salían como a él le gustaba” después que Peggy manifestara su preocupación por esta conducta. Peggy creía que éste era uno de los principales factores de sus dificultades con la ira. Afirmó que cuando bebían “no se controlaba nada”.

El terapeuta comenzó a observar que Andrew experimentaba una intensa ira cuando Peggy expresaba cualquier emoción o divulgaba “información personal” durante la sesión. Por ejemplo, cuando Peggy describió el excesivo consumo de alcohol de Andrew, él la miró y tensó sus mandíbulas y enrojeció. Cuando el terapeuta le preguntó sobre sus pensamientos y sentimientos, manifestó que “sólo estaba sorprendido” de lo que decía Peggy. Siguió negando cualquier otro pensamiento o sentimiento, a pesar de los persistentes esfuerzos del terapeuta para elicitar información. Incluso al ser confrontado con la discrepancia entre su conducta verbal y no verbal mantuvo su respuesta “razonable”.

Era obvio que Andrew consideraba inapropiada cualquier expresión de emoción negativa y exigía que Peggy se adaptara a su percepción de “dulce sureña”. Este punto de vista contribuía significativamente a los episodios de ira de Peggy. Cada vez que Peggy estaba enfadada con Andrew, éste tendía a acusarla de estar furiosa con el fin de deflectar crítica porque, como señalaba en la Escala de Creencias y Actitudes-2, creía firmemente que “es terriblemente doloroso ser criticado o perder la aprobación de las personas especiales”. Una vez falsamente acusada de sentir ira, Peggy se enfadaba y respondía violentamente.

Tras la evaluación, acordamos que lo más útil sería una combinación de terapia individual y de pareja para que Andrew pudiera “alcanzar” a Peggy en términos de conciencia psicológica. Sobre todo era importante que Andrew reconociera que en los humanos era normal experimentar emociones negativas, para que pudiera aprender a identificar, clasificar y expresar sus pensamientos y senti-

mientos de un modo más apropiado. Sin embargo, como este capítulo versa sobre el tratamiento de la ira y la hostilidad, nos limitaremos a las sesiones individuales y de pareja con Peggy.

Sesiones individuales y de pareja con Peggy. Las sesiones individuales y de pareja con Peggy se destinaron a reducir la frecuencia e intensidad de los estallidos de ira que aún surgían y a determinar sus citas para acudir a terapia premarital. Las sesiones individuales y de pareja fueron facilitadas por el terapeuta de pareja, quien comenzó por la repetición de los conceptos que habían sido comentados en la terapia individual. Además se practicó el entrenamiento en destrezas comunicativas y en asertividad. Al principio, el terapeuta de pareja comenzó por identificar las prácticas de comunicación no constructiva que Peggy usaba con Andrew. Se descubrieron los siguientes patrones en la comunicación de Peggy: sobregeneralización, atribución de nombres, ahondar en el pasado, sentirse agobiada por la ira y el desprecio, el “tú acusador” y el no plantear nada positivo. A continuación se enseñó a Peggy que las parejas funcionales se comunicaban con efectividad afirmando sus posturas directa y firmemente. Éstas eran capaces de (a) definir explícitamente el problema y compartir las responsabilidades del mismo, (b) permanecer centrados en la cuestión y (c) escuchar, reconocer y tratar de entender la postura de su pareja. Las parejas que se comunicaban con efectividad tendían a ver los conflictos como desafíos que conducían al crecimiento y al beneficio mutuo (Wolfe, 1992).

Como Peggy ya había aprendido a minimizar su ira, sólo se destinaron 10 minutos de cada sesión a revisar las estrategias cognitivas para manejar sus emociones. Las afirmaciones de manejo que fueron particularmente efectivas son: (a) Yo creo mi propia ira, (b) independientemente de cómo actúe Andrew, no tengo por qué enfurecerme, (c) si me enfurezco, actúo desde la debilidad y no desde la fortaleza, (d) puedo juzgar mis conductas sin juzgarle a él y (e) estoy abandonando mi poder y malgastando mi energía cuando me enfurezco.

El siguiente paso consistió en enseñar a Peggy las diferencias entre las formas de comunicación asertiva, no asertiva y agresiva y las conductas asociadas con cada una. El terapeuta explicó que la conducta asertiva implica una afirmación directa, no hostil de pensamientos, sentimientos y preferencias o una solicitud de cambio a otra persona. Por el contrario, la conducta no asertiva conlleva la comunicación indirecta o pasiva o la no-comunicación de los propios deseos. Por último, la conducta agresiva implica las exigencias hostiles y a menudo trata de castigar a los otros (Bernard & Wolfe, 1993; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992).

Se destinó bastante tiempo a estos aprendizajes. Aunque este material era nuevo para Peggy, ella reconocía que a menudo vacilaba entre las formas comunicativas no asertivas y agresivas. El terapeuta revisó las reglas básicas de un comportamiento asertivo: (a) usar afirmaciones en primera persona, (b) comenzar por afirmar brevemente los propios sentimientos, (c) comentar sólo la conducta específica y evitar los ataques personales, (d) ofrecer sugerencias concretas de cambio de conducta y (e) emplear una comunicación no verbal que sea coherente con la conducta asertiva (e.g., contacto ocular directo, gestos corporales que denotan fuerza, etc.) (Lange & Jakubowski, 1976; Walen et al., 1992; Wolfe, 1992).

Mediante el modelo DESC, un sistema comunicativo de cuatro pasos hallado en la literatura (Walen et al., 1992), Peggy y el terapeuta interpretaron posibles situaciones difíciles que se producían entre ella y Andrew. Peggy aprendió a (a) Describir el suceso con tanta brevedad y objetividad como fuera posible, (b) afirmar simplemente la Emoción que experimentaba usando el lenguaje “yo”, (c) eSpecificar clara y concretamente qué es lo que quería y (d) presentar las Consecuencias positivas que se derivarían si se cumplía su solicitud.

Durante las diferentes estrategias didácticas de entrenamiento y en el siguiente ensayo, Peggy parecía suficientemente competente para cumplir las tareas de mostrarse asertiva tres veces con Andrew. Sin embargo, tras tres intentos insatisfactorios, el terapeuta decidió evaluar las creencias que impedían a Peggy comportarse asertivamente (Ellis, 1979). Rápidamente se vio que las siguientes creencias irracionales le impedían expresar sus deseos y sentimientos directamente: (a) nunca debo enfadar a Andrew, (b) no podría soportar su desaprobación, (c) debo lograr lo que quiero rápida y fácilmente, (d) es demasiado duro aguantar el conflicto y seguir mostrándome asertiva y (e) sería una mala persona si perdiera la aprobación de Andrew por mostrarme asertiva. Una vez identificadas estas creencias contraproducentes, el trabajo terapéutico se dirigió a lograr que Peggy las desafiara persistentemente. Se elaboraron nuevas afirmaciones de manejo que ayudaron a Peggy a arriesgarse a presentar conductas asertivas ante Andrew dentro y fuera de la sesión. La confrontación de estas creencias nucleares demostró ser fundamental para establecer respuestas conductuales alternativas que fueran compatibles con las conductas previas “de ira”.

Una vez que Peggy empezó a confiar más en su derecho a expresar sus sentimientos, a afirmar sus preferencias y a ser consciente de poder aguantar la desaprobación de Andrew, decidió cortar con su relación. En una sesión individual había manifestado que había deseado finalizar la relación algunos meses antes; sin embargo, no lo había hecho perpetuando su sistema no asertivo de creencias. Acabar con la relación sería la última prueba del auto-control y de las nuevas destrezas asertivas de Peggy.

Peggy acabó su relación en la siguiente sesión de pareja de un modo asertivo, no agresivo e insistía en su postura a pesar de los esfuerzos de Andrew por disuadirla. Aunque ella experimentaba mucha tristeza y lamentaba el resultado, Peggy manifestó una gran sensación de alivio y tenía muchas esperanzas puestas en el futuro. Se establecieron dos últimas sesiones con Peggy para trabajar sobre el mantenimiento de los logros, la prevención de recaídas y el establecimiento de objetivos para el futuro. Hacia el final de la terapia, Peggy no estaba ni deprimida ni furiosa y se habían eliminado los arrebatos de ira y de lágrimas.

Seguimiento

Un mes después de concluida la terapia el terapeuta de pareja recibió una carta de Peggy manifestando que “su primer mes de soltera había ido extraordinariamente bien”. Añadía que había mantenido sus logros y expresaba gratitud

por las destrezas asertivas que la habían ayudado a experimentar “un sentido auténtico de la independencia por primera vez en mi vida”.

Andrew se deprimió cuando Peggy dio por finalizada su relación. Se aferraba a su exigencia de que Peggy “le debía otra oportunidad”. Permaneció en terapia individual con el terapeuta de pareja que le ayudó a reducir la depresión y a experimentar sentimientos negativos más adaptativos como la tristeza y la decepción. Estuvo de acuerdo en establecer algunas sesiones individuales porque admitió que ya era hora de que “aprendiera vías más efectivas para manejar sus sentimientos” y “pensara en el modo de evitar errores similares en las relaciones futuras”.

CONCLUSIÓN

Peggy y Andrew no se reconciliaron; sin embargo salieron algunas veces después de que Peggy decidiera dar por finalizada su relación de pareja. Según sus palabras, decidieron no seguir viéndose porque era “demasiado doloroso para ambos”. A pesar de todo, Peggy y Andrew siguieron manteniendo un tono amistoso para que la socialización con amigos comunes fuera más tolerable. Peggy seguía sintiéndose algo molesta con Andrew por todas las cosas negativas que le había dicho y hecho durante su relación. Sin embargo, esta reacción emocional no era disfuncional. No dominaba su pensamiento ni interfería con sus restantes actividades.

Peggy manifestó en sus cartas de seguimiento disfrutar de la “alegría y libertad asociada a su vida como soltera”. Como se ha señalado previamente, Andrew continuó en terapia individual con el terapeuta que le había visto en terapia de pareja y comenzó a trabajar sobre la identificación y confrontación de las creencias irracionales que le conducían a emociones y conductas contraproducentes que interferían en sus relaciones interpersonales. Durante el curso de la terapia empezó a quedar con mujeres y en la actualidad disfruta de sus tareas para casa. Acordó con el terapeuta que empezaría a quedar con tres mujeres diferentes. La finalidad de este ejercicio era ayudar a Andrew a evitar repetir los viejos patrones de comenzar con excesiva premura relaciones íntimas. Ahora Andrew está aprendiendo a conocer a sus futuras parejas, de este modo puede adoptar decisiones más racionales y con más información al establecer relaciones íntimas.

Los terapeutas consideran que este caso ilustrativo es un buen ejemplo de efectividad mediante la terapia REBT con clientes que experimentan problemas de ira. Añadiríamos que aún queda mucho que hacer. Como decía Tafrate (1995), “Por el momento no existen estudios controlados de resultados que examinen la efectividad de la REBT con clientes que presentan problemas de ira”. Se deberá evaluar la aplicabilidad de la REBT al tratamiento de la ira y específicamente a identificar los componentes de la REBT que son más eficaces para provocar el cambio. Aunque existan algunas fuentes a las que puede acudir el lector para obtener más información sobre la aplicación de la REBT a los problemas de ira, los estudios de resultados nos permitirán especificar qué “instrumentos” de la REBT pueden ser usados con efectividad con aquellos clientes que experimentan problemas de ira y hostilidad.

7

REBT en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Albert Ellis

Francamente estaba equivocado sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) porque creía que era un trastorno neurótico de ansiedad, en gran parte causado por las demandas utópicas e ilógicas de seguridad de personas afligidas. Erróneamente creía que, como pensaban y sentían tan firmemente “¡Yo debo estar absolutamente seguro bajo todas las condiciones y en todo momento!”, los pacientes con TOC seguían cerrando compulsivamente sus casas una y otra vez o comprobando sus llaves de luz para *estar seguros* de que nada terrible pueda sucederles. Además, como exigían una *certeza absoluta* de que estaban limpios y eran dignos de merecer amor, lavaban sus manos 20 veces tras defecar o seguían llamando a sus amantes para *asegurarse* de que seguían teniendo su aprobación (Ellis, 1962b).

Todavía sigo creyendo que la necesidad de certeza impulsa a algunas personas a rituales, obsesiones y recuentos nauseabundantemente repetitivos, inútiles y contraproducentes y otros aspectos comunes del TOC. Probablemente todos los humanos tenemos algunas de estas tendencias absurdas, y nuestra necesidad de certeza, seguridad y aprobación puede llevarnos a actuar como ellos, especialmente cuando, por ejemplo, estamos apasionadamente enamorados de alguien y dudamos de nuestros sentimientos hacia dicha persona o de que sus sentimientos sean recíprocos. Este tipo de conducta obsesivo-compulsiva es, en cierto grado, “normal” y muchas veces temporal. Cuando dejamos de estar tan locamente enamorados, prescindimos de dicha conducta (Ellis, 1962a).

El TOC real es diferente. Adopta muchas formas y parece no ser una sola cosa. Normalmente comienza en la infancia o en la adolescencia y dura toda una vida. Pero también puede acompañar a trastornos neurológicos graves, entre ellos la enfermedad de Huntington, el mal de Sydenham, la enfermedad de Pick, el Parkinson Postencefálico y el síndrome de Tourette.

Los estudios neurológicos más recientes tienden a mostrar que la disfunción de los lóbulos frontales del cerebro y el circuito frontal-caudado están asociados con el TOC idiopático (Foa & Wilson, 1991; Steketee, 1993). El tratamiento satisfactorio del TOC con clomipramina (Anafranil), fluoxetina (Prozac) y otros agentes serotónicos tiende a mostrar que habitualmente existen algunas deficiencias en los neurotransmisores de las personas con TOC.

La necesidad de certeza, a la que previamente me he referido, podría ser un factor en la génesis del TOC, pero aún se desconoce si las deficiencias biológicas crean esta “necesidad” y/o si bloquean la capacidad de los individuos obsesivo-compulsivos para interrumpir y abandonar dicha “necesidad” cuando comprueban que no les beneficia en nada. ¡Ambos, probablemente!

Las personas con TOC, incluyendo prácticamente a todos los que he visto en mis años de experiencia profesional, presentan normalmente otros trastornos de personalidad. En este sentido, a menudo experimentan graves estados de angustia y graves trastornos depresivos. También pueden ser adictos al alcohol, drogas, nicotina, comer con exceso o jugar a las máquinas. Algunas de estas aflicciones pueden ser reacciones a las dificultades que se derivan de su conducta obsesivo-compulsiva, pero otras pueden ser secundarias a sus déficits biológicos.

La teoría de la terapia racional emotivo-conductual (REBT) sobre la causa de los trastornos severos de personalidad, incluidos aquellos que pueden acompañar al TOC, sostiene que los individuos afectados presentan normalmente déficits cognitivos, emotivos y conductuales y que pueden tener distorsiones cognitivas sobre el hecho de tener dichos déficits y las dificultades de vivir que las acompañan (Ellis, 1994a, 1994b, 1994c). Así pues, desde el punto de vista cognitivo, los individuos con TOC probablemente pueden beneficiarse más de un tratamiento REBT que las personas a quienes denomino “neuróticos normales y majos”. Desde el punto de vista emotivo, tienden a ser hiperactivos. Conductualmente, tienen tendencia a la desorganización, a la dilación y a la compulsividad. Tales déficits, una vez más, pueden ser en parte reacciones a su TOC. Pero es muy probable que también se deban a unos déficits biológicos presentes (Cloninger, Svrakic & Przybek, 1994).

Las distorsiones cognitivas, o lo que he venido llamando creencias irracionales, parecen ser una condición humana. Todos los “neuróticos” las tienen con bastante frecuencia, y virtualmente todo ser humano es en cierto grado neurótico. Las personas con TOC, como aquellos con trastornos de personalidad y los psicóticos, no sólo tienen los tipos usuales de creencias irracionales, además pueden sostenerlos (quizá por razones biológicas) más fuerte y rígidamente que los “neuróticos normales” (Ellis, 1989, 1994b).

Además, como las distorsiones neuróticas versan sobre las adversidades y obstáculos de la vida (e.g., ¡Odio fracasar y *por lo tanto* no debo fracasar!), y como el TOC en sí mismo es un obstáculo, los individuos obsesivo-compulsivos presentan una neurosis grave sobre su condición, la cual agrava su TOC y los restantes problemas de la vida.

La secuencia habitual suele ser:

1. La persona con TOC nace y crece con severos déficits cognitivos, emotivos y conductuales, incluida la fuerte tendencia a centrarse excesivamente en un problema particular y a ejecutar compulsivamente rituales y/o otros hábitos (como comprobar, lavar las manos y cerrar puertas compulsivamente). A dicha persona le cuesta mucho detener la conducta obsesivo-compulsiva, independientemente de que reconozca que es absurda o destructiva.

2. Las personas con TOC, a consecuencia de su extraña conducta, engendran más frustraciones y críticas que el resto de nosotros “los neuróticos majos”. En consecuencia, desarrollan con gran facilidad una extremadamente baja tolerancia a la frustración (BTF) creyendo irracionalmente, “De ningún modo debo/debería estar tan gravemente frustrado por mi TOC y los perjuicios que acarrea. ¡Tal frustración y un obstáculo tan grande *no debe* afligirme! Es *horrible* [completamente o peor que malo] si lo hace ¡*No puedo soportarlo* y *nunca* seré capaz de vencerlo! ¡Qué terrible!”

3. Al mismo tiempo, a consecuencia de la desaprobación social de su conducta disfuncional, y de sí mismos por mostrarla, las personas con TOC se menosprecian muchas veces, se deprimen y provocan su propia ansiedad sobre otros fracasos y motivos de desaprobación. Esta auto-denigración y los sentimientos de inutilidad y falta de valor que la acompañan surgen de creencias irracionales como “¡No debo recibir la desaprobación que estoy recibiendo! No sé soportar esta desaprobación. Si no puedo funcionar mejor de lo que hago, soy una persona que *no merece la pena*”.

4. Las personas con TOC, como los neuróticos normales, construyen trastornos secundarios derivados de sus distorsiones negativas y de sus escasos resultados emocionales y conductuales que acompañan a tales creencias irracionales. Así, pueden pensar, “¡*No debo* sentir ansiedad por mi TOC! ¡*No debo* exigir librarme del TOC! ¡*No debo* tener baja tolerancia a la frustración por mi TOC!” De este modo pueden caer fácilmente en el menosprecio de su propio menosprecio y en la BTF por su BTF, todo ello relacionado con el TOC.

5. Además, las personas con TOC presentan una regular auto-denigración y una regular BTF en otros aspectos de su vida. De esta forma, pueden criticarse por cualquier dificultad, tanto leve como grave. Su tendencia a castigarse por sus “malas” actuaciones y su tendencia a “convertir en drama” cualquier pequeñez, puede ser también innata. Sospecho esto, pero carezco de pruebas para demostrarlo. Una hipótesis alternativa es que cuentan con tantas y tan profundas dificultades y fracasos a consecuencia del TOC, que han desarrollado fácilmente la auto-crítica y la BTF si se añaden problemas no relacionados con el TOC a las dificultades relacionadas con el TOC.

6. Los clientes con TOC, suelen experimentar habitualmente ansiedad y depresión del ego (auto-crítica y menosprecio) y ansiedad y depresión de incomodidad (BTF) sobre (a) sus dificultades TOC, (b) sus restantes problemas vitales y (c) su auto-crítica y BTF que a menudo (¡probablemente, casi siempre!) acompaña a sus dificultades TOC y no TOC. ¡Una auténtica serie de trastornos de personalidad interrelacionados y la neurosis!

TERAPIA COGNITIVO CONTUCTUAL (TCC) Y REBT COMO MÉTODOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento del TOC ha sido estudiado con detenimiento por numerosos profesionales de la terapia conductual (TC) y de la terapia cognitivo conductual (TCC). Casi todos estos profesionales subrayan la utilidad de la desensibilización o de la exposición in vivo y las tareas para casa orientadas en la actividad para reducir significativamente, si no eliminar por completo, sus interminables rumiaciones y compulsiones de lavado a las que son propensas las víctimas del TOC. Como la REBT ha favorecido siempre la desensibilización in vivo y la actividad como asignación para casa, he usado estos métodos con los clientes TOC durante más de 30 años y he descubierto que normalmente son útiles –si los clientes los han efectuado continua y sistemáticamente.

Pero algunas veces no hacen este trabajo de forma continua. Descubren que les cuesta mucho reducir su incesante comprobación, ritualización y rumiación y, cuando lo logran por fin, caen nuevamente en sus hábitos perniciosos previos. Además, cuando eliminan o minimizan una serie de compulsiones, casi inmediatamente comienzan a establecer una serie diferente. Muchas veces se convencen a sí mismos de que *no pueden* cambiar y que *no pueden* librarse de las obsesiones y compulsiones; y después, a consecuencia de estas convicciones, “realmente” no pueden hacerlo.

Sin embargo, incluso antes de la aparición de medicaciones como el Anafril y el Prozac, he obtenido algunos éxitos sorprendentes. Por ejemplo, un hombre de 40 años, que durante toda su vida se había estado levantando como mínimo 15 veces de la cama para comprobar que el “peligroso” piloto de su cocina de gas estaba apagado, redujo esta compulsión de comprobación a un par de veces cada noche y la mantuvo durante los siguientes 5 años. Una mujer que dedicaba entre 1 y 4 horas a ducharse cada mañana, y en consecuencia no podía sostener ningún trabajo regular por el tiempo que necesitaba en la ducha, redujo dicho tiempo a como mucho 15 minutos al día y comenzó a tener una jornada laboral normal de 9 a 5.

En consecuencia, los clientes TOC pueden cambiar con la aplicación persistente de los métodos REBT y TCC. Pero muchas veces no lo hacen, o sólo logran una mejoría muy limitada. ¿Por qué? Por diferentes razones, incluido el hecho de que algunos clientes con TOC grave parecen estar tan básicamente desorganizados y tan obsesionados por las conductas repetitivas que les resulta imposible seguir los métodos cognitivos, emotivos y conductuales de la REBT (o de otras formas de terapia) y por lo tanto no lo hacen. No sólo son clientes difíciles para la terapia. ¡Muchos de ellos son clientes muy difíciles!

Sin embargo, algunos clientes TOC no sólo mejoran significativamente sino que trabajan duro y reducen o eliminan su obsesión y compulsividad. Con estos clientes, el uso regular de los métodos REBT y TCC puede ser bastante útil, especialmente si se combina con la medicación apropiada. Estos clientes tienden a presentar una tolerancia relativamente alta a la frustración y menos tendencia

a la auto-crítica que otros clientes TOC y con la aplicación de la REBT alcanzan incluso una mayor tolerancia a la frustración y su auto-aceptación como seres humanos.

La REBT regular y algunos procedimientos TCC han sido adecuadamente presentados por múltiples autoridades en este área, entre ellos Baer (1991), Enright (1991), Fals-Stewart y Lucente (1994), Foa y Wilson (1991), Greist (1992), Perce (1998), Rapoport (1989), Steketee (1993) y Zetin y Kramer (1992).

A continuación se presenta una síntesis de estas técnicas tal como fueron descritas por Foa y Wilson (1991) y combinadas con algunos métodos REBT:

1. Mostrar a los clientes con TOC que padecen un trastorno específico de ansiedad (o angustia) que normalmente (no siempre) implica: (a) obsesiones, pensamientos, imágenes y/o impulsos negativos y continuos, (b) intensos sentimientos de ansiedad, angustia, asco y/o vergüenza, (c) compulsiones que tienen vida propia o que son esfuerzos por aliviar su ansiedad y angustia (entre las compulsiones pueden encontrarse los pensamientos, imágenes, urgencias y/o acciones repetitivas) y (d) el alivio temporal de la ansiedad o de la angustia si el cliente construye y sigue los rituales compulsivos para interrumpir o reducir su ansiedad.

2. Mostrar a las personas TOC que pueden reducir sus aflicciones si trabajan con un terapeuta y/o con procedimientos de auto-ayuda, pero este trabajo casi siempre ha de ser sistemático, persistente e intenso.

3. Permitir que los clientes examinen y comprueben para ver qué síntomas tienen y la gravedad de los mismos. De este modo, ellos mismos pueden determinar con qué frecuencia y con qué intensidad comprueban y repiten, lavan y limpian, guardan compulsivamente, ordenan compulsivamente, inician rituales de pensamiento y se preocupan obsesivamente.

4. Mostrar a los clientes que si se resisten desesperadamente a un pensamiento o ritual y exigen que *de ningún modo deben tenerlo* son ellos mismos los que se obsesionan más sobre el mismo y lo repiten con una mayor frecuencia.

5. Mostrar a los clientes TOC que las obsesiones y compulsiones leves o breves, como mirar tres veces para “estar seguro” que uno lleva las llaves antes de salir de casa, son inocuas y tolerables pero que los rituales prolongados y graves son destructivos y por lo tanto es conveniente minimizarlos o eliminarlos.

6. Enseñarles que el TOC grave puede tener una tendencia biológica o innata que es difícil de cambiar y que quizá no la superen nunca. Hacerles saber que las personas como ellas pueden presentar tendencias innatas a auto-denigrarse por sus conductas absurdas y pueden tener una baja tolerancia a la frustración ante las dificultades de la vida y ante su propio TOC.

7. Animarles a elaborar un listado de situaciones que frecuente e intensamente les conducen a experimentar ansiedad, angustia o el impulso a actuar impulsivamente y ejecutar rituales repetidos.

8. Si presentan pensamientos, sentimientos y urgencias repetitivas que les conducen a ansiedad o angustia severas, permitirles que las anoten en un listado junto con el grado de incomodidad que generan.

9. También pueden elaborar un listado de las “horribles” consecuencias que temen puedan suceder si no ejecutan las compulsiones y rituales y en qué medida creen que estos “horrores” se vayan a producir.

10. Pueden enumerar sus peores compulsiones y el tiempo que dedican a ejecutarlas cada día.

11. Usted, como terapeuta, puede ayudarles a mostrar una determinación firme a minimizar sus obsesiones y compulsiones.

12. Mostrarles que las ansiedades que subyacen a sus conductas TOC son irracionales, es decir, irreales, ilógicas y contraproducentes. Enseñarles a confrontar sus creencias irracionales que generan sus ansiedades.

13. Enseñarles que la reducción de sus ansiedades mediante los rituales sólo les sirve de forma temporal y que a la larga las exacerbará y que podrían usar métodos cognitivos, emotivos y conductuales para reducirlas más eficazmente.

14. Enseñarles sobre todo que pueden ver sus obsesiones y compulsiones como “malas”, “molestas” o “indeseables” pero no necesitan criticarse por tenerlas ni pensar que sus conductas TOC son tan malas que no deberían existir de ninguna forma. Enseñarles a trabajar racionalmente para reducir sus obsesiones. Persuadirles para que acepten sus manifestaciones TOC como indeseables solamente pero no horribles.

15. Enseñarles a programar sus obsesiones y compulsiones sólo en ciertos momentos específicos y limitados (e.g., a las 19:00 durante 15 minutos) y a pensar y hacer otras cosas en el tiempo restante.

16. Convencerles y ayudarles a convencerse de que casi siempre pueden posponer la ejecución de sus obsesiones y compulsiones.

17. Enseñarles a usar los métodos de distracción, como la técnica de relación progresiva de Jacobson (1938), Yoga, métodos de meditación, respiración y biofeedback, para interrumpir y posponer sus conductas TOC. También pueden usar otras conductas, como el ejercicio físico, la escritura o la música, para interrumpir sus obsesiones y compulsiones.

18. Mostrar a los clientes cómo pueden crear una grabación de sus pensamientos obsesivos y de sus urgencias compulsivas y a desensibilizarse escuchándola durante media hora o más cada día. Esta grabación puede programarse de tal modo que se escuche en intervalos de tiempo.

19. Instruir a los clientes TOC sobre el modo de cambiar algunos aspectos de sus rituales, cambiar sus pensamientos o acciones específicas o el número o frecuencia con que ritualizan.

MÉTODOS REBT ESPECIALES PARA EL TRATAMIENTO

A menudo es mejor asumir, como he señalado previamente, que los clientes con TOC presentan una intensa tendencia biológica a pensar y actuar tal como lo hacen, asumir que alcanzarán menores logros que la mayoría de los clientes, que tendrán que trabajar más que los otros para mejorar. En consecuencia, a menudo

se desaniman por presentar síntomas TOC graves, y creen en el punto B de la secuencia ABC de la REBT, “¡De ningún modo tengo que estar tan impedido! Porque estoy más impedido de lo que debería, soy una persona *inadecuada* y probablemente no merezco hacer las cosas mejor de lo que las he hecho en el pasado y las sigo haciendo mal”.

Mediante la REBT, usted, como terapeuta, puede enseñar a estos clientes que muchas veces tienen el TOC como síntoma primario pero que pueden tener la auto-denigración como síntoma secundario. Así, el suceso activador₁ (A_1) es una situación “peligrosa”, la creencia irracional₁ (B_1) es “Debo controlar este peligro 20 veces” y la consecuencia₁ (C_1) es su síntoma TOC. Después el suceso activador₂ (A_2) es su síntoma TOC, la creencia irracional₂ (B_2) es una creencia de auto-crítica y menosprecio y la consecuencia₂ (C_2) son sus sentimientos de inadecuación o inutilidad.

Tras ayudar a sus clientes a reconocer plenamente su auto-crítica (C_2), usted los acepta incondicionalmente con el TOC y los sentimientos de indefensión e inutilidad y a continuación emplea una variedad de métodos cognitivos, emotivos y conductuales REBT para ayudarles a disputar o confrontar su ansiedad, depresión, odio hacia sí mismos y otros sentimientos negativos que constituyen su neurosis por padecer TOC y por necesitar tanto tiempo para neutralizarlo.

Además, por las razones explicadas al comienzo de este capítulo, los clientes con TOC suelen presentar una baja tolerancia a la frustración ante su aflicción. Así pues, pueden creer (en el punto B), “¡No *debería* estar tan afligido! ¡Es tan injusto! ¡Y no debo trabajar tan duro para reducir mi TOC! ¡Es horrible necesitar tanto trabajo!”.

Mediante la REBT, los terapeutas muestran a sus clientes los problemas secundarios de auto-crítica y de baja tolerancia a la frustración que tienen ante sus dificultades. Una vez que éstos reconocen uno o ambos problemas, ya disponen del empuje para superarlos. En primer lugar, se les ha ayudado a adquirir una auto-aceptación incondicional. Este método es una especialidad REBT que se usa con casi todos los individuos que presentan trastornos graves (psicóticos, con defectos orgánicos y con trastornos de personalidad), un gran porcentaje de quien a menudo se hace a sí mismo sentir inútil y carente de valor por tener estas deficiencias y por lo tanto les conviene aliviar esta neurosis secundaria derivada de sus problemas emocionales primarios.

Estos individuos trastornados, además, suelen auto-criticarse porque, como los neuróticos regulares, y quizá incluso más, se critican por otras “deficiencias” y “discapacidades”. De este modo, un gran número de clientes con TOC son perfeccionistas y demandan que deben hacer muchas cosas, incluidos sus rituales, comprobaciones, etc. y además *con absoluta perfección*. Además, su tendencia “natural” o “biológica” puede ser perfeccionista.

En cualquier caso, el logro de la aceptación propia incondicional es la primera receta REBT para ayudar a las personas con TOC en su primer y segundo nivel de trastorno. A este fin, son incondicionalmente aceptados por su terapeuta REBT (en los modos y en el lenguaje). Pero también se les enseña específica-

mente que no necesitan la aprobación del terapeuta para aceptarse plenamente (Ellis, 1972, 1973, 1976, 1985, 1994b; Ellis & Harper, 1961, 1975; Franklin, 1993; Hauck, 1992; Millis, 1993).

Se les enseña las dos soluciones REBT principales para alcanzar la auto-aceptación incondicional. Una, la práctica, aunque quizá poco elegante: pueden optar por aceptarse plenamente tanto si sus ejecuciones son buenas como si no lo son y tanto si reciben la aprobación de los otros significativos como si no lo hacen, *por el mero hecho de estar vivos y ser humanos, por el mero hecho de optar por hacerlo*. Esta solución pragmática para alcanzar la auto-valoración incondicional es útil hasta su muerte, y entonces no necesitarán preocuparse tanto por la auto-aceptación. Los clientes deben confiar y creer que son válidos porque están vivos y son humanos.

Dos, desafortunadamente la solución práctica para la auto-valoración puede ser rebatida filosóficamente porque cualquiera podría plantear a quien la usa que: “Bueno, sí. Reconozco que estás vivo y eres humano, pero a mi parecer no mereces la pena. De hecho, creo que eres un auténtico gusano, una persona podrida. Todos los humanos no son buenos y merecen morir. ¡Tú especialmente!”

Si se produjera este ácido desacuerdo, ¿quién tiene razón, el cliente que se cree una “buena persona” o su detractor?

Al practicar la REBT usted podría decir lo siguiente: “De hecho, ninguno de ustedes tiene razón. Los dos tienen derecho a opinar, pero ninguno de los dos puede demostrar –o refutar– el punto de vista del otro. Usted defiende, por propia definición, que usted es aceptable, y su oponente asegura, por propia definición, que usted no es aceptable. Un callejón sin salida”.

“Por lo tanto la REBT ha creado una solución más elegante a este problema del valor humano intrínseco. Usando esta solución elegante, usted puede negarse con tenacidad a valorar, evaluar o medir su self, su esencia, su calidad de persona. Usted se limita a establecer (y/o adoptar de la cultura) objetivos, valores y preferencias como: ‘Quiero seguir vivo y lograr éxitos en (a) mi educación, (b) mi carrera profesional y (c) mis relaciones interpersonales. ¿Por qué? Porque ésas son las metas que deseo satisfacer y creo que viviré más, mejor y más feliz si las consigo’. Usted puede escoger las que desee. Muy bien. ‘Las mías son (a), (b) y (c)’”.

“Una vez que haya establecido las metas y los objetivos, que, como es evidente, puede cambiar en cualquier momento, usted valora o mide como ‘bueno’ o ‘válido’ cualquiera de sus pensamientos, sentimientos y acciones que parecen servir o ampliar estas metas; y valora como ‘malo’ o ‘perjudicial’ las conductas que descubre impiden o perjudican a los valores que ha seleccionado. Sin embargo, usted nunca - ¡Sí, nunca! –se valora globalmente, ni valora su self o calidad de persona en su totalidad. Sólo mide lo que hace, no lo que (supuestamente) es. Por eso, nunca puede ser una buena persona, pero tampoco una mala persona. Sólo una persona que a menudo actúa ‘mal’ y una persona que a menudo actúa ‘bien’”.

La REBT ofrece estos dos conceptos “elegante” y “no elegante” de la auto-aceptación a todos sus clientes, incluyendo, específicamente, a aquellos con TOC. Es muy útil para ayudar a todas las personas incapacitadas (¡realmente, la raza humana!), para aceptarse incondicionalmente, independientemente de lo que piensen,

sientan o hagan. No es aceptar como “buenas” sus conductas “estúpidas”, “podridas” o “inmorales”, sino aceptarse a sí mismo, el ejecutor de estos “viles” hechos.

Esto incluye enseñar a los clientes a aceptarse a sí mismos de forma incondicional con su frecuente baja tolerancia a la frustración. Como cuentan con más cosas que su serie de frustraciones, a menudo originadas a partir de la infancia, los clientes con TOC presentan una muy escasa tolerancia a la frustración. En consecuencia, pueden no esforzarse por controlar su TOC, ni en la aplicación de los métodos REBT y ni siquiera por alcanzar su aceptación incondicional. No importa. Su terapeuta REBT les sigue aceptando incondicionalmente y trata de persuadirlos para que se acepten a sí mismos de forma incondicional. Yo, y otros terapeutas también, casi siempre hemos tenido éxito en esta tarea. ¡Pero cómo debemos esforzarnos!

Mientras lo hacemos, tratamos de ayudar a los clientes a mejorar y aumentar su baja tolerancia a la frustración. Porque, salvo que persistan en el refreno de sus tendencias y actos obsesivo-compulsivos, temporalmente se sentirán bien cediendo ante dichas tendencias, y un poco después probablemente se sentirán mucho peor. A largo plazo, ceder ante las conductas TOC les frustrará más, y muchas veces les conduciría a tener una tolerancia a la frustración aún más baja.

Sin embargo, es preferible que los terapeutas desenmascaren y persuadan a sus clientes TOC para que, con mucha cautela, mejoren su baja tolerancia a la frustración, porque no es fácil de definir qué es, ni qué puede hacerse para reducirla. Permítame presentarle un ejemplo.

Mary, una abogada de 40 años de edad, tenía TOC en forma de comprobar continuamente cuánta pensión le quedaría si se jubilaba a la edad de 45, 50 ó 55 años y pasaba horas enteras, incluso sabiendo que su rumiación no afectaría a la cantidad de dinero que recibiría y que esto era una auténtica pérdida de tiempo. También leía una y otra vez las cartas que presentaba en los juicios porque, en primer lugar, temía presentar algún caso erróneamente y, en segundo, odiaba algunas de las actividades implicadas en la elaboración y ordenación de sus cartas. Estaba de acuerdo en que tenía baja tolerancia a la frustración para hacer anotaciones, elaborar sus cartas y quitarlas de la vista antes de que ella o sus compañeros probaran un caso. Por lo tanto me esforcé para que trabajara sobre su baja tolerancia a la frustración tratando de convencerla de que no valía la pena la “gratificación” inmediata que recibía por la comprobación obsesiva de la cantidad que le correspondería de pensión y ni por el alivio que sentía cuando posponía el acabado de sus cartas hasta el último minuto; los logros que obtenía sólo eran útiles a corto plazo y eran irracionales y contraproducentes. Ella “intelectualmente” estaba de acuerdo conmigo, pero se negaba aún a mejorar su baja tolerancia a la frustración.

Tras semanas con este tipo de “resistencia”, Mary y yo supusimos que estaba muy deprimida y carente de energía y por eso era más “fácil” ceder a las obsesiones de comprobación y a la lectura insistente de sus cartas y otras formas de baja tolerancia a la frustración, como comer en exceso, no hacer ejercicio y fumar. Ambos tratábamos su caso como si fuera una “neurótica normal” y no como una depresiva endógena y biológicamente inclinada al TOC. Ella sentía –de una

forma algo rígida— que yo la estaba culpando por su conducta de baja tolerancia a la frustración y que también la culpaba por tenerla. Por último admitió que yo sólo hacía lo primero (es decir, trataba de lograr que ella asumiera la responsabilidad de sus indulgencias y que no la estaba culpando como persona).

Entre los dos acordamos, sin embargo, que las personas como Mary que también están gravemente deprimidas y también experimentan crisis de angustia, no son tan auto-indulgentes como nosotros los “neuróticos agradables” podemos ser. Ella, como muchos otros individuos con TOC, tenía multitud de razones “buenas” y “legítimas” para ceder: (a) presentaba tendencias TOC innatas y muy fuertes, (b) a menudo estaba innata y naturalmente deprimida, (c) en los estados de angustia, a los que también era propensa, estaba impedida para trabajar en la reducción de la baja tolerancia a la frustración, (d) tenía más frustraciones, por sus trastornos, que la mayoría de las restantes personas, y en consecuencia tenía que aguantar una injusticia, (e) podría haber nacido con fuertes tendencias biológicas a evitar las frustraciones, incluso las razonables como las implicadas en el ejercicio físico, (f) como la mayoría de los clientes con TOC, se auto-criticaba y mediante el castigo por sus incapacidades tendía a exacerbarlas, evitando el trabajo de las mismas y perdiendo el tiempo y la energía que hubiera podido aprovechar mucho mejor tratando de mejorar dichas incapacidades.

Trabajar con esta cliente, y como muchos otros similares a ella, me ha enseñado cuán injusta es la vida para las personas que padecen TOC y cuán injustos podemos ser los terapeutas con ellos dándoles excesiva responsabilidad hacia sus incapacidades e ignorando su resistencia natural a mejorarse. Con esta cliente en particular, Mary, le mostré cuán natural y previsible era su resistencia al cambio y simultáneamente le induje a auto-aceptarse incondicionalmente incluso aunque estuviera cediendo neuróticamente y no por efecto de sus incapacidades innatas. Cuando empezó a experimentar la auto-aceptación incondicional, Mary trabajó más que nunca para superar su resistencia al cambio y logró aliviarla en cierto grado.

Por lo tanto, la REBT trata de reconocer plenamente las dificultades inusuales con que se encuentran los clientes TOC al tratar de detener su conducta obsesivo-compulsiva. Se esmera por enseñarles que normalmente tienen un trastorno de origen biológico y que también pueden tener una neurosis derivada de ese trastorno (incluida la auto-crítica y la baja tolerancia a la frustración). Trata de ayudarles a dejar de menospreciarse por *nada*, incluidos los trastornos básicos derivados de sus trastornos. A medida que transcurre este proceso de tratamiento, usa también la REBT regular y los métodos TCC previamente descritos para ayudar a los clientes a reducir y minimizar, pero rara vez a eliminar, sus conductas TOC.

OTROS TRATAMIENTOS REBT ESPECIALES PARA EL TOC

Además de los métodos generales y especiales REBT para tratar a los individuos afligidos con TOC, sistemáticamente uso varios métodos REBT comunes para ayudarles a manejar su trastorno y su neurosis derivada del trastorno. Estos

métodos han sido descritos en detalle en muchos de mis artículos (Ellis, 1973, 1977, 1985, 1988, 1991a, 1991b, 1994d; Ellis & Abrahms, 1987; Ellis & Abrahms, 1994; Ellis, Abrahms & Dengelegi, 1992; Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Grieger, 1977, 1986; Ellis & Harper, 1961, 1975; Ellis & Lange, 1994; Ellis & Velten, 1992). También han sido descritos en múltiples artículos y libros de otros profesionales REBT, como Bernard (1991, 1993), Bernard y Wolfe (1993), Dryden (1994), Dryden y DiGiuseppe (1990), Dryden y Hill (1993), Walen, DiGiuseppe y Dryden (1992) y Wessler y Wessler (1980).

A continuación describiré brevemente algunos de estos métodos tal como los aplico con los clientes que padecen TOC. Tomaré el caso de John, un maestro de 32 años de edad, que experimentaba serias conductas obsesivo-compulsivas que le impedían tener éxito en su trabajo, establecer buenas relaciones con una mujer y completar sus estudios de doctorado en historia. Por ejemplo: (a) Debía revisar los documentos de sus estudiantes como mínimo tres veces y sacar la media de las tres notas antes de extraer una nota final. (b) Tenía que recopilar toda la información posible que pudiera encontrar sobre una mujer antes de permitirse salir por primera vez con ella. (c) Tenía que contar a cada nueva mujer todas sus dificultades con sus relaciones fracasadas, para que la mujer pudiera aceptarlo con sus rarezas y después se sentiría seguro para seguir viéndola. (d) Cerraba con llave su apartamento como mínimo 20 veces antes de descubrir que estaba *realmente* cerrada, para poder sentirse seguro y poder ir a dormir.

Técnicas REBT cognitivas

En primer lugar empleé algunas técnicas cognitivas con John para ayudarle a reducir su obsesión y compulsión:

Confrontación de ideas irracionales. John creía firmemente, para crear uno de sus síntomas TOC, "Para salir con esta mujer, debo estar absolutamente seguro de que nunca me rechazará incluso aunque llegue a conocer las peores cosas que haya hecho en mis relaciones pasadas". Por lo tanto, confronté activamente esta creencia disfuncional con él:

AE: ¿Por qué debe estar absolutamente seguro de salir con la mujer correcta?

JOHN: Porque no debo ser rechazado.

AE: ¿Dónde está escrito que usted no deba ser rechazado de ningún modo?

JOHN: ¡Odio el rechazo!

AE: ¿Por qué ha de evitar lo que más odia, especialmente el rechazo?

JOHN: Si soy rechazado repetidas veces, esto demostraría que no soy bueno, que no valgo.

AE: Demostraría que no es bueno, porque usted desea fervientemente ser aceptado. ¿Pero cómo demuestra el rechazo que usted, una persona completa, no sea bueno, no valga, y que presumiblemente nunca se merezca una mujer apropiada?

JOHN: ¿Pero no he creado yo ese rechazo? ¿No soy responsable del mismo?

- AE: Quizá. Pero podría hacer todo bien con una mujer y aún ser rechazado por ella.
- JOHN: Sí, pero supongamos que actúo mal con ella.
- AE: Bien, supongamos que lo ha hecho. Usted actuó indebidamente y por lo tanto usted “hizo” que la mujer lo rechazara. ¿Cómo demuestra eso que usted no sea bueno en nada? ¿Que usted no pueda ser amado de ningún modo?
- JOHN: Mm. Quizá no lo demuestra.
- AE: ¡Claro que no lo hace! Su *conducta* con esa mujer, que imaginamos, puede ser mala. ¿Pero puede esa muestra de conducta convertirlo en una persona totalmente mala?
- JOHN: Bueno, no. Supongo que no.
- AE: ¿Supone que no?
- JOHN: Bueno no, realmente no puede hacerme malo. Sólo es una muestra de mi conducta, y un rechazo real. Pero eso no demuestra que yo, como persona, sea un individuo rechazable e indigno de amor.
- AE: ¡Efectivamente! ¡No demuestra nada de eso!

Referenciando. Enseñé a John el modo de elaborar un listado de las desventajas reales de sus acciones obsesivo-compulsivas. Y también le enseñé a incluir en una lista las desventajas derivadas de su auto-crítica y menosprecio por padecer TOC. Repasando estas desventajas diez veces al día, fue capaz de ver conscientemente cuán contraproducentes eran algunas de sus compulsiones y por lo tanto, persistir en su reducción.

Afirmaciones racionales de manejo. Mediante la confrontación de sus creencias irracionales se enseña a las personas con TOC a generar nuevas filosofías más efectivas, a escribirlas y a ensayarlas múltiples veces al día. En el caso de John, fue capaz de producir afirmaciones de manejo como, “Puedo reducir la frecuencia de mis compulsiones, incluso aunque me cueste mucho hacerlo y aunque me resista normalmente a reducir las”. “Si sigo cerrando la puerta más de 20 veces antes de ir a dormir, la puerta no estará mejor cerrada y yo no estaré más seguro. De hecho, en el proceso podría incluso dejarla abierta”. “Incluso aunque nunca llegue a descubrir toda la información posible sobre una nueva mujer con la que haya quedado, puedo salir con ella con toda seguridad sin arriesgarme en exceso. Y si llega a ser la persona inapropiada para mí, sólo será una inconveniencia pero no el fin del mundo, y puedo soportarlo y tener una vida medianamente feliz”.

Enseñar REBT a otros. Yo animé a John a usar la REBT con sus amigos y familiares y a enseñarles a ellos cómo usarla para mejorar sus ansiedades y compulsiones, para que le sirva a él para mejorar las propias. Así, contó a una amiga suya que sólo quedaba con hombres “seguros”, del mismo modo que él sólo salía con mujeres “seguras”, que si escogía al hombre “equivocado” para salir no sucedería nada terrible y que ella sólo perdería algo de su tiempo y energía. Esto le ayudó a probar suerte con mujeres “inseguras”.

Modelado. Introduje a John en uno de mis grupos de terapia regular REBT, donde la mayoría de los miembros presentaban problemas de ansiedad y depresión pero no eran excesivamente obsesivo-compulsivos. Imitando a algunos de estos miembros no-obsesivo-compulsivos del grupo, adquirió cierto coraje para probarse a sí mismo como no-obsesivo-compulsivo. También leyó descripciones de personas con muchas conductas obsesivo-compulsivas que habían superado sus problemas y fue capaz de usar a estas personas como modelos para ayudarse a reducir sus conductas TOC.

Materiales psicoeducativos. Se animó a John para que leyera algunos de los materiales psicoeducativos REBT, *Guía para la felicidad personal* (1990), *La felicidad personal al alcance de su mano* (1993) *Basta ya* (1995). Como el TOC se sobrepone e incluye otras conductas compulsivas, como la adicción al alcohol, las drogas y el juego, se le ofrecieron materiales REBT sobre la adicción como, *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos* (1996). Para ayudarlo a alcanzar la auto-aceptación incondicional, se le sugirió que usara materiales que describían esta conducta y el modo de alcanzarla, especialmente los materiales de Ellis (1972, 1973, 1976), Franklin (1993), Hauck (1992) y Mills (1993).

Tareas cognitivas para hacer en casa. John accedió ante el grupo y ante mí a hacer tareas regulares sobre los ABCDEs de la REBT, incluido el formulario de *Auto-Ayuda REBT* que publica el Instituto de Terapia Racional-Emotiva (Sichel & Ellis, 1984).

Métodos REBT emotivos

La REBT supone que los individuos con trastornos graves como el TOC, muchas veces se aferran a sus creencias irracionales y por lo tanto les conviene confrontarlas intensa, vigorosa y poderosamente y actuar contra ellas (Bernard, 1991, 1993; Dryden, 1994; Ellis, 1969, 1985, 1988, 1993, 1994b, 1994d; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992).

Procedimientos relacionales. Como Carl Rogers (1961), los terapeutas REBT salen de su camino para dar aceptación incondicional a todos sus clientes, especialmente a éstos con TOC. Di a John aceptación incondicional mostrándole sistemáticamente que, independientemente de lo absurdos que seguían siendo sus pensamientos, sentimientos y conductas, yo lo aceptaba plenamente, como persona, incluso aunque no aprobara muchas de sus *acciones*, y seguía tratando de ayudarlo para cambiarlas.

A diferencia de los terapeutas rogerianos, no traté de ayudarlo a aceptarse incondicionalmente porque yo ya lo aceptaba, y eso le conduciría a una auto-aceptación altamente condicional. En lugar de eso, le enseñé a alcanzar la auto-aceptación incondicional, como he manifestado previamente en este capítulo (Ellis, 1972, 1973, 1976, 1988; Franklin, 1993; Hauck, 1992; Mills, 1993).

Afirmaciones enérgicas de manejo. Muchas veces he ayudado a mis clientes con TOC a usar afirmaciones de manejo enérgicas. A John le ayudé a decirse con vigor y fuerza, algunas veces en voz alta y otra frente a un espejo o en presencia de sus amigos y relaciones más cercanas, “¡NO TENGO OBLIGACIÓN de poner tres veces las notas en los exámenes de mis estudiantes! PUEDO puntuarlas una sola vez y PUEDO entregarles esta nota simple, aunque no sea completamente justo ni exacto”. “SÓLO, SÓLO me permitiré cerrar con llave mi puerta por la noche, como mucho dos veces, NINGUNA más, NO, NUNCA MÁS de dos veces. Y si me roban o me matan mientras duermo, eso será MALO PERO NO TERRIBLE”. “Mis conductas TOC son estúpidas y me hacen perder tiempo. ¡Pero NUNCA, EN NINGÚN CASO me convierten en una persona ESTÚPIDA!”

Imaginación racional emotiva. Maxie Maultsby, Jr. , un psiquiatra que estudió conmigo en 1968, creó la Imaginación Racional Emotiva en los años setenta. Éste es un método útil de la REBT y lo he convertido incluso en más emotivo y conductual que la versión original de Maxie, y lo he aplicado en multitud de ocasiones (Ellis, 1993; Maultsby, 1971). Mi versión, tal como la he usado con John, procede del siguiente modo: “Cierre sus ojos e imagine una de las peores cosas que podrían sucederle —como quedarse enganchado cerrando compulsivamente su puerta múltiples veces cada noche. Mientras imagina este ‘terrible’ suceso, permítase sentirse tan mal como se sentiría si estuviera ejecutando esta compulsión. ¿Cómo se siente ahora?”. John diría, “¡Tan bajo como puedo! ¡Como un gusano o un idiota!”. “Bien”, contestaría yo. “Ahora sienta eso profundamente. Permítase sentirse muy bajo, muy gusano”. “¡Lo hago!”. “¡Muy bien! Contacte con ese sentimiento. ¡Siéntalo, siéntalo, siéntalo!”. “¡Lo estoy haciendo!”. “Muy bien. Ahora mantenga la misma imagen de usted cerrando la puerta multitud de veces cada noche y que no puede evitar hacerlo. Ahora, en lugar de sentirse bajo y gusano, siéntase triste y decepcionado por lo que hace, sólo triste y decepcionado por lo que hace, pero no bajo, ni gusano. Cambie sus sentimientos, aunque los otros también sigan siendo negativos. Puede cambiarlos. Provoque los sentimientos de tristeza y decepción”.

Entonces John cambiaría sus sentimientos, tal como le pedí que hiciera y después le preguntaría, “¿Cómo los ha cambiado? ¿Qué ha hecho para cambiarlos?” Normalmente respondería con una afirmación racional de manejo del tipo a, “Me he dicho a mí mismo, ‘Bueno, realmente es estúpido y erróneo hacer esto, pero eso no me convierte en un auténtico idiota, sólo en una persona que actúa esta vez de forma estúpida, y que probablemente podrá actuar mejor la siguiente vez. Una conducta muy estúpida e idiota, pero eso no me convierte en un idiota”. “Muy bien”, diría yo entonces. “Ahora repita eso para sí mismo diez veces al día durante veinte o treinta días. Primero permítase sentirse deprimido, bajo, como un gusano imaginándose con una conducta compulsiva. Después cambie su sentimiento del mismo modo que ha hecho aquí y con otras afirmaciones racionales que se le ocurran, hasta que el último día tienda a sentirse automáticamente apesadumbrado y decepcionado, pero no como un gusano, cuando piensa en hacer o mientras hace lo que hace”.

John seguiría estas instrucciones como tarea diaria y así aprendería a sentir de forma sana, apropiadamente apesadumbrado y resentido y no insanamente auto-criticado y menospreciado por su estúpida compulsividad. Entonces, aceptándose a sí mismo con su conducta, sería mucho más capaz de trabajar en el cambio de la misma.

Ejercicios para vencer la vergüenza. Como las personas con TOC a menudo están fuera de control, saben que lo están, pero se sienten incapaces de abandonar su conducta obsesivo-compulsiva, muchas veces experimentan, como John, vergüenza de su propia aflicción. En consecuencia a menudo practico con ellos el ejercicio para vencerla, que ideé en 1968, como una técnica emotiva de la REBT (Ellis, 1969, 1985, 1988, 1994d; Ellis & Abrahms, 1994; Ellis & Velten, 1992). Para hacer este ejercicio, John escogería algo que él considera muy vergonzoso y que le avergonzaría hacer en público; deliberadamente haría este acto “vergonzoso” y simultáneamente trabajaría para NO sentirse avergonzado, ni humillado por hacerlo.

En este orden, diría a sus amigos y familiares cuán obsesivo-compulsivo era, y les haría saber lo peor de él, mientras comprobara él mismo que su conducta era ridícula pero que él no es un tonto ridículo para permitirlo. Y algunas veces se obligaría a sí mismo a NO ejecutar sus rituales compulsivos (como cerrar su puerta veinte veces), a sentirse ansioso por no hacerlo y después, sin vergüenza alguna se aceptaría a sí mismo con su ansiedad, sin criticarse por sentirla. Tras hacer estos ejercicios de superación de la vergüenza, John sería capaz de aceptarse mejor y dispondría de más tiempo y energía para trabajar sobre la mejora de sus compulsiones.

Confrontación enérgica. Muchas veces animo a mis clientes con TOC a manifestar una de sus creencias irracionales y a confrontarla vigorosamente grabando su voz en una cinta. John, por ejemplo, diría, “Debo seguir para poder tener certeza absoluta de que nadie pueda entrar a robar y causarme daño mientras duermo”. Después confrontaría esta creencia irracional múltiples veces y daría respuesta muy fuerte. Por ejemplo: “¿Por qué demonios necesito tener certeza absoluta de que mi puerta está cerrada antes de ir a la cama? Respuesta: NO NECESITO estar seguro. Existe un 99% de posibilidades de que esté bien, incluso aunque sólo la haya cerrado una vez. Y aunque alguna extraña vez no esté cerrada con llave, nadie sabrá que no está bien cerrada y en consecuencia no vendrá a robar. Puedo manejar esto. NO LES INTERESA matarme, quizá sólo robar algo; NO es peligroso. Y si me MATAN, no me daré mucha cuenta de ello. En consecuencia, NO TENGO QUE tener certeza absoluta de que la puerta esté cerrada. ESPERO que esté cerrada. Pero no siempre ha de estarlo.”

Mediante este tipo de confrontación enérgica grabada en una cinta, y permitiendo escucharla a sus amigos o compañeros de terapia para que vean cuán convincente es, John fue capaz de reducir el tono de su idea obsesivo-compulsiva de que NECESITABA tener certeza absoluta de que su puerta estaba cerrada todas las noches.

Interpretación de roles. La REBT usa el rol-playing con los clientes TOC para ayudarles a sobrellevar su necesidad inminente de aprobación ajena, como la necesidad de esconder su conducta obsesivo-compulsiva de los otros que pudieran pensar mal de ellos porque las permite. En el caso de John, se le preguntó qué características TOC le avergonzaba más revelar y contestó que no le gustaría que nadie supiera que temía salir por primera vez con una mujer sin investigar compulsivamente sobre su historia y antecedentes completos. Así pues, yo adopté el rol de un amigo suyo a quien el revelar esta conducta “horriblemente estúpida” y John se interpretó a sí mismo en el curso de una de sus pocas sesiones grupales. Ensayó esta conducta una y otra vez, ejecutó un ejercicio para vencer la vergüenza y fue criticado por el grupo y por mí, y en breve mejoró sensiblemente su ejecución. Mientras estaba haciendo el ejercicio se mostraba ansioso, le detuvimos y le preguntamos qué es lo que se estaba diciendo a sí mismo para sentirse de ese modo. Se estaba diciendo, “Soy un auténtico estúpido por tener esta compulsión y ahora por permitir que mi amigo la conozca. Debe pensar que estoy destrozado del coco. ¡No puedo permitir que piense eso de mí!”. Hicimos que confrontara esta idea irracional justo en ese momento y ver que aunque su compulsión era absurda, su amigo le perdonaría por tenerla, y que incluso aunque su amigo le viera como un estúpido, no tenía por qué verse desde ese prisma exagerado o generalizador. Tras repetir este tipo de interpretación de roles múltiples veces, John dejó de mostrarse ansioso por revelar su compulsión a un amigo y empezó a mostrarse más cercano y más capaz de revelarlo.

Interpretación con roles intercambiados. Apliqué la interpretación con roles intercambiados con John adoptando su creencia irracional “Tengo que contar compulsivamente a toda nueva mujer que conozco todas mis relaciones pasadas que no funcionaron, para que ella esté segura de aceptarme con todas mis peculiaridades” y la defendí con tenacidad, mientras él trataba de persuadirme. En otras palabras, yo interpreté su rol y él el del terapeuta que trata de hablarme desde la idea contraproducente. Deliberadamente sostuve la idea y me negué a ceder, para que practicara el modo de rebatirla.

Métodos REBT conductuales

Como en cualquier caso que se aplique la REBT, apliqué diversos métodos conductuales para ayudar a John a superar su trastorno obsesivo-compulsivo. Algunos de estos métodos se explican a continuación.

Desensibilización in vivo. Persuadí a John para que se obligara a reducir su conducta obsesivo-compulsiva de cerrar la puerta asignándole la tarea inicial de cerrarla sólo doce veces y, a continuación, reduciendo semanalmente el número de veces que la cerraba. Así, la primera semana se permitiría cerrarla doce veces, la segunda semana once veces, la tercera semana diez veces, etc. Después de diez semanas cerraba su puerta sólo, como mucho, dos veces cada noche, y fue capaz de mantener esta frecuencia indefinidamente, con algunas recaídas.

Permanecer en las situaciones “malas”. La REBT anima a sus clientes a permanecer en las situaciones “malas” –por ejemplo con un jefe desagradable o con una pareja crítica– hasta que superen su horror ante la situación y después decidan si merece la pena o no abandonarla. Cuando conocí a John, salía con una mujer que le empujaba a gastar grandes sumas de dinero con ella y algunas veces le animaba a ser más compulsivo de lo que era. Quiso dejarla y buscarse una amiga que le conviniera más. Pero le animé a que permaneciera con la “mala” durante un tiempo, para superar su ira hacia ella y cuando fue capaz de resistirse a sus urgencias a que fuera más compulsivo, ya estaba animado a finalizar la relación.

Uso de los refuerzos. La REBT utiliza frecuentemente refuerzos y castigos para ayudar a los individuos con conductas obsesivo-compulsivas a reducir dichas acciones. A menudo, los refuerzos no son efectivos porque las personas que padecen TOC sufren mucho (por lo menos temporalmente) al detener sus compulsiones y sienten un gran alivio tras ceder ante dichas compulsiones que los refuerzos como comer buena comida, disfrutar de algún hobby, mantener relaciones sexuales o ejecutar otras actividades placenteras tras prescindir de sus rituales y obsesiones no funciona sistemáticamente. Sin embargo, si los refuerzos que usan son cosas que desean con ahínco, los refuerzos pueden ser efectivos.

Jill, una estudiante de 28 años de edad, accedió a registrarse el siguiente semestre en la universidad sólo si reducía su lavado de manos a no más de tres veces después de que hubiera orinado o defecado. La primera vez que acudió a mi consulta, lavaba sus manos compulsivamente como mínimo 20 veces y en algunas ocasiones 30 o más veces, cada vez que entraba al baño.

En otro caso, Harry un banquero inversor de 42 años de edad, cuya conducta obsesivo-compulsiva consistía en colocar todos los materiales y documentos de su despacho en perfecto orden antes de empezar a trabajar cada día y, en consecuencia, empezaba siempre 20 minutos tarde. Pero cuando se forzó, con mi ayuda, a quedar con Joanne, de quien estaba completamente enamorado, sólo si reducía el ordenamiento de su oficina a no más de 7 minutos cada día, fue capaz de controlar su conducta compulsiva.

En el caso de John, la introducción de refuerzos agradables cuando reducía la conducta compulsiva de cerrar la puerta, no funcionó al principio. Pero cuando accedió a permitirse el gran placer de masturbarse mientras veía un vídeo para adultos sólo si reducía el número de veces que cerraba la puerta cada día, esa técnica de refuerzo funcionó algo mejor. ¡Aunque no perfectamente!

El uso de castigos. Una vez más, como sucede muchas veces con las personas que sufren adicciones, he descubierto que si los clientes con TOC se atribuyen y respetan lo que ellos consideran (y no lo que yo considere) una pena dura cada vez que no reducen sus patrones de conducta TOC, algunas veces –pero no siempre– minimizan sus compulsiones. Uno de mis clientes, Sid, dijo que no podía evitar colocar grandes cantidades de papel higiénico sobre el asiento cada vez que entraba al baño en algún lugar que se encontrara fuera de la ciudad y algunas veces también en su casa donde vivía con su esposa y tres hijos. Insistía en que sólo

haciéndolo podría evitar el contagio de todas las enfermedades venéreas, incluido el SIDA. Cuando accedió a quemar un billete de 100 dólares [15.000 pesetas] (uno de los castigos favoritos de la terapia REBT) cada vez que usaba más de tres hojas de papel higiénico, y cuando su esposa, que estaba ayudándole a controlarse, quemó 3 billetes en tres ocasiones diferentes, empezó a moderar considerablemente su uso compulsivo del papel higiénico “protector”. Cuando logró esto, también dejó de evitar las salidas fuera de la ciudad y las fiestas en casas de amigos.

En el caso de John, cuando los procedimientos de refuerzo no tuvieron mucho éxito para ayudarlo a reducir su conducta compulsiva de cerrar la puerta, accedió a castigarse con la obligación de salir como mínimo tres veces con una mujer poco atractiva y poco agradable cada vez que cerraba su puerta más de cinco veces cada noche. Sabiendo que se obligaría a respetar este castigo, redujo rápidamente su compulsión; como se ha señalado previamente, con el uso de éste y otros métodos REBT, fue capaz de mantener su compulsión bajo un máximo de dos veces cada noche.

CONCLUSIÓN

Muchas manifestaciones TOC tienen su origen tanto en causas biológicas como en el proceso de aprendizaje y son difíciles de minimizar o eliminar. El uso de la medicación puede ser útil pero rara vez funciona demasiado bien sin la aplicación simultánea de terapia conductual, terapia cognitivo-conductual o terapia racional cognitivo-conductual.

La REBT se especializa en ayudar a sus clientes a auto-aceptarse incondicionalmente con su TOC, así como a minimizar su baja tolerancia a la frustración ante su aflicción.

Mientras aprenden a mejorar su auto-crítica y su baja tolerancia a la frustración (sus síntomas secundarios) ante el TOC, también aprenden a usar distintos tipos de métodos cognitivos, emotivos y conductuales para reducir sus síntomas primarios de comprobaciones, repeticiones, ordenamientos, acumulaciones y otros rituales compulsivos contraproducentes.

En algunos momentos, especialmente cuando se les ha enseñado a aceptarse con sus rituales y a eliminar su tendencia a considerarlos horribles, pueden mejorar visiblemente. Sin embargo, normalmente se suelen resistir al cambio, sólo logran moderados éxitos y siguen siendo propensos a las conductas obsesivo-compulsivas. En cualquier caso, si sus terapeutas racionales emotivo-conductuales alcanzan la auto-aceptación incondicional y una alta tolerancia a la frustración, pueden descubrir que trabajar con clientes TOC puede ser satisfactorio y favorecedor del crecimiento personal. ¡Pruebe y verá!

II

REBT Y APLICACIONES ESPECIALES

8

Introducción a la segunda parte

Joseph Yankura y Windy Dryden

Los capítulos que componen esta segunda parte tratan de describir e ilustrar las aplicaciones especiales de la terapia racional emotivo-conductual. El lector podrá ver cómo se usa la REBT con (1) niños y adolescentes, (2) clientes culturalmente diversos, (3) clientes con discapacidades, (4) familias y (5) terapias grupales continuas.

El Capítulo 9, escrito por Ann Vernon, ofrece una revisión comprensiva de la aplicación de la REBT a la población infantil. Comienza justificando el uso de la REBT con estos clientes jóvenes y procede comentando los aspectos correspondientes a la conceptualización y evaluación del problema, al establecimiento de la relación terapéutica, a la evaluación de las creencias irracionales (incluyendo aspectos relativos al nivel evolutivo de los jóvenes) y al proceso de intervención REBT. A lo largo de estos apartados, ilustra conceptos y técnicas importantes mientras describe el caso de Nathan, un joven de 16 años de edad que acudió a consulta a propuesta de sus progenitores a consecuencia de la ansiedad y estados depresivos que experimentaba. A continuación subraya el modo de aplicar la REBT a dos problemas emocionales particulares experimentados por los clientes jóvenes: ira y ansiedad. En general, el capítulo de Vernon aporta una información muy útil para los profesionales que deseen perfeccionar el trabajo terapéutico que desarrollan con los niños y los jóvenes.

En el Capítulo 10, Mitchell Robin y Raymond DiGiuseppe comentan la aplicación de la REBT con clientes culturalmente diversos. Su contribución puede ser considerada particularmente importante y contemporánea porque, como ellos mismos manifiestan, “En un entorno multicultural cada vez más amplio, raro es el profesional que nunca se haya visto confrontado con un cliente que tenga unos

antecedentes culturales diferentes de los suyos”. Robin y DiGiuseppe subrayan los retos que plantea la terapia transcultural y presentan los argumentos que defienden su punto de vista de que la REBT y otras terapias cognitivo-conductuales constituyen las formas de tratamiento más apropiadas para los clientes culturalmente diversos. A continuación recomiendan la aplicación de la REBT con individuos cuyos orígenes difieran de los del terapeuta, y por último presentan el caso ilustrativo de A.Z, un hombre de 32 años originario del subcontinente indio que fue atendido en consulta por el primer autor. Concluyen su capítulo recordando al lector que el desarrollo de la sensibilidad hacia los clientes culturalmente diversos puede considerarse como un proceso continuo. Para la facilitación de este proceso, incluyen algunas referencias para los terapeutas interesados en ampliar esta perspectiva.

Rochelle Balter presenta en el Capítulo 4 la aplicación de la REBT con clientes discapacitados. En primer lugar introduce el tema comentando algunos factores importantes que cualquier terapeuta que trabaja con personas con discapacidades debería contemplar, y después subraya algunos aspectos de particular relevancia para el terapeuta REBT. La autora subraya especialmente la importancia de que el mismo terapeuta adopte los pasos oportunos para manejar sus propias preconcepciones y estereotipos personales, con el fin de asegurar que ve al cliente discapacitado como un colaborador activo en el proceso de tratamiento REBT. Añade que puede ser muy fácil que el terapeuta incluya inadvertidamente en el tratamiento sesgos negativos sobre las personas con discapacidades, y en consecuencia se identifiquen mal los problemas y el cliente sea considerado incapaz para participar significativamente en su propio proceso de tratamiento. A continuación Balter describe el trabajo terapéutico realizado con Helga, una mujer de 40 años de edad a quien ayudó a enfrentarse a la realidad de tener una incapacidad física. Aunque la terapia fue compleja, porque contemplaba muchos aspectos, el progreso de Helga fue significativo y comenzó a ampliar las áreas de su vida que previamente había estado evitando.

En el Capítulo 12, Charles Huber presenta una conceptualización única de la terapia familiar racional emotiva (REFT). Su enfoque para el tratamiento de la familia incorpora la perspectiva de sistemas de familia y difiere así de la REBT “tradicional” en varios aspectos importantes. La versión REFT de Huber subraya la causalidad circular, la simultaneidad de los elementos de interacción entre los miembros de la familia y la identificación de las creencias de familia. Huber señala que las familias son sistemas gobernados por creencias y que los “principios que gobiernan la vida familiar” pueden observarse a través de los patrones repetitivos de conducta que existen en y entre los miembros de la familia. Comenta las diferencias entre las creencias racionales e irracionales de la familia y añade detalles sobre la conceptualización y evaluación del problema y el tratamiento según el modelo REFT. Después, ilustra la puesta en práctica de la REFT describiendo el tratamiento de una familia constituida por un matrimonio y su hija de 14 años de edad. Para concluir con el capítulo Huber señala que la identificación y modificación de una creencia irracional habitualmente sostenida por todos

los miembros de la familia –frente a la identificación y manejo separado de las creencias irracionales sostenidas por los miembros individuales– permite simplificar el proceso de tratamiento reduciendo el número de variables relevantes para el problema que ha de ser considerado.

Albert Ellis describe en el Capítulo 13 la aplicación de la REBT en una situación grupal. Comienza su capítulo presentando algunas ventajas de la terapia grupal racional-emotiva frente a la terapia individual, y a continuación detalla los aspectos particulares de la REBT grupal. Se describen los diferentes tipos de grupos que existen en el Instituto de Terapia Racional-Emotiva de la Ciudad de Nueva York, así como el proceso de selección de los miembros del grupo y los procedimientos generales usados para estructurar las sesiones grupales regulares. Después incluye un catálogo de técnicas REBT para grupos, seguido por el enfoque REBT para los procesos grupales. Ellis presenta el caso de Bárbara, una mujer de 36 años de edad que acudió al centro terapéutico por problemas de ansiedad social, falta de asertividad y depresión. Tras participar en el grupo durante algo más de un año, sus problemas mejoraron considerablemente.

Quisiéramos subrayar que este libro de casos no trata de aportar al lector la información básica de la teoría y práctica de la REBT. A los lectores que deseen acceder a este tipo de material se les recomienda consultar el *Manual de terapia racional emotiva* (Ellis & Grieger, 1997) y la *Práctica de la terapia racional-emotiva* (Ellis & Dryden, 1994). En estos libros se revisan conceptos y técnicas REBT básicos para la aplicación de este enfoque a individuos, grupos y parejas.

9

Aplicaciones de la REBT con Niños y Adolescentes

Ann Vernon

Como alumna de la escuela primaria, recuerdo haber respondido con sarcasmo ante las burlas de mis compañeros de clase diciendo, “A palabras necias oídos sordos” o “Los palos y las piedras pueden romper mis huesos, pero las palabras no me hacen daño”. A pesar de decir estas cosas, sé que no *creía* que las palabras no pudieran herirme. Aunque la reiteración de estas frases sirviera de defensa contra sus insultos, lo que realmente necesitaba era una *explicación* de por qué las palabras no tenían que herirme y cómo desarrollar cierto “músculo emocional” para protegerme de estos ataques verbales que caracterizan a la infancia y a la adolescencia.

Como profesionales que trabajamos con niños y adolescentes, nos gustaría creer que las burlas se hallan entre los peores problemas que experimentan los jóvenes. Sabemos que la realidad es diferente, tal como reflejan los siguientes datos estadísticos de los Estados Unidos (Wittmer, 193, pp. 14-15):

- Cada 47 segundos un niño sufre abusos o abandono.
- Cada 7 minutos un niño es asesinado o ha sido herido con arma.
- Cada día 6 adolescentes se suicidan.
- Cada 14 horas un niño menor de 5 años de edad es asesinado.
- Cada 5 horas es asesinado un joven de entre 15 y 19 años de edad.
- Cada 4 segundos del día escolar un estudiante de un centro público es castigado físicamente.
- Cada 26 segundos un niño se escapa de casa.
- Cada día 100.000 niños carecen de hogar.
- Cada día 2.989 niños americanos viven el divorcio de sus progenitores.
- Cada 74 segundos una joven de entre 15 y 19 años tiene un aborto.

Además, a estos datos se superponen los problemas normales que atenazan a la infancia media: el desarrollo de la competencia física, emocional y académica; el establecimiento de un lugar en un grupo de amigos; el aprendizaje del manejo de la competición y la adquisición de confianza en sí mismo. Al comienzo de la adolescencia, el desafío es aún mayor porque la pubertad entra en juego y los adolescentes jóvenes se encuentran rodando sobre patines emocionales. El manejo de las intensas emociones, los cambios corporales y las presiones de su grupo de compañeros se hallan entre los problemas más significativos. Hacia la mitad de la adolescencia, los jóvenes se enfrentan a otra serie de desafíos: confrontar la ansiedad relativa a los futuros planes educativos o laborales, negociar las peculiaridades de las relaciones íntimas y sexuales y luchar contra los problemas de identidad.

Los profesionales que trabajan con estos jóvenes son cada vez más conscientes de la necesidad de la prevención efectiva y de las estrategias de intervención para ayudar a los jóvenes clientes a superar los estresores evolutivos normales así como el infinito número de problemas familiares y socioemocionales más serios que a menudo producen conductas contraproducentes como el abuso de sustancias, el suicidio, el embarazo indeseado o la violencia (Vernon, 1993a; Wittmer, 1993). Según Bernard y Joyce (1984), esta conciencia comienza a mediados de los sesenta con el reconocimiento de que había más factores de riesgo para los niños y de que aumentaba el número de niños que demostraba varias formas de maladaptación emocional o conductual. Además, los profesionales de la salud mental observaron que no era efectiva la simple extrapolación de la evaluación y de estrategias de intervención de los adultos para su uso con niños y adolescentes (Vernon, 1993b). En consecuencia, durante los últimos años, la comunidad profesional se ha esforzado por identificar en qué consiste una prevención e intervención efectiva con los clientes jóvenes.

Los profesionales interesados en la salud mental de los niños emplean cada vez más la terapia racional emotivo-conductual. Como señalaban Bernard y Joyce (1984) tras una exhaustiva revisión de la literatura, "Ahora disponemos de un procedimiento sofisticado y también sistemático para utilizar la RET con los niños y los jóvenes" (p. 26).

La terapia racional emotivo-conductual, previamente denominada terapia racional-emotiva, fue desarrollada por Albert Ellis en 1955. Poco después de comenzar su aplicación a la población adulta, Ellis observó que podría ser eficazmente empleada con los niños y sus progenitores. Son muchas las publicaciones que describen el uso de la REBT con niños y adolescentes (Barrish & Barrish, 1989; Bedford, 1974; Bernard & Joyce, 1984; DiGiuseppe, 1975, 1981; Ellis & Bernard, 1983; Ellis, Moseley & Wolfe, 1966; Hauck, 1967, 1983; Vernon, 1983; Waters, 1982; Wilde, 1992). En los últimos años se han elaborado programas de prevención basados en los principios racional-emotivos (Knaus, 1974; Pincus, 1990; Vernon, 1989a, 1989b, 1989c; Waters, 1979, 1980). La terapia racional emotivo-conductual se emplea en la actualidad con clientes jóvenes en los Estados Unidos, Australia, Inglaterra, Holanda y otros países occidentales.

A lo largo del presente capítulo se describen aplicaciones específicas de la terapia racional emotivo-conductual con niños y adolescentes. Se incluyen algunos casos para ilustrar los conceptos.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL CON NIÑOS: JUSTIFICACIÓN RACIONAL

A diferencia de otras formas de terapia, una parte integral de la REBT es su énfasis en la enseñanza y en la prevención. Knaus (1974) lo describía como un enfoque terapéutico “mediante el cual puede enseñarse a los niños conceptos sobre la salud mental y las destrezas para utilizar dichos conceptos” (p. 1). Inherente a esta definición es la idea de que deberían ser conceptos identificables y concretos los que se presenten a los niños. Aunque esto parezca obvio, la mayoría de los enfoques terapéuticos no subrayan esta adquisición de destrezas de un modo intencionado; así pues, el concepto de enseñar destrezas de salud mental a niños y adolescentes es una característica distintiva de la terapia racional emotivo-conductual.

El hecho de poder emplear una gama tan variada de técnicas de evaluación e intervención cognitivas, emotivas, conductuales, kinestésicas, verbales y orales lo convierte en un enfoque terapéutico muy práctico para su aplicación con niños y adolescentes. Dadas estas condiciones, el terapeuta dispone de la libertad para ser creativo en la adaptación de las estrategias a la población infantil o juvenil. Esto no sólo aumenta el interés del cliente y del terapeuta en el proceso terapéutico, permite también que el terapeuta enfoque el problema de forma más específica. Esta flexibilidad es particularmente importante porque los niños pueden disponer de menos destrezas para expresarse verbalmente, o pueden no ser capaces de entender los conceptos si éstos no se presentan de múltiples formas para adaptarse a los estilos de aprendizaje y a los niveles evolutivos.

Hace años, Wagner (1966, p. 28) identificó razones específicas para demostrar la superioridad de la REBT frente a otros enfoques terapéuticos para los niños:

1. La REBT posibilita la intervención inmediata, si fuera necesario, para el manejo de los problemas escolares.
2. Los principios básicos pueden entenderse, aplicarse y adaptarse fácilmente a los niños de cualquier edad y nivel intelectual.
3. La terapia racional suele requerir menos tiempo que otros enfoques, permitiendo un uso más efectivo del tiempo terapéutico.
4. La terapia racional ayuda al cliente a aprender a vivir en su propio medio.

La terapia racional emotivo-conductual ha sido aplicada satisfactoriamente con niños y adolescentes con numerosos problemas entre los que se incluyen la conducta disruptiva, la fobia a la escuela, el miedo, la agresión, la baja auto-estima, la ansiedad, los problemas en las relaciones interpersonales, la falta de logro, la ira y la depresión (Bernard & Joyce, 1984; Wilde, 1992). Aunque algunos tera-

peutas se han cuestionado la aplicabilidad de la REBT con los niños más jóvenes por su limitada capacidad para procesar conceptos cognitivamente, la experiencia ha demostrado que las destrezas de pensamiento implicadas en la REBT pueden ser modificadas y modeladas para niños de cualquier edad, particularmente si el profesional es creativo en su adaptación del enfoque al nivel infantil. En una revisión de estudios significativos dirigidos hace más de una década, DiGiuseppe, Miller y Texler (1979) afirmaban, “Los estudios indican que los alumnos de la escuela primaria son capaces de adquirir conocimientos sobre los principios racional-emotivos y que la modificación de las auto-verbalizaciones o las autoafirmaciones irracionales del niño puede tener un efecto positivo sobre su adaptación emocional y conductual” (p. 225). Además, como los niños más jóvenes se hallan en el estadio de las operaciones concretas, los conceptos que pueden ser enseñados y que son inherentes a este enfoque teórico ofrecen un modo muy efectivo y concreto de adaptar el estilo terapéutico al nivel evolutivo cognitivo (Vernon, 1993b).

Quizá la razón más importante para usar la REBT con los niños y adolescentes es que llega al “corazón” del problema; no es sólo un enfoque remedial que permita a los niños sentirse mejor temporalmente. Como manifestaba Harper (citado en Wilde, 1992), “Solía pensar que era suficiente lograr que los niños se sintieran mejor, pero casi cualquier adulto puede lograr esto. Ahora sé que es más importante enseñarles a pensar mejor” (p. 21). Wilde (1992) señalaba que la REBT confiere poder a los niños “armándolos” con conocimiento y destrezas, subrayando que esta información puede utilizarse en las situaciones problemáticas presentes y futuras. Enseñar a los niños el modo de mejorar sus sentimientos y no sólo a sentirse mejor, contribuye al cambio duradero y hace que este enfoque sea muy efectivo con los clientes jóvenes.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA Y PROCESO DE EVALUACIÓN

Son muchas las características diferenciales de la evaluación REBT con los niños y los adolescentes: (a) la relación entre el profesional y el joven cliente, (b) la evaluación de las creencias irracionales, (c) la implicación parental en el proceso de la evaluación y (d) la evaluación de los problemas prácticos y emocionales. Además, la frecuencia, intensidad y duración del problema presentado son factores importantes en la evaluación del problema, particularmente para los niños y adolescentes.

Debería señalarse que la evaluación, desde la perspectiva REBT, es continua, y que no existe una diferencia clara entre la evaluación y la intervención. En este sentido, es habitual que brote a la superficie nueva información durante una intervención que nos proporcione más datos para la evaluación.

Al conceptualizar el problema, el terapeuta REBT puede esperar que los niños y los adolescentes describan en primer lugar lo que se denomina “suceso

activador”, que es lo que ha experimentado el cliente; en otras palabras, lo sucedido. A diferencia de los terapeutas menos directivos, el terapeuta REBT no anima al cliente a elaborar sobre un suceso, porque tales detalles pueden ser innecesarios. En lugar de esto, mientras el cliente presenta el problema, no sólo es importante escuchar sino también formular preguntas bien dirigidas, que aporten información sobre las reacciones emocionales y conductuales y sobre las creencias irracionales del cliente.

Establecer la relación

Los niños y adolescentes no solicitan personalmente la ayuda profesional, ni tampoco se responsabilizan del problema, ni entienden por qué acuden a consulta. Por lo tanto, es habitual que respondan encogiendo los hombros con un “No sé” cuando se les pregunta sobre qué problema les gustaría trabajar. Dada esta situación, es más desafiante, aunque extremadamente importante, para el profesional establecer una buena relación terapéutica con el joven cliente. Aunque Ellis opine que una relación positiva cliente-terapeuta no es un componente absolutamente necesario de un tratamiento efectivo (Ellis & Dryden, 1987), Bernard y Joyce (1984) subrayaban que con los clientes jóvenes, la relación es muchas veces una precondition del cambio. Defienden el empleo de todas las técnicas posibles para el establecimiento de una relación positiva. Walen, DiGiuseppe y Wessler (1980) recomiendan paciencia, ánimo y una confrontación suave y un ritmo inferior al trabajar con poblaciones más jóvenes.

El siguiente caso ilustra la construcción de la relación y la conceptualización del problema con un adolescente masculino de 16 años de edad. Nathan fue enviado a terapia a solicitud de sus progenitores, quienes estaban preocupados por su ánimo depresivo y su ansiedad sobre diversos aspectos. Más adelante en el capítulo se describirán ejemplos de intervenciones empleadas con este cliente particular.

Establecimiento de la relación. Cuando el padre de Nathan llamó para solicitar una cita inicial, la terapeuta habló brevemente con él sobre los motivos que le conducían a preocuparse por Nathan. En este momento, la terapeuta supo que Nathan, que normalmente era alegre y extrovertido, parecía estar algo deprimido, se mostraba irritable y furioso y también se mostraba ansioso por lo que su padre denominaba “pequeñeces”. Aunque Nathan nunca había sido excesivamente osado, su padre había observado que durante los últimos meses le había empezado a preocupar lo que pensaban las otras personas, lo que a su vez contribuía a sus inhibiciones conductuales. La terapeuta manifestó que en la primera visita prefería ver a Nathan a solas, y supo de su padre que era reacio a acudir a la terapia.

Durante la visita inicial, Nathan parecía bastante ansioso y no muy hablador. Con el fin de establecer el rapport, la terapeuta mencionó a Nathan que sabía que no había tenido muchas ganas de venir y le animó diciendo que eso también estaba bien. Le preguntó qué significaba para él acudir a terapia y Nathan afirmó inmediatamente que él creía que debía estar loco para tener que ver a un “ajusta tornillos”. La terapeuta clarificó que realmente él no estaba loco, pero según su

padre, se había estado mostrando menos alegre durante los últimos meses y se enfadaba con mayor facilidad. Explicó que esto era muy común en la adolescencia, y añadió que puede llegar a ser una fase muy difícil para los jóvenes a consecuencia de todos los cambios físicos que se producen en ellos. Por lo tanto, dijo, sus emociones dificultan la vida un poco. También dijo a Nathan que ella trabajaba con muchos jóvenes de esta edad, y que sobre la base de lo dicho por su padre, sus problemas parecían ser los problemas adolescentes “normales” y que creía ser capaz de ayudarlo.

Como Nathan parecía un poco ansioso por el proceso terapéutico, la terapeuta le preguntó si esta explicación le había ayudado y si tenía alguna pregunta que hacer. Manifestó que para trabajar sobre el problema, necesitaría su colaboración compartiendo información y sentimientos. A continuación invitó a Nathan a compartir algunas de sus cosas para ayudarla a conocerlo mejor: cuáles eran sus aficiones, si practicaba deportes, si participaba en algún grupo musical o teatral, cómo era su familia, qué le gustaba hacer en su tiempo libre. A medida que hablaba parecía relajarse algo y se produjo un intercambio cómico mientras hablaban de la relación con su hermana pequeña.

La terapeuta fue capaz de establecer un rapport razonable con el cliente mediante la “desmitificación” del proceso terapéutico, tranquilizando al cliente y diciéndole que no estaba “loco”, pero que había algunos aspectos que probablemente podrían resolver, y mediante una actitud cercana y relajada. Además, también trató a su joven cliente con respeto. Cuando le explicó el concepto de la confidencialidad más adelante en la sesión, lo hizo de una forma directa para que el proceso no pareciera algo misterioso. No prometió que nunca no fuera a decir nada de lo que él dijera, porque en realidad, muchas veces suele ser extremadamente crítico y deseable consultar a los progenitores o a los profesores sobre el progreso terapéutico del cliente o sobre aspectos de los que deberían ser conscientes.

La terapeuta manifestó a Nathan que podría ser útil invitar a sus progenitores a tomar parte en la sesión durante los últimos 10 ó 15 minutos. Al explicar esto a Nathan dijo, “Los progenitores quieren saber muchas veces de qué hablamos en las sesiones y, a mí, no me gusta estar en medio, tratando de decidir qué debería decir y qué no. Además, algunas veces es importante que ellos aprendan algunas nuevas técnicas de relación con los hijos o que sean conscientes de algunas cosas que tú puedas estar tratando de cambiar. Por lo tanto, antes de que entren, me gustaría preguntarte si hay algo de lo que hemos hablado que no quisieras que ellos sepan por el momento. La excepción a este procedimiento se produce si estuvieras en riesgo de causarte daño a ti mismo o a los demás. Después te voy a pedir que comentes a tus progenitores algo sobre la sesión... un objetivo, una tarea para casa o una preocupación que te gustaría hacerles llegar. De este modo, podemos plantear cualquier aspecto que pueda ser importante para cualquiera de las personas que estemos implicadas en el proceso”. Esta estrategia demuestra a los jóvenes clientes que usted respeta su derecho a la confidencialidad y al mismo tiempo abre líneas de comunicación con los progenitores o les implica en el proceso terapéutico cuando sea necesario.

Además de lo comentado, una de las técnicas más importantes para la construcción de la relación consiste en desarrollar la escucha. Desafortunadamente, muchos profesionales creen erróneamente que por su naturaleza activa-directiva, la escucha no es esencial en la práctica efectiva de la REBT. Sin embargo, es crítico, sobre todo con niños y adolescentes, mostrar empatía y escuchar sin interrupciones en el estadio de creación del rapport (Bernard & Joyce, 1984; Vernon, 1983, 1989d).

La evaluación de las creencias irracionales

Según la REBT, el trastorno emocional se deriva de las creencias irracionales que sostiene un individuo sobre un suceso activador. La identificación y confrontación de estas creencias irracionales es la esencia de la terapia REBT. Las creencias irracionales se derivan de las demandas absolutistas dirigidas a uno mismo, los otros y el mundo (Ellis, 1984; Ellis & Dryden, 1987), y se caracterizan por la auto-crítica, la ansiedad incomodante o la baja tolerancia a la frustración, la tendencia a considerar las circunstancias horribles y la tendencia a generar demandas.

Los aspectos específicos de la evaluación del problema y del proceso de identificación de las creencias irracionales se ilustran a través de la siguiente descripción de la terapia REBT con Nathan.

Conceptualización y evaluación del problema con Nathan. Tras establecer el rapport, el terapeuta invitó a Nathan a describir el problema tal y como lo veía. Nathan indicó que algunas veces se sentía mal y que también se enfadaba mucho. Con el fin de disponer de una imagen más clara, la terapeuta le pidió que describiera qué había querido decir con que se siente “mal”: con qué frecuencia se sentía de este modo, cuánto duraba cada período de malestar y cómo actuaba cuando se sentía así. También le pidió que hablara un poco más sobre la ira: si había determinados sucesos que parecían provocarla, qué intensidad tenía, cómo actuaba cuando estaba furioso y cuánto tiempo solía permanecer así. Con esta información, la terapeuta fue capaz de comprender mejor que estos sentimientos habían comenzado a brotar con más frecuencia durante el último año, y que parecían más prevalentes cuando había problemas relacionales con sus amigos o con su novia, o cuando sus progenitores trataban de controlar su tiempo y su vida. Cuando se le preguntó por los estudios, Nathan respondió que nunca había sido un buen estudiante y que se sentía mal cuando le criticaban los profesores o cuando no sabía cómo hacer algo. Se describió a sí mismo como un atleta mediocre y buen intérprete del tambor.

Mientras escuchaba, la terapeuta comenzó a elaborar hipótesis sobre las cogniciones que contribuían a las dificultades emocionales y conductuales de Nathan. Quería determinar si Nathan estaba evaluando las situaciones de un modo auto-crítico, si parecía disponer de un punto de vista preciso de la realidad y si contaba con las cogniciones apropiadas de auto-ayuda (Waters, 1982). A medida que Nathan ampliaba la información anterior citando algunos ejemplos específicos, el terapeuta supo que muchos de estos sentimientos negativos esta-

ban asociados con los pensamientos de auto-crítica, que no se veía a sí mismo con muchas opciones para controlar sus sentimientos o su conducta y que muchas de sus reacciones se basaban más en cosas que él asumía que en los hechos objetivos de una situación determinada. Aunque no siempre estaba dispuesto a expresar sus sentimientos, la terapeuta podía inferir el sentimiento sobre la base del modo en que describía su conducta. Por ejemplo, manifestó que había salido de estampida de los vestuarios cuando el entrenador “le cesó durante el entrenamiento”. La terapeuta señaló que debía haber estado muy furioso y procedió preguntándole qué es lo que había estado pensando que le condujera a sentirse furioso y a mostrar la conducta agresiva. Teniendo en cuenta sus sentimientos y su conducta, la terapeuta disponía ya de cierta idea sobre la creencia irracional operativa en el cliente, porque según la teoría REBT, la ira se deriva de las demandas absolutistas dirigidas a los otros, como “El entrenador no debía cesarme durante el entrenamiento”. Del mismo modo, una demanda absolutista dirigida a uno mismo puede contribuir a la depresión o a la culpabilidad por efecto del menosprecio hacia uno mismo. El terapeuta REBT puede estar razonablemente seguro de que si el sentimiento es de depresión o de culpabilidad, en lugar de ira, el cliente está dirigiendo el “debería” hacia sí mismo y no hacia los otros y puede formular las preguntas apropiadas para elicitación de la creencia específica (e.g., “¿Qué dice de ti que tú hayas sido cesado durante el entrenamiento y los otros jugadores no?”).

Las señales verbales también se usaron para extraer las creencias irracionales específicas. La baja tolerancia a la frustración puede identificarse a través de afirmaciones como “No quiero cambiar mi conducta porque es demasiado difícil”, mientras la ansiedad incomodante puede expresarse como miedo: “Temo pedir ayuda al entrenador porque puede pensar que soy idiota”.

Muchas veces Nathan no fue capaz de identificar las cogniciones a solas, y la terapeuta tuvo que usar diversas técnicas para facilitar la verbalización. Preguntas directas como las siguientes fueron útiles a este fin (Bernard & Joyce, 1984, p. 195):

“¿En qué estabas pensando cuando sucedió _____?”

“¿Qué tipo de cosas te estabas diciendo a ti mismo?”

“¿Qué es lo primero que viene a tu mente cuando piensas en _____?”

En algunos casos fue necesario usar algunas clasificaciones selectivas si Nathan tenía dificultades para verbalizar cogniciones: “Si tu novia no te llama cuando ha dicho que lo hará, ¿piensas que a ella no le preocupa vuestra relación?”

Aunque en ocasiones al cliente le costaba expresar las cogniciones implicadas en sus dificultades, era vitalmente importante para la terapeuta diagnosticar el componente evaluador de estas cogniciones para llegar a las creencias irracionales nucleares. Esto se hizo formulando preguntas como “¿Y...?”. “¿Y por lo tanto...?”. “¿Qué significa eso?”. “¿Por qué?”. Por ejemplo, Nathan estaba molesto porque su novia había decidido pasar el fin de semana con sus amigas en lugar de salir con él. Cuando se le preguntó qué es lo que pensaba que le hiciera sentirse tan molesto, contestó que debe significar que a su novia no le gustaba él y que prefería a sus amigas. En lugar de confrontar la inferencia de que no le gustaba a su

novia, la terapeuta evaluó su valoración del incidente preguntando, “¿Y qué dice de ti que ella decida pasar el tiempo con sus amigas?”, a lo que Nathan respondió, “No debo ser suficientemente bueno; algo falla en mí”. Es importante prestar atención al significado de la inferencia en lugar de la inferencia misma, para elicitación la creencia irracional. El proceso es similar al de pelar las diferentes capas de una cebolla, cuantas más se pelan, más probable será localizar los factores claves que ocasionan la desazón emocional.

También es importante formular preguntas clarificadoras para evaluar la creencia irracional específica, tal como se ilustra en el siguiente intercambio con Nathan:

Nathan: No puedo creer que no haya sido seleccionado para la Banda de Honor. Me pongo furioso.

Terapeuta: ¿Podrías contarme algo más sobre esto? Cuando dices que te pones furioso, ¿qué es exactamente lo que te molesta tanto de esta situación?

Nathan: Quiero decir que nunca he estado tan loco. No entiendo por qué no lo logré con todo lo que he hecho. ¡Debería de haberlo conseguido yo y no los tontos esos!

Terapeuta: Parece que no estás furioso contigo mismo, ni que te cuestiones tus habilidades, sino que estás furioso con el comité que seleccionó a los otros.

Nathan: Exactamente.

Terapeuta: Cuéntame algo más sobre lo que estabas pensando por no ser seleccionado.

Nathan: Que son estúpidos y que tienen prejuicios contra las personas que no llevan su mismo corte de pelo y que han seleccionado a sus favoritos.

Terapeuta: Supongamos que realmente actuaron estúpidamente y con prejuicios, ¿qué es lo que te molesta de eso?

Nathan: Que no deberían ser de esa forma... no es justo. Quizá yo no sea elegante, pero puedo ser el mejor tambor de la banda.

La idea irracional es el “no es justo”, la demanda de que los otros deberían tratarle tal como él quiere ser tratado, y que deberían ser culpados y castigados por no haberlo hecho. Sin embargo, era importante que el terapeuta clarificara que una demanda dirigida a los otros, no a uno mismo, es lo que le molestaba. La escucha de los sentimientos específicos, ira frente a depresión en este caso, es lo que permitió localizar las creencias irracionales específicas. Sin embargo, fue importante comprobarlo porque la identificación exacta influye sobre la dirección que adopta el terapeuta en el proceso terapéutico.

Implicación parental en el proceso de evaluación

Por múltiples razones, es importante implicar a los progenitores en el proceso de evaluación e intervención. En primer lugar, no siempre podemos asumir que el niño es el problema, incluso aunque haya sido identificado como el cliente. En

segundo lugar, como los niños y los adolescentes normalmente no son ellos quienes solicitan la terapia, es fundamental disponer del input parental sobre el modo en que éstos conceptualizan el problema. Como se ha mencionado previamente, es muy habitual preguntar a los jóvenes clientes sobre qué problema les gustaría hablar y que respondan encogiendo los hombros con un “No sé” por respuesta. Recuerde que ésta puede ser su percepción, o que pueden sentir vergüenza de admitir que existe un problema porque reforzarían aún más la idea de que hay algo que “falla” en ellos. El terapeuta podría hacer varias cosas ante esta situación:

1. Compartir con el joven lo que sabe sobre la razón de la derivación o comenzar a enseñarle algunos conceptos educativos REBT que se relacionen con este aspecto.
2. Manejar directamente la cuestión de la vergüenza pidiéndole que comente qué dice de él el hecho de acudir a terapia. Esto podría provocar creencias de menosprecio, que pueden ser suavemente confrontadas, diciéndole que tener algún problema no significa que no se es un “buen chico”. Este concepto puede reforzarse pidiéndole que dibuje un círculo y que escriba algunos signos de adición y otros de substracción dentro del mismo. A continuación se le invita a verbalizar cuáles considera como sus puntos fuertes o signos positivos, y cuáles sus debilidades o signos negativos y el hecho de que esté aquí para trabajar sobre un área de debilidad no significa que sea una mala persona.
3. Invitar a los progenitores a acudir a la sesión y comentar sus preocupaciones en presencia del niño.

Aunque Nathan parecía representar su problema con bastante precisión, sus progenitores fueron consultados tras la visita inicial para determinar si ellos tenían algún motivo de preocupación o información que pudiera facilitar una mejor evaluación del problema. En este punto, la terapeuta conoció más detalles sobre los conflictos progenitores-adolescente y sobre la ansiedad de Nathan.

Como una de las principales convicciones de la REBT es la auto-ayuda y la educación, conviene implicar a los progenitores en el proceso de evaluación y tratamiento para que puedan aprender los principios racionales a emplear con sus hijos y puedan así reforzar lo tratado en la terapia.

Aunque éste no era el caso de los progenitores de Nathan, suele ser habitual que los mismos progenitores tengan creencias irracionales de las que se derivan problemas emocionales y un estilo ineficaz en el cuidado de los hijos. Muchos profesionales REBT prominentes (Barrish & Barrish, 1985, 1989; Bernard & Joyce, 1984; Hauck, 1983) han identificado creencias como las siguientes que subyacen a la ira, depresión, incomodidad, ansiedad, miedo y culpabilidad parental: “Mi hijo debe comportarse siempre como yo quiero que lo haga” (ira); “Las palabras, conductas o gestos descorteses de los niños pueden herirnos emocionalmente” (depresión); “Es mejor evitar el manejo de las dificultades durante tanto tiempo como sea posible” (ansiedad incomodante); “No puedo evitar preocuparme por mi hijo; la preocupación es señal de interés de los progenitores” (miedo); “Si cometo un error siempre afectará a mi hijo” (culpabilidad).

Las creencias irracionales también producen un impacto significativo sobre el estilo empleado en el cuidado de los hijos. Por ejemplo, muchos progenitores creen que sus hijos no deberían estar frustrados, de lo que se deriva un estilo parental excesivamente permisivo (Hauck, 1967). Del mismo modo, existen progenitores que creen que el enfado es un modo efectivo de modificar la conducta de sus hijos, o que los progenitores siempre tienen razón y deberían ejercer autoridad en cualquier situación, lo que les conduce a desarrollar un estilo parental excesivamente duro y estricto (DiGiuseppe, 1981). Los progenitores que son incoherentes en su estilo parental creen irracionalmente que puede ser inconveniente para sus hijos mostrarse siempre coherente, lo que naturalmente produce un estilo parental incoherente (Barrish & Barrish, 1989). Como los problemas presentados por los niños y adolescentes normalmente están tan estrechamente vinculados a las emociones y conductas parentales, es esencial contemplar estos aspectos, porque trabajar sólo con el niño no encauzaría el problema real.

Evaluación de los problemas prácticos y emocionales

Distinguir los problemas prácticos de los emocionales es un aspecto importante de la evaluación REBT. Según Waters (1982), los problemas prácticos son dificultades realistas que implican la falta de las destrezas conductuales para el manejo del problema, y los problemas emocionales son aquellos que se generan a partir de las creencias irracionales y producen sentimientos disfuncionales. Si una niña carece de amigos, por ejemplo, el problema práctico podría ser su falta de destrezas sociales. El problema emocional podría ser la ansiedad para iniciar contactos con los otros. Si el terapeuta sólo ayudaría a la cliente a desarrollar nuevas formas de encontrar amigos, ésta podría ser una solución práctica que podría ayudarla en términos de remediar el déficit de destrezas. Sin embargo, salvo que se resuelva el problema emocional subyacente (i.e., ansiedad para iniciar contactos), la cliente puede no llegar a implementar las destrezas que ha aprendido.

En algunos casos no existe un problema emocional adjunto, pero es muy importante evaluar esto y reconocer que los clientes con frecuencia provocan un problema emocional a partir de su problema práctico. Este concepto se ilustrará seguidamente.

Contemplar los problemas emocionales y prácticos. Nathan había comentado que se enfurecía cuando no lograba hacer algo bien: sus deberes, orientarse en un barrio mayor que el suyo y ordenar debidamente los materiales en el trabajo. Si la terapeuta sólo hubiera trabajado con él el desarrollo de conductas más asertivas para pedir ayuda, hubiera estado contemplando el problema práctico. Sin embargo, los problemas emocionales —entre los que se hallaban los sentimientos por tener que pedir ayuda y su miedo a arriesgarse— debían ser manejados para que se produjera la resolución del problema. Una vez que Nathan pudo comprobar que pedir ayuda no significaba que fuera tonto, ni estúpido, fue capaz de practicar algunas destrezas asertivas y comprobar que estaba mucho menos ansioso después de haber solicitado ayuda.

Nivel Evolutivo

La evaluación e intervención efectiva con los niños y adolescentes no puede producirse sin tener en cuenta su nivel evolutivo. Hay múltiples razones para este hecho. En primer lugar, muchos niños no disponen de la capacidad cognitiva para comprender ciertos conceptos o pueden carecer de la capacidad verbal para expresar pensamientos y sentimientos en el proceso diagnóstico. Bernard y Joyce (1984) recomendaban que con los niños de menos de 11 años de edad, momento en el que comienzan a iniciarse en el pensamiento de las operaciones formales, el proceso de confrontación en particular es difícil de captar. Señalaban que es esencial usar enfoques muy concretos con los niños más jóvenes para adecuarse mejor a sus habilidades evolutivas.

En segundo lugar, los profesionales deberán ser conscientes de los estadios evolutivos para conocer específicamente qué deben hacer para adaptar apropiadamente las técnicas de evaluación y las estrategias de intervención al cliente.

En tercer lugar, el mismo problema podrá entenderse mejor si está colocado en el contexto de lo que es normal en los diversos estadios del desarrollo. Por ejemplo, al trabajar con Nathan, la terapeuta sabía que los adolescentes jóvenes experimentan generalmente altibajos emocionales. Reconoció que también tienden a ser muy irracionales porque se balancean entre el pensamiento concreto y el formal y que una vez que hayan logrado el estadio del pensamiento formal, son más propensos a ver todos los lados de la realidad y a razonar con más efectividad. Conocer estas características ayudaron a la terapeuta a evaluar el problema de Nathan adentro del contexto evolutivo, lo que a su vez permitió disponer de una perspectiva útil para el cliente, sus progenitores y el terapeuta.

EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

La resolución satisfactoria del problema depende de una evaluación exacta así como de la aplicación de las intervenciones apropiadas. Al trabajar con niños y con adolescentes, es importante recordar que, como su sensación del tiempo es tan inmediata, lo que puede ser problemático durante esta semana puede no serlo la siguiente. Por lo tanto, es preferible que las intervenciones contemplen aspectos específicos del problema y vayan acompañadas de tareas para casa que refuercen los conceptos presentados durante la sesión. Con los clientes jóvenes, es recomendable usar analogías concretas y ejemplos e intervenciones relevantes que se relacionen con sus intereses personales. Por ejemplo, si sabe que a Amelia, de 7 años de edad, le gustan los dibujos animados, una intervención para ayudarla a reducir sus miedos a pasar una noche en casa de una amiga podría ser que ella misma elaborara un cómic ilustrando sus miedos y lo que podría pensar y hacer para eliminar dichos miedos.

A continuación se comentan e ilustran otras consideraciones importantes al diseñar las intervenciones para niños y adolescentes.

Adaptar las técnicas en razón de la edad

Ejemplo: Al trabajar con Nathan parecía que tendía a utilizar en exceso el pensamiento generalizador. Sistemáticamente leía en las situaciones más que los hechos mismos. Para encauzar este problema con una actividad apropiada a la edad, la terapeuta invitó a Nathan a mantener un diario de sus pensamientos irracionales, la emoción que los acompañaba y el rebote para cada creencia irracional. Si Nathan hubiera sido más joven, la actividad escrita hubiera podido ser sustituida por un juego de tablero. Cuando hubiera llegado a determinado color, hablaría sobre un acontecimiento molesto que le haya sucedido, y la terapeuta podría ayudarlo a identificar lo que ha podido estar diciéndose para crear el sentimiento negativo y lo que podría hacer para modificarlo.

Uso de actividades concretas para presentar y reforzar los conceptos

Ejemplo: Nathan luchaba mucho contra la auto-crítica y menosprecio hacia sí mismo. Si le criticaban, frecuentemente comentaba que era tonto. Cuando sus amigos no pasaban tiempo con él, se culpaba a sí mismo: “Si fuera mejor atleta, les gustaría estar conmigo. Si fuera más guapo, a mi novia le gustaría más”. Al trabajar sobre este aspecto del problema, el terapeuta hizo múltiples cosas. En primer lugar, pidió a Nathan que completara la actividad del *Círculo del Self* (Vernon, 1989c), donde Nathan describía sus características de múltiples dimensiones: físicas, sociales, emocionales, intelectuales y espirituales. Al comentar esta actividad, la terapeuta ayudó a Nathan a ver que él era una persona compleja con muchas dimensiones. Por lo tanto, podía considerarse que los puntos fuertes de un área compensaban las flaquezas reales o percibidas en otra. Como intervención de seguimiento, la terapeuta hizo que Nathan seleccionara a una persona mayor a quien él admiraba, y le instruyó para que lo entrevistara, pidiéndole que identificara sus puntos fuertes y debilidades en cada una de las dimensiones identificadas en la actividad anterior. De este modo, Nathan fue capaz de ver que su tío, a quien realmente valoraba mucho, también veía flaquezas en su persona.

Uso de ejemplos e intervenciones relevantes

Invite a sus jóvenes clientes a que le enseñen fotos o imágenes que le ayuden a conocer mejor sus intereses, amigos y experiencias. Esta información podrá ser usada posteriormente de múltiples formas significativas.

Ejemplo: Tras la reciente experiencia de Nathan con la banda musical, enseñó a la terapeuta fotografías suyas y a continuación expresó lo solo que se había sentido porque nadie le prestaba atención. Después de escuchar sus quejas, la terapeuta efectuó la siguiente observación: “Nathan, me has estado diciendo que fuiste ignorado y que te sentías triste en la selección, pero a juzgar por las fotos estás riéndote y participando en muchas actividades con las otras personas. Me pregunto si después de todo no te divertiste, ¿no es posible que estés generalizando

en exceso cuando dices que nadie te prestaba atención?” A continuación la terapeuta empleó muchas otras intervenciones relevantes para referirse al problema de Nathan de “sacar las cosas de sus casillas”, lo que realmente acababa provocando sentimientos de depresión e ira en él. En primer lugar, hizo que simulara aconsejar a su mejor amigo sobre el mejor modo de manejar sus sentimientos cuando sus amigos o su novia no actuaran como a él le gustaría que lo hicieran. Mediante este ejercicio, la terapeuta fue capaz de ayudar a Nathan a verbalizar a su “amigo” que le convendría comprobar los hechos antes de extraer conclusiones. También le animó a que presentara ejemplos de canciones populares que a su parecer presentaban formas de pensamiento razonables y no razonables.

No “rayar la superficie” con intervenciones conductuales

Algunas veces, los clientes a quienes considera demasiado jóvenes o carentes de experiencia para aprender técnicas de confrontación o para entender los componentes cognitivos podrían beneficiarse de ellos.

Ejemplo: Nathan solía enfadarse si sus progenitores le pedían que hiciera algo que él no pensaba que debía hacer. Conductualmente, la terapeuta hubiera podido sugerir que si no quería sufrir las consecuencias de ser regañado, debería tratar de ser más cooperativo. En lugar de esto, ayudó a Nathan y a sus progenitores a comprender por qué esto era motivo de problema. Inicialmente recurrió a su conocimiento de la teoría evolutiva y explicó a los progenitores que parte de la resistencia de Nathan podía deberse al hecho de que como adolescente, éste se hallaba en un estadio en el que trataba de ser más independiente y adoptar sus propias decisiones. Por lo tanto, si le pedían que hiciera algo inmediatamente, él podría interpretar esto como si ellos desconfiaran de su capacidad para adoptar sus propias decisiones y, en esencia, boicoteando sus propósitos de independencia. A Nathan le explicó la diferencia entre demandar y preferir, señalando que su ira se relacionaba con su creencia de que sus progenitores no debían decirle qué hacer y que él debería ser capaz de determinar qué es lo que hacía con su tiempo. A continuación le enseñó el modo de cambiar ese pensamiento preguntándole si realmente creía que nunca debería hacer nada que no quisiera, o si esto era una preferencia. Le dijo que se enfadaría menos si prescindía de sus demandas de no hacer las cosas que no quería y le preguntó si, en realidad, no había cosas que tenía que hacer aunque no le gustaran particularmente. Una vez que Nathan comprendió la diferencia entre las demandas y las preferencias, fue capaz de aplicarla a otras situaciones de su vida.

Observar las señales del cliente

Si observa demasiados silencios o se escucha formulando demasiadas preguntas a las que se contesta con un “No sé”, trate de modificar su enfoque. Contemple la posibilidad de usar anuncios, dibujos, música, relatos recíprocos,

juegos, role play u otras estrategias apropiadas para la edad con el fin de implicar al niño o adolescente en el proceso.

Ejemplo: Ante la resistencia observada al tratar de confrontar las creencias irracionales que generaban la ira de Nathan, sobre todo que su madre debería tratarlo exactamente como él quería ser tratado todo el tiempo, la terapeuta sugirió que quizá Nathan disfrutara con la ira y le animó a elaborar un listado de todos los resultados positivos de la conducta hostil derivados de su tendencia a demandar. Cuando Nathan había concluido la tarea, la terapeuta sugirió que elaborara un póster anunciando sesiones de “ayuda” para sus amigos de forma que éstos también pudieran saber que la conducta hostil producía resultados “positivos”, como ser regañado, no ser capaz de estar con amigos y perder el privilegio de conducir el coche. Combinando el humor y la exageración con las demandas irracionales y sobregeneralizadoras de Nathan, la terapeuta pudo ayudarle a reconocer que esta conducta no le beneficiaba excesivamente.

Las intervenciones descritas previamente fueron efectivas para ayudar a Nathan a manejar su auto-crítica, su ira y su tendencia a sobregeneralizar y asumir el origen de sus sentimientos de depresión. Trabajando concretamente y enseñándole estrategias específicas de confrontación, junto con la asignación de tareas para casa, la terapeuta pudo ayudarle a “ayudarse” después de cinco o seis sesiones. En ese punto, las visitas se hicieron menos frecuentes y Nathan recibía formularios de auto-ayuda que completaba entre las sesiones para que se habituara a reconocer las creencias irracionales, a identificar los sentimientos y a desarrollar confrontaciones más efectivas para contrarrestar el pensamiento irracional.

IRA Y ANSIEDAD: ASPECTOS TÍPICOS EN EL TRABAJO CON LOS CLIENTES JÓVENES

En las siguientes páginas se describen intervenciones específicas para manejar la ira y la ansiedad, dos problemas frecuentemente presentados por los niños y los adolescentes. Algunos casos breves ilustrarán los conceptos.

Ira

Si ha trabajado con adolescentes, sabrá que para muchos, la ira es tan familiar como hablar por teléfono. Y aunque esta emoción no es tan prevalente en los niños, existen factores situacionales que pueden precipitar la ira en ellos. Como la ira se deriva muchas veces de las conductas contraproducentes con consecuencias negativas significativas, es importante ayudar a los jóvenes clientes a comprender el origen de su ira y el modo de manejarla con efectividad.

Es fundamental utilizar conceptos concretos para explicar aspectos de la ira, y es particularmente útil para identificar los grados de intensidad de esta emoción. Una estrategia simple consiste en usar una línea o un metro dibujado en el

suelo. Mientras los jóvenes clientes comentan su ira sobre un incidente particular, explíqueles la diferencia entre estar irritado, o un poco enfadado y muy enfadado, o furioso. Invíteles a colocarse sobre la línea en el punto que identifique exactamente cuán airados están. Éste es un buen modo de clarificar la naturaleza exacta de su ira y de confrontar las discrepancias entre su conducta y el grado de ira que manifiestan sentir. En consecuencia, esto puede conducir a una simple explicación de las conductas y creencias que corresponden a la intensidad de su ira, tal como se ilustra en el siguiente ejemplo.

Peter, de 10 años de edad estaba teniendo problemas en la escuela porque tenía rabieta y rompía sus fichas cuando se las devolvían con una mala nota. Cuando se le pidió que se colocara sobre un punto del continuo de la ira, Peter estaba más cerca del extremo de la irritación. La terapeuta dijo, “Peter, observo que no estás colocado cerca del punto de ‘muy enfadado’ y, sin embargo, cuando describes tu forma de actuar al recibir tus fichas, parece como si estuvieras muy enfadado. Si sólo estás irritado puedes sentirte un poco molesto y quizá estés pensando que es frustrante seguir esforzándote y seguir recibiendo malas notas. Pero como tienes una rabieta, probablemente estás pensando que es horrible recibir malas notas todo el tiempo y que el profesor debe ser injusto contigo. O podrías estar furioso contigo mismo y pensar que eres tonto o estúpido porque sigues sacando malas notas. ¿Entiendes que hay una relación entre tu forma de sentir y lo que piensas y haces?” Tras esta explicación, la terapeuta animó a Peter a comentar más detalles sobre sus pensamientos, lo que clarificó las creencias irracionales que debían ser desafiadas para reducir la intensidad de la ira.

A continuación se describen otras sugerencias para manejar la ira con los clientes jóvenes.

Pedir a los clientes que identifiquen las formas en que la ira les ayuda a alcanzar sus metas.

Ejemplo: Shalanda, de 17 años de edad, era castigada una y otra vez y amenazada con la posibilidad de ser expulsada a consecuencia de su conducta desafiante en la escuela. Con ella no funcionaba la confrontación de las creencias irracionales sobre lo injustos que eran sus profesores, por lo tanto, la terapeuta dirigió su atención a “¿De qué modo te ayuda lo que haces a conseguir tus propósitos, que son graduarte y alejarte de estos “horribles” profesores?” Aunque era reacia a prescindir de su ira, esta estrategia ayudó a Shalanda a entender que su conducta no la ayudaba a alcanzar su objetivo y estuvo dispuesta a establecer un plan conductual para eliminar su conducta desafiante.

Ayudar a los clientes a observar las consecuencias de su ira. Los niños y adolescentes con tendencia a enfurecerse suelen ser indulgentes con su ira, y a menudo son reacios a abandonarla porque les ayuda a sentirse poderosos. En consecuencia, la confrontación es poco efectiva, y la ira debe ser inicialmente manejada de un modo menos elegante haciéndoles dirigir su atención a las consecuencias positivas y negativas de la misma. Aunque esta estrategia es similar a analizar la ira en relación al logro de metas, esta técnica es más apropiada para los niños, porque

éstos pueden no entender el concepto de logro de metas, que normalmente se refiere a objetivos a largo plazo.

A continuación se presenta un ejemplo de ayuda a los clientes para que contemplen las consecuencias: Kevin y su hermano se burlaban, discutían y peleaban físicamente. Ambos insistían en que sus sentimientos, pensamientos y conductas eran muy justificadas. Aunque ninguno parecía querer detener su conducta, no les gustaban las consecuencias. Al trabajar con estos chicos, la terapeuta les pidió que elaboran un listado de las consecuencias positivas y negativas de la ira. Como había más consecuencias negativas que positivas, la terapeuta pudo señalar concretamente que la ira y su expresión parecía estar haciéndoles más mal que bien, y en este punto pudo obtener el reacio reconocimiento de que podría ser conveniente buscar formas para reducir la ira o para expresarla de forma diferente. Para enseñar estos conceptos, la terapeuta usó el libro *El Ratón, el Monstruo y Yo* (Palmer, 1977), que explica la diferencia entre la conducta asertiva, agresiva y no asertiva mediante el uso de imágenes del ratón (no asertivo), el monstruo (agresivo) y “yo” (asertivo). Los jóvenes se identificaron inmediatamente con las definiciones de las conductas asociadas con cada tipo y aprendieron el modo de convertir las demandas en preferencias para poder comportarse más asertivamente.

Introducir el concepto de “repetición instantánea”. La obra de Bedford (1974) *Repetición Instantánea*, es un modo excelente de ayudar a los niños a detener y evaluar su conducta y manejar los pensamientos que han creado la ira y la agresión. Tras leer el libro, se implica a los niños en la interpretación de lo ocurrido entre los personajes del libro mientras estaban airados. A continuación, comentan qué se decían los niños entre sí sobre esta situación y las formas para modificar su pensamiento para no reaccionar con tanta furia. El libro sirve como un medio concreto para introducir contenidos, y el concepto de la “repetición instantánea” puede usarse como tarea para casa: “La siguiente vez que sientas furia, piensa en la repetición instantánea. Deténte, piensa en lo que te esté molestando, recomiéndate algunas cosas y redirige tu ira”.

Ansiedad

La ansiedad es una emoción común entre los niños y adolescentes, en parte porque su nivel de comprensión sobre los sucesos puede ser limitado o porque naturalmente extrapolan ideas de un contexto y las aplican inapropiadamente a otra situación que es totalmente diferente. Por ejemplo, un padre llamó al consultor de un centro educativo, preocupado porque su hijo de 8 años de edad empezó a sentir ansiedad ante la idea de irse a dormir por la noche y había escrito un testamento repartiendo sus posesiones. El padre estaba asustado y quería que el consultor atendiera a su hijo para ver qué es lo que le sucedía. Al hablar con John, el consultor supo que durante una clase y mientras comentaban los sucesos de actualidad, se había mencionado el caso de los bombardeos de Somalia, en los cuales habían muerto bastantes niños. John dijo al consultor que había

escrito su testamento porque quería dejar algunas de sus cosas preferidas a sus primos en caso de que su casa o la escuela fueran bombardeadas. En este caso, John no contaba con suficientes hechos para diferenciar la posibilidad de que suceda algo así con la probabilidad de su ocurrencia, y por eso mismo sentía tanta ansiedad. El consultor pudo ayudarle a ver que las cosas como éstas son improbables en su pequeño pueblo, y la ansiedad desapareció.

Como ilustra esta situación, es importante que los adultos comprendan cómo pueden interferir las habilidades cognitivas de los niños en su habilidad para procesar correctamente la información. Por ello, es crítico tratar y anticipar el modo en que un niño pueda interpretar las situaciones y ofrecerle explicaciones para prevenir la ansiedad.

A continuación se presentan dos ejemplos de casos que identifican las intervenciones específicas para manejar la ansiedad. La primera corresponde a un niño joven y la segunda a un adolescente.

El caso de Jennifer de 8 años de edad. Los progenitores de Jennifer la trajeron a consulta por su ansiedad ante la idea de que la familia sufra desgracias. Su problema había comenzado un año antes mientras estaban en un hotel en el que, durante la noche, había saltado la alarma de fuego. Aunque fue un incendio pequeño y no hubo heridos, Jennifer siguió preocupándose. Posteriormente durante ese mismo verano y estando con su abuela, un tornado había pasado cerca de donde residía ésta. Según Jennifer, ella y su abuela tuvieron que irse a un refugio subterráneo, pero cuando trataron de salir, no tenían suficiente fuerza para abrir la puerta y quedaron atrapadas durante un breve período de tiempo. Además de estos casos, también le preocupaba sufrir un accidente de coche.

Jennifer era una niña muy verbal y no fue difícil lograr que describiera su miedo. Para efectuar una evaluación específica de la intensidad de su ansiedad y la frecuencia con la que se producía, la terapeuta le dio tres tarjetas donde aparecían señalados los días de la semana. Por cada preocupación debía señalar un número entre 1 y 10 (de bajo a alto) para cada día. Durante la siguiente visita, comentaron el grado de preocupación de Jennifer, que era más alto en el caso de los accidentes de automóvil porque viajaba en coche a diario y para las tormentas porque el tiempo había sido cambiante. Para determinar los pensamientos específicos sobre cada uno de estos miedos, la terapeuta pidió a la joven cliente que elaborara un listado de las cosas que pensaba en relación a cada miedo. Para las tormentas Jennifer escribió lo siguiente: Un tornado destruiría su casa, los relámpagos incendiarían su casa o, a consecuencia de los vientos huracanados, algunos árboles caerían sobre su casa y la destruirían. En el caso del accidente de automóvil Jennifer apuntó que ella y los miembros de su familia sufrirían daños graves o que una o más personas morirían en el accidente.

Para manejar la ansiedad relacionada con los cambios climáticos, la terapeuta dio a Jennifer una tarjeta y le pidió que viera las noticias del tiempo diariamente, después de esto debía anotar las siguientes observaciones: El tiempo del día siguiente iba a ser (a) soleado y agradable, (b) cubierto pero sin precipitación.

nes lluviosas, (c) lluvioso pero sin tormentas, (d) ventoso y lluvioso, (e) con fuertes vientos, lluvia, relámpagos y tormentas o (f) con tornados. Cuando la terapeuta y ella comentaron la información, Jennifer fue capaz de comprobar que durante toda la semana no se habían producido tormentas. Para confirmar si esto era sólo una excepción o la tónica habitual, Jennifer controló el tiempo durante varias semanas, período en el que hubo días de mal tiempo pero sólo ocasionalmente. Ella y la terapeuta también consultaron en la enciclopedia información sobre los tornados, donde se señalaba las raras combinaciones de circunstancias necesarias para producirlos. Aprendió a utilizar el auto-diálogo (El tiempo con frecuencia no suele ser tan horrible; en lugar de preocuparme siempre, puedo aprender qué hacer en caso de que se produzca un tornado; puedo recordar que el mal tiempo no implica que se produzca un tornado; lo peor que podría pasar es que se destruya nuestra casa y que muramos nosotros, pero esto nunca ha pasado en nuestro pueblo) para reforzar la idea de que aunque las desgracias pueden producirse, no es necesario preocuparse a diario por ellas. Para manejar las dos preocupaciones restantes, la terapeuta empleó una estrategia similar. Pidió a Jennifer que entrevistara a su padre, un agente de seguros, para comparar la cifra de accidentes graves y accidentes leves de tráfico; que leyera el periódico para anotar en una tarjeta los casos de incendios y que entrevistara al jefe de los bomberos. También se desarrollaron auto-diálogos para estas dos situaciones.

Con el paso del tiempo, el uso de estrategias concretas y el auto-diálogo, Jennifer fue capaz de reducir su nivel de ansiedad.

El caso de Marcos de 13 años de edad. Los progenitores de Marcos solicitaron ayuda porque recientemente su hijo había empezado a faltar a clase en el séptimo curso. Como Marcos era muy tímido y se resistía a hablar sobre el problema de la falta de asistencia al centro, la terapeuta le pidió que escribiera las respuestas a múltiples frases inacabadas de forma que ella pudiera entender qué producía la ansiedad de Marcos. El examen de las respuestas de Marcos sugería que le preocupaba más ser el blanco de las risas en los vestuarios que sus resultados académicos. La terapeuta supo que éste era el primer curso que los estudiantes tenían que cambiarse de ropa para la clase de educación física. Como era delgado e inmaduro, la terapeuta supuso que Marcos no estaba tan plenamente desarrollado como sus compañeros, lo que podría ser el motivo de las burlas que había expresado en una de las frases inacabadas. Además, sus respuestas indicaban que temía obtener malas notas en la escuela porque la escuela secundaria parecía mucho más dura que la elemental; también porque la rutina era confusa, sentía ansiedad ante la posibilidad de no llegar a la clase correcta a la hora correspondiente.

Para atajar estos problemas, la terapeuta tranquilizó a Marcos diciendo que las preocupaciones eran algo normal entre las personas de su edad y que muchos de sus amigos experimentaban probablemente el mismo tipo de ansiedad. En segundo lugar, adaptó una actividad que denominó "Magnificar" (Pincus, 1990), en la que se enumeraban multitud de sucesos y pidió a Marcos que magnificara su importancia convirtiéndolos en catástrofes. Por ejemplo:

1. Entrás tarde a clase porque no podías abrir tu casillero. Pensamiento catastrófico: _____
2. Entrás en los vestuarios para ponerte la ropa de deporte. Pensamiento catastrófico: _____
3. No entiendes cómo hacer una tarea. Pensamiento catastrófico: _____
4. Alguien se ríe de ti en el vestuario. Pensamiento catastrófico: _____

Una vez que Marcos había identificado el peor escenario posible, la terapeuta le enseñó a analizar la situación más posible (Pincus, 1990). Ejemplo:

Entrás tarde en la clase porque no podías abrir tu casillero: Mejor escenario posible: _____
 Peor escenario posible: _____
 Escenario más probable: _____

Al identificar los mejores resultados, los peores y los más probables para cada cuestión, Marcos comenzó a confrontar algunas de las ansiedades que sufría en el centro escolar. La terapeuta también le ayudó a analizar el mejor y el peor escenario posible para no acudir a clase, y después le ayudó a elaborar auto-afirmaciones como las siguientes para manejar la ansiedad: (a) Aunque parezca que todo el mundo me esté mirando, probablemente no lo hacen, (b) Incluso si todo el mundo me mira, no significa que me pase nada malo, (c) Si no entiendo una tarea, puedo preguntar al profesor y eso no significa que sea tonto.

Trabajando con él de este modo, la terapeuta logró ayudar a Marcos a comprobar que, aunque se sintiera algo incómodo en la escuela secundaria, podría aguantar dicha incomodidad. Analizando el peor escenario posible, fue capaz de observar el problema desde una mejor perspectiva sin necesidad de considerar “horrible” la situación como es característico de los adolescentes.

CONCLUSIÓN

La finalidad de este capítulo ha sido el fomento de la aplicación de la terapia racional emotivo-conductual con los niños y los adolescentes. Como se ha subrayado a lo largo de todo el capítulo, este enfoque terapéutico ha sido usado satisfactoriamente para ayudar a niños y adolescentes a aprender a manejar problemas de formas constructivas. La terapia racional emotivo-conductual emplea muchas técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, consecuentemente la terapeuta dispone de mucha flexibilidad para adaptar los conceptos a las necesidades de los clientes. Como se ha subrayado previamente, la REBT trata de ayudar a los niños a mejorar, no sólo a que se sientan mejor. Las destrezas que se enseñan a los clientes jóvenes pueden servirles durante toda su vida para prevenir o minimizar los problemas específicos de las situaciones y del desarrollo.

Tal como señalaba recientemente un adolescente, “Solía estar tan furioso y no sabía por qué. Seguía pensando que la única forma de que mejoraran las cosas era si mi madre cambiaba. Ahora sé que ella seguirá siendo como es, pero no tengo

por qué enfadarme tanto. Yo puedo cambiar mis pensamientos para evitar sentirme molesto, idiota o ser regañado y castigado”.

La terapia racional emotivo-conductual capacita a los niños y adolescentes para “hacerse cargo” de sus vidas con el fin de ser más felices y más productivos. Como oímos repetidas veces, los niños son nuestra esperanza de futuro. Eso nos anima a hacer todo lo posible para garantizarles un desarrollo sano. El uso de la terapia racional emotivo-conductual es un buen modo de facilitar este objetivo.

10

“*Shoya Moya Ik Baraba*”: Aplicación de la REBT a Clientes Culturalmente Diversos

Mitchell W. Robin y Raymond DiGiuseppe

Desde los años 20 se ha venido cuestionando la idoneidad de la aplicación de teorías e intervenciones psicológicas propuestas por terapeutas de la tradición occidental a personas de origen no occidental. Freud (1912/1938, 1930/1962) en sus escritos sobre la condición humana y la naturaleza y etiología del trastorno emocional defendía la universalidad de sus postulados y de los estadios psicosexuales. Sin embargo, Malinowski (1927) aseguraba que los habitantes islandeses de Trobiand no sufrían el Complejo de Edipo porque no vivían con sus padres y, por lo tanto, no se veían obligados a competir con ellos por el amor de su madre.

Los profesionales de la salud mental que hemos seguido en la onda de Freud—tanto si adoptamos su postura como si no lo hacemos— seguimos tratando de responder a las críticas más contemporáneas y actuales sobre la idoneidad de las ideas y técnicas occidentales no sólo para las personas ajenas a la cultura occidental, sino también para las personas cuya cultura es la misma que la del terapeuta pero difieren de éste en la afiliación religiosa, la raza, el género, la orientación sexual y/o el grado de capacitación física (Simola, 1992). Durante la pasada década son muchos los artículos y libros que se han escrito sobre el consejo y la terapia transcultural (Atkinson, Morten & Sue, 1989; Christensen, 1989; Landrine, 1992; Pedersen, 1985; Sue & Sue, 1990; otros) ¹. El mensaje global de la mayo-

1. Ha sido curioso descubrir que la mayoría de los artículos referidos a la diversidad cultural en la psicoterapia ha sido publicado durante los últimos 5 años. En un estudio que usa los descriptores de diferencias transculturales y psicoterapia, Terapia Racional-Emotiva, terapia cognitiva o psicoterapia cognitiva se observa que hubo 163 artículos publicados sobre este tema entre los años 1974 y 1995. Ochenta de los artículos fueron publicados durante los últimos cinco años. Un descubrimiento sorprendente para los profesionales REBT fue que sólo 5 de dichos artículos se basaban en la terapia racional cognitivo-conductual, terapia cognitiva o psicoterapia cognitiva y todos ellos fueron publicados durante estos cinco últimos años. Esto es algo que deberá rectificarse y que obviamente va más allá del alcance del presente capítulo.

ría de estas publicaciones es que sería recomendable que los profesionales de la salud mental intervinieran en las vidas de personas culturalmente similares a ellos, porque cuando tratan de intervenir en las vidas de personas cuyos orígenes culturales difieren de los del profesional, a menudo su labor no suele ser la apropiada, bien porque desarrollan un diagnóstico erróneo, bien por los perjuicios inherentes o por la falta de conciencia y sensibilidad cultural.

Hollingshead y Redlich (1958) efectuaron la misma afirmación, hace más de 35 años de edad, y señalaban que las personas con SES inferior eran más tendentes a ser erróneamente diagnosticadas como esquizofrénicas y a recibir más atención que los clientes con SES superior. Phyllis Chessler (1972), desde una perspectiva feminista, señalaba que la mayoría de los terapeutas masculinos y muchas terapeutas femeninas también, solían diagnosticar erróneamente a sus clientes femeninas a consecuencia de su sesgo masculino inherente que les predisponía a definir el bienestar en términos masculinos. Los hallazgos de Chessler sirvieron para sensibilizar a la profesión sobre la idea de que muchos profesionales, en el momento de la publicación de su libro, creían que un HOMBRE sano era una PERSONA sana, mientras que una mujer sana era una persona trastornada.

Esta carencia de sensibilidad ha sido admirablemente satisfecha en los libros y artículos previamente mencionados, y en muchos otros que se seguirán publicando. De hecho, el entrenamiento en “sensibilidad” parece ser una de las piedras angulares del terapeuta culturalmente adiestrado (Sue et al., 1981).

En los últimos documentos, Sue y Zane (1987) revisaron esta reivindicación común por la sensibilidad cultural y concluyeron que no había sido muy útil, porque no contemplaba plenamente el proceso mediante el cual el terapeuta podría integrar dicha “sensibilidad” en su práctica diaria. A esto añadían que gran parte de la literatura no aportaba información útil sobre procedimientos de tratamiento e ignoraba la heterogeneidad intragrupo. Sugerían que la conciencia antropológica debería estar unida a las variables de credibilidad y bondad. El terapeuta debía ser percibido como fuente de atención o intervención confiable y apropiada y como “persona bondadosa”. Se estudió y comprobó que estas últimas variables eran clínicamente eficaces (Lefly, 1989).

EL RETO DE LA TERAPIA TRANSCULTURAL

El ejercicio de la terapia con clientes culturalmente diversos es un reto para el terapeuta y para el cliente. Es un reto para el terapeuta porque puede exigirle que confronte algunas de sus presunciones gratuitas sobre lo que constituye la salud mental, la enfermedad mental y la práctica terapéutica efectiva. Es un reto para el cliente ver al profesional, cuyos orígenes culturales difieren de los suyos propios, como alguien que puede ofrecerle intervenciones apropiadas y efectivas.

Los terapeutas que estemos dispuestos a asumir este reto nos veremos necesitados de cambiar la orientación *Nosotros contra Ellos* por la orientación *Nosotros y Ellos*.

Nosotros contra Ellos

Las fuentes arriba citadas, en el mejor de los casos, proporcionan al lector una conciencia antropológica de las presunciones sobre el mundo, los estilos de vida, los valores y las costumbres de personas que son culturalmente diversas de la cultura mayoritaria. En otras palabras, nos muestran (a los profesionales de la salud mental) en qué nos diferenciamos de ellos (nuestros clientes culturalmente diversos). A nuestro parecer, este enfoque sirve para reforzar nuestro distanciamiento con respecto a ellos. Estas fuentes recuerdan a los profesionales de la salud mental que las personas culturalmente diversas tienen diferentes expectativas sobre el proceso de curación, diferentes presunciones sobre los aspectos que deben ser contemplados y diferentes definiciones de los resultados satisfactorios. En el peor de los casos, eliminan las esperanzas: tanto las del terapeuta de poder intervenir a tiempo y de forma útil, como las del cliente de que pueda ser ayudado cuando se enfrenta a un terapeuta de quien le separa la cultura.

Esta última crítica no ha sido presentada de forma gratuita. En un entorno cada vez más diverso desde el punto de vista cultural, raro es el terapeuta que nunca se haya confrontado con un cliente que procede de un entorno diferente al suyo. Es común, por lo menos en los Estados Unidos de América, que los clientes de grupos minoritarios (y aquí se podrían incluir los grupos raciales, religiosos, de orientación sexual y las personas con discapacidades) sean tratados por terapeutas de culturas diferentes a las de los clientes.

En un mundo ideal, quizá, cualquier persona que necesite ayuda sería tratada por alguien como ella. Por el momento la situación es tal que los clientes pertenecientes a grupos minoritarios tienden a ser tratados por profesionales que pertenecen a la cultura mayoritaria. El grado de utilidad de estos intercambios estará determinado, por lo menos en parte, por las destrezas del terapeuta, la alianza terapéutica establecida entre el cliente y el terapeuta y la voluntad del cliente perteneciente a la cultura minoritaria de acudir al terapeuta como proveedor de destrezas y ayuda útil y relevante.

A nuestro parecer, si los escritores respetables dicen a los clientes minoritarios que sólo pueden esperar tratamientos con una carga de prejuicios o culturalmente sesgados de las manos de la mayoría de los terapeutas disponibles en la actualidad, esto sólo puede servir para incrementar las cifras de clientes minoritarios que no se atreven a solicitar ayuda en el momento apropiado y que en nada favorece a las destrezas terapéuticas del profesional originario de una cultura diferente a la de su cliente.

Es posible que la razón por la cual la mayoría de las intervenciones de orientación occidental sea considerada como inapropiada por los clientes no occidentales se deba a que estas intervenciones siguen, en parte, basándose en la teoría psicodinámica de la psicoterapia. Este punto de vista niega la experiencia cultural única del cliente y trata de homogeneizar a todos los clientes de modo que todos ellos se adapten a la teoría del terapeuta. Por razones de brevedad, nos referiremos a estas terapias como terapias *de contenido*.

Las terapias de contenido requieren, en esencia, que el terapeuta preste atención a las señales específicas de contenido/contexto y responda después al conte-

nido implícito de las afirmaciones del paciente. Este enfoque requiere que el terapeuta imponga una estructura, a menudo la propia, sobre el caótico flujo de las ideas del paciente, y mantenga el proceso terapéutico hasta que el paciente alcance un nivel aceptable de insight en opinión del terapeuta (Sue & Sue, 1990).

Un enfoque alternativo sería el que denominamos terapia de *proceso*. Esta forma de terapia se centra en la misma relación de cambio, e impone pocos o ningún requerimiento de contexto/contenido salvo la coherencia lógica y la realidad de los hechos, o cuando sea apropiado, de la cultura².

Nosotros y Ellos

Mantenemos que las terapias cognitivo conductuales como las desarrolladas por Ellis (1977, 1989, 1991) y Beck (1976, 1983) son habitualmente las formas más apropiadas de terapia para su uso con clientes culturalmente diversos. En particular, consideramos que estas formas de terapia (DiGiuseppe, Robin & Dryden, 1990; Robin & DiGiuseppe, 1995):

Tienen la menor cantidad de presunciones extra-teóricas y extra-culturales. La terapia cognitiva mantiene que las emociones y conductas de un individuo están en gran parte determinadas por sus cogniciones. Por lo tanto, para ayudar al cliente, el terapeuta deberá (1) identificar dichas cogniciones que conducen a conductas y emociones disfuncionales, (2) enseñar al cliente a desarrollar cogniciones más efectivas, es decir, más funcionales, y (3) animar al cliente a integrar estas cogniciones nuevas, más efectivas en su vida diaria. A este fin, el terapeuta no necesita mantener ninguna hipótesis científicamente no demostrada ni demostrable, ni tampoco necesita “creer” en un mundo o en una perspectiva del mundo que existía hace un siglo. En nuestra opinión, otras terapias, como las no cognitivas, pueden exigir al cliente no sólo que “crea” en un mundo victoriano, además que esté dispuesto a creer en la libido, la catexis y otras nociones no demostrables.

Están vinculadas a una base filosófica visible y aceptable —estoicismo y empiricismo. Aunque pueda asegurarse que toda la ciencia occidental se basa en la expansión del razonamiento filosófico, opinamos que muchos psicoterapeutas de la actualidad no están instruidos en los cimientos filosóficos de su disciplina particular, y en consecuencia no están equipados para responder a los desafíos de sus clientes sobre las razones por las que se emplean o recomiendan determinadas intervenciones. La terapia cognitiva, en general, y la REBT en particular, forman a sus profesionales para que éstos conozcan los presupuestos filosóficos que subyacen a su “ciencia” y usen esta base filosófica en su práctica diaria. Por lo tanto, estamos preparados para mostrar al cliente por qué y cómo operamos.

2. Para más información sobre las terapias de contenido versus de proceso, véase Robin y DiGiuseppe (1995).

Cuando intervenimos desde una postura estoica de tolerancia y aceptación, no sólo estamos usando una filosofía única para éstos de nosotros que procedemos de la cultura occidental europea, usamos una filosofía cuyos elementos pueden encontrarse también entre los americanos nativos, o en las culturas orientales y asiáticas. (Más adelante se presentará un breve comentario sobre el modo en que podemos trabajar con un cliente originario de una tradición cultural más hedonista).

El empiricismo, aunque sea clave en la ciencia y tradición occidental, no es una parte integral de la cultura no occidental. Esta diferencia, aunque profunda, no debe ser desalentadora. Que los profesionales REBT seamos empiricistas no significa que nuestros clientes *deban* serlo. El terapeuta REBT puede mostrar al cliente las consecuencias conductuales y emocionales de varias filosofías. Aunque manifiestemos nuestra preferencia razonada por las pruebas empíricas y el uso de dichas pruebas para la defensa de nuestras conclusiones, no forzamos a nuestros clientes a convertirse en empiricistas. En lugar de eso, les enseñamos el vínculo BC y el modo en que su filosofía (un punto de vista del mundo) se relaciona con sus dificultades emocionales y conductuales actuales. Una vez hecho esto, al cliente corresponde optar por aceptar o rechazar el vínculo empírico BC (porque corresponde a sus emociones). Mediante la presentación visible y activa del contexto filosófico de nuestra intervención, enseñamos al cliente el razonamiento que está tras nuestra intervención, y después permitimos que sea el mismo cliente quien proceda según mejor le parezca. Hemos comprobado a través de la experiencia que muchos clientes cuyas culturas tienen un sistema no empírico de creencias (i.e., espiritual), están dispuestos a aceptar las pruebas empíricas cuando se les ofrecen, especialmente si la prueba empírica presentada es la mejora de su propio funcionamiento.

Son proactivas, a corto plazo y dirigidas a los objetivos. Muchos clientes pertenecientes a poblaciones culturalmente diversas esperan que cuando solicitan ayuda, sean activamente ayudados, que la ayuda se focalice visiblemente en el problema presentado y que la ayuda no requiera años de retraso antes de ser efectiva (Sue & Sue, 1990; Sue & Zane, 1987). La terapia psicoanalítica tradicional y la psicoterapia no directiva parecen violar estas expectativas. Los psicoanalistas y terapeutas no directivos, por ejemplo, pueden parecer indiferentes ante las preguntas directas de los clientes sobre los problemas e intervenciones. Por otra parte, los terapeutas cognitivo conductuales y racional emotivos tienden a responder a las preguntas directas con respuestas directas. Superficialmente, el psicoanálisis y la terapia no directiva parecen perder el tren en lo que respecta a la dirección de los objetivos del cliente. En el caso del psicoanálisis, el principal objetivo de la terapia es que el cliente desarrolle insight tal y como lo define el terapeuta. La terapia no directiva, aunque está centrada en el cliente, puede no satisfacer el criterio de estar orientado a las metas, porque los clientes no reciben los instrumentos que necesitan para alcanzar dichas metas.

Animan a los clientes a mantener su realidad cultural y aportan una base para examinar y desafiar las presunciones culturales sólo si conducen a emociones o conductas disfuncionales. Creemos que la REBT y otras terapias cognitivas, por las condiciones

previamente señaladas, en general se adaptan mejor para ayudar a los clientes culturalmente diversos a mantener sus propias culturas. El cliente no necesita abandonar ninguna convicción profundamente arraigada, ni aprender a aceptar creencias que no sean compatibles con su tradición. Se anima al cliente a examinar las consecuencias emocionales y conductuales de su adherencia a cualquier sistema de creencias, cultural, religioso o personal. Entonces, el cliente puede optar por volver a valorar la utilidad de sus creencias, y si las cambia o mantiene y vive con las consecuencias positivas o negativas.

Proporcionan al cliente los instrumentos para comprender los vínculos entre las creencias, las emociones y las conductas pero para mejorar no le fuerzan a pensar, sentir o comportarse “como lo hacemos nosotros”. Esto se logra de múltiples formas: (1) mediante la presentación didáctica de los instrumentos para que descubra personalmente la conexión BC, (2) ayudando al cliente a examinar las posibles consecuencias positivas/negativas de cualquier decisión de cambio a través del uso del árbol de decisión y (3) mostrando al cliente que la salud mental, en su propia comunidad, se basa normalmente en el pensamiento racional, lógico y empírico.

Son terapias “libres de valores” en el sentido de que ellos ayudan a los clientes a trabajar en favor de sus propias metas personales dentro de su propio contexto sociocultural. Los objetivos de la terapia cognitiva en general, y de la REBT en particular, se acuerdan en el contexto de la alianza terapéutica; es decir, el terapeuta y el cliente llegan a acuerdos sobre el problema, la posible solución y el método que ha de ser usado antes de comenzar con la terapia activa. Estos objetivos son asumidos por el cliente, bien porque sean sus propios objetivos específicos o porque reflejen directamente los objetivos del cliente.

Capacitan al cliente para reconocer cuándo son incompatibles estos objetivos. Puede haber momentos en los que la idoneidad subcultural sea incoherente con el concepto de idoneidad de la cultura dominante. Estas áreas de incompatibilidad potencial incluyen, entre otras, la poligamia y las prácticas de salud e higiene. Además, el objetivo de la REBT es ayudar al cliente a alcanzar sus objetivos, siempre que esos objetivos no estén legalmente prohibidos por la cultura dominante. Yo (Mitchell W. Robin) trabajé en una ocasión con un cliente originario de una comunidad que sostenía actividades que serían consideradas actos de abuso conyugal en esta cultura. El “trabajo” del marido era “corregir” físicamente a su mujer con castigo corporal cada vez que ésta se equivocara. Se le recordó que dichas actividades estaban prohibidas en los Estados Unidos, y que si las seguía ejecutando, podría ser arrestado. Se le dijo, que aunque no estaba obligado a cambiar su opinión sobre la idoneidad del castigo corporal, si deseaba evitar las interacciones desagradables con la policía, se le recomendaba modificar su conducta. Aunque yo defiende firmemente que el castigo corporal es una conducta completamente inapropiada, evité la culpabilización, la vergüenza o la clasificación del cliente.

Enseñan a los clientes a pensar “en línea recta” sobre su potencial incompatibilidad. Tanto si la incompatibilidad es grave como en el caso previamente mencionado o

es más benigna, si es el cliente quien descubre esta incompatibilidad, le aporta un A negativo y los Cs potencialmente disfuncionales. Esto constituye otra oportunidad para que el terapeuta instruya al cliente en el vínculo BC y le enseñe que el pensamiento racional le permite consecuencias emocionales y conductuales más funcionales, aunque sigan siendo negativas.

Las afirmaciones anteriores se basan en la experiencia que tienen los autores en la formación de terapeutas de diferentes medios culturales, así como en su propia experiencia terapéutica (Robin, DiGiuseppe & Alvarez, 1991a, 1991b; Robin, DiGiuseppe & Kopec, 1993a, 1993b). Repetidas veces hemos oído manifestar a nuestros estudiantes que el enfoque REBT, tal como se describía en nuestras sesiones de formación, era muy compatible con sus propias culturas, y en muchos casos incluían elementos que anteriormente habían considerado exclusivos de su cultura particular. Por ejemplo, hemos descubierto que casi es universal el acuerdo de que las demandas absolutistas de justicia son irracionales y conducen a consecuencias disfuncionales.

La REBT recuerda a las personas que el mundo no es justo, aunque a muchos les gustaría que lo fuera. Los terapeutas REBT ayudan a sus clientes a ver que las exigencias de que el mundo sea distinto a como es, no cambia el mundo pero cambia nuestras emociones de funcionales a disfuncionales. Los estudiantes sudamericanos, noreuropeos y asiáticos manifestaban, en diferentes momentos, que creían ser los únicos que habían reconocido esta irracionalidad. De hecho, muchos manifestaban sorprenderse al observar que las personas estadounidenses pudieran contemplar la justicia como una preferencia y no como una demanda infantil.

Uno de los autores, durante otro seminario, estaba presentando los criterios para reconocer las diferencias entre las creencias racionales e irracionales y había descrito la siguiente situación: “Su mejor amigo se ha encontrado casualmente con usted. Cuando le mira, frunce el ceño y después sigue andando. ¿Cuál es el modo más racional de describir este encuentro?” Muchos de los participantes procedieron leyendo la mente y manifestaban que el amigo estaba enfadado con ellos. Entonces les contesté que la única descripción empíricamente válida, y por lo tanto racional, era: “Mi amigo parecía tener el ceño fruncido cuando nos encontramos en la calle”. Entonces les demostré que la lectura de mente puede conducirles a actuar apropiadamente en lo que a pensamiento se refiere pero inapropiadamente ante la realidad empírica de la situación.

En este punto una participante añadió, “Yo soñé que...”. Le pregunté a qué se refería y la participante respondió que practicaba Zen y que acababa de volver de un internado en el que le habían sugerido que emplee la expresión “He soñado que...” en lugar de “Yo sé...” o “Yo creo...”. El objetivo de este ejercicio era recordar a las personas que el “conocimiento” puede ser tan ilusorio y efímero como los sueños, y que a las personas les convendría recordar que no se debería defender el conocimiento con tanta certeza, porque la afirmación de una certeza puede conducir a consecuencias indeseables. Expresó agradecerle la similitud entre la teoría REBT y la práctica Zen.

Desde fuera el Zen y la REBT pueden ser tan compatibles como el buen vino y la sal. El Zen, aunque es estoico, parece ser el epitoma del pensamiento oriental, no empírico. He trabajado con muchos clientes que practicaban Zen y a menudo surgían algunas áreas de similitud. La REBT y la práctica Zen: (1) contemplan el vínculo entre los pensamientos y los sentimientos, (2) ayudan a las personas a aceptar lo que hay y (3) ayudan a las personas a ver la inutilidad de las demandas frente a las preferencias.

Aunque la REBT funciona con bastante efectividad tal cual es, se recomiendan dos modificaciones al establecer la alianza terapéutica para trabajar con clientes culturalmente diversos. La alianza terapéutica requiere normalmente que el cliente y el terapeuta coincidan en el problema sobre el que se ha de trabajar, los objetivos de la terapia y el lenguaje/metáforas que se usarán. Sobre la base de nuestra propia experiencia, recomendamos que antes de tratar de establecer los objetivos terapéuticos, el terapeuta debería (1) recoger datos sobre las expectativas del cliente con relación al proceso terapéutico y (2) educar al cliente sobre las expectativas del terapeuta con relación al proceso terapéutico (Robin, 1992).

Se ha comprobado que las diferencias entre las expectativas del cliente y del terapeuta tienen un impacto negativo sobre la efectividad del proceso terapéutico transcultural (Boyer, 1983; Cherbosque, 1987; Deane, 1992; Jilek, 1986). De hecho, en un estudio de Cherbosque (1987) se observó que la auto-apertura del terapeuta, que algunas veces se considera como una parte especialmente apropiada del proceso terapéutico, era peor evaluada por los mejicanos-americanos que por los americanos en general. La muestra de mejicanos-americanos prefería una interacción más "formal" con sus terapeutas y tendía a valorar a los terapeutas que no empleaban la auto-apertura como más "confiables" que aquellos que lo hacían.

Estas diferencias en las expectativas sobre la apertura nos condujeron, en una ocasión, a una experiencia bastante frustrante entre un terapeuta que yo supervisaba y una cliente de origen hispano. La cliente "se negó a establecer contacto ocular" y el terapeuta a quien supervisaba supuso que la cliente estaba deprimida y/o era evasiva. Estas presunciones por parte del terapeuta le condujeron a elaborar hipótesis sobre las creencias irracionales subyacentes que sostenía la cliente. Cuando compartió sus hipótesis con la cliente, ésta le informó que ni estaba deprimida ni era evasiva. La cliente le recordó que se habían conocido muy recientemente y que la auto-apertura entre las personas que acaban de conocerse es necesariamente limitada y "cuidada". La cliente añadió además que el contacto ocular con un experto era descortés y sería considerado como un desafío hostil. Si el terapeuta no hubiera estado formado en el enfoque REBT, no hubiera compartido sus hipótesis de trabajo de forma tan abierta o hubiera estado tentado a interpretar como resistencia el rechazo de la cliente de las hipótesis. Como supervisor, le sugerí que dedicara más tiempo a (1) recopilar información sobre las expectativas de la cliente sobre la terapia y sobre las interacciones humanas "normales" y (2) educar a la cliente sobre algunas de sus propias expectativas sobre cómo ha de ser dirigida la terapia. Esto requería del terapeuta (1) la voluntad para admitir la ignorancia y (2) la tolerancia hacia la incomodidad por "perder el tiempo" destinado a recoger este tipo de datos.

REBT CON CLIENTES CULTURALMENTE DIVERSOS

El desarrollo de una buena terapia transcultural es el desarrollo de una buena REBT³. El terapeuta emplea el enfoque socrático, las destrezas para la comprobación de hipótesis que ha aprendido a usar con todos sus clientes, pero sigue siendo consciente de las diferencias en las realidades subyacentes propias y de su cliente. Estas diferencias pueden reflejarse en las percepciones del cliente de su propia exclusividad cultural en comparación con la cultura del terapeuta. Un terapeuta sensible, debería contemplar la cuestión de la exclusividad cultural si se deja sentir durante la sesión terapéutica. Esta exclusividad también ha sido observada por Weinrach (1994), quien manifestaba que los clientes pueden identificarse como parte de su cultura, o subcultura y, por lo tanto, ver el mundo a través de la perspectiva que aporta dicha cultura o subcultura.

Esta característica extraordinaria sólo tiende a ser aparente cuando el individuo es consciente de su estatus minoritario dentro de una comunidad (Spices & Robin, 1988). Como han señalado Spires y Robin (1988) en Irlanda no hay irlandeses, pero hay católicos (como hay protestantes).

Los autores del presente artículo (uno, judío, ruso, húngaro, italiano de Brooklyn; el otro, católico, italiano de Pennsylvania) son conocidos por haber manifestado que nunca actúan en casa como si fueran "étnicos" aunque lo hayan hecho públicamente cuando alguien señala cuán diferentes son.

Manejo de la exclusividad cultural en la REBT

Por exclusividad cultural entendemos que el cliente, en virtud de sus diferencias culturales relativas al terapeuta, se ve a sí mismo como individuo único en la vida profesional del terapeuta, o puede considerar su cultura como aquello que le confiere los atributos de la exclusividad. Esta conciencia de su propia exclusividad puede servir como suceso activador sobre el cual el cliente puede sostener tanto creencias racionales como irracionales. Recomendamos al terapeuta que sea consciente de esta posibilidad y que prevea hipótesis en esta línea si el cliente parece tener problemas para establecer la alianza terapéutica.

En nuestro trabajo con clientes de diversos orígenes étnicos, a menudo nos hemos visto obligados a trabajar sobre cuestiones relacionadas con su exclusividad cultural real o percibida. Un modo habitual en el que se presenta este aspecto es la propia referencia del cliente como miembro de un grupo o subgrupo par-

3. Por favor, entienda que cuando los autores dicen "desarrollar un buen REBT", NO se refieren a hacer una mala imitación de Albert Ellis ni a usar las grabaciones de "Gloria" como modelo de la REBT moderna. Este último enfoque fue usado en uno de los dos artículos publicados sobre la efectividad de la REBT con clientes transculturales. El autor (Waxer, 1989) repartió las transcripciones de las sesiones de Gloria con Ellis y con Rogers a 75 cantoneses y a 45 canadienses y descubrió que los canadienses preferían ver a Rogers que a Ellis y que los cantoneses tendían a "condenar" menos el estilo de Ellis que los canadienses.

ticular, e.g., “Mire, yo soy de Puerto Rico y...” o “Los batistas creemos...” De esta forma hacen saber que creen que su etnicidad u otra área de diversidad les aporta cierto carácter inusual sobre la realidad empírica que están presentando. Diciéndonos esto nos proporcionan la entrada a lo que ellos perciben como su impacto cultural en el problema que presentan. Esto alerta al terapeuta culturalmente “sensible” a solicitar más información sobre la realidad del cliente dentro de dicha cultura, u otro área de diversidad. Aporta al terapeuta una fantástica oportunidad para informarse sobre los límites y flexibilidad del sistema de creencias del cliente. También le ofrece la posibilidad de evaluar una potencial fuente de resistencia, i.e., “¿Cómo puedo trabajar con usted y acordar un objetivo terapéutico, o continuar trabajando en pos de un objetivo acordado cuando somos tan diferentes? ¿Trata de homogeneizarme y hacerme menos similar a mí y más similar a usted?”

Este último aspecto no es trivial: los clientes de entornos culturales diversos, que contemplan su diversidad como una fuente de exclusividad, pueden ser reacios a hacer cambios terapéuticamente útiles si sienten ansiedad creyendo que la intención oculta del terapeuta es que ellos pierdan su identidad cultural. Esta acusación no debe ser pasada por alto. Raymond DiGiuseppe ha tratado a muchos clientes gays y lesbianas de mediana edad cuyos terapeutas previos querían “curarlos” de su orientación sexual e ignoraban los problemas reales sobre los que ellos querían trabajar en la terapia. Los terapeutas previos suponían que su orientación sexual era el problema de estos clientes, y no su depresión o sus modos individualmente problemáticos de manejar las relaciones. Los clientes hispanos o afroamericanos también han manifestado que sus terapeutas anteriores veían el problema en su cultura y valores culturales. A esta forma de respuesta por parte del terapeuta llamamos “Imperialismo Terapéutico”.

Imperialismo Terapéutico

El Imperialismo Terapéutico se produce cuando un terapeuta juzga a priori la etnicidad, u otro área de diversidad, de un cliente como disfuncional y trata de “curarlo”; o trata de establecer unilateralmente el objetivo terapéutico de forma que el cliente acabe pensando, actuando y sintiendo como un “auténtico americano”.

No estamos diciendo que el objetivo de asimilarse a la principal corriente de la cultura en la que vive el cliente sea inútil o disfuncional, sino que ha de saberse con claridad a quién corresponde ese objetivo. Algunos clientes culturalmente diversos pueden haber alcanzado ese objetivo y quizá no necesiten ni quieran más ayuda a ese respecto. Otros clientes pueden estar deseosos de ser asimilados por la corriente mayoritaria, y pueden acudir a terapia en busca de ayuda para acelerar o “reducir el dolor” del proceso de transición. Otros clientes culturalmente diversos se cuestionan si dejarse asimilar por la corriente mayoritaria es un objetivo personalmente apropiado para ellos. Aquí también, el terapeuta puede ofrecer intervenciones terapéuticamente pragmáticas y culturalmente sensibles ense-

ñando al cliente a usar un cálculo hedónico para facilitarle la clarificación. El terapeuta permitirá que el cliente examine las ventajas potenciales derivadas del estatus quo, en comparación con las ventajas potenciales derivadas de los cambios que se producirían a través de proceso de asimilación en la corriente principal. A continuación, se pide al cliente que compare las desventajas potenciales de su estatus quo con las de la asimilación. Tras esto, el cliente y el terapeuta saben qué está “en juego” al hacer dicho cambio.

Sin embargo, independientemente de que el terapeuta o el cliente lo comenten, el asunto de la asimilación en la cultura dominante, podría ser un factor encubierto que influya sobre el curso del tratamiento, y por lo tanto puede convertirse en un área sobre el que el terapeuta sensible debería formular alguna hipótesis. En otras palabras, el terapeuta sensible podría preguntar si el cliente opina que determinada intervención le lleva a arriesgar su posición en la comunidad cultural. Un modo de manifestar este “riesgo” es la preocupación del cliente sobre un área que denominamos “congruencia” (Robin & DiGiuseppe, 1995).

Congruencia

La congruencia se refiere al proceso que atraviesan los individuos mientras se integran en su propia cultura o en una nueva. Se han identificado tres factores cognitivo/conductuales: *congruencia cultural*, *incongruencia cultural* y *Super etnia* (Robin & DiGiuseppe, 1995).

La *congruencia cultural* se refiere al esfuerzo por ejecutar conductas, cogniciones y emociones juzgadas como apropiadas por la cultura. La mayoría de las personas de una cultura trabaja en favor de la congruencia cultural. Cuando las conductas, cogniciones y emociones de una persona son diferentes, aunque no necesariamente juzgadas como apropiadas, por aquellos de su propia cultura, las denominamos *incongruencia cultural*. La conducta *super étnica* se produce cuando las conductas, cogniciones y emociones de un individuo parecen ser rígida y obsesivamente congruentes con la cultura. El super étnico es más americano que los americanos, más irlandés que los irlandeses, etc.

A muchos clientes para quienes la cultura es un factor sobresaliente, les preocupa actuar de un modo culturalmente congruente. Se esfuerzan por actuar en concordancia con su cultura, independientemente del lugar donde residan en la actualidad. Si viven en su cultura de origen, rara vez se arriesgan a parecer culturalmente incongruentes. Sin embargo, si son excesivamente rígidos en sus creencias, corren el riesgo de convertirse en super étnicos y experimentar después la incongruencia desde esa postura; si se les pide que modifiquen un ápice de sus creencias rígidas, sienten ansiedad e ira porque ya no actúan de un modo culturalmente congruente (como creen que deberían).

Además, cuando emigran, o viajan al extranjero, descubren que hay dos o más culturas que pueden requerir una conducta congruente: su cultura de origen y su cultura de residencia. De esta forma, muchos clientes con orígenes culturalmente diversos encuentran motivos suficientes para sentirse mal:

1. Demandando que deben comportarse exactamente como lo hacían en casa, su cultura de origen.
2. Demandando que deben comportarse de idéntico modo a las personas de su cultura de residencia.
3. Demandando que las personas de su cultura de residencia se comporten como las personas de su cultura de origen.

Estas demandas operan algunas veces simultáneamente y pueden provocar ira, ansiedad y depresión en los individuos: *ira* hacia sí mismos y los otros por no comportarse como deberían, *ansiedad* sobre las consecuencias de la pérdida potencial de la exclusividad cultural cuando se adoptan las nuevas formas y *depresión* por la pérdida potencial del propio valor o estima que la pérdida percibida de la cultura podría sobrellevar.

Además, el cliente puede experimentar ansiedad sobre las consecuencias económicas y sociales de parecer culturalmente incongruente, tanto en términos de la cultura de origen como de la cultura de residencia.

Otras cuestiones que pueden surgir al trabajar con clientes culturalmente diversos se sintetizan en la Tabla 3.1.

Algunos de los apartados de la tabla ya han sido comentados, sin embargo, existen algunos otros elementos que requieren ser profundizados. Es recomendable para los terapeutas: (1) admitir la ignorancia, (2) recoger datos sobre la realidad cultural del cliente y (3) evitar la confrontación de la realidad cultural del cliente y en su lugar confrontar las *presunciones del cliente sobre su realidad*.

Admitir la ignorancia

Aunque todos hemos sido formados como profesionales capacitados, no hemos recibido formación para ser omniscientes. Quizá nos gustaría aparentar que tenemos una buena formación, pero nuestra ignorancia es visible muchas veces. ¡No sabemos todo! Dejemos que sean nuestros clientes quienes nos guíen hacia su cultura.

Sin embargo, nos conviene ser conscientes de que admitir la ignorancia puede ser perjudicial si el cliente espera rígidamente que nosotros, como terapeutas, debamos saberlo todo. El enfoque que proponemos es comentar con los clientes los límites de nuestros conocimientos y capacidades, pero tranquilizarles porque aunque no seamos expertos en su cultura estamos bien formados como profesionales.

Recoger datos sobre la realidad cultural del cliente

No sugerimos que espere del cliente que sea un estereotipo de una cultura particular, ni que todo cliente conozca los aspectos formales de su cultura. Realmente, le recomendamos que pregunte al cliente por los aspectos más característicos de su experiencia dentro de dicha cultura y si la experiencia es típica también en otras personas de la misma cultura. Esta pregunta es especialmente

Tabla 3.1 REBT con clientes culturalmente diversos

1. Desarrollar una alianza terapéutica transcultural

- a. Recopilar datos sobre las expectativas del cliente con relación al proceso terapéutico.
- b. Educar al cliente sobre las expectativas del terapeuta con relación al proceso terapéutico.
- c. Establecer la alianza
 - i. Acordar cuál es el problema
 - ii. Acordar cuál es el objetivo
 - iii. Establecer el rapport metafórico/lingüístico
- d. Reconocer y manejar las dificultades comunes al establecer una alianza transcultural
 - i. *Factores del terapeuta*. La mayoría de los terapeutas (Sue & Sue, 1990):
 - (1) Esperan expresividad verbal y emocional
 - (2) Esperan auto-apertura
 - (3) Disponen de una orientación causa/efecto (usan el método científico)
 - (4) Diferencian entre el funcionamiento mental y el físico
 - (5) Trabajan en favor del “insight”
 - ii. *Factores de los clientes*
 - (1) Vergüenza/culpabilidad por tener un trastorno emocional
 - (2) Vergüenza/culpabilidad por solicitar ayuda
 - (3) ¿Servirá la psicoterapia para algo? ¿Cómo puede ayudar el mero hecho de hablar?
 - (4) ¿Estoy de acuerdo con la definición de salud que tiene el terapeuta? Para ser sano deberé:
 - (a) ¿perder mi identidad?
 - (b) ¿ser menos étnico?
 - (c) ¿convertirme a su cultura o actuar/pensar como mi terapeuta?
 - (5) ¿Apreciará o entenderá el terapeuta mis preocupaciones religiosas y culturales o las despreciará o considerará inferiores?
 - (6) ¿Si procedo del Tercer Mundo soy un cliente de segunda clase con ideas “pintorescas”?
- e. Permanecer en contacto con el cliente.
- f. Usar la escucha activa.
- g. No confundir las metáforas.
- h. Recoger datos sobre la realidad cultural del cliente.
- i. ADMITIR LA IGNORANCIA.
- j. MODIFICAR EL ESTILO Y EL RITMO PARA ADAPTARSE AL CLIENTE: Tener voluntad de decelerar el ritmo y confrontar nuestra propia baja tolerancia a la frustración.

2. Aceptar la realidad cultural del cliente

- a. No confrontar la realidad de un suceso activador.
- b. La realidad del cliente es real para él, si el cliente actúa “como si” fuera real.

3. Confrontar el vínculo A/C

4. Confrontar las presunciones del cliente sobre su realidad cultural cuando están vinculadas con los resultados disfuncionales para el cliente.

Nota. De *Using Rational-Emotive Therapy With Culturally Diverse Clients*, de M.W. Robin, R. DiGiuseppe y A.M. Kopec, 1993a, Julio. Seminario presentado en el Tercer Congreso Europeo Anual de Psicología, Tampere, Finlandia. Reproducción autorizada.

útil si el cliente le contesta que “Nosotros siempre lo hacíamos así en nuestra casa”. Entonces le podría preguntar, “¿No había ninguna variación en la forma de hacerlo?”. Esto proporciona al cliente la oportunidad de reconocer que su experiencia era atípica de algún modo.

Muchas personas sostienen profundas convicciones religiosas. Ser religioso no es, en sí mismo, disfuncional y no siempre se asocia con trastorno emocional (Robin & DiGiuseppe, 1995). Pregúntele por la importancia de sus experiencias transcendentales. Familiarícese con los dogmas básicos de su religión/sistema de creencias de la cultura, incluyendo las prácticas curativas y las expectativas sobre cómo ha de dirigirse el proceso de curación (Boyer, 1983; Beutler, Mohr, Grawe & Engle, 1991; Jilek, 1986). Donde sea conveniente, creemos que los terapeutas sensibles a la cultura deberían animar a sus clientes a examinar la utilidad de los métodos tradicionales de curación como algo adjunto a la terapia. Esto no significa que el terapeuta deba animar al cliente a introducirse en prácticas que puedan ser peligrosas o que se hayan demostrado ineficaces, sino que el terapeuta debería examinar la eficacia de determinadas tradiciones curativas. Hemos descubierto que abriendo las puertas a este tipo de diálogo fomentamos la alianza terapéutica, reconocemos el sistema de valores del cliente y admitimos que existen muchas formas efectivas de alcanzar la curación. Incluso aunque personalmente opine que algunos métodos tradicionales sólo sean meros placebos, recuerde que incluso los placebos han sido métodos eficaces en estudios controlados.

No confronte la realidad cultural del cliente, pero confronte las *presunciones* del cliente sobre su realidad cultural

Una vez más manifestamos que una buena terapia transcultural es una buena REBT —no confrontar el suceso activador, confrontar la creencia irracional. En la práctica, esta recomendación motiva al terapeuta REBT con sensibilidad cultural a operar desde el presupuesto de que el cliente está describiendo con precisión su realidad cultural *tal y como la percibe*. En lugar de confrontar la realidad, o la precisión de la percepción que tiene el cliente de la realidad, consideramos que es más apropiado confrontar las inferencias distorsionadas, las atribuciones y las creencias irracionales que se basan en la realidad.

Uno de los autores trabajó en una ocasión con Y.A., un hombre nacido en el Medio Oriente, que sentía depresión y ansiedad. Y.A. acababa de proponer boda a una mujer por segunda vez y temía que si ella no lo aceptaba, él nunca iba a encontrar esposa. En lugar de confrontar directamente lo que obviamente parecía una creencia irracional, si una mujer no aceptaba su propuesta, entonces no iba a conseguir otra mujer, el terapeuta le preguntó sobre sus orígenes. Y.A. manifestó que en la comunidad de la que procedía, era habitual que los hombres de su clase y estatus tuvieran ya seleccionada una novia para ellos. Si a él le atraía su futura novia, se esperaba que él hiciera una propuesta que ella debía rechazar. Esto concedía a ambos la posibilidad de reconsiderar sus opciones. Si tras la reflexión seguía interesado, podía hacer una segunda propuesta. Si a ella le intere-

saba, podría aceptar y entonces él estaba comprometido a casarse con ella. La novia podía rechazar esta segunda oferta si deseaba más información sobre él o si disponía de una oferta “mejor”. Él podía aceptar su negativa sin ninguna pérdida de estatus o de oportunidades, pero si seguía haciendo una tercera propuesta —que estaba más o menos obligado a hacer, como hombre de honor— y era rechazado nuevamente, los casamenteros no le ofrecerían otra oportunidad.

El autor disponía de diversos modos de respuesta ante esta situación, pero decidió recoger más información sobre la cultura de Y.A. en primer lugar. Le pidió que le contara las consecuencias sociales para los hombres que han sido aceptados, para aquellos que han sido rechazados y las excepciones a la regla. Le preguntó también por los “guiones” emocionales (i.e., ¿Requiere la cultura que los hombres en esta situación sientan pánico, depresión y ansiedad?)

Mediante la recogida de esta información adicional, el autor pudo descubrir que había excepciones a la regla; que el cliente podía casarse con una mujer de estatus inferior, que esos matrimonios eran algunas veces más fuertes que los celebrados entre personas del mismo estatus y que los hombres de honor no siempre hacían una tercera propuesta. Entonces, se podía observar al cliente desde una perspectiva de cálculo hedónico que examinaba un número de opciones disponibles: hacer una tercera propuesta, no hacer una tercera propuesta y, como esperaba establecerse en los Estados Unidos y no volver a casa, buscar una mujer aquí que no comparta sus creencias pero que pueda compartir su vida. Para cada uno de estos elementos en la matriz de decisión, examinamos los posibles costes y beneficios. Examinamos también los resultados emocionales de cada elemento.

Se ayudó al cliente a comprobar que podía comportarse de un modo culturalmente congruente y aun así no hacer una tercera propuesta. También se le ayudó a contemplar la posibilidad de que aunque el resultado del rechazo era desagradable, no era tan terrible como había supuesto. Decidió que como la chica le gustaba, iba a hacer una tercera propuesta y confrontar la idea de lo terrible que podría ser un posible rechazo. Decidió también que si era rechazado, podría buscar una mujer de estatus en los Estados Unidos que no lo viera como a un “perdedor”. Y por último, decidió que aunque fuera rechazado, ni su cultura de origen, ni su cultura de residencia le obligaban a verse como un rechazado, sino sólo como alguien frustrado. Estas decisiones le ayudaron a superar su ansiedad, pánico y depresión.

En el siguiente apartado se presenta un caso ilustrativo. Este caso subraya algunos de los factores que son típicos de nuestro trabajo con clientes culturalmente diversos.

“Shoya moya ik baraba”: EL CASO DE A.Z.

A.Z., de 32 años de edad, era un hombre procedente del subcontinente indio que llevaba viviendo 10 años en los Estados Unidos. Acudió a terapia con recelo y era reacio a solicitar ayuda, pero el jefe de personal de su oficina le había recomendado que o bien solicitara ayuda, o cambiara de trabajo. Era muy irascible en el trabajo, le costaba concentrarse y parecía estar “perdido en la niebla”.

Sesión Inicial

Cuando acudió a nuestra primera cita, A.Z. parecía estar algo molesto de que yo pareciera ser judío. Manifesté mi acuerdo con él y le comenté que no sólo parecía ser judío sino que realmente lo era. El cliente manifestó que no sabía si era una buena idea porque él era creyente de Alá y nuestros pueblos estaban en guerra. Le dije que me identificaba como americano y que su país y América no estaban en guerra. Le pregunté si no podríamos confiar el uno en el otro sólo porque algunos creyentes de Alá e Israel estuvieran en guerra. Dijo que no estaba seguro de que las ideas de un judío pudieran ser compatibles con las suyas. A continuación se produjo el siguiente diálogo:

DR. R: ¿Lee usted el Corán?

A.Z.: Sí, es una fuente de inspiración para mí.

DR. R: ¿No acepta el Corán las enseñanzas de Moisés y trata a éste como un profeta?

A.Z.: Sí, así es.

DR. R: ¿Sería inconveniente para usted trabajar y posiblemente beneficiarse de alguien que también aceptan las enseñanzas de Moisés? Aunque yo no sea profeta, ¿no podría ser beneficioso que sea judío?

A.Z.: Quizá sí, ¿pero qué sucede si no estoy de acuerdo con usted?

DR. R: ¿Qué trata de decirme con esa pregunta?

A.Z.: ¿No se supone que yo he de respetar sus consejos? ¿No se enfadará si no estoy de acuerdo con usted o si ignoro su consejo?

DR. R: El consejo es sólo eso, un *consejo*. Es una *sugerencia* para comportarse de otro modo. Mis sugerencias no tienen la fuerza de la ley de Moisés. No son los mandamientos. Si las ignora, no contestaré como Dios o Moisés. Por lo tanto, si no está de acuerdo, o decide hacer algo diferente, ¿qué es lo peor que podría pasarle?

La sesión siguió, y le expliqué qué podía esperar de mí como terapeuta REBT, y qué esperaba yo de él como cliente REBT. También describí el proceso de identificación y confrontación exclusiva de las creencias que le provocarían problemas emocionales o conductuales en su vida cotidiana. Pareció interesado en este proceso y manifestó gustarle la idea de permanecer vigilante ante el pensamiento erróneo. Sin embargo expresó algunas otras preocupaciones adicionales:

A.Z.: En mi país tenemos un refrán, “Shoya moya ik baraba”: Es lo mismo un hombre dormido que un hombre muerto. Si uno está muerto o dormido no puede estar vigilante. Me gusta la idea de permanecer vigilante a mis pensamientos. ¿Pero qué pasará si yo aprendo de usted? Yo soy un musulmán de la India y usted es un judío occidental. ¿No tratará de convertirme?

La última pregunta de A.Z. era muy buena. Esta pregunta también se nos ha formulado de muchas otras formas por clientes que proceden de diferentes cultu-

ras, religiones y grupos étnicos. Nos han formulado esta misma pregunta las feministas que se cuestionan nuestra sensibilidad hacia las mujeres. Los clientes gays y lesbianas formulan esta misma pregunta preocupados de que los terapeutas heterosexuales confrontemos no sólo su pensamiento sino la validez de su orientación sexual.

Si A.Z. hubiera procedido de una cultura dominante, yo hubiera estado tentado a considerar su interrogatorio y los informes de irascibilidad en el trabajo como rasgos sintomáticos de un trastorno de personalidad límite o paranoia. Me hubiera equivocado en ambos frentes. Supuse que su pregunta era congruente con alguien que podría estar sintiéndose “en riesgo” tanto personal como culturalmente, y por lo tanto formulaba preguntas para asegurarse de que yo no era antagonista ni de él, ni de su cultura. Al final de nuestra primera sesión, supuse que el paciente podría estar sufriendo de ansiedad y/o depresión.

Durante mi primera sesión con A.Z. pude recoger información sobre algunas de sus expectativas sobre la terapia. También aproveché la ocasión para enseñarle algunos conceptos de la terapia REBT. Yo había trabajado con otros clientes islámicos, y éstos me habían enseñado algunos aspectos de su religión y además yo había tenido ocasión de leer el Corán. Sobre la base de mis experiencias previas, formulé una serie de preguntas que programé plantear en subsiguientes sesiones:

1. ¿Cuán exclusiva es la cultura de origen de A.Z.? ¿Trata de asimilarse A.Z.?
2. ¿Es A.Z. observador religioso? En caso afirmativo, ¿cómo maneja los cientos de mandamientos que espera del observador? ¿Trata estos mandamientos como sugerencias o como *deberías*?
3. ¿Supone A.Z., como hacen algunas veces las personas recién inmigradas, que los habitantes estadounidenses son tan rígidos en el mantenimiento de las normas como él mismo? ¿Cómo evalúa nuestra libertad relativa?
4. ¿Qué efecto produce, en caso de que lo haga, nuestra relativa libertad sobre el modo en que se evalúa a sí mismo y a los demás?

Últimas sesiones

A lo largo de múltiples sesiones, pude conocer la respuesta a las preguntas anteriores. Como había sospechado, la cultura de origen era muy exclusiva para A.Z. y le preocupaba la posibilidad de perder su identidad cultural a través de la exposición continua a su cultura de residencia. También era observador religioso, y consideraba los mandamientos contenidos en el Corán como una serie de deberías absolutos. Este punto de vista, sin embargo, no se limitaba al área de la observación religiosa; A.Z. tendía a observar las prescripciones conductuales de su comunidad y cultura de origen como reglas absolutistas que debían de ser respetadas. Además, A.Z. creía que los americanos con quienes estaba en contacto respetaban las normas del mismo modo que lo hacía él. De hecho, asumía erróneamente que estos otros individuos seguirían muchas de sus reglas. Como puede verse, algunos de estos aspectos se convirtieron en el centro de atención del tratamiento de mi trabajo con A.Z.

Factores de exclusividad. A.Z. y yo tuvimos que trabajar muchas veces sobre cuestiones relativas a su exclusividad. No sólo era consciente de sus diferencias con respecto a mí, suponía que estas diferencias eran observadas por las otras personas con quienes se cruzaba por la calle. Los factores de exclusividad de A.Z. podrían haber sido erróneamente diagnosticados como paranoia si no hubiera sido consciente de que, a pesar de llevar muchos años viviendo en los Estados Unidos, se identificaba intensamente con su cultura y con su comunidad de origen. A.Z. procedía de un pequeño pueblo en el que él y su familia eran muy conocidos. Sabía por experiencia que las conductas, ropas y apariencia de él y de su familia eran objeto de interés y comentario en la comunidad. Además, sabía que su comunidad enseñaba a sus miembros a permanecer vigilantes hacia los extraños.

Como la cultura de A.Z. era muy sobresaliente para él, su exclusividad también era muy valorada; creía que cualquier persona sería consiente de su presencia, bien porque era “importante” o porque era extranjero. Logré que recogiera datos que le ayudaran a ver que las calles de Nueva York estaban repletas de personas procedentes de diferentes culturas y que la mayoría de los “nativos” de Nueva York también habían nacido en algún otro lugar, y que el hecho de ser diferente –por lo menos en la ciudad de Nueva York– era la norma y en consecuencia no era un factor que llamara la atención. A continuación examinamos sus *demandas* sobre si debería o no ser el centro de atención. Manifestó que era raro sentirse de ese modo, porque una de las razones por las que había abandonado su comunidad era distanciarse de todos los cuchicheos de su pequeño pueblo. Suponía que su importancia en su casa, así como su extrañeza aquí, era tan aparente a los vianantes como lo era para él. Le ayudé a comprobar que estaba asumiendo que las personas de Nueva York deberían actuar como las personas de su pueblo natal.

A.Z. también recibió ayuda para comprobar que una de las causas de sus problemas laborales era su creencia de que todas las personas estaban tan preocupadas por su naturaleza de extranjero como él mismo se hubiera sentido con respecto a tener extranjeros en casa. Pudo comprobar que su actitud vigilante con respecto a los extraños, aunque fuera útil en su pueblo natal, podría no ser tan útil en el contexto de su puesto de trabajo en la ciudad de Nueva York. Este descubrimiento sobre el modo en que la vigilancia podría ser disfuncional en Nueva York le condujo a otro período de desconfianza y a un potencial debilitamiento de la alianza terapéutica.

A.Z. el super étnico. A A.Z. comenzó a preocuparle la idea de que yo pudiera esforzarme porque él dejara de ser “él mismo”. Aunque ahora reconoció que un nivel excesivamente alto de vigilancia podía ser bastante inútil dentro de su cultura de residencia, el mismo hecho de que le hubiera demostrado esta perspectiva alternativa le condujo a sospechar de mis motivos como terapeuta.

El cliente parecía aferrarse a la siguiente creencia irracional: “Debo mantener un alto nivel de vigilancia hacia los ‘desconocidos’ en todo momento. ¡Las consecuencias que se podrían derivar de no hacerlo serían terribles!” Curiosamente, también creía que otras personas de su entorno laboral creían lo mismo. Por lo tanto, estaba constantemente preocupado por escrutinarlos porque estaba seguro

de ser el objeto de su escrutinio. En la conversación que se presenta a continuación, trataba de ayudar a A.Z. a ver el modo de modificar sus creencias sin abandonar un aspecto personalmente válido de su identidad cultural.

A.Z.: Si prescindo de esa creencia, abandono las enseñanzas de mi comunidad.

DR. R: ¿Y cómo sigue eso?

A.Z.: A nosotros se nos enseña a ser precavidos con los extraños. Si prescindo de mi cautela, ¿no tendré que portarme como usted y no como yo?

DR. R: Yo no le pido que actúe como yo, sólo le digo que las personas de su despacho quizá no hayan aprendido a ser tan precavidas como usted. Le pido que acepte su conducta y no presuponga que son tan desconfiados como usted ha aprendido a ser.

A.Z.: ¿Quiere decir que yo puedo aceptar que no sospechan de mí como yo sospecharía de ellos?

DR. R: Efectivamente.

A.Z.: Muy bien, supongo que si lo hiciera me distraería menos y estaría menos ansioso en el trabajo, porque no me estaría diciendo “Debería controlar cada uno de mis pasos porque ellos siempre me están controlando”. Pero, si prescindo de este pensamiento, ¿no tendré que dejar de pensar como me han enseñado a hacerlo?

DR. R: No veo la relación. Usted puede seguir pensando tal como fue educado para que lo hiciera y al mismo tiempo conceder a los otros el derecho a pensar como han sido educados para hacerlo.

A.Z.: Bien, porque no quiero prescindir de mis orígenes.

Como hemos mencionado anteriormente, la creencia de A.Z. de que tendría que perder su identidad o prescindir de sus orígenes si cambiaba una de sus creencias nucleares, no sólo le caracteriza a él. El cliente, cuando se le preguntó por la norma de vigilancia de su comunidad, describió a su familia como más vigilante que la mayoría, y añadió que ésta era una característica reconocida en el pueblo. Pude lograr que comprobara que al moderar su propia vigilancia, no prescindía de su identidad étnica, sino que se asemejaba más a las restantes personas de su comunidad cultural.

Cuando A.Z. logró moderar su vigilancia y paso a ser de super étnico a culturalmente congruente, salió de la niebla. Descubrió que tenía más tiempo para prestar atención a las cuestiones del trabajo, además también empezó a ser más sociable en el despacho. Esta transformación se produjo cuando aprendió a aceptar a sus colegas de trabajo como a individuos. Ya no los condenaba por no ser como las personas de su pueblo.

CONCLUSIÓN

Como puede ver en los ejemplos anteriores, la REBT puede aplicarse apropiadamente a los clientes culturalmente diversos. Las adiciones o las modificaciones que necesitan los procedimientos ya existentes son:

1. Preguntar al cliente cómo espera que sea la terapia.
2. Poner al cliente al corriente de cómo suele ser una sesión típica.
3. Estar dispuesto a aceptar la ignorancia.
4. Desarrollar un estilo más relajado mientras se recogen los datos para poder entender mejor la exclusividad del cliente y las cuestiones de congruencia.
5. Confrontar sólo aquellas inferencias y creencias sobre la realidad cultural del cliente que estén asociadas con consecuencias disfuncionales.

Como terapeutas, es probable que en varios momentos estemos trabajando con individuos cuyos orígenes culturales difieran de los nuestros. Dada esta probabilidad, es recomendable que cada uno de nosotros se sensibilice ante estas circunstancias.

Sin embargo, quisiéramos añadir que la sensibilidad cultural no es un estado que pueda alcanzarse mediante la mera exposición a una serie de recursos bibliográficos. La sensibilidad cultural es un *proceso* que se refina continuamente mediante la asimilación de nuevas experiencias. Aunque uno pueda desarrollar la pericia para trabajar con clientes culturalmente diversos, probablemente es preferible no considerarse a sí mismo como “experto”.

Por último, si encuentra dificultades al trabajar con clientes culturalmente diversos, solicite la supervisión de un profesional REBT. Los compañeros constituyen uno de los recursos clínicos más importantes que tenemos a nuestra disposición (Robin, Weinrach & Morris, 1994).

11

Aplicación de la REBT a Clientes con Discapacidades

Rochelle Balter

Según el Departamento de Comercio de los Estados Unidos (1995) y Dorge (1995), más del 10% de la población estadounidense presenta una discapacidad visible en algún momento de su vida. Un porcentaje aún mayor de la población (Dorge, 1995) padece “discapacidades invisibles”, como diabetes, problemas cardiovasculares, epilepsia, enfisema, VIH/SIDA y dificultades de aprendizaje. La cifra de ancianos con discapacidades es aún mayor, y algunas de ellas se encuentran en el 50% o más de la población mayor de 70 años de edad (Dorge, 1995). Cifras similares sobre las discapacidades pueden hallarse en todo el mundo. Por lo tanto, los psicólogos atenderemos cada vez a más personas con discapacidades.

En este capítulo se analizarán algunos factores que afectan a las discapacidades y a las personas que las padecen y examinaremos las actitudes de y hacia las personas que padecen las discapacidades. Trataré de explicar el uso de la terapia racional emotivo-conductual con clientes discapacitados y presentaré un caso ilustrativo de la aplicación de este enfoque con una cliente que presenta una discapacidad física.

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Nadie es inmune a la discapacidad. Cualquier persona con cualquier nivel de ingresos, nivel educativo, inteligencia, raza, religión o identificación de género tiene la misma probabilidad de experimentar alguna discapacidad en algún momento. Según las estadísticas citadas (Dorge, 1995), casi cualquier persona viva experimentará alguna discapacidad en el transcurso de su vida. Como la

sociedad occidental concede tanto énfasis al físico atractivo e intacto, y a menudo devalúa a las personas que no satisfacen este modelo, las personas discapacitadas se encuentran a menudo con el desdén, el miedo y la evitación de los otros.

¿Cómo definimos la discapacidad? Según diferentes fuentes, incluida el Acta de los Americanos con Discapacidades (ADA) (1990), una discapacidad es cualquier limitación física, emocional o cognitiva en el funcionamiento, que interfiere con una o más actividades de la vida cotidiana. Las actividades de la vida cotidiana incluyen la capacidad para levantarse por la mañana y prepararse para el día, alimentarse, ir a trabajar, pagar los recibos, criar una familia, participar en actividades sociales, etc.

Como se ha mencionado previamente, las discapacidades pueden ser abiertas y visibles o pueden no ser inmediatamente aparentes para las otras personas. Cada clasificación de discapacidad tiene su propia serie de factores que la complican. La literatura más temprana sobre las discapacidades (Shonz, 1975; Siller, 1976; Wright, 1960; Yunker et al., 1960) tendía a contemplar el tratamiento de las personas discapacitadas como un fenómeno uniforme con problemas, estadios y soluciones compartidas. No se contemplaba la exclusividad de la condición, problemas y situación de cada persona.

Sweetland (1990) diferenciaba entre las enfermedades crónicas y las discapacidades. Señalaba que ambas pueden sobreponerse en algunos casos y que muchas personas con enfermedades crónicas, como la diabetes o la esclerosis múltiple, presentarán condiciones discapacitantes concomitantes a su enfermedad. Sin embargo, aquellos con una discapacidad física severa normalmente tienen un área corporal que se encuentra discapacitada, como uno o más miembros afectados, o un área del cuerpo que está paralizado o padece paresis, pero en general, su salud es a menudo excelente. Otras diferencias que existen entre las personas con enfermedades crónicas y con discapacidades permanentes son los procesos de acomodación de sus vidas a sus discapacidades. Ellis (Rubin, Walen & Ellis, 1990) manifestaba que no hay vacaciones para la diabetes. Éste también es el caso de las discapacidades permanentes como la paraplejía, la cuadriplejía y muchas otras condiciones.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL TRABAJO CON CLIENTES QUE PRESENTAN DISCAPACIDADES

Al trabajar con clientes que padezcan discapacidades, es importante que el terapeuta contemple cuáles afectan al tipo de cuestiones que puedan surgir en la terapia. Entre tales factores se encuentran los siguientes:

Tipo de discapacidad

Hay muchos tipos de discapacidad. Las discapacidades físicas más comúnmente mencionadas son la ceguera y el deterioro visual, la sordera o los diferentes grados de dificultades de audición, los daños en la espina dorsal y discapacidades

ortopédicas como la paraplejía, cuadriplejía y paresis (debilidad de una parte del cuerpo). Hay diferentes causas para cada tipo de discapacidad física. Las personas con discapacidades físicas son, entré sí, más heterogéneas que homogéneas.

Existen también lo que se vienen denominando “discapacidades invisibles”. Una discapacidad invisible es aquella que también limita la propia capacidad para ejecutar las actividades de la vida cotidiana, pero sus restricciones no son tan obvias como las de las discapacidades previamente mencionadas. Una persona con problemas cardíacos, diabetes o enfisema puede presentar más limitaciones funcionales que un individuo que deba usar una silla de ruedas a consecuencia de una parálisis; sin embargo, salvo que la persona con los problemas cardíacos se auto-identifique o la persona con el enfisema o asma transporte el tanque de oxígeno, nadie podrá adivinar que sufre una discapacidad física.

Otras condiciones consideradas como discapacidades desde la perspectiva legal no presentan señales abiertas y pueden ser de naturaleza cognitiva o emocional. Como interfieren en las actividades de la vida cotidiana, han sido clasificadas como discapacidades. Entre ellas se incluirían los efectos cognitivos de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las dificultades de aprendizaje, la esquizofrenia y otras enfermedades mentales.

Edad de aparición

Una discapacidad que haya surgido en la edad adulta es muy diferente de aquella que se produce en el nacimiento o durante la infancia. Cuando una discapacidad se produce en los primeros años de vida, la adaptación a la misma es diferente, y la adaptación refleja muchas veces las actitudes que tienen los progenitores hacia la discapacidad del niño. Sweetland (1990) señala que la mayoría de los progenitores sostienen fantasías sobre el futuro de sus hijos. Cuando la criatura nace con una discapacidad o la desarrolla durante la infancia, estas fantasías se destruyen muchas veces. Los progenitores pueden reaccionar con culpabilidad o ira a medida que lamentan la pérdida de la fantasía. Los progenitores también pueden encontrarse con la compasión o sorpresa de los restantes progenitores por el modo en que manejan a su hijo. Los puntos de vista de los progenitores, si son anormales, pueden conducir a creencias disfuncionales en el niño y a paradigmas que sostienen expectativas irreales sobre él. Como afirma Sweetland (1990), cada postura puede ir en perjuicio del niño, quien aprende a ver el mundo y sus requerimientos de un modo distorsionado.

Ammermann (citado en Martin, 1995) se refería al maltrato infantil de los niños con discapacidades y se cuestionaba si la discapacidad fomentaba el maltrato. Los predictores de maltrato que enumeraba en su presentación eran:

1. Interrupción de la formación de vínculos –porque un niño con una discapacidad puede ser más difícil de sostener.
2. Problemas de cuidados –porque un niño con discapacidades puede presentar necesidades especiales.

3. Problemas de conducta –porque los niños con algunas discapacidades específicas, como el trastorno hiperactivo con déficit de atención, pueden iniciar conductas potencialmente peligrosas o destructivas que aumenten el nivel de estrés parental
4. Limitaciones en la comunicación –que con más frecuencia se ven como discapacidades de fonación y de audición y pueden producir la falta de comprensión o de la capacidad para expresar adecuadamente las propias necesidades.

Todo lo anterior, según Ammermann, podría conducir a un aumento de los problemas que tienen los progenitores para educar a sus hijos y en consecuencia al maltrato de dichos niños.

La aparición de la discapacidad a una edad adulta conlleva su serie de problemas porque, muchas veces, la vida cambia drásticamente a consecuencia de la discapacidad. Si el individuo que adquiere la discapacidad es independiente y soltero, se puede producir una inversión de roles –a menudo facilitado por las necesidades de rehabilitación– y el individuo vuelve a depender de sus progenitores de los que ya se había separado. Si el individuo es miembro de una pareja o familia, la inversión de roles podría producirse de modo que la persona que haya podido ser la cabeza de la familia pierda su título y dependa de su cónyuge y/o hijos.

Tipo de aparición

La aparición traumática, como el traumatismo producido en la espina dorsal a consecuencia de un accidente, es diferente de la pérdida de función debida a una condición degenerativa como la esclerosis múltiple. Incluso aunque las limitaciones funcionales resultantes sean similares, el tiempo que necesita el individuo para adaptarse a la discapacidad y el método de adaptación puede ser diferente.

Educación y ocupación

Las diferencias en educación y en ocupación determinarán que una persona discapacitada pueda o no pueda volver al mismo tipo de trabajo que desempeñaba antes de la aparición de la discapacidad. Si el trabajo era sobre todo físico, la persona puede hallarse en la tesitura de modificar toda su vida. El individuo puede verse obligado a volver a realizar otros estudios y a cambiar el modo en que se veía a sí mismo y al mundo. Esto puede ser causa de estrés familiar y personal.

El proceso de rehabilitación

Cuando la discapacidad es traumática o se produce al comienzo de la vida, el individuo discapacitado debe participar, muchas veces, en un programa de rehabilitación que le ayude a adaptarse a los aspectos físicos/médicos de la discapacidad. Cuando la discapacidad tiene una aparición lenta y degenerativa, la rehabi-

litación no siempre es posible. Éste sería el caso de las condiciones degenerativas lentas como la esclerosis lateral amiotrófica y otras condiciones de la esclerosis y de las discapacidades relacionadas con el SIDA, donde el sistema médico no concibe al paciente como candidato a la rehabilitación a consecuencia de su limitada esperanza de vida. Muchas veces, la persona con una aparición traumática, tanto si es adulta como si no lo es, debe atravesar un período de adaptación psicológica que puede requerir más tiempo del destinado a la rehabilitación física, limitando en algunos casos la capacidad de la persona para beneficiarse apropiadamente de dicho programa.

Calabro (1990) señala que durante el proceso de rehabilitación la persona con una discapacidad reciente aprende a adaptarse no tanto a la discapacidad como al medio que ahora ha cambiado radicalmente para dicho individuo. Calabro considera el enfoque REBT como el más útil en el proceso de rehabilitación. Aunque Calabro reconoce las limitaciones de las teorías existentes, ha elaborado una teoría general bastante flexible para poder clasificar el enfoque que emplea al trabajar con clientes que padezcan problemas de la espina dorsal y otras discapacidades físicas. Su teoría del proceso de rehabilitación comienza con una "Fase de Preencuentro" en la cual la persona confronta en primer lugar su nueva discapacidad y es incapaz de racionalizar sobre el suceso activador inmediato y realista, y en su lugar catastrofiza o siente pánico sobre los sucesos activadores negativos que anticipa, lo que extiende hasta el presente. Al paciente se le protege de la exposición prolongada a la situación real tanto por el shock como por la negación. La negación misma, según señala Calabro (1990), es muy compleja. No sólo es tenaz, también puede ser de naturaleza cooperadora o no cooperadora. Cuando es cooperadora, el paciente participa en todas las actividades prescritas en el programa de rehabilitación, incluso aunque el paciente manifieste que se recuperará y que no necesita tratamiento. En la negación no cooperadora, el paciente se niega a participar y pierde servicios de apoyo necesarios. El paciente puede tener necesidad de apoyo de un profesional de la salud mental en este punto, pero a consecuencia de la ansiedad contenida en su negación, el paciente evita muchas veces el tratamiento del profesional de la salud mental.

La segunda fase de Calabro es la "Fase Posterior al Encuentro", que puede caracterizarse por el derroche de conductas y creencias y por la ansiedad y la depresión. Calabro afirma que durante esta fase la negación se ha disipado suficientemente como para que el paciente pueda enfrentarse a la discapacidad. El paciente puede participar plenamente en las actividades de rehabilitación y se enfrenta con realismo al hecho de la discapacidad, pero todavía presenta distorsiones cognitivas sobre el futuro con relación a su discapacidad. Calabro recomienda que no es apropiado confrontar al paciente ni refutar sus creencias irracionales en este momento, porque hacerlo puede conducir a sentir depresión, ira o ansiedad y a no mostrar las conductas cooperativas necesarias para trabajar sobre la rehabilitación física.

Cuando se producen la ansiedad y la depresión, Calabro previene al terapeuta de confrontar directamente las creencias irracionales. En lugar de esto reco-

mienda que se usen técnicas de distracción y reestructuración para mantener centrada la atención del cliente en el presente y alejada de las distorsiones irreales.

La última fase, la “Fase de Reencuentro Racional” (Calabro, 1990), es el estadio en el que se ejecutan la mayoría de las intervenciones racionales emotivo-conductuales activas. Se caracteriza por tres patrones emocionales: (1) ansiedad primaria –depresión secundaria, (2) depresión primaria y (3) depresión primaria– ira secundaria.

El primer patrón, ansiedad primaria –depresión secundaria, se centra en la capacidad percibida del paciente para sobrevivir con la discapacidad. La segunda, la depresión primaria, puede estar precipitada por una comparación de la vida anterior a la discapacidad con las diferencias imaginadas para el futuro así como con un sentido modificado del valor propio. La fase de depresión primaria –ira secundaria se relaciona con las creencias sobre el principio de justicia y el modo en que la discapacidad afecta a la interacción con el medio. Según Calabro, sin embargo, este estadio se caracteriza por el cambio significativo en las percepciones del paciente, i.e., insight sobre el vínculo entre los pensamientos disfuncionales y los sentimientos disfuncionales, así como por la capacidad para cambiarlos mediante la psicoterapia. Lo más desalentador de esta fase es que normalmente comienza una vez concluida la fase de rehabilitación o cuando ésta está a punto de finalizar. Salvo que el paciente esté dispuesto a acudir a psicoterapia como parte de un programa externo, ya ha perdido la oportunidad de recibir ayuda para modificar su sistema de creencias.

En los inicios de la rehabilitación física, el paciente era visto como inútil y dependiente del equipo de rehabilitación para buscar soluciones. Los pacientes no han recibido un rol activo en su rehabilitación. Esto sigue siendo así en algunos centros. Sin embargo, en otros, el paciente recibe un rol activo aun así es dado de alta antes de completar la fase de los cambios cognitivos.

Sistema de apoyo y organización de la vida

Una persona que viva sola y sea soltera se encuentra con problemas que son muy distintos de aquellos que cuentan con la compañía de otros. No hay forma de valorar cuál de las situaciones es más positiva o más negativa, porque cada persona tendrá diferentes problemas que deberán ser resueltos. La racionalidad o irracionalidad de los miembros del sistema de apoyo será un factor importante; esto puede determinar que los individuos con una discapacidad sean tratados con respeto y dignidad, o que se conviertan en objeto de creencias irracionales de aquellos que configuran su sistema de apoyo.

Recursos emocionales y cognitivos

La adaptabilidad de la persona y su personalidad premórbida determinará en gran medida el método que use para el manejo de la discapacidad. La adaptación a la discapacidad, así como el hecho de vivir con la discapacidad, como señalaba

Ellis (1995), requiere una alta tolerancia a la frustración y la voluntad para dejar de lloriquear y comenzar a manejar las dificultades y obstáculos. Si el individuo experimentaba baja tolerancia a la frustración o carecía de dicha tolerancia, antes de padecer la discapacidad, una gran parte del esfuerzo se destinará a modificar el modo de ver y manejar del mundo del individuo. Tanto Ellis (1995) como Sweetland (1990) han apuntado que, aunque el individuo con una discapacidad física no pueda lograr el dominio de los aspectos físicos del mundo, puede aprender a ejercer un control cognitivo, que normalmente suele permanecer intacto, salvo que el daño derivado de la aparición de la discapacidad afecte al cerebro. Ejemplos de esto son el daño cerebral traumático o las secuelas de la meningitis.

Creencias culturales y religiosas

Las diferentes culturas y religiones ven la discapacidad de formas diferentes. La cultura de origen del individuo y las creencias comunes a esta cultura con relación a la discapacidad influyen normalmente sobre la adaptabilidad. Por ejemplo, muchas culturas asiáticas e hispanas tienden a contemplar las discapacidades de un modo muy negativo. Con el fin de no alienar el fuerte sistema de apoyo familiar, los pacientes pueden no confrontar las creencias irracionales de otras personas relacionadas con su discapacidad.

Las creencias religiosas que sostiene la persona con una discapacidad, así como su religiosidad, también influirán sobre la adaptación. Algunas religiones ofrecen servicios sanatorios. Si un paciente discapacitado es practicante de alguna religión, es preferible no desanimar su participación en tales actividades. Si las prácticas sanatorias no funcionan, y a menudo no lo hacen, el paciente puede sentir la necesidad de afrontar la discapacidad y sus implicaciones para la vida. La asistencia a encuentros curativos también puede ayudar a convencer a los miembros de la familia de que la persona quiere hacer algo sobre la discapacidad y que no es feliz con su condición.

Otras religiones creen en ciertas condiciones como el castigo por los pecados cometidos. Una creencia de este tipo puede interferir en la implicación terapéutica del paciente. El individuo puede creer que como la incapacidad es merecida, las terapias físicas necesarias o los programas de mantenimiento físico (e.g., mantenimiento de las rutinas digestivas; ejercicios de estiramientos para la prevención de contracturas; uso de códigos especiales como el Braille) no servirán para aliviar la situación. El paciente puede creer que como la discapacidad tiene su origen en los pecados cometidos, la ayuda o el alivio no son merecidos y no pueden ser logrados. Estas creencias deben ser intensamente confrontadas.

La fase durante la cual el individuo acude a psicoterapia

Un individuo que aún se encuentre en la fase de rehabilitación tendrá puntos de vista muy diferentes de la vida y de la discapacidad de aquél que se haya adaptado o que viva con la discapacidad durante un período de tiempo. Tales individuos también serán muy diferentes de aquellos que hayan vivido con una discapa-

cidad desde el nacimiento o desde la primera infancia. Cada uno puede tener creencias irracionales diferentes sobre su discapacidad; sin embargo, estas creencias pueden ser distintas y dependientes del momento de aparición de la discapacidad.

Actitudes hacia la discapacidad

Otro factor importante en el manejo de una discapacidad es la actitud. Como se ha comentado previamente, la sociedad en general contempla la perfección física como un ideal y la discapacidad física como algo negativo (Dembo, Levitan & Wright, 1956; Siller, 1976; Siller, Chipman, Ferguson & Van, 1967). En consecuencia, las personas con discapacidades se ven muchas veces como personas de un estatus inferior, reciben sueldos inferiores por su trabajo, son relegados a tareas menos importantes aunque sean capaces de desarrollar debidamente otras, su índice de desempleo es muy alto (sobre todo en el caso de las mujeres con discapacidades) (Fine & Asch, 1988), muchas veces tienen menos oportunidades de recibir una educación superior, sobre todo en los casos en los que la discapacidad es de aparición temprana, son vistos como asexuales, incapaces de educar a hijos o de llevar una casa y muchas veces reciben maltratos físicos.

Los puntos de vista de la sociedad se reflejan con frecuencia en las actitudes de los otros hacia la persona con la discapacidad. Siller (1973) afirma, “Términos tales como estigmatización, marginalidad, estatus inferior y posición de grupo minoritario” (p. 473) se usan al referirse a las consecuencias psicológicas y sociales derivadas de una discapacidad. Siller (1976), Siller et al. (1967), Yunker (1966) y Yunker et al. (1960) han desarrollado una importante labor en el área de las actitudes hacia las personas con discapacidades y han elaborado escalas para medir dichas actitudes.

Siller (1973) descubrió que las actitudes hacia las personas con discapacidades eran de naturaleza multidimensional. Identificó siete dimensiones de importancia en su trabajo actitudinal, cada una de las cuales debe ser considerada al trabajar con clientes que presenten alguna discapacidad. Estas siete dimensiones son:

1. Tensión de la interacción
2. Rechazo de la intimidad
3. Rechazo generalizado
4. Virtuosisdad autoritaria
5. Consecuencias emocionales inferidas
6. Identificación angustiada
7. Limitaciones funcionales imputadas (Siller, 1973).

Aunque la mayoría de las dimensiones señaladas son fácilmente comprensibles, la ‘virtuosisdad autoritaria’ no lo es. Siller define esta dimensión como una “orientación ostensible pro-discapacitado que se enraíza en un contexto autoritario y que defiende un tratamiento especial” (p. 475). Sin embargo, Siller contempla ésta como una actitud negativa hacia la incapacidad, encubierta por un tono positivo engañoso. Alguien cuya actitud hacia la discapacidad es de virtuo-

alidad autoritaria tratará a la persona discapacitada con benevolencia y altruismo, pero no la tratará como a un igual. El individuo con este tipo de actitud votará a favor de construir una rampa en el club local para que los individuos discapacitados puedan acceder al mismo, incluso pueden buscar las subvenciones para hacerlo, pero asegurará que nadie con una discapacidad sea votado como miembro. La persona con una actitud de virtuosismo autoritario puede invitar a las personas con discapacidades a las “funciones especiales” celebradas para la inauguración de la nueva rampa con el fin de demostrar su benevolencia; sin embargo, no invitaría a las personas con discapacidades a las funciones sociales regulares.

Las creencias sobre las personas discapacitadas e incluso las sostenidas por las mismas personas con discapacidades son las que reflejan las dimensiones de Siller (1973). Sweetland (1990) afirma que a las personas con discapacidades a menudo se les anima a sostener creencias irracionales sobre sus discapacidades de tal forma que el hecho de presentar una discapacidad sea en sí mismo algo catastrófico y horrible. La perspectiva opuesta —que la persona con una discapacidad no presenta ningún problema— también constituye una idea irracional. Sweetland (1990) afirma que otra serie de creencias irracionales sobre las personas con discapacidades se tipifica por el principio de la “justicia universal”: “Como he sufrido una desgracia, nada malo debería volver a pasarme o ahora debería tener una vida fácil para restablecerme del dolor”. El corolario: “El mundo me debe todas las buenas cosas porque he sufrido suficiente” tiende a reforzar las actitudes negativas de la sociedad general, que puede considerar a la persona discapacitada como dependiente, airada y desagradable.

Aunque Siller menciona algunas de las actitudes irracionales de los otros hacia las personas discapacitadas, no las comenta con detenimiento, tampoco lo hace Sweetland. Dembo, Leviatan y Wright (1956) y Wright (1960) comentan el enfoque interno-externo sobre las personas discapacitadas. Éste es un enfoque caracterizado por enfatizar más las diferencias que las similitudes. Los externos (sin discapacidades) se protegen a sí mismos del miedo a convertirse en discapacitados. Wright (1960) subraya la anormalización y los aspectos saludables de la discapacidad. Ésta es una forma diferente, pero idénticamente desdeñosa, de ver a las personas discapacitadas. Les caracteriza por la posesión de poderes superiores y expresa admiración por sus destrezas de manejo y logros a pesar de sus discapacidades. Aunque este punto de vista pueda parecer complementario a las personas discapacitadas, al igual que la virtuosidad autoritaria de Siller, sirve para mantener la distancia y la diferencia, incluso aunque a primera vista parezca positivo.

Este tipo de punto de vista irracional es una espada de doble filo para las personas discapacitadas. Si logran lo que de normal se espera de los otros, son rechazados por no ser especiales; si pueden alcanzar mayores logros que las restantes personas, son considerados como demasiado especiales para asociarse con otros. Esta postura puede ser tan firmemente defendida que salvo que un empleado o un estudiante discapacitado alcance siempre niveles extraordinarios de logro, su ejecución sea considerada como pobre. Lo que puede conducir a las conductas y creencias de auto-crítica en aquellas personas con discapacidades, así como al menosprecio de los otros hacia la persona discapacitada por no ser especial.

En el siguiente apartado se comentarán las formas específicas de aplicar la REBT al trabajar con clientes discapacitados. Se demostrará que las técnicas de la REBT pueden ser utilizadas satisfactoriamente para manejar algunas de las actitudes y creencias previamente mencionadas.

REBT CON CLIENTES DISCAPACITADOS

La terapia racional emotivo-conductual (REBT) se adapta perfectamente al tratamiento de las personas discapacitadas. Es útil para cualquier problema que pueda derivarse de la discapacidad (i.e., las limitaciones físicas y funcionales reales), para la adaptación a la discapacidad (e.g., nueva organización familiar, adaptaciones laborales y/o de las interacciones sociales) y para otros problemas que puedan complicarse con la discapacidad (como el manejo de las actitudes de la familia y los compañeros de trabajo). Aunque en la literatura REBT existan algunos materiales sobre el uso de este enfoque terapéutico con personas que presenten discapacidades, la gran mayoría (Gandy, 1985, 1995; Sweetland, 1990) es de naturaleza general, y no describe técnicas específicas de intervención. Gandy (1985, 1995) ha defendido el uso de la REBT por los profesionales de la rehabilitación al tratar personas discapacitadas durante períodos limitados, a modo de recurso añadido a la rehabilitación. No sólo ha subrayado su idoneidad en una interacción interaccional breve, sino también su valor con una amplia gama de clientes. La REBT se ha demostrado efectiva con clientes de diversos entornos culturales, con clientes de diversos niveles intelectuales y educacionales y con clientes que padecen una enfermedad mental (Ellis, 1994a, 1994b). Es también una técnica fácil de implementar y de enseñar a los profesionales de la rehabilitación. Desafortunadamente, Gandy (1995) limita sus casos ilustrativos y su libro a las personas discapacitadas que parecen sufrir deterioros cognitivos o bajos niveles de inteligencia, y que no trabajan realmente cuestiones relacionadas con la discapacidad.

Calabro (1990) demostró la eficacia de la REBT con pacientes que presentaban discapacidades durante el proceso de rehabilitación. Sweetland (1990) comentaba las ideas irracionales defendidas con frecuencia por los progenitores de niños discapacitados, así como las creencias irracionales que sostiene la persona discapacitada. Rubin, Walen y Ellis (1990) se referían al modo de manejar las creencias irracionales sobre la diabetes y la enfermedad en general. Las discapacidades físicas severas, como la diabetes, pueden requerir el manejo de algunas realidades incómodas. Ellis (Rubin, Walen y Ellis, 1990), que padece diabetes desde hace años, recomienda a los terapeutas la confrontación filosófica de las creencias nucleares relacionadas con la ansiedad del ego y de la incomodidad. Como se ha descrito previamente, los individuos con discapacidades presentan a menudo creencias negativas sobre sí mismos, reforzadas por la sociedad, por los progenitores y por quienes los seleccionan en los puestos de trabajo, de donde se pueden derivar sentimientos de inadecuación personal o ira sobre cómo debería ser el mundo. Según Ellis, la ansiedad de ego conlleva creencias sobre el "self" y fomenta las

“demandas perfeccionistas y absolutistas de actuación y/o aprobación para eliminar los graves sentimientos de inadecuación” (Rubin, Walen y Ellis, p. 30). La ansiedad de incomodidad se produce “cuando el mundo no se organiza en base a nuestras demandas igualmente absolutistas y perfeccionistas de facilidad y confort” (p. 30). Según Ellis (1979), la solución elegante consiste en aprender a aceptar la realidad de la diabetes y otras condiciones crónicas discapacitantes y no tender a considerarlas terribles. Ellis (1995) ha subrayado cómo se enseñó a sí mismo a dejar de lloriquear sobre sus diversas dificultades y a seguir viviendo y trabajando en favor de sus objetivos. Ha señalado que anima a sus pacientes discapacitados a hacer lo mismo. Las diversas creencias irracionales que comentaban Rubin, Walen y Ellis sobre la diabetes pueden extrapolarse fácilmente para la mayoría de las discapacidades físicas, y sobreponerse a las presentadas por Calabro (1990) y Sweetland (1990). Estas creencias irracionales incluyen las siguientes:

1. “¡No es justo! Todos los demás pueden comer lo que quieran. ¿Por qué yo no?”. (Pues lo haré).
2. “Los médicos siempre se quedan sentados diciendo qué debemos hacer, y haciéndonos sentir que somos unas malas personas por no cumplir con todo lo que dicen. No tienen ni idea de lo duro que es vivir con diabetes. (Por lo tanto, no iré a visitar al médico con la frecuencia que debería)”.
3. “Si salgo a pasar el fin de semana a algún lugar desconocido y sufro una reacción, será especialmente difícil y no seré capaz de soportarlo. (En consecuencia, me quedaré en casa y me deprimiré porque mi diabetes me impide hacer cosas)” (Rubin, Walen y Ellis, p. 29).

Los aspectos comprendidos en estas creencias (demandas de justicia, la “necesidad” de evitar la desaprobación y los “no puedo soportar esto”) desempeñan un rol fundamental en las dificultades emocionales de las personas ciegas o con severos problemas de visión, en los sordos o personas con problemas de audición y en las personas con discapacidades ortopédicas y de aprendizaje.

Un aspecto valioso y exclusivo de la REBT es el contraste de información y el uso de la biblioterapia y de materiales educativos (Rubin, Walen y Ellis, 1990). Los terapeutas REBT comentan algunas veces los mecanismos de manejo que han usado ellos, que han usado otros y que han observado en personajes de ficción (Calabro, 1990) al manejar sus dificultades. Los terapeutas REBT algunas veces asignan lecturas que no necesariamente se refieren a técnicas REBT, sino que son relevantes en general para el problema que presenta el cliente. Este tipo de asignación confiere al cliente una sensación de dominio y control —una cuestión muy importante para los clientes con discapacidades.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LOS TERAPEUTAS REBT

Aunque los clientes discapacitados se beneficien del uso de las técnicas de la terapia racional emotivo-conductual en general, existen algunas recomendaciones y diferencias en el enfoque que deberán ser contempladas.

Independencia e identidad

Como muchos clientes discapacitados se han sometido a la rehabilitación en programas especializados a corto plazo, están sensibilizados al rol del paciente. Muchos han descubierto que uno de los problemas de los programas a corto plazo es la pérdida de identidad y del estatus experimentado por muchos clientes. El cliente muchas veces inicia el proceso de rehabilitación sintiéndose y mostrándose independiente, pero a través de las actitudes y creencias irracionales del personal laboral adopta la distorsión cognitiva de que ahora debe comportarse de un modo dependiente para poder sobrevivir. Esta distorsión va acompañada muchas veces por una ira no manifiesta.

Cuando un cliente de este tipo acude solicitando ayuda para la resolución de problemas, puede examinar al terapeuta para ver si éste presenta la misma actitud que ha encontrado en el centro de rehabilitación. Esta actitud también puede implicar para el cliente no sólo que ha perdido cierta cantidad de funcionamiento físico sino que el mundo le ve como si se hubiera reducido su funcionamiento cognitivo y como si presentara menor estabilidad emocional. Tal y como expresaba sucintamente un cliente, “No sólo no puedo andar más, ahora me están diciendo que también he perdido la cabeza.”

Por lo tanto, los terapeutas REBT que trabajan con clientes discapacitados deberán ser conscientes de sus propias creencias sobre la discapacidad. Dembo, Levitan y Wright (1956) señalan que los terapeutas usan muchas veces la actitud de interno-externo hacia las discapacidades para ahuyentar sus propios miedos ante la posibilidad de padecer una discapacidad. Sobre todo, si pueden encontrar suficientes diferencias entre ellos mismos y sus clientes discapacitados, no se ven obligados a encarar la amenaza de que “esa terrible cosa” (la discapacidad) les pueda suceder a ellos. Esta postura, sin embargo, distancia al terapeuta del cliente e interfiere con el modo en que el cliente y el terapeuta trabajarán conjuntamente. La falta de conocimientos sobre las condiciones discapacitantes también puede reforzar esta distancia. Como todos tenemos creencias irracionales (Ellis, 1962), no es anormal que los terapeutas sostengan tales creencias; sin embargo, es doloroso para el cliente que el terapeuta mantenga este tipo de creencia mientras trabaja con un cliente discapacitado.

Si los terapeutas van a atender a clientes con discapacidades, es recomendable que examinen sus propias expectativas, sentimientos y creencias sobre tales clientes. Sería recomendable que el terapeuta imagine qué espera del cliente y a continuación responda a las siguientes preguntas.

1. ¿He prediagnosticado al paciente como depresivo, ansioso o indefenso?
2. ¿Tengo algún pronóstico preestablecido para el paciente, es decir, creo que al paciente le costará o será incapaz de beneficiarse de la terapia, o que presenta un pronóstico pobre?

Al examinar los sentimientos, el terapeuta puede volver a imaginar al cliente y preguntarse:

1. ¿Siento pena, ira o miedo del cliente?
2. ¿Tengo sentimientos de desdén o superioridad hacia el cliente?

Si alguno de estos sentimientos o expectativas están presentes, el terapeuta se beneficiaría del examen de sus propias creencias sobre la discapacidad. Entre las creencias poco útiles se encuentran:

Padecer una discapacidad sería horrible o terrible

Las personas con discapacidades no deben hacer grandes aspavientos

Padecer una discapacidad es un obstáculo muy difícil de superar, por lo tanto todas las personas con discapacidades están deprimidas o gravemente trastornadas

Las personas con discapacidades son tan inapropiadas y diferentes, que yo (el terapeuta) nunca podría relacionarme con una persona así

Si el terapeuta descubre que tiene alguna de estas creencias, podría confrontarlas. Esta confrontación podrá verse reforzada formulando preguntas al cliente discapacitado para conocer mejor el mundo en el que éste vive. Si la creencia persiste, en beneficio del cliente, es preferible que este terapeuta no lo siga tratando.

Heterogeneidad de las discapacidades

Existen diferencias únicas entre las discapacidades y dentro de las del mismo tipo. Como se ha señalado previamente, las personas con la misma discapacidad pueden ser más heterogéneas que homogéneas. Incluso si el terapeuta dispone de mucha información sobre la discapacidad —lo que no suele ser habitual— quizá desconoce los factores específicos de la persona que acude solicitando ayuda. Por lo tanto, a menudo es mejor evitar las presunciones sobre la persona discapacitada y en lugar de esto, preguntarle por la discapacidad de un modo respetuoso. Desde el comienzo puede suponer que el cliente sabe más que usted sobre la discapacidad. Los terapeutas REBT están formados para mostrar una actitud no autoritaria en su terapia y para trabajar cooperativamente con el cliente en aras a alcanzar los objetivos de este último. Por lo tanto, los terapeutas REBT se muestran más abiertos hacia el concepto de que el paciente sea un experto sobre sí mismo.

Auto-valoración

Los terapeutas REBT se esfuerzan por transmitir la aceptación incondicional a sus clientes, y también tratan de enseñarles directamente a alcanzar una filosofía de la auto-aceptación. Estas características de la REBT son de considerable importancia al trabajar con clientes discapacitados. Además, a menudo disponen de un historial en el que han experimentado evaluaciones negativas casi continuas de las otras personas. Entre estas otras personas pueden incluirse figuras significativas como sus progenitores y profesores (si la discapacidad es de nacimiento o se produjo durante la infancia), los compañeros de estudios o trabajo y posiblemente los cónyuges.

Ellis (1972, 1975) ha señalado que la solución elegante ante la auto-valoración negativa consiste en prescindir de la “necesidad” auto-creada de asignarse cualquier tipo de valoración global. Sin embargo, dada la frecuencia con que los clientes discapacitados pueden experimentar las evaluaciones negativas de los otros, esta solución elegante puede contemplarse como un objetivo cuyo logro conllevaría cierta dificultad. Esta dificultad puede contribuir a que se desanime, lo que tendría efectos adversos sobre su progreso en la terapia. Como alternativa, los terapeutas REBT pueden enseñar a estos clientes una solución menos elegante, aunque útil, para el problema de la auto-valoración negativa: los clientes pueden atribuir valor a su persona simplemente por el hecho de estar vivos y poseer cierta capacidad para alcanzar la felicidad y la satisfacción (Ellis, 1972). La idea de valer, a pesar de las limitaciones y de las posibles dificultades de ejecución, favorecería la vida del cliente discapacitado más que una batalla en favor de la auténtica auto-aceptación incondicional en presencia de tanta no-aceptación de su mundo en general.

Enfoques de apoyo frente a enfoques activos-directivos

Como señalaba Calabro (1990), algunas veces al trabajar con un cliente discapacitado —especialmente durante el proceso de rehabilitación— son preferibles las técnicas de apoyo a las técnicas de confrontación. El individuo necesita asimilar lentamente nueva información derivada de los numerosos cambios a los que ha de someterse y, por el momento, no ser confrontado con una realidad que podría ser demasiado difícil de encarar inmediatamente. Calabro afirma que a menudo, los pacientes en la rehabilitación activa no están preparados para los enfoques activo-directivos hasta casi el momento del alta en el programa de rehabilitación. Si el individuo vuelve solicitando terapia durante el tratamiento externo o tras el alta, la confrontación activa podría practicarse en este momento, porque el paciente ha tenido oportunidad de manejar el mundo con su discapacidad y quizá esté ahora preparado para verbalizar las creencias irracionales.

La escucha activa y el enfoque de apoyo también pueden ser necesarios cuando un cliente discapacitado solicite psicoterapia. Permite al cliente discapacitado adaptarse a las nuevas situaciones y ver al terapeuta como un facilitador del cambio, y no como otra autoridad/experto a quien se deba obedecer. Una postura facilitadora durante las primeras sesiones de la psicoterapia también permite al terapeuta ver el mundo del paciente a través de los ojos de éste. Este mundo puede ser muy diferente del que haya podido experimentar el terapeuta. Una postura activa-directiva con confrontaciones fuertes es apropiada cuando el terapeuta ha recogido pruebas de las creencias irracionales (en las palabras y en las diferentes situaciones vividas con el paciente) sobre el mundo y las otras personas que obviamente interfieren en la vida del cliente.

¿Es la discapacidad del cliente el motivo del problema?

Al trabajar con clientes discapacitados debemos recordar que dicha discapacidad no siempre es el problema. El cliente puede presentarse con problemas rela-

cionales, problemas laborales o problemas de adicción del mismo modo que cualquier otro cliente. Es preferible que el terapeuta evite acelerar las conclusiones. Si el terapeuta recoge pruebas que apuntan hacia el rol que desempeña la discapacidad en el problema, es recomendable presentar esta hipótesis de modo socrático y no desde la perspectiva del experto (i.e., “¿Es posible que su discapacidad influya de algún modo sobre el problema?”). Las presunciones del terapeuta sobre el rol que ejerce la discapacidad pueden ser distintas de las creencias que sostiene el cliente. Si el terapeuta presenta autocráticamente una conceptualización inapropiada del problema, esto podría transmitir al paciente que el terapeuta sostiene actitudes y creencias negativas tanto sobre el cliente como sobre su discapacidad.

Definición de objetivos

Casi siempre es recomendable permitir al cliente discapacitado que defina sus propios objetivos terapéuticos. Como la persona discapacitada puede haber aprendido a ser dependiente y puede estar resentida por esta dependencia forzosa, permitirle que establezca su plan es motivador y útil para que recupere la autonomía.

En la REBT tradicional, el cliente y el terapeuta a menudo establecen conjuntamente los objetivos terapéuticos, o el cliente establece los objetivos con ayuda del terapeuta. El cliente discapacitado, especialmente aquél que ya ha concluido el proceso de rehabilitación, puede ser prudente ante la idea de contradecir al terapeuta, porque ha aprendido que para sobrevivir en el sistema es mejor no contradecir a las figuras de autoridad. Esta postura también puede conducir al cliente a actuar de un modo especialmente sutil e incluso a aceptar las recomendaciones del terapeuta aunque no las considere apropiadas. Entonces, el terapeuta se convierte en otra figura de autoridad en la vida del cliente y éste podría abandonar la terapia o no beneficiarse de ella.

Los terapeutas podrían evitar este resultado mediante el uso de preguntas que impliquen activamente al cliente en el proceso de establecimiento de los objetivos. Por ejemplo: “Me ha dicho que uno de los problemas que le ha conducido aquí es la falta de asertividad. ¿Específicamente sobre qué aspecto de la asertividad le gustaría trabajar y cuál sería el resultado deseado?”

También podría ser útil clarificar los objetivos del cliente formulando preguntas específicas-situacionales y relacionando éstas con el objetivo. Por ejemplo, “¿Podría ponerme un ejemplo de una situación que haya vivido en la que no se haya mostrado suficientemente asertivo? ¿Cómo le gustaría cambiar sus respuestas en dicha situación si sucediera algo similar?”.

Vinculación activa del cliente en la confrontación de las creencias irracionales

La implicación activa del cliente discapacitado en el proceso terapéutico es fundamental. Los terapeutas que trabajan con poblaciones de clientes discapacitados a menudo se sienten tentados a sermonear a dichos clientes a modo de con-

frontación de las creencias irracionales. Este estilo puede basarse en las propias creencias irracionales del terapeuta sobre la capacidad de un cliente discapacitado para vincularse activamente en el trabajo de confrontación debido al bajo nivel de energía, a las supuestas limitaciones cognitivas o a los puntos de vista estereotipados de la indefensión del cliente.

Los sermones rara vez benefician al cliente. Fomentan la diferencia de estatus entre el cliente y el terapeuta y algunas veces llevan al cliente a prescindir del proceso terapéutico. Un enfoque más favorecedor del trabajo empezaría por enseñar al cliente las técnicas de confrontación al comienzo de la terapia y después usaría las situaciones de rol-play.

Dos tipos de rol-play pueden ser especialmente útiles. En el primero, el cliente describe la situación y el terapeuta modela la confrontación en el rol del cliente. En el segundo tipo se emplea la inversión de roles; se pide al cliente que actúe como terapeuta y que enseñe al terapeuta (que actúa como cliente) a confrontar con efectividad las creencias irracionales presentadas. El cliente (especialmente el discapacitado) se beneficia directamente, porque la confrontación enfocada de este modo transmite el mensaje de que se espera del cliente que sea activo, independiente y capaz de elaborar sus pensamientos. A medida que continua la terapia, puede animarse al cliente discapacitado para que adopte la responsabilidad de confrontar al terapeuta añadiendo otros modos de confrontación sobre los que no haya trabajado aún (“¿Se ha preguntado alguna vez...?”). El enfoque socrático de la confrontación con el cliente discapacitado permite a éste mostrar acuerdo o desacuerdo con el terapeuta sin prescindir de la autonomía.

Biblioterapia

El uso de materiales educativos y de recursos externos (i.e., bibliotecas y librerías) suele ser útil porque este tipo de asignación indica al cliente que es responsable de hacer trabajos adicionales. El cliente no está ahí para que sea trabajado, sino para que trabaje él mismo con ayuda del terapeuta. Las lecturas sobre la REBT y sobre cualquier tema durante la terapia pueden generar indirectamente creencias irracionales sobre el hecho de ser “especial”. Esto podría ocurrir porque el cliente puede afirmar que él también es demasiado “especial” para ejecutar la tarea y no hacerla por ese mismo motivo; o los materiales seleccionados pueden llevar al cliente a hablar de creencias sobre ser “especial o diferente”. Del uso de los materiales escritos se derivarán otras ideas irracionales sobre “cómo debería ser la sociedad” o sobre la hipótesis de la injusticia.

Consecuencias de las tareas para casa

Es necesario controlar previamente las posibles consecuencias de producir cambios en las creencias y conductas particulares del cliente. Un ejemplo de esto es el del cliente que acudió a terapia manifestando que quería una vida más activa. El terapeuta decidió que podría salir más y buscarse un trabajo como contro-

lador de entradas. Cuando el cliente le dijo que esto no sería posible, el terapeuta supuso que el cliente se sentía “demasiado especial para trabajar” y trató de empujarlo hacia el entorno laboral. El cliente se negó sabiamente y decidió dar por finalizada la terapia. Cuando el terapeuta le preguntó por qué concluía la terapia, escuchó por respuesta que estaba tratando de asignarle una función de la que se derivaría la pérdida de todas sus ayudas médicas así como la de la persona que trabajaba con él como asistente físico (en la higiene personal, para vestirse, alimentarse y para el transporte) y, con el escaso salario que le ofrecían, no podría sobrevivir. En este ejemplo podemos observar la necesidad de colegiar las tareas y los objetivos con el cliente.

CASO ILUSTRATIVO

En el caso que describimos a continuación, una cliente discapacitada (1) aprendió a aceptar su discapacidad sin valorarse negativamente, (2) aprendió la realidad de su discapacidad, (3) hizo progresos en la acomodación de la discapacidad y en la confrontación de las creencias irracionales relacionadas con la discapacidad y (4) trabajó en favor de la integración de su discapacidad con sus limitaciones específicas en su estilo de vida. Aunque ciertos cambios terapéuticos le costaron mucho (sobre todo las creencias irracionales sobre sí misma y sobre los demás) y esto conllevó momentos de ira, esta cliente logró los objetivos y pudo alcanzar una vida más satisfactoria y feliz de la que había experimentado previamente. Es importante señalar que al principio la terapia fue más difícil porque los problemas físicos de la paciente no habían sido diagnosticados aún. En consecuencia, la cliente atribuía los síntomas físicos de su discapacidad a causas cognitivas y emocionales.

Presentación de la cliente

Helga, una mujer atractiva de 40 años de edad, acudió a terapia porque se estaba sintiendo “cada vez más débil y no podía tolerar la idea de estar más discapacitada”. A su primera cita acudió bien vestida, con un buen aspecto físico, de constitución delgada y con un “bastón de paseo” curiosamente tallado, que colocó inmediatamente tras su sillón y que cubrió con su abrigo. Al andar se le notaba que uno de sus miembros fallaba levemente, sobre todo cuando apoyaba el pie. Cuando le pregunté por este detalle, respondió que su pierna estaba peor ahora porque durante los últimos días había hecho mucho ejercicio físico. Negó que su pierna fuera una manifestación de su “problema de debilidad”. Helga era la mayor de tres hermanos. Tenía un hermano y una hermana y ninguno de ellos sufría problemas físicos.

Helga afirmó que su “debilidad” física había comenzado poco antes de la adolescencia. Recordaba que sus progenitores la habían llevado al pediatra y al hospital local para que la examinaran. Afirmó, sin embargo, que no le habían dicho

cuál era su problema (si es que existía). Su familia era muy religiosa y dependía intensamente de sus creencias para superar las crisis. Helga afirmaba que había aprendido a no quejarse “por muy mal que se sintiera” o “por mucho que le costara salir adelante”. Manifestó que le habían enseñado que “una debilidad de la mente conduce a una debilidad física” y que ésta era la razón por la que acudía a terapia en busca de ayuda para sus problemas físicos. Reveló más adelante que también había aprendido que una debilidad de la mente no sólo tendría un impacto físico, también la conduciría a la debilidad del alma. Para evitar este horrible resultado, sus progenitores le habían recomendado que nunca cediera a sus sentimientos, nunca debía verse a sí misma como una “incapacitada” y siempre debía trabajar muy, muy duro sobre sí misma para parecer “normal”. Su lema, que se repetía muchas veces a lo largo del día era, “Parecer normal me hace normal”.

Helga dijo que le habían enseñado que lo peor que podría pasarle es que los otros –los extraños– la vieran como la veía su familia, es decir, “débil y diferente”. Su familia se había comprometido a no revelar su debilidad mientras no lo hiciera ella; por lo tanto, nadie debía saber “su horrible secreto familiar”. Helga afirmó que había adoptado con seriedad las demandas de su madre para parecer normal, se había esforzado mucho para no cojear ni parecer débil y había evitado mantener relaciones estrechas con cualquier persona ajena a la familia de forma que ninguna persona extraña pudiera descubrir “su secreto”. Admitía que si alguna vez sentía cansancio o dolor (lo que en la última época sucedía cada vez con más frecuencia y por eso había acudido a terapia) se “castigaba verbalmente por sus limitaciones”. A la edad de 40 años, seguía sin conocer su diagnóstico físico.

Cuando se le preguntó de qué modo le había afectado su debilidad en su vida, durante su crecimiento, admitió que sólo la había llevado a sentirse sola. Afirmó que había evitado los deportes y había concentrado sus energías en los aspectos académicos. Durante su infancia había tenido muy pocas amigas e incluso ésas con quienes había comido en el centro escolar nunca habían sido invitadas a su casa para que no pudieran saber nada sobre sus dificultades. También manifestó que nunca había salido con chicos en la época de la escuela superior y que había dicho a sus amigas que lo hacía por motivos religiosos.

Helga dijo que había acudido a la universidad local para no verse obligada a cambiar de residencia y poder seguir viviendo con sus progenitores. Estudió un máster en dirección de empresas y trabajaba como directora en una pequeña empresa de publicidad.

A la edad de 33 años había abandonado el hogar parental y se había mudado a un apartamento de su propiedad. Dijo que había tardado tanto en hacerlo para evitar tener que compartir piso con alguien “que pudiera descubrir su debilidad mental”.

Helga dijo que ahora estaba muy asustada porque su debilidad estaba influyendo negativamente en su trabajo, que la obligaba a viajar y a hacer presentaciones publicitarias. Últimamente se caía y cojebaba con mayor frecuencia que en el pasado. Cuando no podía esconder sus síntomas, comentaba a sus compañeros de trabajo que había estado corriendo y que tenía heridas en los pies, y por ello necesitaba usar su bastón durante una temporada.

Cuando se le preguntó a qué especialista acudía en relación a su problema físico, Helga me miró sorprendida y repitió que si no fuera débil y mentalmente deficiente, no tendría necesidad de estar sentada en mi despacho. No necesitaba ningún médico, sólo un especialista para su mente.

Inicio de la Terapia con Helga

El tratamiento de Helga comenzó con la presentación de los ABCs de la REBT, subrayando que no era su condición física per se lo que estaba causando su problema, sino sus creencias sobre la situación. Fue necesario presentar razones convincentes para que Helga trajera sus informes médicos de tal forma que pudiera recomendársele el especialista apropiado a quien acudir. Se le pidió que se pusiera en contacto con su madre y cualquier otra persona que pudiera aportarle información. Helga se mostró reacia a esta tarea, pero fue incapaz de superar la fuerza de la respuesta proyectada de su madre, según la cual todo estaba en la cabeza de Helga. Como era tan firme la creencia de Helga de que todos sus problemas físicos se debían a su debilidad emocional, se le pidieron pruebas que confirmaran o desconfirmaran esta creencia. Las pruebas debían presentarse de dos formas, una era un diario donde registraría sus síntomas médicos y sus ABCs cuando se producían y la segunda consistía en investigar, lo que podría hacer en la biblioteca médica local.

Obstáculos hacia la terapia

A Helga le costó mucho ejecutar la última asignación, para la que pidió un mes. Manifestó que cuando trataba de consultar un libro sobre debilidad muscular, sentía mucha ansiedad. Durante el primer mes, trabajó sobre los ABCs, lo que le permitió observar que era su sistema de creencias, y no su debilidad, lo que se hallaba en la raíz de su ansiedad. Tras tres sesiones de relajación, desensibilización y aprendizaje de los conceptos básicos de la REBT, Helga pudo verbalizar las siguientes creencias sobre su discapacidad y su miedo a admitir que podía padecerla:

1. Si padezco una discapacidad, se debe a que he pecado y a que soy castigada por mis pecados... y no podría soportar vivir con ese pensamiento.
2. Un cuerpo débil es el resultado de una mente débil.
3. Padecer una discapacidad física es casi lo peor que podría suceder a cualquier persona y es realmente horrible.
4. Nadie podría amar nunca a un ser humano que sea físicamente imperfecto, y por lo tanto yo no soy digna de amor.
5. Sería una catástrofe que decepcionara a mis progenitores admitiendo que soy discapacitada.

Como Helga había sostenido estas creencias desde la infancia, durante las primeras semanas de terapia no fue capaz de ver que pudieran ser modificadas. Manifestaba sentirse aferrada a ellas y condenada a mantenerlas por el resto de su

vida. Sin embargo, se mostró de acuerdo en seguir registrando sus síntomas. Acordamos suspender la tarea de la biblioteca hasta que aprendiera a confrontar más firmemente sus creencias.

Confrontación de creencias

A medida que Helga iba registrando sus síntomas en su diario, descubrió que tanto sus síntomas como sus creencias seguían un patrón. Por la mañana se despertaba bastante recuperada, pero algunas veces algo tensa, y advertía que su ritmo y el camino que hacía eran bastante constantes, es decir, que no cambiaba su marcha. A lo largo del día se iba cansando, aunque se mantuviera cognitivamente alerta, y hacia la tarde perdía el equilibrio y hacía más uso de su bastón. Descubrió que se despertaba creyendo “Si no pienso en mi cuerpo y me concentro en ser una buena cristiana, desaparecerá mi discapacidad”. Sin embargo, a última hora del día solía estar cansada, se menospreciaba por cojear y se sentía deprimida, perezosa y después airada consigo misma. Entonces se centraba en la mayoría de las creencias previamente citadas.

Tras haber elaborado el listado y el patrón, se le preguntó en qué le ayudaba este patrón que la conducía a cansarse, cojear, maltratarse emocionalmente, menospreciarse y catastrofizar. Por último fue capaz de ver que sus creencias sólo le llevaban a sentirse más desgraciada. Cuando se le preguntó cómo trataría a otras personas discapacitadas, dijo que las evitaría porque obviamente eran “pecadoras débiles” como ella misma. Éste era el comienzo que necesitábamos para desafiar su creencia. Recibió la asignación de leer historias de personajes famosos discapacitados, del pasado y del presente como Franklin Delano Roosevelt, Helen Keller y Itzhak Perlman. Después se le preguntó si le hubiera gustado mantener relaciones cercanas con estas personas.

Como Helga era muy inteligente, fue capaz de generar un largo listado de celebridades pasadas y presentes que padecían alguna discapacidad, y descubrió que hubiera disfrutado de la amistad con muchas de estas famosas personas a quienes ella admiraba. También descubrió que todas las discapacidades sobre las que había leído presentaban causas que no podían ser controladas por el individuo discapacitado. Incluso fue capaz de ver que su discapacidad podría tener una causa sobre la que no podía ejercer ningún control. En este punto decidió que le gustaría confrontar sus creencias.

Comenzamos las confrontaciones de Helga usando procedimientos de detención del pensamiento, durante los cuales ella sustituía sus creencias irracionales negativas por una afirmación racional. Tan pronto como comenzaba con su patrón espiral descendente, tiraba de la goma que llevaba en la muñeca y se decía “¡DETENTE!” En ese momento se diría a sí misma que “una limitación física no es agradable ni conveniente, pero no es una catástrofe”. Tras usar esta afirmación racional durante una semana, Helga manifestó que su tendencia a menospreciarse se había reducido. Por último pudo comentar sus síntomas físicos honesta y objetivamente e incluso especular sobre la posibilidad de que tuvieran una causa física y no emocional.

Obtener un diagnóstico físico

El siguiente paso en la terapia fue muy difícil para Helga, y comenzó a cancelar sesiones para evitar lo inevitable; sin embargo, como sus síntomas no mejoraban decidió que necesitaba volver a terapia. Este paso, que para Helga era horrible, consistía en solicitar ayuda médica para poder diagnosticar las causas de sus problemas físicos.

Helga manifestó que sólo había acudido a consultas médicas para obtener certificados y que había usado el servicio sanitario de su empresa en caso de catarras u otras pequeñeces. Exceptuando su debilidad y su extraña cojera, manifestaba tener muy buena salud. Manifestó que los exámenes para el certificado habían sido fáciles de superar y que había dicho a los médicos que todo estaba bien a excepción del “músculo y su cojera que se debían a sus horas de ejercicio”. Reconoció que sería recomendable tratar de obtener el historial médico de sus progenitores, antes de establecer una cita con un médico.

En terapia aprendimos cómo podría pedir Helga la información a sus progenitores. Descubrió que la idea de tratar este tema “tabú” con ellos le provocaba ansiedad. Ensayó durante dos semanas, confiando en sus auto-afirmaciones de manejo y técnicas de relajación, con el fin de ser capaz de confrontarlos. Se imaginó que le daban la espalda y que la sacaban de casa. Fue capaz de reconocer que probablemente obtendría una reacción negativa por plantear el tema de su debilidad. Practicó el auto-diálogo diciéndose que no podía obligar a sus progenitores a decirle nada, y que no debía tomárselo de una forma personal si se negaban a hacerlo. También puso en práctica la imaginación del “peor escenario posible”, que ella describió como que sus progenitores la acusaran de estar loca, le volvieran la espalda mientras “rezaban por su alma” y le pedían que “no volviera a casa por la gravedad de su pecado”. Cuando se le preguntó en qué medida era posible este escenario, reaciamente contestó que había un 30% de probabilidad de que ocurriera y que estaba preparada en caso de que así fuera.

Por último, acudió a casa de su familia. Al volver manifestó que, aunque no la hubieran echado de casa, se habían negado a darle la información que les había solicitado, incluido el nombre del hospital al que la habían llevado estando enferma. Le habían dicho que no tendría ningún efecto sobre su vida y que sería inútil para ella. También le dijeron que rezarían por ella porque su alma estaba en medio de una tormenta. Helga dijo que sus progenitores habían sido amables con ella, pero habían afirmado que “defendían de corazón sus intereses y que sabían que sería preferible para ella olvidarse del tema”.

Cuando se le preguntó a Helga, cuál sería a su entender el siguiente paso a dar, a juzgar por los síntomas, aunque algo reacia, manifestó que ya era hora de solicitar ayuda médica. Este hecho la asustaba, y cuando se le preguntó si podría lograr que su ginecólogo le diera alguna referencia sobre algún buen internista, se avergonzó mucho y admitió que nunca había acudido al ginecólogo. Su madre le había dicho, siendo ella ya adulta, que “no tendría que preocuparse de esos problemas con ningún hombre en toda su vida”. Sin embargo, tenía una amiga del colegio que era enfermera y podría recomendarle un buen médico. En este

momento ya era capaz de generar auto-afirmaciones de manejo contra la ansiedad: “Solicitar una consulta me hace normal, no anormal, y si otras personas normales pueden tolerarlo, yo también”.

Afortunadamente Helga coincidió con un buen internista que la derivó a un neurólogo para una exploración más profunda. Se le diagnosticó un Síndrome de Charcot-Marie-Tooth, una condición neurológica que normalmente aparece entre la infancia media y la treintena. Le dijeron que era lentamente degenerativa, pero los síntomas podían dejar de empeorar y mantenerse estables. Una vez recibido el diagnóstico, Helga pudo informarse sobre el problema, y por último comprobó que el pecado y la debilidad mental nada tenían que ver con sus dificultades físicas. Tras esto acudió a un traumatólogo para que tratara su cojera.

Manejo de la ira

Curiosamente, el diagnóstico no deprimió a Helga sino que la condujo a disputar vigorosamente las creencias irracionales que había estado sosteniendo desde su infancia. Las pruebas médicas recibidas le habían proporcionado la fuerza suficiente para absolverla de lo que había considerado que eran sus deficiencias espirituales y emocionales. Esto, a su vez, fue fuente de más problemas para Helga. Descubrió que estaba furiosa contra sus progenitores por “impedir que tuviera una adolescencia normal” así como “por mentirla y hacerle sentirse deficiente”. Manifestó que quería “ventilar toda su ira contra ellos y después hacerles ver lo que le habían hecho”. Cuando se le preguntó cuáles creía que iban a ser las consecuencias de estas acciones, dijo que no sabía, pero que estaba decidida a que sus progenitores le pidieran perdón, en lugar de ser ella quien lo solicitara.

Helga recibió la asignación de imaginar repetidas veces y con tanto realismo como fuera posible la escena que tanto deseaba. A continuación debía elaborar el listado de las posibles consecuencias —positivas y negativas— derivadas de tal confrontación. También debía imaginar los mejores y los peores resultados y evaluar la probabilidad de cada uno. Esta tarea para casa ayudó a Helga a reconocer que la probabilidad de obtener un resultado era escasa y que lo más probable era que sus progenitores se quedaran sorprendidos y heridos y no volvieran a tener ningún trato con ella. Ante esto decidió que les haría saber el diagnóstico y cómo se sentía, de un modo asertivo y no hostil. También les diría que estaba furiosa con ellos por no haberle prestado la ayuda que necesitaba la primera vez que fue diagnosticada su enfermedad física y las consecuencias que creía se derivaban de esa falta de ayuda. También observó que si su actitud era de excesiva condena, podría encontrarse con el rechazo. Una vez más fue capaz de crear una afirmación de manejo que le fuera útil: “Estoy dispuesta a cambiar mis propias creencias y conducta. No puedo forzar a nadie al cambio, salvo que dicha persona así lo quiera”. También se dijo que “me entristecería que mis progenitores no pudieran entender o aceptar lo que digo, pero puedo tolerarlo”.

Helga volvió a consulta diciendo que, con mucha calma, había hablado con sus progenitores sobre lo sucedido y que ahora usaba los recursos propuestos por

el fisioterapeuta así como el bastón para facilitar su marcha. Además dijo que estos recursos eran útiles porque ya no se cansaba con la misma facilidad de antes. Al mismo tiempo lamentaba que sus progenitores no la hubieran ayudado anteriormente. En este sentido, dijo que sus palabras les habían asombrado mucho y que se habían mostrado reacios a aceptar lo que ella había hecho, y que ellos hubieran preferido que ella “escondiera la fea verdad sobre sí misma”. Helga dijo que el resultado obtenido no había sido el esperado, pero que le había servido porque ahora podía verse que “el problema ideológico era de ellos y no mío”. Afirmó que seguía prefiriendo no tener ninguna discapacidad física; sin embargo, como padecía el Síndrome de Charcot-Marie-Tooth, estaba dispuesta a aprender a vivir con dicha discapacidad.

Cambios vitales

Helga decidió que quería cambiar lo que había sido su vida hasta el momento. Deseaba relacionarse con personas de su edad. Quería socializar y quería volver a quedar con chicos. Ahora entendía que tanto si escondía su discapacidad física como si no lo hacía, iba a seguir estando allí y que tendría que soportarla. Decidió tomar parte en un seminario sobre habilidades sociales. Trabajó también en la elaboración de tareas que se obligaría a cumplir para socializar con otras personas, como apuntarse a un curso de fotografía y hacerse socia del grupo de solteros de la iglesia que se reunían con regularidad y que organizaban salidas. Contactó con su fisioterapeuta y le preguntó si podría apuntarse a clases de baile de salón. El fisioterapeuta accedió a ayudarla en este sentido y a examinar otras actividades físicas en las que podría participar en grupos.

Otros problemas sobre los que Helga necesitaba trabajar antes de concluir la terapia eran el manejo de la necesidad de usar un bastón y cómo sobreponerse ante el rechazo de las personas de su vida que no la aceptaran con sus limitaciones. Helga sabía que ya no podría correr y no quería mentir, ya no podría atribuir el uso del bastón a sus actividades deportivas. Sabía cómo usar la técnica del reencuadre para manejar el tema del bastón. Fue capaz de ver el bastón como algo que la ayudaba y que fomentaba su eficacia. Como necesitaba pruebas que confirmaran esta creencia, dedicó un día del fin de semana a comprobarlo y no hizo uso de su bastón. Descubrió que se cansaba más rápidamente y que su movilidad quedaba bastante limitada.

Conclusión de la terapia

Tras 20 sesiones, Helga decidió que estaba preparada para dar por concluida la terapia. Por mi parte manifesté que estaba de acuerdo con ella pero que quería que me lo confirmara bien a través de llamadas telefónicas o bien por correo tres meses después de nuestra última sesión.

Tres meses después decidió volver a consulta durante dos sesiones destinadas al manejo de los problemas relacionados con la discapacidad y a los problemas no relacionados con la discapacidad.

Una de estas sesiones fue de carácter informativo y se destinó a los métodos que podría usar para el manejo de las actitudes sobre su discapacidad de las personas a quienes había conocido en su “nueva vida”. Le costó entender sus creencias irracionales, porque ella estaba discapacitada y los otros no. Estuvo de acuerdo en leer algunos artículos sobre investigaciones relativas a las discapacidades y concluyó que era triste que las personas pudieran tener “ideas tan curiosas sobre las discapacidades físicas”. Se rió cuando le recordé que poco tiempo atrás ella misma defendía tales ideas antes de aprender las técnicas de comprobación de la realidad y de confrontación y reencuadre.

La segunda sesión se destinó a comentar algunas de las nuevas conductas que mostraba Helga y el modo de manejar las situaciones nuevas. La “nueva conducta” a la que se refería Helga era la de salir con hombres, y los problemas que presentaba en este sentido no tenían relación con su discapacidad. Helga siguió manteniendo el contacto y progresó. Manifestaba algunas decepciones, pero en general estaba mejorando y mantenía una relación estable con un hombre por primera vez en su vida.

Síntesis del caso

El caso de Helga ilustra muchos de los principios REBT que han sido satisfactoriamente usados con clientes discapacitados. Su discapacidad se originó en la infancia y había aprendido a asumir las actitudes de sus progenitores en relación a la misma. Si no lo hubiera hecho se hubiera enfrentado al rechazo parental. Sin embargo, en lugar de culpar a sus progenitores, Helga decidió el modo de manejar su problema. Era inteligente, como también lo son muchas personas discapacitadas. Muchas aprenden a desarrollar sus destrezas cognitivas porque a menudo éstas no suelen verse afectadas por la discapacidad física y su desarrollo les confiere el sentido de dominio que no sería posible cuando tratan de manejar limitaciones físicas no modificables.

Helga había sido capaz de establecer una vida independiente aunque no muy satisfactoria a consecuencia de las creencias irracionales a las que se aferraba y que se negaba a rechazar. El coste de tal rechazo sin alternativa alguna —la pérdida del amor y apoyo de sus progenitores— era demasiado alto para ella. Como tenía pocos contactos sociales externos en el momento de acudir a la terapia, necesitó cierto período para habituarse y analizar las consecuencias a largo plazo de sus acciones.

Helga cambió radicalmente su vida porque controlaba la velocidad con que se ejecutaban dichos cambios y pudo contrapesar las consecuencias de cada acción que estaba decidida a adoptar. Aunque algunas veces la terapia había sido difícil para ella, sabía que era respetada y que era ella quien tenía el control de la misma. Helga, como muchos clientes discapacitados, tenía un punto de vista negativo sobre las discapacidades, así como ideas irracionales sobre el padecimiento de la discapacidad. En el caso de Helga puede observarse que al cambiar con firmeza las creencias, puede ser preferible comenzar por las afirmaciones de manejo en lugar de reencuadrar inmediatamente la situación desde un punto de vista positivo, lo que sólo sería asumido superficialmente por el cliente.

El caso de Helga ilustra también la importancia de que el terapeuta permanezca en una postura objetiva. Si el terapeuta tiende a ponerse del “lado” del paciente en ciertas situaciones y actúa como abogado, el cliente puede culparlo por las consecuencias de las decisiones adoptadas.

El caso de Helga llegó a buen fin. Esto no sucede siempre con pacientes discapacitados, como tampoco con pacientes de otras poblaciones. Al trabajar con clientes discapacitados es recomendable comprobar siempre las consecuencias a largo y a corto plazo de las soluciones proyectadas.

CONCLUSIÓN

La REBT es especialmente apropiada para tratar a clientes discapacitados. Los puntos favorables de la REBT incluyen la aceptación por parte del terapeuta de cada cliente como ser único, con sus propios puntos fuertes y debilidades, la valoración de cada cliente por sí mismo, la escucha del punto de vista que tiene el cliente sobre el mundo sin juzgarlo y permitiéndole recoger las pruebas que confirmen estos puntos de vista, el refuerzo de la realidad sin juzgar al cliente y el hallazgo y confrontación de las creencias irracionales sobre un mundo irracional. Para algunos clientes discapacitados, el aprendizaje de la tolerancia a la frustración y el abandono de la hipótesis del “mundo justo” puede llevarlos a adoptar formas más adaptables de ver el mundo y de hallar la felicidad. El interés de la REBT por ayudar a los clientes a aprender nuevas destrezas y a confrontar los puntos de vista irracionales para contemplar el mundo, pueden ser muy útiles con esta población de clientes.

12

Terapia Racional Emotiva de Familia

Charles H. Huber

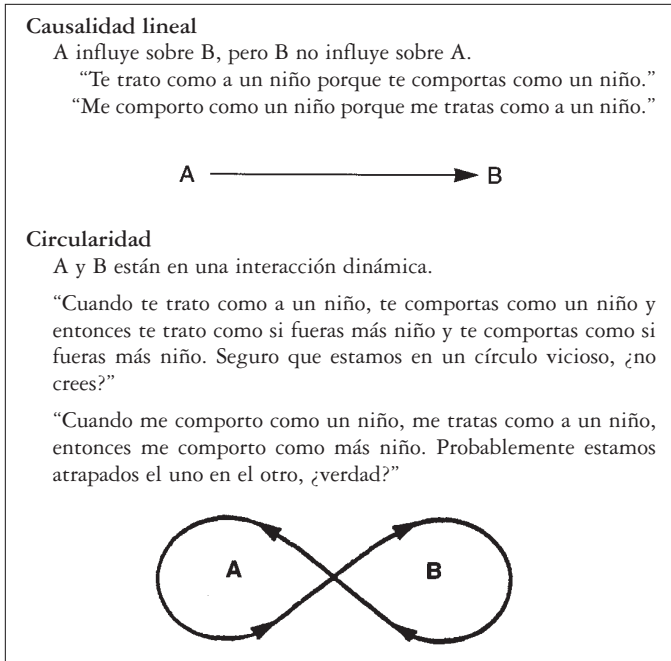
Como psicólogo de familia, la perspectiva de sistemas de familia constituye el punto de partida de mi investigación y práctica clínica con la Terapia Racional Emotiva de Familia (REFT). Aunque la familia es la principal unidad de atención y análisis de la REFT, no es el único sistema significativo de influencia. La REFT contempla también las interconexiones e interacciones simultáneas de múltiples sistemas de influencia, incluido el mundo psicológico del individuo así como sus entornos biológico, social, cultural, espiritual, político y económico. La *perspectiva de sistemas familiares* y especialmente las *creencias familiares* son los factores predominantes del diagnóstico, intervención y evaluación REFT.

LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

Tradicionalmente, las interacciones humanas han sido concebidas como vinculadas directamente entre sí, de tal forma que un elemento de una interacción (A) conducía al siguiente elemento (B) y así indefinidamente ($A \rightarrow B \rightarrow C \dots$). La perspectiva de sistemas de familia rompe con esta perspectiva lineal tradicional y propone el concepto de *causalidad circular*. La causalidad circular contempla todos los elementos de una interacción como parte de una secuencia de interacciones simultáneas que están interconectadas. Esta idea se ilustra en la Figura 5.1.

En la Figura 5.1 se observa la secuencia de interacción continua sin comienzo ni final. El modo de ver una secuencia interactiva depende, por lo tanto, del aspecto que el observador quiera subrayar.

Figura 5.1 Causalidad lineal y circular.



Nota: De *Equilibrium family therapy: A basic guide for the helping professions* (p. 44), de C.H. Huber & P.A. Driskill, 1993. Nueva York: Crossroad. Copyright 1993 de Crossroad. Reproducción autorizada.

Consideremos, por ejemplo, el caso de una familia a la hora de la cena con un niño pequeño que no quiere comer y los progenitores creen que para el niño es esencial una “buena” cena. La postura lineal tradicional sugeriría que el niño no es un buen “comedor”, por lo tanto los progenitores creen que deben tomar cartas en el asunto y asegurarse de que el niño come. Desde la perspectiva del sistema familiar con la incorporación de la causalidad circular se percibe esta interacción dentro de un marco más amplio. El niño no come inmediatamente, llevando a los progenitores a pensar que deben exigir al niño que coma, lo que lleva al niño a llorar e incluso a comer aún menos, lo que conduce a los progenitores a exigir aún más. La misma interacción podría empezar de otro modo, por ejemplo, los progenitores podrían pensar que deben exigir al niño que coma tan rápido como le sirvan la cena, lo que lleva al niño a experimentar una mayor presión y en consecuencia a que coma menos, etc.

Una postura tradicional lineal se centra singularmente en esa porción de la interacción en la que el niño no come y los progenitores creen que ellos deben estimular la conducta de comer; sugiere que el niño o no tiene hambre, o mues-

tra una actitud destructivamente oposicional. Un punto de vista lineal pero opuesto comienza en que los progenitores piensan que deben obligar al niño a comer y el niño no come, y sugiere que los progenitores piensan y, a continuación, actúan de un modo destructivamente demandante.

La perspectiva del sistema familiar vería la interacción completa de un modo circular sin tratar de establecer una línea causa-efecto. Se presta idéntica atención a todas las partes de la interacción. En lugar de ver el “problema” como del niño que no come o de los padres que piensan que deben obligarlo, se contempla como de “ambas partes”. La interacción mutua y simultánea del niño y de los progenitores no puede separarse. Ninguna de las partes constituye a solas el “problema”. Tanto el niño como los progenitores, *el modo en que interactúan simultáneamente entre sí*, configuran el “problema”.

La perspectiva del sistema familiar defiende que el tratamiento puede comenzar arbitrariamente en cualquier punto de la secuencia interactiva. Volviendo al ejemplo anterior, el terapeuta podría tratar de facilitar el cambio por parte de los progenitores o del niño –ambos preferentemente– que motive al niño a empezar a comer o a los progenitores a pensar de un modo más razonable –también ambos si es posible– y facilitar el cambio hasta el grado de que el niño aumente la cantidad de alimentos ingeridos y los progenitores piensen de un modo más razonable.

La parte de la secuencia interactiva que la REFT contempla como foco de los esfuerzos de cambio es el sistema habitual de creencias de la familia ante cualquier dificultad que encaren. Sin embargo, es importante subrayar una vez más, que la REFT adopta una postura de sistemas de familia: que tanto la dificultad como la creencia familiar se producen simultáneamente, y que es una alternativa sistémicamente arbitraria seleccionar las creencias familiares como objeto primario de atención y foco de los esfuerzos de cambio. Este aspecto será comentado con mayor detenimiento en el apartado correspondiente a los ABCs de la REFT.

CREENCIAS FAMILIARES

Las familias son sistemas gobernados por creencias; sus miembros se comportan entre sí de un modo organizado y repetitivo, y a partir de estos patrones de conductas pueden abstraerse los principios que gobiernan la vida familiar (Jackson, 1977). Estas creencias constituyen así las normas que dirigen la conducta dentro del sistema familiar.

La mayoría de las creencias familiares no están escritas y operan encubiertamente. En principio se desarrollan como simples *inferencias* que establecen todos los miembros de la familia con relación a los patrones repetitivos de interacción que observan a su alrededor. “Papá hace las compras; mamá cocina”. “El niño A es un buen estudiante; el niño B es un estudiante marginal, sin embargo es un buen atleta; al niño A no le interesan los deportes”. “Vamos a misa de las 11:00 todos los domingos”. Una creencia familiar típica, al nivel inferencial, no mani-

fiesta pero asumida por todos, es que las principales decisiones son adoptadas por los progenitores y cedidas a los hijos.

Estas creencias familiares a nivel inferencial no son *evaluadoras*, es decir, son simples afirmaciones de hechos o de supuestos hechos. La REFT subraya la importancia de contemplar las creencias familiares como *evaluaciones*; siendo éste el grado en que los miembros de la familia valoran o evalúan algo como deseable o indeseable (Wessler & Wessler, 1980). Pongamos, por ejemplo, el caso de una pareja recién casada y cada miembro de la pareja procede de familias donde el conflicto ha sido manejado de forma diferente.

En la familia de Betsy se fomentaba la discusión abierta de los problemas con los consiguientes sentimientos de ira o frustración. Ella, sus progenitores y hermanos solían participar en discusiones frecuentes donde predominaba el tono de voz alto. Sin embargo, eran capaces de resolver adecuadamente sus diferencias de esta manera y a menudo bromeaban tras las sesiones de discusión sobre sus interacciones aparentemente volátiles. La familia de Charles, por el contrario, valoraba la resolución tranquila y deliberada de problemas. Cuando surgían las expresiones de ira o los sentimientos de dolor, los miembros de la familia se retiraban hasta que fueran capaces de restablecer la calma y resolver sus diferencias tranquilamente. Antes de casarse, Betsy y Charles experimentaron pocas dificultades. Sin embargo, un año después de su matrimonio, las retiradas de Charles y las expresiones abiertas de ira de Betsy se convirtieron en un círculo vicioso que conducía a mayores retiradas por parte de uno y a la expresión más intensa de los sentimientos de ira por parte de la otra.

Siempre que surgían dificultades, Betsy y Charles mantenían cada uno sus creencias individuales aprendidas en sus familias de origen. A nivel inferencial, su sistema familiar “común”, inconscientemente seguido por ellos y aplicado a sus personas era, “Nosotros manejamos las dificultades del mismo modo que lo hacían nuestros progenitores en casa”. Desafortunadamente, en el ámbito evaluador, la rigidez (“*Debemos...*”) con la que *demandaban* la adherencia a este sistema familiar común contribuyó a aumentar su discordia. Cuanta más ira expresaba Betsy, más se retiraba Charles; cuanto más se retiraba Charles, más ira expresaba Betsy.

El REFT subraya el papel desempeñado por las creencias familiares *racionales* e *irracionales* con respecto al funcionamiento familiar. Las creencias familiares racionales son aquellas que tienen un significado personal para los miembros de la familia y que *evalúan* las situaciones de un modo adaptativo y útil. Por “significado personal” se entiende la creencia con valor para los miembros de la familia, y no un pensamiento pasajero (e.g., “La lealtad familiar es un valor importante para nosotros” frente a “¡Qué día más hermoso!”).

Las creencias familiares racionales también son de naturaleza relativa. No se establece lo correcto o lo incorrecto, sino que se considera cada situación como única y potencialmente apta para una respuesta diferente. Cuando las familias pueden relativizar sus circunstancias, son más propensas a experimentar sentimientos que indican placer; algunas veces también experimentan sentimientos que indican displeasure, como la tristeza, el enfado y la preocupación. Aunque estas

últimas emociones no son necesariamente agradables, son consideradas como respuestas apropiadas si las circunstancias encontradas son negativas; no interfieren significativamente con el logro de los objetivos deseados por la familia, o si estos objetivos han sido bloqueados o impedidos, en la selección y logro de otros nuevos. Estos sentimientos “útiles” (en relación a las circunstancias halladas) acompañan a las creencias familiares racionales, que no son de naturaleza absolutista, y que son afirmaciones adaptativas de importancia personal (Dryden, 1984).

Las creencias familiares irracionales son aquellas que tienen significado personal para los miembros de la familia y que se afirman de un modo absoluto e inútil. Los sentimientos que acompañan a las creencias irracionales incluyen las expresiones de depresión, ira y culpabilidad. Estas expresiones de emociones “dolorosas” van de la mano de las *evaluaciones* exageradas de las situaciones y, por lo tanto, son maladaptativas incluso ante circunstancias muy adversas porque impiden normalmente el logro de los objetivos familiares.

Las creencias de familia y el grado de racionalidad-irracionalidad que las caracteriza son el principal foco de atención de la REFT. Hasta que Betsy y Charles sean capaces de avanzar a una postura más relativa y racional ante la creencia familiar común que tan rígidamente defienden, es probable que siga existiendo discordia en su relación. Por ejemplo, se podría facilitar el progreso de “Debemos manejar las dificultades del mismo modo que fueron manejadas en casa de nuestros progenitores” a “Podemos esforzarnos por manejar las dificultades del mismo modo que fueron manejadas en casa de nuestros progenitores, pero también podemos buscar nuestras propias formas”.

La “racionalidad” caracteriza a las creencias familiares adaptativas, y en este sentido al funcionamiento familiar óptimo. Cuantas más sean las interacciones familiares caracterizadas por una filosofía de la racionalidad dentro del sistema familiar, más fácil será para dicho sistema permanecer abierto y asimilar información nueva para mantener o cambiar sus creencias a medida que evoluciona en su desarrollo del ciclo vital.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Todas las familias se encuentran con dificultades esperadas e inesperadas. La REFT contempla las dificultades recurrentes como una consecuencia de la respuesta absolutista y/o exagerada (irracional) de la familia. Cuando las mismas dificultades se producen una y otra vez en el seno de la familia, un predominio de las creencias familiares absolutistas y/o exageradas acompaña a las soluciones inefectivas empleadas por los miembros de la familia para difuminar el impacto de las dificultades a las que se enfrentan. Fish, Weakland y Segal (1982) explicaban la lógica que subyacía a esta ocurrencia común:

¿Pero por qué trataría alguna persona de persistir en el uso de soluciones que no sean útiles, y que muchas veces incluso empeoran las cosas?... Explicamos la persistencia de conductas improproductivas sobre la base de unas pocas observaciones sencillas que requieren un

mínimo de inferencia y constructos teóricos: (1) Desde comienzos de la vida, culturalmente aprendemos soluciones estándar para problemas culturalmente definidos. Como han sido aprendidos sobre todo a nivel inconsciente o implícito, cuestionarse o modificar tales soluciones es muy difícil. (2) Cuando las personas se hallan en una situación estresante, como cuando se enfrentan a problemas, su conducta se hace normalmente más estreñida y rígida. (3) A diferencia de la opinión bastante generalizada de que las personas son ilógicas, proponemos que las personas son demasiado lógicas; es decir, actúan lógicamente en términos de premisas básicas y no cuestionadas, y cuando se producen resultados indeseados, emplean más operaciones lógicas para eludir la discrepancia y evitar la revisión de dichas premisas (p. 287).

La REFT mantiene la atención sobre la solución relativa a los aspectos específicos de la conceptualización del problema. Así pues, para que las dificultades esperadas e inesperadas de la vida se conviertan en problemas (un problema se define como una dificultad recurrente que se ha demostrado resistente a los esfuerzos por resolverla), la dificultad se empeora si se hace uso de estrategias pobres de resolución de problemas (es decir, soluciones insatisfactorias). La mayoría de estas soluciones no son necesariamente insatisfactorias en sí mismas, pero son una exageración o una negación de las dinámicas de la experiencia familiar. *Desde la postura de la causalidad circular y aunque sea arbitrario desde la perspectiva del sistema familiar, la REFT (que surge de la teoría racional-emotiva) defiende el principio de la conceptualización del problema como el predominio de soluciones insatisfactorias acompañadas por creencias familiares absolutistas y/o exageradas.* Ellis (1993) se refería a esto como “la primacía de los debes/deberías absolutistas” (p. 6). En este mismo sentido añadía:

En otras palabras, la RET supone que si usted tiene una profunda tendencia a hacer uso de los debes/deberías y, una vez que usted construya *debes* y *no debes* absolutistas, cada vez que usted, los otros o el mundo los contradiga, se deslizará fácilmente y con mucha frecuencia en inferencias “lógicas” pero erróneas que “confirmarán” y se añadirán a sus reacciones inapropiadas...

La regla cardinal de la RET cuando las personas piensan, sienten y actúan neuróticamente es “¡Localice el debería!”, “¡Localice el debe!”. La RET supone que las personas perturbadas abierta y/o tácitamente tienen uno, dos o tres deberías que, si se quiere, pueden ser fácilmente localizados y después activamente confrontados y modificados tal y como se desee. (Ellis, 1993, p. 8)

EVALUACIÓN: LOS ABCs DE LA REFT

Como principio sobresaliente, la REFT defiende la importancia de la evaluación continua a lo largo del curso de la terapia. El tratamiento debería empezar con una evaluación o diagnóstico apropiado, estará coherentemente monitoreado en relación a dicho diagnóstico y se emplearán procedimientos de evaluación final como componente de la conclusión con el fin de recoger datos significativos sobre los resultados.

Por lo tanto, el trabajo de la REFT empieza por evaluar los ABCs de la familia: los marcos cognitivo, emotivo y conductual de referencia que experimentan los miembros de la familia, relativos a las cuestiones presentadas para el tratamiento.

La evaluación de estos marcos de referencia es un proceso continuo que se realiza según transcurre el proceso terapéutico. Su finalidad es que las intervenciones se adapten al cliente, tanto al comienzo del tratamiento como durante el proceso. Antes de describir los procedimientos implicados en la evaluación del marco de referencia familiar dentro de la REFT, es prudente hacer varios comentarios con el fin de disponer de la perspectiva apropiada del proceso de evaluación REFT.

La REFT adopta la posición del sistema familiar defendiendo la causalidad circular: es decir, cada elemento de una interacción es parte de una secuencia de interacciones simultáneas que están interconectadas. Una vez más, es fundamental recordar este presupuesto básico, sobre todo al considerar los conceptos REFT de “excepciones” y A'B'C' que serán presentados a continuación. Recuerde que la REFT (derivada de la teoría racional emotiva) sostiene pragmáticamente que los “problemas” se conceptualizan como las *soluciones insatisfactorias acompañadas por las creencias familiares absolutistas y/o exageradas*. A estos “problemas” REFT también se añaden las emociones y conductas angustiosas e insatisfactorias.

Las familias implicadas en conflictos no resueltos tienden a estereotiparse en el repetido manejo inapropiado de dichos conflictos, con el resultado de que reducen las observaciones de sus circunstancias para centrarse en el conflicto. En consecuencia, relacionan sus modos más competentes de funcionamiento como disociados de las circunstancias conflictivas. Cuando la mayoría de las familias acuden a terapia, presentan los aspectos más disfuncionales de sus interacciones; perciben que éstas serán las áreas más relevantes para el tratamiento. Estos aspectos disfuncionales de las presentaciones familiares son evaluados según el modelo ABC tradicional aplicado a las familias: A = Suceso activador, B = Creencia familiar y C = Consecuencias emocionales y conductuales. La REFT conduce los ABCs hasta los A'B'C' (que se lee A- prima, B- prima y C- prima). A'B'C' representa el suceso activador (A'), la creencia familiar (B') y las consecuencias emocionales y conductuales (C') de los modos competentes en que han funcionado las familias; sin embargo, por razones desconocidas, han tendido a disociar estas vías competentes de los momentos en que se producen circunstancias conflictivas. Observe que en esta conceptualización A y A' no son considerados como sucesos que “provocan” creencias que posteriormente conducen a consecuencias emocionales o conductuales particulares. Este punto de vista de la “provocación” sería parte de un paradigma lineal tradicional para entender las interacciones humanas. Una perspectiva del sistema familiar contempla los elementos de las interacciones como mutuos y simultáneos, A y A' son contemplados como creencias familiares *acompañantes* y consecuencias emocionales y conductuales.

La REFT reconoce que las presentaciones que hacen las familias de las interacciones disfuncionales sólo constituyen un segmento de su funcionamiento total. Independientemente de la intensidad o duración de las dificultades familiares experimentadas, siempre existen situaciones o momentos en los que, por alguna razón, la dificultad suele ser apropiadamente manejada (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Los progenitores se sienten cómodos confiando en sus rebeldes adolescentes, los adolescentes perciben las reglas de sus progenitores

como razonables, las parejas pasan una buena tarde juntos, etc. Sin embargo, la mayoría de las familias consideran estos momentos menos difíciles o carentes de dificultad como algo ajeno y disociado de esos otros momentos en los que la dificultad se siente en toda su plenitud con el dolor e incomodidad que conlleva, en consecuencia es escaso el esfuerzo realizado para entender mejor o extender estos momentos de funcionamiento satisfactorio.

La mayoría de los terapeutas han sido formados para ser psicopatólogos. Si ampliaran su foco de evaluación, descubrirían que todas las familias disponen ya de las destrezas y de los recursos para resolver los problemas que presentan. Como manifiesta Ellis (1987) en relación a todos los seres humanos:

Su misma naturaleza, en primer lugar, les lleva a tener probabilidades y expectativas realistas, y esperanzas de satisfacer sus objetivos y deseos, y a sentirse apropiadamente tristes, apenados, insatisfechos y frustrados cuando éstos no son alcanzados. Pero, siendo algo alérgicos a la probabilidad... cuando tienen deseos intensos y universales con mucha frecuencia, y a menudo inconsciente o implícitamente, inflan sus anhelos y los convierten en insistencias y exigencias incondicionales y rígidas. (p. 373)

El terapeuta REFT reconoce que es probable que todas las familias tengan en algún momento, creencias racionales e irracionales sobre sus circunstancias. Al terapeuta corresponde asistir a las familias a reconocer sus creencias familiares racionales (así como sus creencias familiares irracionales) y sacarles el mayor provecho. Los terapeutas REFT no tratan de que las familias “reinventen la rueda”. En su lugar, tratan de colocarle “cubiertas nuevas” a las que puedan dar un mayor uso.

Casi siempre existen “excepciones”. Las excepciones se producen cada vez que una dificultad es apropiadamente manejada. Las soluciones satisfactorias son parte del repertorio de todas las familias; la mayoría ni siquiera las reconoce. Se dicen, “Debemos aplicar la solución A o fracasamos”. Por cualquier razón, consideran la solución A como la opción correcta (lógica, mejor, única). En consecuencia, otras alternativas son desechadas y excluidas. Si las familias que experimentan conflictos ampliaran su perspectiva, verían que ya disponen de las destrezas y recursos para resolver sus problemas (de Shazer et al., 1986). La evaluación de una o más excepciones relativas a los problemas presentados por la familia constituye los A'B'C' de la REFT.

En esta línea, la evaluación para recopilar datos sobre aspectos más específicos de la planificación del tratamiento comienza y continua a lo largo de toda la terapia. El foco inicial de la evaluación es generar la recogida de información relativa a: (1) la naturaleza de las dificultades de la familia (soluciones insatisfactorias, reencuadradas como objetivos deseados) y normalmente cómo se trata insatisfactoriamente la dificultad [A], (2) la creencia familiar habitual que acompaña a la solución insatisfactoria [B] y (3) las consecuencias emocionales y conductuales que también acompañan a A y B [C]. La evaluación pasa a continuación a (4) una descripción detallada de una solución satisfactoria empleada por la familia durante el tiempo en que funcionaba de un modo más competente en circunstancias similares [A' de la excepción], (5) la creencia familiar normalmente más racional que acompaña a la solución satisfactoria del momento de la excepción

[B'] y (6) las consecuencias emocionales y conductuales que también acompañan a A' y B' [C'] mientras la familia funcionaba de un modo más competente durante el período de excepción.

El análisis del ABC representa una ilustración del dilema dominante de la familia, mientras que el análisis de los A'B'C' ofrece un ejemplo de la “rueda de repuesto” relativa al funcionamiento general de la familia. Estos dos análisis se convierten a posteriori en los focos de la intervención terapéutica durante el proceso de debate (D) de la REFT.

Dificultades como objetivos

La REFT considera que es fundamental la evaluación temprana de las expectativas que tienen los miembros de la familia en relación a la terapia, porque las expectativas positivas aumentan la probabilidad de un efecto terapéutico positivo, mientras que la incongruencia en o entre las expectativas de los miembros de la familia y del terapeuta sobre el proceso reducen significativamente la eficacia terapéutica. De esta forma, las dificultades presentadas son vinculadas directamente a los objetivos, cuyo logro la familia valorará como un alivio de las dificultades presentadas (i.e., “Al comentarme las preocupaciones que le traen a la terapia, me gustaría pedirle que también piense en cómo le gustaría que cambiaran las circunstancias”). Un aspecto importante al referirse a los objetivos es que cualquier objetivo acordado debe ser tan conciso y concreto como sea posible (i.e., “¿Cómo podría juzgar usted con precisión que sus circunstancias han cambiado suficientemente?”).

Soluciones insatisfactorias

Como la REFT sostiene que las dificultades son recurrentes a consecuencia de los esfuerzos insatisfactorios de la familia por resolverlas, es fundamental una comprensión clara de dichos esfuerzos insatisfactorios. Ahora se subraya lo que hacen los miembros de la familia habitualmente, aunque erróneamente, para alcanzar su objetivo (resolver su dificultad). Una descripción detallada de la solución insatisfactoria (A), la creencia familiar y la racionalidad-irracionalidad que la caracteriza (B) y las consecuencias emocionales y conductuales (C) que también acompañan a A y B tal como se experimentan en los momentos en que se elicitaba la dificultad.

Excepciones

A continuación, la evaluación REFT trata de facilitar el examen por parte de los miembros de la familia de lo que sucede en circunstancias similares en las que no se produce la dificultad o ésta tiene un impacto mínimo sobre sus vidas cotidianas. ¿Qué está sucediendo cuando el objetivo que han identificado está siendo logrado de alguna manera? Además, ¿qué están haciendo que contribuya a este

suceso? A través de este examen, el terapeuta trata de fomentar la adherencia al presupuesto básico de que, independientemente de la magnitud o cronicidad de las dificultades que adolecen a la familia, hay momentos en que, por alguna razón, estas dificultades están aparentemente resueltas durante un período de tiempo o que sólo influyen mínimamente sobre las interacciones entre los miembros de la familia y que los miembros de la familia están contribuyendo activamente a la resolución. Una descripción detallada de la solución satisfactoria (A'), la creencia más racional que normalmente la acompaña (B') y las consecuencias emocionales y conductuales (C') que también acompañan a A' y B' tal como se experimentan durante los momentos de excepción. Consideremos la siguiente experiencia familiar.

El problema presentado por dos progenitores era la desobediencia de su hijo adolescente. Su objetivo para la terapia fue lograr que les obedeciera más inmediatamente. Tenían múltiples “reglas caseras” específicas, y su objetivo se cumpliría si su hijo las respetara más fielmente. Al referirse a sus esfuerzos presentes para alcanzar este objetivo, manifestaban múltiples soluciones insatisfactorias: “Le hemos amenazado y eliminado la paga y otros privilegios económicos. Le hemos castigado sin salir durante semanas. Nos hemos sentado con él y le hemos explicado que ésta es nuestra casa y que debe atenerse a nuestras reglas. Muchas veces, incluso le hemos pegado. Hemos tratado de alejarlo de sus amigos maleducados que siempre están metidos en lós, matriculado a nuestro hijo a un centro privado. Fue expulsado tras mes y medio. Hemos intentado todo lo que podemos. Estamos completamente frustrados y empezamos a maltratarnos verbalmente”. Las soluciones insatisfactorias que acabamos de citar constituyen el A de la experiencia de la familia; su frustración y abuso verbal el C.

En el apartado B, algunas variaciones de la creencia irracional básica acompañaban a las soluciones insatisfactorias: “¡Debe obedecernos! (Expresado como una demanda absoluta)”. Esta creencia familiar estaba vinculada a sus soluciones insatisfactorias y consecuencias emocionales y conductuales dolorosas. La evaluación siguió con el examen de los momentos de excepción.

Preguntados sobre los momentos en que las circunstancias eran similares pero los resultados diferentes, aunque con actitud reacia, los progenitores revelaron diversas situaciones. Una de ellas referida a un reciente fin de semana. Los progenitores manifestaron que querían cierto “tiempo a solas” como pareja y por lo tanto buscaron un centro que ofrecía actividades atractivas para adolescentes. Añadieron que decidieron que su hijo “se responsabilizara de su propio disfrute” y que no se sintieron obligados a comprobar que se divertía. Describieron que éste había conocido autónomamente a otras personas jóvenes de su edad y que había disfrutado de un buen fin de semana, casi sin interactuar con los progenitores. El segundo momento de excepción se había producido el día anterior a la sesión, cuando ambos fueron llamados inesperadamente para trabajar en el comedor de la iglesia en lugar de otra pareja que había caído enferma. Manifestaron que tuvieron que salir corriendo de casa y que habían dicho a su hijo que se encar-

gara de su propia cena. Al volver a casa descubrieron que no sólo había preparado su cena, sino que también había fregado los platos y los restantes utensilios empleados. Ambas situaciones fueron inicialmente atribuidas a su creencia de que “Ya, estaba de buen humor”. Al examinar más detenidamente estas situaciones (e.g., “Podría haber estado de buen humor, pero ¿qué habían hecho ustedes dos para contribuir a ese buen humor?”), se ayudó a los progenitores a ver se habían “retirado” en ambas situaciones. Aunque esperaban que su hijo respetara las reglas de la casa, no le habían presionado para hacerlo. Ambos aludían a los buenos sentimientos que tenían hacia su hijo y entre sí en esos momentos, así como a las interacciones placenteras que se habían producido entre ellos después de dichos momentos. Las soluciones satisfactorias anteriores (la “retirada” de los progenitores) constituyen el A' de la experiencia de esta familia, sus buenos sentimientos e interacciones placenteras el C'.

En lo que respecta a B', el pensamiento racional era que “deseaban de su hijo un cumplimiento razonable” pero no debían exigírselo (“Queremos que respete más fielmente las reglas de la casa”) fue vinculado a soluciones más satisfactorias (A') y a consecuencias emocionales y conductuales más agradables (C').

Habiendo comentado la evaluación diagnóstica, a continuación nos referimos a los aspectos de la intervención REFT: debate (D) y presentación (E).

TRATAMIENTO: EL D DE LA REFT

Las estrategias de tratamiento REFT tratan de facilitar el debate (D) entre los miembros de la familia sobre los beneficios y/o perjuicios de la creencia familiar (B) que delimita sus soluciones insatisfactorias (A) y las consecuencias emocionales y conductuales que las acompañan (C) y la creencia familiar (B') que delimita las soluciones más satisfactorias (A') de los momentos de excepción y las consecuencias emocionales y conductuales agradables que las acompañan (C'). Tras el debate, las intervenciones del tratamiento persiguen la presentación (E) del B' racional en aquellas circunstancias en las que el B irracional ha sido habitualmente la norma. Todo esto se hace de un modo que fomente una filosofía de mayor racionalidad y que será lo característico de la mayoría de las sesiones.

Debate

Debate es el proceso mediante el cual se comenta una pregunta contemplando argumentos opuestos. El proceso de debate de la REFT es esencialmente equivalente al proceso tradicional de “confrontación” racional emotiva. Sin embargo, el autor ha descubierto que el término “debate” fomenta una interacción más productiva entre los miembros de la familia, dadas las connotaciones frecuentemente negativas que se atribuyen al término “confrontación”.

En la REFT, el debate (D) es un desafío a los miembros de la familia para que contemplen los puntos de vista opuestos representados por su ABC (soluciones

insatisfactorias, la creencia irracional de la familia que las delimita y las consecuencias emocionales y conductuales desagradables que experimentan) y sus A'B'C' (soluciones más satisfactorias, la creencia racional que las delimita y las emociones y conductas más agradables). Aunque el ABC y el A'B'C' se consideran en general, durante el debate se hace hincapié en el B y B'. Al igual que la confrontación tradicional racional emotiva (Ellis, 1985), el debate se logra implicando a los miembros de la familia en tres tareas importantes (Huber & Baruth, 1989).

La primera tarea consiste en facilitar una considerable disonancia cognitiva en los miembros de la familia emparejando su creencia familiar irracional con su equivalente racional y recogiendo a continuación las pruebas relativas a los beneficios de la creencia irracional. La segunda tarea implica que los miembros de la familia examinen los equivalentes racionales correspondientes a su creencia irracional de un modo que ponga a la vista las ventajas de la creencia racional. La tercera tarea consiste en revisar y confirmar el modo en que se asocian la creencia irracional con las consecuencias emocionales y conductuales desagradables, mientras que la creencia racional ofrece más posibilidades de satisfacción emocional y conductual (o menos insatisfacción).

Presentación

Tras el debate satisfactorio, los miembros de la familia son implicados en la presentación (E). Esto conlleva el ensayo, revisión y confirmación paso a paso del modo en que su B' racional caracterizará a las circunstancias venideras en las que anteriormente era habitual un B irracional. Inicialmente, esto se logra en las interacciones que se desarrollan durante la sesión entre los miembros de la familia mientras son observados por el terapeuta. Después, el terapeuta animará a los miembros de la familia a llegar a acuerdos sobre las tareas que ejecutarán fuera de la sesión.

A medida que progresa la terapia y los miembros de la familia manifiestan que sus circunstancias han mejorado, el terapeuta refuerza la idea de que el B' racional de su anterior "momento de excepción" es algo a lo que pueden recurrir en cualquier momento (e.g., "¿Cómo pensó en hacer uso de su creencia más racional y satisfactoria?" "¿En qué pensaba exactamente en esas situaciones más satisfactorias y agradables que no pensara cuando se sentía menos satisfecho?"). Además, como parte de ese proceso, el terapeuta también ayuda a los miembros de la familia a relacionar las consecuencias emocionales y conductuales de mayor satisfacción (o menor insatisfacción) con sus esfuerzos por presentar su B' racional en un mayor número de circunstancias.

Con esos miembros familiares que manifiestan que sus circunstancias no se han modificado, el terapeuta trata de ampliar y presentar la utilización del B' racional identificado en los momentos de excepción (e.g., "He comprobado que si las personas no piensan racionalmente, su situación empeora, no se queda tal cual es. ¿En qué pensaba para evitar que las cosas empeoren?"). Una vez más se

subraya el B' racional de los momentos de excepción. Si los miembros de la familia manifiestan que las circunstancias están empeorando, el terapeuta volvería a subrayar, "¿En qué han estado pensando para evitar que las circunstancias sean peores de lo que son?" Una vez más, el foco de atención estaría en la presentación que emplea el B' racional de los momentos de excepción.

Estas estrategias de intervención se aplican hasta lograr un progreso terapéutico observable. En algunos momentos, los miembros de la familia pueden parecer "estancados" y el progreso realizado mínimo o inapreciable. En tales circunstancias, es importante que el terapeuta esté dispuesto a implicar a los miembros de la familia en la reevaluación de sus objetivos originales así como en la importancia del ABC y A'B'C' previamente identificados. Tras esto suelen surgir nuevos objetivos y un ABC o A'B'C' más significativo desde el punto de vista personal, permitiendo así que el debate y la presentación sean más satisfactorios.

EVALUACIÓN: EXAMEN DEL PROGRESO

La REFT reconoce que existen muchas formas posibles en que las familias pueden disfrutar de unas vidas normales y satisfactorias, y que no sólo existe un único modelo estándar, cualquier desviación de la cual sería considerada maladaptativa o anormal. En consecuencia, los problemas o preocupaciones presentados por las familias son el principal foco para evaluar el progreso terapéutico.

Teniendo en cuenta esta advertencia, el indicador más importante de una REFT satisfactoria es la manifestación de satisfacción de la familia en relación al progreso de la terapia; es decir, que el objetivo acordado ha sido suficientemente alcanzado y el problema resuelto. La familia que acude a terapia manifestando motivos de queja o dificultad debería concluir ésta sin dichos motivos. Sin embargo, existen múltiples criterios para cuantificar y calificar los informes de los miembros de la familia.

En primer lugar, como componente de la evaluación durante el curso de la terapia, el terapeuta debería preguntarse, "¿En qué grado y con qué frecuencia están los miembros de la familia: (1) utilizando el B' racional que emana de los momentos de excepción identificados y (2) avanzando hacia una postura global de mayor racionalidad?" En segundo lugar, a medida que los miembros de la familia empiezan a manifestar un avance desde una postura quejumbrosa a una no quejumbrosa, el terapeuta debería preguntar, "¿Qué ha sucedido que justifique los cambios que observan?". Una vez más, los principales criterios de evaluación son los informes que indican un cambio en la dirección de una mayor frecuencia de los B' racionales, así como una postura global de mayor racionalidad. Aunque el foco sean las creencias familiares racionales, es fundamental que los miembros de la familia se comporten y sientan activamente de un modo caracterizado por dicha racionalidad.

Habiendo comentado los principales componentes de la REFT, el siguiente caso ilustra su aplicación terapéutica.

CASO ILUSTRATIVO

La familia está compuesta por Donna, John y una hija, Katrice, de 14 años de edad. Donna trabaja como secretaria en la universidad local y John es profesor de Inglés y entrenador en un instituto. Katrice se encuentra en su primer curso de la enseñanza secundaria.

Información situacional

La familia manifestaba un aumento de la tensión y del conflicto abierto durante los últimos meses, particularmente entre John y Katrice. Donna describía a John como más preocupado por sus responsabilidades docentes y deportivas desde que había nacido Katrice. En consecuencia, ella había tenido como principal responsabilidad los cuidados y atenciones de Katrice. John se describía como incapaz de relacionarse adecuadamente con Katrice cuando ésta era más joven. Confirmaba su preocupación por la docencia y los deportes, particularmente esta última tarea, que le exigía muchas horas de trabajo y frecuentes viajes. Añadió que recientemente había solicitado la excedencia de sus actividades como entrenador con el fin de poder acudir a clases nocturnas (dos veces por semana), completar su licenciatura y poder beneficiarse de un mejor sueldo.

La familia manifestaba que sus circunstancias presentes les habían unido más. John observaba que el aumento de su presencia en casa iba acompañado del deseo de desempeñar un rol más importante en la vida de Katrice. Sin embargo, se quejaba de la falta de respuesta de Katrice hacia él, así como de las constantes críticas de Donna por amedrentar a los niños, un punto que le parece especialmente irritante dado su trabajo como profesional de la educación. Se describía a sí mismo como una “pareja junior” en su relación marital, y como si fuera tratado como “un adolescente en vez de cómo un adulto”. Donna comentaba que en el pasado le había pedido múltiples veces que se interesara más por Katrice y que él rompía sus promesas. Katrice manifestaba que recordaba a John como “continuamente muy ocupado con sus equipos” para responder adecuadamente cuando ella le pedía que hicieran cosas juntos durante su infancia. Tanto Donna como Katrice manifestaban abiertamente el deseo de ver a John implicarse más en la vida de Katrice, pero les preocupaba que lo hiciera y también cómo lo hiciera.

Transcripción de la sesión

La transcripción que se presenta a continuación corresponde a la tercera sesión con esta familia. En la sesión previa, se logró la evaluación de las expectativas de la familia en relación a la terapia. Tras considerar las quejas presentadas, éstas se vincularon con los posibles objetivos terapéuticos. En primer lugar se implicó a la familia en una lluvia de ideas para enumerar un posible listado de objetivos, cuyo logro les conduciría probablemente a la resolución de los problemas o quejas presentadas. A continuación se les ayudó a que priorizaran uno de los objetivos de este listado, aquél cuyo impacto consideraban que sería el mayor. Por último, este obje-

tivo priorizado fue concretado estableciendo los criterios que serían usados para comprobar si su objetivo había sido alcanzado o no. La transcripción comienza con una síntesis de los esfuerzos realizados en este sentido durante la sesión anterior.

T = Terapeuta

D = Donna

J = John

K = Katrice

T: La última vez que estuvimos juntos, identificamos un objetivo. Donna, usted decía que había visto a John bastante distante de usted y de Katrice durante algún tiempo, y ahora quiere volver a reincorporarse a la familia como miembro pleno. John, usted mencionaba que veía a Donna como muy controladora y demasiado poderosa, particularmente en lo relativo a Katrice. Katrice, tú estabas de acuerdo con tu madre. Hablando sobre este particular, seleccionamos el objetivo de mostrar más interés por los sentimientos ajenos; todos ustedes coincidían en que tendría un impacto positivo sobre la familia. Al comentarlo, John, usted dijo que sabría que sus sentimientos están siendo considerados si fuera consultado con más frecuencia en relación a los planes de Katrice tanto por la misma Katrice como por Donna, y si alguna vez pudiera incluso tener opción de decidir el “sí-no” último. Donna y Katrice, ustedes coincidían en que les parecería que sus sentimientos están siendo considerados si John, “Papá” fuera más agradable y menos autoritario en su forma de tratar las cuestiones de disciplina con Katrice. ¿Sigue esto siendo un objetivo compatible con lo que ustedes tratan de lograr y que además tendría un impacto positivo sobre la familia?

D: Sí, hemos estado trabajando sobre eso.

K: Creo que si papá tuviera más en cuenta mis sentimientos, me sentiría mucho mejor. ¡Estoy segura!

J: Es un buen objetivo a trabajar.

Al comienzo de la sesión, se pide a los miembros de la familia que relaten una situación específica ilustrativa de su interacción conflictiva, la descripción de un momento en el que trataron de realizar sus criterios, pero no tuvieron éxito. Mientras lo hacen, el terapeuta observa sus informes individuales, así como sus interacciones mutuas, y trata de evaluar si la solución insatisfactoria (A) en la situación que describen es repetitiva y representativa de sus momentos de queja. Además, al examinar esta solución insatisfactoria, se evalúan las experiencias emocionales y conductuales de los miembros de la familia para confirmar las consecuencias negativas (C). Por último, pero como factor más importante, el terapeuta trata de evaluar la creencia familiar y su racionalidad-irracionalidad (B) que acompaña a A y C.

T: Donna, usted observaba que existían momentos en que confiaba en John como razonable y que le agradaba su modo de imponer disciplina a Katrice; a su parecer, en esos casos él estaba mostrando consideración hacia sus sentimientos y hacia los de Katrice. ¿Puede recordar algún momento reciente en que haya ocurrido esto?

- D:** Su modo de imponer disciplina a Katrice es un punto conflictivo. Yo he sido siempre quien se ha encargado de eso, porque John ha estado muy ocupado con la escuela y con las demás cosas. Yo no soy tan disciplinaria. Soy bastante flexible, pero existen ciertos límites, por supuesto. El problema no radica en que John quiera participar en su disciplina. Se debe a la forma autoritaria que emplea.
- J:** Siento que no soy suficientemente duro con ella y no consigo que haga lo que le pido, no me escucha. Ya sé que no está acostumbrada a que yo participe y supongo que necesitaremos un poco de tiempo hasta que se acostumbre. Y me molesta cuando tú, Donna, interfieres, porque eso sabotea mi efectividad con Katrice y entonces tengo que mostrarme incluso más duro porque ella no me escucha salvo que me ponga como una fiera.
- T:** ¿Se ha producido recientemente algún incidente específico de este tipo en el que John, usted, trataba de imponer disciplina a Katrice, y, Donna, usted lo considerara como excesivamente duro y autoritario? ¿Y John, usted sintió que debía ser más duro y autoritario porque de lo contrario Katrice no le escuchaba? ¿Podrían comentarlo entre los tres e identificar un incidente en que estén de acuerdo?
- J:** El otro día cuando tú, Katrice, estabas viendo la televisión y mamá dijo “Katrice, vete a lavarte las manos para la cena” e ignoraste lo que dijo mamá y seguiste viendo la televisión. Yo estaba sentado a la mesa y te dije “Katrice, escucha lo que dice mamá” y tú me ignoraste. Entonces te dije, “Katrice, si no apagas el televisor ahora mismo, irás a tu habitación y te quedarás sin cena”.
- K:** Sí, lo recuerdo.
- J:** Y no me escuchaste, por ello te cogí del brazo y te llevé gritando a tu habitación.
- D:** Odio las cosas como éstas, John. ¿Son necesarias?
- J:** Se hubiera quedado allí frente al televisor y nos hubiera ignorado a los dos. Logré que prestara atención; además no le hice daño. Le cogí firmemente del brazo y la acompañé a su habitación, cerré la puerta y le dije que se quedara allí.
- D:** Creo que Katrice piensa que soy partícipe de acciones como ésta, y realmente no me siento cómoda imponiéndole este tipo de disciplina.
- T:** ¿Cuándo se produjo esta situación que comentan?
- K:** El lunes por la noche, ¿verdad?
- D:** Sí, el lunes pasado.
- J:** Sí.
- T:** ¿En qué pensaban en ese momento? ¿Qué pasaba por sus mentes?
- J:** Bueno, yo estaba pensando, “No está escuchando a su madre”. Su madre no le impone disciplina y alguien tendrá que hacerlo. Me sorprendió que Donna no lograra que Katrice hiciera lo que le había pedido. Así que decidí que ya era hora de ser el padre y de intervenir. Y estaba furioso con Donna por no mostrarse más asertiva con Katrice. Estaba furioso con Katrice por

- permanecer allí, ignorando desafiadamente a Donna y a mí. Pensé, “¡Ya basta! ¡¿No voy a aguantar esto!”.
- T:** ¿Donna, a su parecer cómo se produjo la situación? ¿En qué pensaba en esos momentos?
- D:** Yo hubiera hecho algo para que Katrice me escuchara, pero no había llegado a mi límite aún. Es como si John hubiera interferido y hubiera hecho una serie de cosas que no me parecían las correctas. Todo el asunto empezó a adquirir una dimensión desorbitada. Y no me parecía que fuera necesario.
- T:** Entonces, ¿a usted no le pareció que la conducta de Katrice fuera problemática en ese momento?
- D:** Así es. Es más o menos nuestro estilo de hacer las cosas. Es la forma a la que estoy habituada con ella.
- T:** ¿Vio usted a John, quizá, como exagerado y desconsiderado con sus sentimientos o los de Katrice, teniendo en cuenta el patrón habitual que emplean las dos?
- K:** Parecía que acababa de entrar, es tan diferente de lo que espera mamá. Lo pasé muy mal. Fue una escena total.
- T:** John, en esa situación, he oído que se dijo, “¡Debo conseguir que mis sentimientos sean considerados!”
- J:** Lo sentí de ese modo. Pensaba que tenía que tomar parte y lograr que se hiciera.
- T:** Por lo tanto, pensó que tenía que resolver la situación.
- J:** Sí, sentí que había llegado al límite y que no podía seguir permitiendo que Katrice se siguiera comportando de ese modo.
- T:** Donna, parece como si usted estuviera pensando “Si permito a John encargarse de eso, va demasiado lejos. No puedo abandonar esta responsabilidad tan fácilmente. ¡Mis sentimientos deben ser tenidos en consideración! ¡Y los de Katrice también!”.
- D:** Siento como si estuviera en un callejón sin salida, pero sí, tiene razón. Si pretendo abandonar la responsabilidad, entonces parece que él va demasiado lejos. No tiene en cuenta que hiere mis sentimientos y los de Katrice cuando hace eso.
- T:** Parece que su creencia era idéntica a la de John: “¡Debo conseguir que mis sentimientos sean considerados!”.
- D:** Supongo que tengo unos principios fuertes sobre cómo debe y no debe tratarse a los niños. Me resulta fácil pensar en algunas formas que no deberían usarse.
- T:** Katrice, parece que tuvieras el mismo pensamiento que tu madre y tu padre en esa situación. “¡Papá debe considerar mis sentimientos!”. Es probable que hayas pensado de esta forma sobre todo teniendo en cuenta lo que normalmente ocurre entre tu madre y tú.
- K:** Sí. Era como si papá sólo pensara en lo que él sentía y quería en ese momento.
- T:** Si he entendido bien, en esa circunstancia todos ustedes estaban realmente molestos y sentían que sus sentimientos no habían recibido la consideración

suficiente, y estaban exigiendo que cada uno de ustedes recibiera dicha consideración.

J: ¡Efectivamente!

T: Y, Donna, usted ha dicho que en ese momento tampoco sintió ninguna satisfacción.

D: No sé si estaba molesta, pero este tipo de comportamiento me disgusta.

T: Katrice, ¿es un mal recuerdo también para ti?

K: Sí, seguro que lo es.

Se había identificado el ABC de un momento insatisfactorio a través del informe de la familia:

A = Katrice no responde inmediatamente a la solicitud de Donna, John entra en acción e impone disciplina con dureza.

B = la creencia familiar de “Debo lograr que mis sentimientos sean considerados”.

C = dolor y hostilidad entre los miembros de la familia.

En el siguiente diálogo, se pide a los miembros de la familia que recuerden un momento en el que se produjeron circunstancias similares pero los resultados no fueron tan insatisfactorios. Al observar sus informes así como la interacción mutua mientras lo hacen, el terapeuta trata de evaluar si la solución satisfactoria (A') en la situación que describen es realmente más satisfactoria que el A insatisfactorio que acaban de describir. Además, la experiencia emocional y conductual de los miembros de la familia al examinar esta solución satisfactoria parece confirmar la presencia de consecuencias más adaptativas (C'). Por último, el terapeuta trata de evaluar si la creencia familiar que acompaña a A' y C' es claramente racional (B') y común a todos los miembros.

T: Ése fue un momento que no resultó plenamente satisfactorio para ustedes. Supongo que se han producido algunos momentos difíciles, sin embargo, cuando han *querido* que sus sentimientos sean tenidos en cuenta, pero no lo han *exigido* se han sentido bastante bien, o por lo menos no tan mal. ¿Pueden pensar en algún momento reciente que haya sido duro y que todos ustedes *querían* pero no necesariamente *exigían* que sus sentimientos fueran tenidos en cuenta? ¿Podrían comentarlo entre ustedes y tratar de pensar en ese momento? Podría haber sido un momento aparentemente insignificante que se haya producido en el curso del día.

K: ¿Recordáis cuando quise ir a pasar la noche a casa de mi amiga Karen? Os pregunté estando los dos. Mamá, tú no dijiste nada pero tú, papá, preguntaste, “¿Qué hay del baño?” y dijiste que no había acabado con mis tareas.

J: Lo recuerdo.

K: Papá, tú no levantaste la voz, ni te pusiste como loco para decirme que acabara mis quehaceres. Lo dijiste de un modo agradable, como queriendo decirme que los acabara.

J: Lo recuerdo. Creo que pensé que era una petición razonable siempre que completaras tus responsabilidades antes de ir. Tú pareciste aceptar mi peti-

- ción y acabaste tus tareas felizmente y sin ninguna queja, que es lo que normalmente haces en situaciones similares. Sin las quejas, me sentí cercano a ti. Quiero decir que ese día pasamos una buena tarde. No sentí ni la hostilidad, ni la tensión que suelen ser habituales entre nosotros.
- D:** Parece que esos momentos no son demasiado frecuentes. Yo no dije nada y dejé que pasara o que hicieras las cosas a tu modo. Parecía que Katrice respondía mucho mejor. No sé por qué.
- J:** No discutí, ni se enfadó ni dijo nada del estilo “Oh, que egoísta eres, qué injusto eres”. Eso es lo que escucho muchas veces.
- T:** Donna, ha dicho que se sintió mejor en esta situación. Se retiró y permitió que John se preocupara de las cosas, pero también parece que usted y Katrice *querían* pero no *exigían* que sus sentimientos recibieran la consideración debida. ¿En qué estuvo pensando en ese momento?
- D:** Katrice estaba pidiendo algo bastante especial. La respuesta que le dio John era bastante justa. John responde muchas veces a las peticiones de Katrice de forma dura y en ese momento se mostraba agradable y casual, como ha dicho Katrice antes. Estaba pensando que la situación era justa. Si no hubiera pensado que la situación era justa, entonces hubiera tenido un problema. Pero no lo tuve. Fue realmente fácil evitar implicarme, porque él pensaba en los sentimientos de Katrice y no en los suyos.
- T:** Por lo tanto, ¿le agradaba ver a John mostrando consideración hacia los sentimientos de Katrice, y de una forma indirecta también hacia los suyos porque deseaba que él respondiera a la petición de Katrice de un modo agradable?
- D:** ¡Exacto!
- J:** ¿Katrice, recuerdas cómo miraste a mamá justo después de que te dijera lo que debías hacer? La miraste y ella sonrió. Era un tipo de sonrisa de apoyo, como “Tu padre tiene razón. Mejor que vayas y acabes tus tareas”.
- K:** No me acordaba de eso, pero ahora que lo dices, sí lo recuerdo.
- T:** John, acaba de describir algo que hizo Donna y que a usted le pareció que mostraba consideración hacia sus sentimientos. Usted pidió a Katrice que acabara sus tareas y pudo haberse quedado ahí, pero también miró a Donna para ver su respuesta.
- J:** Miré hacia ella, y así es que observé que Katrice la miraba. Sí, Donna estaba allí y no sentí que sólo fuera asunto mío. Sentí que estaba actuando en nombre de los dos. Yo tenía en cuenta cómo se sentía ella y ella estaba considerando cómo me sentía yo.
- T:** Es una bonita forma de describirlo. Donna, ¿le pareció que John estaba actuando en nombre de ambos?
- D:** Sí. Él no estaba en una esquina y yo y/o Katrice en otra. Otra forma de verlo es como si fuéramos un equipo, como debería ser una familia.
- J:** Sí.
- T:** Los tres parecen mucho más relajados y pacíficos ahora que al comienzo de la sesión. ¿Les parece que tener en mente el pensamiento “Quiero que mis

sentimientos sean tenidos en cuenta” en esa situación contribuyó a que se produjeran las siguientes respuestas?

Que John fuera capaz de responder inmediatamente a la solicitud de Katrice de forma amable.

Que Donna fuera capaz de permitir que John y Katrice se arreglaran solos, sin su implicación directa.

Que Katrice fuera capaz de escuchar y aceptar directamente la respuesta de su padre sin quejarse.

J: Sí, lo creo, y estoy mucho más relajado.

D: Me gusta cuando todos estamos de acuerdo.

K: A mí también.

Se ha identificado el A'B'C' a partir del informe sobre esa situación en la que se ha hallado una respuesta satisfactoria:

A' = La respuesta amable de John a la solicitud de Katrice y la escucha y aceptación de ésta de la respuesta mientras Donna permanece a un lado sin involucrarse.

B' = la creencia familiar de “Yo/nosotros queremos (pero no exigimos) que mis/nuestros sentimientos sean tenidos en cuenta”

C' = interacciones más satisfactorias y armoniosas entre los miembros de la familia. El debate (D) es iniciado por el terapeuta que desafía a Donna, John y Katrice para que analicen las posturas que han presentado al describir su ABC y A'B'C'. En primer lugar el terapeuta formula la duda sobre la rigidez de la creencia familiar que acompaña a sus soluciones insatisfactorias y a las consecuencias conflictivas. Esto se logró inicialmente con sólo introducir un punto de vista alternativo; es decir, que recientemente se había producido una situación en la que *querían* pero no *exigían* la consideración de sus sentimientos individuales. El debate se mantiene comparando los beneficios específicos que aporta la creencia familiar más racional que acompaña a los momentos de excepción A' y C' con las quejas de los momentos de conflicto A y C que acompañaban a la creencia familiar irracional. El objetivo es ser conscientes del efecto favorecedor del B' racional.

T: Acaban de describir una situación en la que todos ustedes estaban pensando a solas en lo mismo, “*Quiero* que mis sentimientos sean tenidos en cuenta”. Por favor, observen que estoy subrayando el “quiero”. Todos ustedes expresaban satisfacción con esa situación, y la tensión que frecuentemente experimentan en situaciones similares, si es que existió, o desapareció o no surgió. Esto puede contrastarse con una situación más problemática que han descrito anteriormente y en la que todos ustedes estaban pensando, “Mis sentimientos *deben* ser tenidos en cuenta”. Aquí observen que estoy subrayando el “deben”. Entonces había mucha tensión emocional, incomodidad y acciones negativas. En consecuencia y volviendo al objetivo de la terapia, me gustaría preguntarles cuál de las creencias es más beneficiosa para ustedes: “*Quiero* que mis sentimientos sean tenidos en cuenta” o “Mis sentimientos *deben* ser tenidos en cuenta”.

- J: Bueno, yo diría que cada vez que entramos en los “debes”, esa dinámica exigente es motivo de problema.
- D: Sí, es una forma interesante de verlo. Yo no pensé exactamente, “Bueno, *quiero* que mis sentimientos sean tenidos en cuenta” pero lo experimenté sin ser consciente de ese pensamiento.
- K: Después de eso nos sentíamos de forma diferente. Quiero decir que entre los tres estábamos de forma diferente.
- J: Sí. Fue agradable. Realmente agradable.

Tras el debate satisfactorio, el terapeuta avanza a la presentación (E) para facilitar a la familia el ensayo, la revisión y la confirmación paso a paso del modo en que se aplica su creencia familiar racional. Se ayuda a John, Donna y Katrice a interactuar en la sesión sobre el modo en que pueden usar lo entendido a lo largo de la semana en familia. La presentación ofrece además la oportunidad de confirmar la voluntad y la habilidad de la familia para adoptar una postura más racional inherente a su creencia familiar que han reconocido como más beneficiosa.

- T: Donna, describe su opinión sobre la situación, su experiencia, de un modo muy poético. Ha usado la expresión “interesante” y le preguntaría, dado el interés, si el posible anticipar una escena que se producirá durante la siguiente semana. ¿Es posible que se produzca alguna situación tensa entre ustedes?
- D: Bueno, la más frecuente es aquella con la que tenemos tantos problemas: conseguir que cenemos los tres juntos.
- T: John y Katrice, ¿imaginan ustedes también que en esa situación experimentarán tensión en la familia?
- J: El hecho es que Katrice no presta atención, se retrasa y no llega a cenar. Lo mismo ocurre por las mañanas cuando trato de que se levante para ir al centro. No escucha y al final tengo que gritarle para que lo haga y no es agradable.
- T: Fíjese en lo que ha dicho ahora: “Tengo que gritarle para que lo haga”. Parece como si estuviera retrocediendo al pensamiento de, “¡Mis sentimientos *deben* ser tenidos en cuenta y respetados absolutamente!”.
- J: Sí, sospecho que ésa es una creencia firme en mí. Quiero decir que éste es un patrón que hemos tenido durante mucho tiempo.
- T: Permítanme volver atrás, a la cena. Parece como si fuera un momento tenso que todos ustedes ven como problemático. ¿Podría sugerirles a los tres que establezcan el pensamiento “Quiero que mis sentimientos sean tenidos en cuenta” en su mente con firmeza? Una vez más, subrayaría el “quiero” en oposición al “debe”. ¿Podrían comentar ahora cómo llevar esto a la práctica a la hora de la cena? ¿Qué tal si –hoy no... no sé cuál es su planificación de las cenas -, pero quizá mañana? ¿Podrían comentar esto teniendo presente y con firmeza el pensamiento en mente? “Quiero, pero no debo lograr, que mis sentimientos sean tenidos en cuenta”.

- K:** Sabes, papá, creo que por fin te oigo decir que mis retrasos te estaban volviendo loco. Quizá si lo decidiéramos de antemano, podrías decirme a qué hora se va a cenar y si me llamarías, sin esperar que lo haga mamá. Creo que podré llegar antes, sabiendo lo importante que es para ti.
- J:** Recibirás un mensaje claro. ¿Te sentirás bien si lo hago yo?
- K:** Creo que si es claro, entonces es lo esperado. A mamá no le importa llamarme varias veces antes de que me sienta a la mesa.
- J:** Donna, creo que sería mejor que nos dijeras si crees que ignoramos tus sentimientos, que tú también estás de acuerdo en que yo lo haga de este modo.
- D:** Probablemente tienes razón.
- T:** Entonces, está tratando de ser más considerada hacia los sentimientos de los otros al mismo tiempo que desea que los suyos sean también reconocidos, ... ¿Es eso lo que decía?
- D:** Sí. Lo siento de esa forma.
- T:** ¿Y John y Katrice?
- J:** Sí. Seguro. Creo que será fabuloso. Me gustaría probarlo.
- K:** A mí también.
- T:** ¿Cuándo creen que podrán empezar con eso?
- J:** Bueno, esta noche salimos a cenar. Supongo que mañana a la noche.

John, Donna y Katrice siguieron en terapia durante 3 sesiones más, en total necesitaron 6 sesiones. Durante la sexta sesión, decidieron en grupo que habían alcanzado suficientemente el objetivo establecido, sus criterios se habían satisfecho relativamente y la queja que habían presentado estaba suficientemente resuelta. Los criterios utilizados para calificar y cuantificar los informes de los miembros fueron los siguientes:

1. Cada vez usaban más la creencia B' ("quiero") que emanaba de las excepciones identificadas durante las presentaciones desarrolladas en las sesiones.
2. Cuando se les preguntaba, "¿Qué ha estado ocurriendo que explique los cambios que ha visto?", atribuían los cambios experimentados a utilizar el B' en sus interacciones mutuas con más frecuencia y un modelo más conscientemente planeado.
3. Todos manifestaban comportarse activamente y sentir de un modo que caracterizaron como más satisfactorio y armonioso.

CONCLUSIÓN

Cualquier enfoque psicoterapéutico, implícita o explícitamente, sugiere el modo en que debería ser considerado en el contexto de otros puntos de vista. La REFT está concebido como una "perspectiva clínica". Como perspectiva esencialmente clínica y no académica o científica, la REFT está constituida por una serie en evolución de procedimientos clínicos, prácticos que presenta múltiples ventajas (Huber & Baruth, 1989).

Los sistemas familiares no necesariamente se comportan en base a palabras, acciones y emociones observables únicamente, sino en base a estas formas observables de la expresión humana y a las creencias encubiertas de los miembros de la familia, especialmente creencias sobre sus propias conductas y las ajenas. La REFT se interesa sobre todo por la contribución de la creencia familiar al conflicto presentado. Defiende que ciertos tipos de creencias son acompañantes cruciales en la existencia y persistencia de dificultades recurrentes así como en su resolución o alivio. Aquí se observa que *las creencias familiares no necesariamente coinciden con las creencias individuales de cada uno de los miembros de la familia; son una creencia "común" que influye sobre el modo de interactuar de la familia.*

Este último punto fue subrayado en la presentación del caso ilustrativo. John, Donna y Katrice, pensaban individualmente y respectivamente: "Donna debería ser más firme imponiendo disciplina a Katrice", "John debería ser menos autoritario al imponer disciplina a Katrice" y "Papá sólo piensa en sí mismo". La terapia racional tradicional propondría que estas creencias individuales recibieran primacía en el tratamiento (DiGiuseppe & Zeeve, 1985). La REFT, por contraste, concede primacía al tratamiento de la creencia familiar compartida. En el caso presentado, la creencia era "Mis sentimientos individuales *deben* ser considerados". Desde una perspectiva clínica, es preferible simplificar el proceso de tratamiento reduciendo el número de variables (i.e., creencias) a considerar (Huber & Backlund, 1991). De esto se deriva una mayor eficacia y efectividad en el medio inmediato del tratamiento y el recuerdo a largo plazo de las cogniciones críticas.

Aunque la REFT presupone pragmáticamente la primacía de las creencias familiares en el tratamiento, no asume que estas creencias sean el único centro de atención; la terapia familiar efectiva implica la consideración y manejo de algunos otros factores interrelacionados. Los ABC, A'B'C' y DE de la REFT alertan al terapeuta y a la familia de la importancia de ciertos elementos específicos del proceso. No sólo son importantes los elementos B y B', también lo es la evaluación de A, C, A' y C' y a continuación la implicación en D y en E. Todos estos elementos son críticos. Se producen todos simultáneamente en las interacciones que constituyen el funcionamiento familiar desde la perspectiva de sistemas.

El caso presentado en este capítulo subraya sobre todo la identificación REFT del B' racional así como la investigación del A' y C' acompañantes de los momentos de excepción. El terapeuta trabajó desde el presupuesto REFT de que la familia presentaba áreas de competencia a las que podrían acceder para obtener información sobre los problemas expresados. Se supuso que había "momentos de excepción" en los que John, Donna y Katrice interactuaban mutuamente de un modo caracterizado por una creencia familiar más racional. Esta creencia, sus soluciones más satisfactorias y las consecuencias emocionales y conductuales satisfactorias que las acompañaban, había sido pasada por alto ante la creencia irracional absolutista de la familia, sus soluciones insatisfactorias recurrentes y el consecuente malestar emocional y conductual. En este sentido, desde una perspectiva clínica, es obvia la

validez y la posibilidad de simplificar el proceso utilizando las destrezas y conocimientos que ya están en el repertorio familiar (Huber & Driskill, 1993). Una vez más se favorece la eficacia en el medio terapéutico y la identificación más inmediata de las cogniciones críticas.

13

REBT y su Aplicación a la Terapia Grupal

Albert Ellis

En 1949 comencé con la práctica grupal en el Centro Diagnóstico del Estado de Nueva Jersey con adolescentes cuando aún desarrollaba psicoanálisis y obtuve resultados razonablemente buenos haciendo que mis clientes delincuentes se abrieran y revelaran sus inquietudes. Les ayudaba a aceptar la responsabilidad de sus actos delictivos, a trabajar con otros miembros del grupo, a entenderse y a ejecutar algunos cambios útiles. Pero pronto descubrí que la terapia psicoanalítica grupal, como la psicoterapia psicoanalítica individual, no era eficaz por varias razones:

1. Se centraba en el pasado de las personas, especialmente en la fase inicial de la infancia, asumiendo erróneamente que *eso* les había trastornado.
2. Les proporcionaba explicaciones falsas para su neurosis (y otros problemas de personalidad), especialmente la idea de que las experiencias activadoras (As) desafortunadas o traumáticas les provocaban las consecuencias neuróticas (Cs), independientemente de lo que creyeran (B) sobre dichos As.
3. Examinaba obsesivamente sus relaciones de “transferencia” con sus terapeutas y otros miembros del grupo y suponía que éstas estaban causadas por las relaciones profundas previas de la infancia.
4. Deificaba la expresión de los sentimientos de los miembros del grupo y defendía erróneamente que si establecían un contacto pleno con estos sentimientos y los expresaban honestamente, ganarían la aprobación de los otros y minimizarían sus graves fobias, depresión e ira (Ellis, 1962, 1968; Ellis & Harper, 1961, 1975; Yalom, 1985).

Durante los primeros años que trabajé en jornada completa en la Ciudad de Nueva York, e incluso cuando comencé con la práctica de la REBT con mis clientes individuales en 1955, seguí evitando la terapia grupal por sus habituales insuficiencias. Pero comprobé que un analista tenía a tres de mis clientes individuales en sus grupos, y que casi cada vez que acudían a sus sesiones grupales volvían más trastornados, mientras que en las sesiones individuales lograban el efecto contrario. Por lo tanto, en 1959, decidí iniciar mi primer grupo REBT; poco tiempo después contaba con 5 de estos grupos, cuya asistencia era semanal, y descubrí que para la mayoría de los clientes durante la mayor parte del tiempo, mi tipo de terapia grupal era más efectiva, a corto plazo, que la terapia individual, y mucho más efectiva que cualquier forma de psicoanálisis. ¿Por qué? Por múltiples razones:

1. En terapia individual, era yo quien confrontaba al cliente y le enseñaba el modo de confrontar sus creencias irracionales (Bs) contraproducentes. Pero en la terapia grupal, muchos otros miembros del grupo desarrollaban la confrontación activa y en consecuencia presenciaban una confrontación mejor y más fuerte.

2. En terapia individual, los clientes rara vez experimentaban que yo me refiriera a mis Bs (sobre todo porque nos centrábamos en ellos y en sus creencias irracionales). Pero en la terapia grupal tenían muchas más oportunidades de descubrir las creencias irracionales de otras personas, de confrontarlas activamente y por lo tanto de practicar la confrontación de irracionalidades similares a las propias.

3. En terapia grupal, todos los miembros del grupo pueden sugerir tareas mayores y mejores para cada uno de los restantes miembros.

4. Al aceptar las asignaciones para casa, los miembros del grupo son más propensos a ejecutarlos que en la terapia individual, porque tienen que referirse a ellos ante todo el grupo.

5. Cuando las personas se sienten muy acongojadas, lo que les sucede a menudo, podemos dirigir todos nuestros esfuerzos a lo que se están diciendo para ayudarse, en el aquí y el ahora, para deshacer su congoja y para trabajar en favor del alivio.

6. Las asignaciones y otros ejercicios emotivo-evocadores, que se usan con frecuencia en la terapia racional emotivo-conductual, pueden ejecutarse durante las sesiones sin esperar a que concluyan. De esta forma, en mis grupos se desarrollan ejercicios para vencer la vergüenza, de revelación de secretos, el asiento caliente, de adopción de riesgos, etc. en el curso de las sesiones grupales regulares y después los miembros pueden expresar sus sentimientos sobre dichos ejercicios y recibir el feedback del terapeuta y de los restantes miembros del grupo.

7. Los diversos métodos cognitivos, emotivos y conductuales que se usan comúnmente en la REBT individual también pueden aplicarse en la REBT grupal, y también en este caso, el feedback y las interacciones de los restantes miembros del grupo añaden efectividad a estos métodos.

8. La mayoría de las personas acuden a la REBT (y a otras formas de terapia) con problemas relacionales e interpersonales significativos. Como el grupo es una situación *social*, muchos de tales problemas pueden ser más apropiadamente evaluados y trabajados en el entorno grupal que en los tratamientos individuales (Ellis, 1982, 1990).

TIPOS DE GRUPOS REBT

La mayoría de mis grupos son pequeños, con sesiones semanales que duran unos 135 minutos cada una. Incluyen un máximo de 10 personas, porque las sesiones grupales de la REBT son más estructuradas que otros tipos de grupos y pueden incluir más de los seis u ocho miembros que establecen como límite otras terapias. Mis propios grupos incluyen hombres y mujeres, cuyas edades oscilan entre los 18 y los 70 años de edad, presentando problemas y trastornos de muy diversa naturaleza.

Sin embargo, en la clínica psicológica del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, también tenemos algunos grupos homogéneos en razón del sexo, para aquellas mujeres y hombres que prefieran revelar sus dificultades a personas de su mismo sexo. Tenemos también grupos de tiempo limitado –de entre seis u ocho sesiones– donde todos los miembros presentan un problema común como la dilación neurótica, la bulimia, los problemas relacionales, la ansiedad u hostilidad. Además, organizamos regularmente maratones racionales de 1 ó 2 días y grupos intensivos de 9 horas (con 50 o más personas al mismo tiempo).

Contamos también con el famoso seminario del viernes por la noche, “Problemas de la Vida Cotidiana” al que acuden más de 150 personas como audiencia y un miembro de nuestro equipo entrevista públicamente a un individuo voluntario y a continuación se abre el debate a todos los miembros de la audiencia que quieran participar (Dryden, Backx & Ellis, 1987; Ellis, Sichel, Leaf & Mass, 1989).

Organizamos también seminarios regulares de 4 horas, donde pueden participar entre 10 y 90 miembros, sobre temas especiales como el manejo de personas difíciles, los encuentros personales creativos, los trastornos de angustia, los trastornos por estrés postraumático y los problemas sexuales (Instituto de Terapia Racional-Emotiva, 1994).

SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS CONTINUOS

La participación de las personas en los grupos pequeños continuos del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York se decide después de que éstas hayan experimentado previamente alguna sesión de terapia individual. A menudo, los posibles miembros suelen disfrutar de varias sesiones individuales antes de sumarse al grupo y sólo cuando su terapeuta individual considere inoportuno el proceso grupal se les niega el ingreso en un grupo.

Si alguna persona deseara convertirse en miembro del grupo sin haber tenido antes las sesiones individuales, se le pide como mínimo una entrevista individual con fines de selección. Casi siempre se les permite participar en algún grupo, incluso aunque sufran una neurosis severa, padezcan un trastorno de personalidad

o muestren conductas psicóticas, siempre que no sean considerados excesivamente disruptivos o demasiado combativos. De este modo, las personas con compulsión a hablar, que a menudo presentan estallidos de ira hacia otros miembros del grupo, que son demasiado narcisistas, que llegan al grupo bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, que no pueden seguir los procedimientos normales del grupo o que requerirían demasiado tiempo grupal o que serían perjudiciales para los miembros restantes, no son admitidas. Si, de algún modo, logran entrar en alguno de mis grupos, se les trata debida y firmemente y se les enseña a ser participantes más “normales” del grupo. La otra alternativa es sugerirles que acudan a terapia individual y que vuelvan cuando su terapeuta lo recomiende.

Algunos miembros son expulsados del grupo si violan sus reglas básicas, como por ejemplo el respeto a la confidencialidad fuera del grupo sobre cualquier cosa que se haya producido durante las sesiones. En mis años de experiencia desde 1959, y después de haber dirigido cientos de grupos con diferentes participantes, yo (en colaboración con otros miembros del grupo) sólo hemos expulsado a 10 personas. Sin embargo, muchos otros han participado tan pobremente en el grupo que ellos mismos espontáneamente han visto que no son miembros apropiados y lo han abandonado por propia iniciativa. Muchas veces, tras esto han acudido a terapia individual conmigo o con otro terapeuta del Instituto.

PROCEDIMIENTO DE LAS SESIONES REGULARES EN PEQUEÑOS GRUPOS

Las sesiones REBT en pequeños grupos pueden organizarse de diferentes modos y aún así seguir siendo efectivas. Yo dirijo mis cinco grupos semanales del siguiente modo. Normalmente inicio cada sesión preguntando a cada miembro, uno cada vez, si ha ejecutado la tarea acordada la semana anterior en el grupo (dispongo frente a mí de un listado de las tareas). En caso negativo, preguntó “¿Por qué?” Busco las creencias irracionales, disfuncionales que probablemente le impidieron llevar a cabo la asignación, como: “Es demasiado duro de hacer. *Debería* mejorar sin hacerlo”, o “Tengo que demostrarme a mí mismo y al grupo que lo hago maravillosamente”. Yo y otros miembros del grupo confrontamos la baja tolerancia a la frustración y perfeccionismo de esta persona y la animamos a ejecutar la tarea para la siguiente sesión y/o modificarla o añadirle algún otro aspecto.

Después preguntamos al miembro qué molestias se han producido durante la semana, qué creencias irracionales han acompañado a tales molestias, qué ha hecho para confrontarlas, qué otras técnicas REBT ha usado, qué progreso o falta de progreso se ha producido, qué es lo que convendría hacer ahora, etc. Si el grupo trabaja bien, yo no soy el único que pregunta, desafía y anima a cada miembro sino que los miembros restantes también lo hacen, y la interacción que se produce es mucho más agradable y jocosa.

Para el final de la sesión, se han comprobado las tareas de todos los miembros presentes, han comentado los problemas existentes u otros nuevos, han compro-

bado que sus creencias irracionales son muy similares a las de sus compañeros, se han confrontado entre sí, se les ha ayudado a comentar otros métodos REBT que pueden emplear, se les ha animado a hablar con otros miembros del grupo y a ayudarlos y se les ha pedido que acepten otra tarea para casa.

Si concluye el tiempo antes de comentar algunos aspectos importantes, se anotan en el orden del día de la siguiente sesión como aspectos prioritarios (Ellis, 1992).

TÉCNICAS GRUPALES REBT

Como se ha señalado previamente, casi todas las técnicas REBT regulares se usan algunas veces en las sesiones de terapia grupal, así como algunos ejercicios propios de interacciones que están especialmente diseñados para los procesos grupales. A continuación se describen algunas de las técnicas que se han demostrado útiles.

Técnicas cognitivas de la REBT

Confrontación activa. Todos los miembros aprenden los ABCs de la REBT, se les enseña a localizar sus *debes* y *deberías* contraproducentes, absolutistas, su tendencia a catastrofizar, sus “No puedo soportar esto”, su autocrítica y menosprecio, sus sobregeneralizaciones y otras inferencias y atribuciones disfuncionales y se les enseña a confrontar éstas con desafíos empírica, lógica y pragmáticamente útiles. Como se ha señalado anteriormente, reciben mucha práctica en la confrontación de las irracionalidades ajenas así como en las propias (Bernard, 1991, 1993; Dryden, 1994; Dryden & DiGiuseppe, 1990; Ellis, 1962, 1973, 1985, 1988; Ellis & Dryden, 1996; Ellis & Grieger, 1977, 1986; Ellis & Harper, 1975; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992; Yankura & Dryden, 1990).

Auto-afirmaciones de manejo racionales. En el grupo y en la vida fuera del mismo, se anima a los miembros del grupo a preparar creencias racionales y afirmaciones de manejo que sustituyan sus creencias irracionales, y a que sigan usándolas continuamente hasta que las crean firmemente o actúen sobre la base de las mismas. Tales auto-afirmaciones pueden basarse en hechos y ser motivadoras (e.g., “Soy capaz de tener éxito en este trabajo, y trabajaré duro para demostrar que puedo hacerlo”) o preferiblemente, pueden ser más filosóficas (e.g., “Me encantaría tener éxito pero no tengo por qué lograrlo; si no lo hago no soy un individuo fracasado ni inútil”) (Dryden, 1994; Ellis, 1957, 1988; Yankura & Dryden, 1990).

Buscar referentes. Los miembros del grupo pueden elaborar un listado de las desventajas reales de sus adicciones peligrosas (e.g., fumar) y un listado de las ventajas reales derivadas de la modificación de sus conductas disfuncionales (e.g., dilación o evitación de las relaciones sexuales o afectivas). Pueden revisar y meditar sobre este listado repetidas veces a lo largo del día (Danysh, 1974; Ellis & Velten, 1992).

Modelado. Se anima a los participantes a reproducir la conducta sana del director, de otro miembro, de amigos o familiares o de otros buenos modelos que hayan oído o visto (Bandura, 1986; Ellis & Abrams, 1994).

Tareas cognitivas. Los miembros utilizan los ABCDEs de la REBT, observan algunas de sus adversidades (As), adivinan sus creencias irracionales, las confrontan (en D) y llegan a una nueva filosofía efectiva (E). Lo hacen, bien mentalmente o bien con ayuda de uno de los formularios de auto-ayuda RET (Sichel & Ellis, 1984).

Técnicas psicoeducativas. Los miembros del grupo utilizan libros de lectura, libros de ejercicios, grabaciones y otros materiales de auto-ayuda REBT para comprender y reforzar su trabajo REBT cognitivo, emotivo y conductual (Ellis & Abrams, 1994; Ellis & Lange, 1994; Ellis & Velten, 1992).

Proselitizar. Se anima a los miembros a probar la REBT para ayudar a otros miembros, así como a sus familiares y amigos para superar sus creencias irracionales y, en consecuencia, para superar sus propios trastornos (Ellis & Abrahms, 1978).

Grabación de sesiones terapéuticas. Se pueden grabar fragmentos de la sesión en la que unos miembros tratan de ayudar a otro con sus problemas personales, y éste puede escuchar estas grabaciones durante la semana (Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Velten, 1992).

Reencuadre. Se enseña a los miembros a observar los As desafortunados para que puedan ver que también conllevan aspectos favorables. Aprenden a aceptar el reto, cuando se produce un A “malo”, a preocuparse o frustrarse sanamente en lugar de sentir pánico o deprimirse insanamente (Ellis, 1985, 1988).

Técnicas emotivas de la REBT

Auto-afirmaciones de manejo vigorosas. La REBT supone que los miembros del grupo (y otras personas) defienden firmemente sus creencias irracionales y por lo tanto, les conviene pensar, sentir y actuar contra ellas con vigor y fuerza (Ellis, 1969b; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Harper, 1975). Entre sus métodos emotivo-evocadores se encuentra el uso de las auto-afirmaciones de manejo vigorosas como, “¡NUNCA, NUNCA necesito lo que quiero! ¡SÓLO lo prefiero!”. “¡SIEMPRE puedo aceptarme, como persona, incluso aunque haya cometido alguna estupidez!” (Bernard & Wolfe, 1993; Ellis, 1985, 1988; Ellis & Abrahms, 1978; Ellis & Velten, 1992).

Imaginación racional emotiva. Maxie Maultsby, Jr., un psiquiatra REBT, creó la imaginación racional emotiva en 1971, a la que añadí más elementos emotivos y conductuales (Ellis, 1993; Maultsby, 1971; Maultsby & Ellis, 1974). Los miembros del grupo practican la imaginación racional emotiva durante las sesiones grupales y como tarea para casa, imaginando una de las peores cosas que les podría suceder, (e.g., siguiendo con el fracaso), permitiéndose sentir el trastorno

provocado por esta imagen en toda su plenitud (e.g., pánico), pronunciando implosivamente este sentimiento de trastorno y después trabajando sobre su sentimiento, para poder llegar a disponer de sentimientos negativos apropiados o sanos (como la pena, la decepción o la frustración). Pueden hacer esto diariamente durante 30 días (normalmente esta actividad suele requerir entre uno o dos minutos) hasta que experimenten automáticamente sus sentimientos negativos cuando imaginan, o encuentran casualmente, sucesos igualmente “horribles”.

Interpretación de roles. Los miembros del grupo interpretan roles en compañía de otros miembros o con el terapeuta, como por ejemplo cuando uno interpreta el rol del entrevistador y el otro del entrevistado. Durante este tipo de ejercicios de ensayo de conducta, el resto del grupo comenta los aspectos favorables de la intervención del miembro y sugiere formas para la mejora de los aspectos menos favorables. Si alguna de las dos personas que interpreta algún rol muestra ansiedad, se detiene temporalmente la interpretación y se pide a esta persona que comente cuáles eran sus pensamientos de los que se derivaba la ansiedad y qué otros pensamientos podrían ser más útiles en esta situación (Corsini, 1957; Ellis & Abrahms, 1978; Moreno, 1990).

Interpretación de roles inversos. Un miembro del grupo adopta la creencia irracional de otro (e.g., “¡Fulanito debe quererme siempre completamente!”) y lo defiende rígida y vigorosamente mientras interpreta el rol irracional de otro miembro. La persona con la creencia irracional tratará de convencer a quien defiende su creencia de que ésta es irracional (Ellis & Abrahms, 1994; Ellis, Abrahms & Dengelegi, 1992).

Confrontación grabada. Un miembro del grupo graba una creencia irracional como asignación para casa (e.g., “Todo el mundo siempre tiene que tratarme con justicia”) y a continuación la confronta vigorosamente mientras graba dicha confrontación. Los miembros restantes escuchan la grabación para ver si es realmente racional y con qué vigor lo hace (Ellis, 1985, 1988).

Uso del humor. Se enseña a los miembros a no tomarse a sí mismos, ni a sus errores con excesiva seriedad y a rebatir con humor las creencias irracionales de los restantes miembros (¡pero sólo para comentar o reírse de las ideas y conductas de las otras personas y no para denigrar a la persona misma!) (Ellis, 1977a, 1977b). Los miembros de los grupos REBT del Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York reciben un listado de canciones de humor para cantarlas ante las situaciones de pánico, depresión o furia. Todo el grupo, a modo de ejercicio, puede cantar éstas u otras canciones de su propia creación.

Métodos relacionales. Los miembros reciben la aceptación incondicional del terapeuta independientemente de lo mal o egoístamente que se comporten, y se les enseña a darla a los restantes miembros del grupo y a las personas ajenas al grupo. Se les ayuda a relacionarse mejor con las personas de su entorno cotidiano y a menudo en el grupo se organizan sesiones de entrenamiento en habilidades

sociales o interpersonales (Dryden, 1994; Ellis, 1957, 1973; Ellis & Harper, 1975; Franklin, 1993; Hauck, 1992; Mills, 1993).

Motivación. Se anima a los miembros a motivar a otros miembros a pensar, sentir y actuar menos problemáticamente y con más alegría, y a ejecutar sus tareas terapéuticas incluso cuando son difíciles y arduas (Ansbacher & Ansbacher, 1956; Ellis, 1957, 1991; Losoncy, 1980).

Ejercicios de encuentros. Los miembros del grupo reciben ejercicios de encuentros en su grupo regular y en los maratones especiales organizados para ellos una o dos veces a lo largo del año. Se organizan también algunos seminarios intensivos para quienes quieran participar en ejercicios de grupo a gran escala (Ellis, 1969b, 1992; Ellis, Sichel, Leaf & Mass, 1989).

Técnicas conductuales de la REBT

Desensibilización in vivo. Se anima a los miembros del grupo a ejecutar algunas actividades no peligrosas que temen neuróticamente, como dar una conferencia en público o hablar con desconocidos, así como a usar muchos otros métodos conductuales activos de la REBT. Se les anima a usar la exposición a escenas traumáticas del pasado y del presente con el fin de encarar y trabajar a través del horror producido al imaginar o pensar en los traumas de sus vidas, particularmente si padecen trastornos de estrés postraumático u otras formas de angustia (Bernard, 1991, 1993; Dryden, 1994; Ellis, 1962, 1994; Ellis & Abrahms, 1994; Ellis & Velten, 1992; Moore, 1993; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992).

Evitación del alejamiento de los sucesos "horribles". Cuando los miembros del grupo consideran que algún otro miembro es "horrible" y reaccionan exageradamente ante él, se les anima a no abandonar el grupo hasta que modifiquen sus sentimientos de ira u horror y a seguir practicando a pesar de la "terrible" situación en la que se encuentran. Una vez que dejan de estar tan molestos, se les recomienda decidir *entonces* si les conviene o no les conviene tolerar la permanencia en un grupo con miembros "horribles". Del mismo modo, a menudo se les anima a no salir corriendo ante la presencia de personas "malas" ajenas al grupo hasta que no modifiquen su ira o su "No puedo soportar esto" sobre la compañía de dichas personas (Ellis & Abrahms, 1978).

Uso del refuerzo. Con un gran componente conductual, la REBT enseña a los miembros del grupo a reforzarse apropiadamente haciendo algo que les permita disfrutar sólo cuando hayan hecho algo oneroso que evitan neuróticamente. En el mismo grupo pueden hablar de sus problemas sólo *después* de haber tratado de ayudar a otros miembros con sus dificultades (Ellis, 1969a, 1982, 1990).

Uso de castigos. Muchos clientes no detendrán su conducta adictiva o compulsiva porque produce placer o refuerzo a muy corto plazo, y no la modificarán por un refuerzo normal. De este modo, no dejarán de fumar o beber en exceso a cam-

bio de poder leer o ver televisión. En consecuencia, la REBT anima a algunos miembros del grupo a penalizarse severamente por sus indulgencias destructivas –por ejemplo, aguantar durante una hora a una persona pesada cada vez que gasta dinero jugando a las máquinas tragaperras o encender cada cigarrillo que fuma con un billete de 2.000 pesetas. Los clientes también animan a otros miembros del grupo a ejecutar los castigos y a monitorear que los hacen (Dryden, 1994; Ellis & Abrahms, 1994; Ellis, Abrahms & Dengelegi, 1992; Ellis & Velten, 1992).

Entrenamiento en habilidades. Los miembros del grupo aprenden muchas veces destrezas interpersonales importantes o específicas durante las sesiones grupales, por ejemplo, aprenden a escuchar a los otros, a aceptarlos con su conducta, a comunicarse abiertamente con ellos y a establecer relaciones con estas personas. Se fomenta también su participación en grupos de entrenamiento en habilidades sociales y su uso fuera del grupo (Ellis, 1976, 1977c).

Prevención de recaídas. Se enseña a los miembros del grupo a prevenir las recaídas, a aceptarse como personas a pesar de recaer y a acudir a los pensamientos, sentimientos y conductas que les sean favorables. Para hacerlo, se les enseñan los métodos de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1989) y otras técnicas y métodos REBT cognitivo conductuales (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1988; Ellis, 1992; Ellis & Velten, 1992).

PROCESOS DE LA TERAPIA GRUPAL REBT

Varios teóricos y profesionales de la salud mental han descrito los procesos que atraviesan los grupos terapéuticos y sus directores, o que se supone que deberían atravesar (Bennett, 1984; Lazarus, 1968; Rogers, 1980; Rose, 1980; Upper & Rose, 1980; Yalom, 1985). Algunos de estos procesos se subrayan en los grupos REBT y otros no. Analicémoslos desde la perspectiva de los comentarios previos (Ellis, 1992) que a continuación revisaré y actualizaré.

Transferencia

La REBT contempla la transferencia, en principio, como una sobregeneralización. Como los miembros del grupo fueron maltratados una vez por sus padres y bien tratados por sus madres, pueden tender a colocar a todos los hombres del grupo en la misma categoría de su padre, pueden sentir hostilidad o indiferencia hacia los hombres y aproximarse a las mujeres. Pueden reaccionar (¡o no hacerlo!) ante el terapeuta como si se tratara de la figura paterna o materna y ante los otros miembros del grupo como hermanos. Esto son sobregeneralizaciones pero, salvo que sean extremas, no conducirán a serios problemas emocionales o conductuales. Como la REBT no se centra en este tipo de transferencia (como lo hace el psicoanálisis), no la busca obsesivamente ni, en consecuencia, la “encuentra” invariablemente.

Cuando se observan reacciones de transferencia normales y sin trastornos en mis grupos, yo normalmente las ignoro; pero si se agudizan y se convierten en reacciones trastornadas en el grupo mismo o en las vidas personales de sus miembros, los restantes miembros y yo mismo comentamos estas reacciones y analizamos lo destructivas que pueden llegar a ser y el modo de minimizarlas. Así, si Miriam evita las relaciones afectivas y sexuales porque su padre la rechazaba continuamente, le enseñamos que todos los hombres no son como su padre, que sensatamente puede escoger a un hombre diferente y que si comete un error y coincide con una pareja que es tan poco querible como su padre, eso no demuestra que ella necesite su amor, que no valga sin él, ni que nunca sea capaz de hallar una relación satisfactoria a largo plazo. El grupo y yo confrontamos su sobregeneralización inapropiada pero no su generalización normal.

Del mismo modo, si un miembro masculino deifica o sataniza al director del grupo (a mí), y me percibe como la figura paterna amada u odiada, comentamos sus inapropiadas reacciones de transferencia, le mostramos el pensamiento distorsionado que subyace a éstas y le animamos a adoptar pensamientos, sentimientos y conductas menos disfuncionales. Si una mujer se enfrenta a las mujeres del grupo como si compitiera con sus hermanas, mencionamos su transferencia y las cogniciones irracionales que subyacen a su conducta y le enseñamos a romper su reacción rígida de ver a todas las mujeres como a sus hermanas.

El término *transferencia* también se usa en psicoterapia para denotar la relación estrecha que normalmente se desarrolla entre los clientes y su terapeuta. He observado que en mis grupos se producen tales factores relacionales, pero no con la misma intensidad con que se producen en los clientes de terapia individual. Sin embargo, la REBT defiende que el terapeuta preste atención al cliente, muestre un interés real por ayudarlo a resolver sus problemas y, especialmente, que le proporcione lo que Rogers (1961) llama aceptación positiva incondicional y lo que yo denomino *aceptación incondicional* (Ellis, 1973, 1985, 1988; Ellis & Harper, 1975). Por lo tanto, aunque a menudo confronto conductas o creencias mostradas por los miembros del grupo, trato de mostrarles que realmente me intereso por ayudarlos, que me esforzaré por escucharlos, entenderlos y empatizar con ellos, que confío en que pueden mejorar a pesar de sus discapacidades, que puedo tomarme a risa sus irracionalidades sin reírme de ellos y que les acepto plenamente como seres humanos falibles dejando a un lado lo mal que se comporten o piensen. Algunas veces también uso mi persona en las sesiones grupales y, en consecuencia, soy informal, me arriesgo y revelo algunos de mis propios sentimientos, hago chistes y cuento sucesos. De esta forma espero modelar conductas flexibles, cercanas y sanas.

Contratransferencia

Francamente, algunos de los miembros de mi grupo me gustan más que otros. Normalmente me suelen gustar menos los miembros que no son puntuales, que no muestran mucha consideración por los otros compañeros, que no eje-

cutan sus asignaciones para casa y que en el grupo actúan de un modo disruptivo. Cuando me descubro sintiendo de este modo, busco mi propia creencia irracional, “¡No *deberían* ser de esta forma y son unos auténticos indeseables por ser así!” Inmediatamente confronto esos sentimientos y me convengo a mí mismo “Actúan de esa forma mezquina porque su naturaleza les conduce a actuar de esa forma ahora mismo. Me disgusta lo que hacen, pero puedo aceptarlos con sus acciones desafortunadas.”

Mediante la reducción de mis *exigencias* a los clientes, supero en gran medida (aunque no completamente) mi contratransferencia negativa y soy capaz de manejar a los miembros “malos” del grupo más terapéuticamente. Algunas veces, dependiendo de la vulnerabilidad, los confronto y les digo honestamente “Trato de no odiarle, pero me disgustan algunas de sus conductas en beneficio propio, del grupo y especialmente en el suyo propio, espero que cambie”. Cuando me descubro favoreciendo a algunos miembros de mis grupos, me convengo de que no hay dioses ni diosas, y me esfuerzo por que me sigan gustando a título personal sin favorecerlos indebidamente en el grupo.

Métodos de intervención

La mayoría de mis intervenciones se producen con cada miembro individual mientras éste se está refiriendo al desarrollo de sus tareas para casa, al progreso realizado o a la falta de progreso, durante la presentación de sus nuevos problemas o de los viejos. Le hablo directamente, formulo preguntas, hago sugerencias, confronto sus pensamientos, sentimientos y conductas irracionales y sugiero tareas para casa. Mis intervenciones se refieren en su mayoría a su problema personal, especialmente a su vida exterior pero también a lo que dice y no dice en el grupo.

Muchas veces muestro a un miembro que sus acciones (o ausencia de las mismas) en el grupo pueden estar replicando sus conductas fuera del grupo. En este sentido, podría decir, “Johanna, habla tan bajo aquí que difícilmente podemos oír lo que dice. ¿Actúa del mismo modo en los grupos sociales? En caso afirmativo, ¿qué se está diciendo a sí misma para hablar tan bajo?”.

Mis intervenciones interpersonales incluyen los comentarios sobre las reacciones de los miembros entre sí, observaciones si alguien no habla ni interactúa con otros miembros, observaciones sobre sus reacciones cercanas u hostiles hacia los miembros del grupo, presentación de ejercicios relacionales que se pondrán en práctica durante las sesiones grupales, interacciones personales con algunos de los miembros y, especialmente, comentarios sobre las interacciones grupales que puedan mostrar el modo en que se sabotean a sí mismos en sus relaciones externas al grupo y la práctica en el entrenamiento de habilidades sociales que pueda ayudarles a relacionarse mejor en su vida social.

Mi intervención para el grupo en su globalidad consiste en la presentación de ejercicios cognitivos, emotivos y conductuales que se realizarán en el grupo, las tareas para casa que sean comunes a todos ellos, como los ejercicios para vencer a la vergüenza, una pequeña conferencia sobre alguna de las teorías o prácticas de

la REBT, explicaciones sobre algunos de los procedimientos grupales y comentarios sobre las ventajas y desventajas de estos procedimientos.

La mayor parte del tiempo, como se ha señalado anteriormente, intervengo en el ámbito individual, pero cuando se producen problemas interpersonales, como cuando dos o más miembros no se relacionan entre sí, entonces intervengo en dúos o tríos. Programo previamente las intervenciones del grupo en su totalidad pero algunas veces también fomento la espontaneidad si lo considero oportuno (o si mi espíritu me impulsa a hacerlo).

Atención a los procesos grupales

La mayor parte del tiempo de mis sesiones grupales se destina a contenidos individualizados. Yo asumo que los miembros del grupo acuden a terapia a trabajar sobre sus propios problemas y sobre todo a mejorar sus vidas externas al grupo. Por lo tanto, les induzco a hablar sobre las cosas que les preocupan en sus relaciones interpersonales, con ayuda del grupo, trato de mostrarles que están provocando su propio malestar en sus vidas cotidianas y lo que pueden hacer para pensar, sentir y actuar más sanamente.

La finalidad de la terapia REBT grupal e individual es enseñar a los clientes que no sólo se evalúan y culpan por lo que hacen sino que además se menosprecian por hacerlo, que también evalúan la conducta de los otros y los critican por sus “malas” conductas y que prestan atención a las dificultades de su entorno y las lamentan (externa e internamente) en lugar de esforzarse constructivamente por cambiarlas o evitarlas. Por lo tanto, cada vez que los miembros del grupo plantean cualquier problema exagerado o indebido y se sienten insanamente angustiados, deprimidos, enfurecidos (en lugar del sentirse sanamente tristes, decepcionados y frustrados) ante un suceso desafortunado, los restantes miembros y yo nos esforzamos por enseñarles qué es lo que están haciendo que les provoque ese malestar, cómo pueden detener este proceso y cómo organizar y actuar para lograr una experiencia más satisfactoria y feliz. Cuando se hallan “sobre el escenario” del grupo, casi todos los miembros restantes se centran en ellos y en sus dificultades y tratan de ayudarles a superarlas en el grupo mismo y en el mundo externo al grupo. Por lo tanto, la mayor parte del tiempo de cada sesión se destina al manejo de los problemas individuales de los miembros.

Sin embargo, si un miembro plantea un problema relacionado con el grupo mismo, éste se maneja específicamente y de forma grupal. En este orden, si un miembro sigue llegando tarde o se ausenta gran parte del tiempo, bien yo u otro miembro plantea este aspecto en el grupo y hablamos al miembro sobre este particular. Determinamos, por ejemplo, por qué llega tarde, qué filosofías nucleares le motivan a hacerlo, de qué modo se perjudica a sí mismo y a los miembros restantes con su tardanza, de qué modo podría cambiar y qué tipo de tarea para casa accederá a ejecutar. Al mismo tiempo se comenta el problema general de la impuntualidad –su relación con el grupo y con las vidas externas de sus miembros– y se manifiesta que la impuntualidad es perjudicial para los miembros restantes y el modo en que interfiere con el proceso de cohesión y mejora del grupo.

Del mismo modo, si un miembro del grupo sólo habla sobre sus propios problemas y no se arriesga a hablar de los otros, confrontando los pensamientos o conductas contraproducentes de éstos y proporcionándoles sugerencias para el cambio, se cuestiona su actitud y se le comenta que se está bloqueando en el grupo, y el modo y las razones que le conducen a comportarse de un modo similar en la vida externa. Pero también se plantea el problema general de que los miembros sean excesivamente reservados o, algunas veces, demasiado parlanchines en el grupo y se anima a varios miembros a hablar frente al grupo sobre este problema y a dar sus ideas sobre el modo de fomentar la eficacia del grupo si todos los miembros hablaran apropiadamente en lugar de decir demasiado o demasiado poco.

Además, si el grupo en su totalidad parece no funcionar apropiadamente –por ejemplo, siendo aburrido, no interesante, apático o demasiado excitado– planteo la cuestión, les animo a que lo comenten, a que formulen sugerencias de actuaciones alternativas y controlo estas sugerencias posteriormente para ver si se implementan o no. De vez en cuando repaso algunos de los principios generales REBT, como la teoría de que son las personas quienes provocan su propio malestar y no se les hace que lo sientan, para comprobar que los miembros en su conjunto entienden estos principios y están preparados para usarlos durante las sesiones y en la vida cotidiana.

Sigo buscando señales de aspectos subyacentes que no se manejen debidamente en el grupo. Algunas señales son los miembros que sólo se interesan por sus propios problemas y no así por los de los miembros restantes, que no están atentos durante la sesión, que son excesivamente negativos hacia los restantes miembros, que sólo dan consejos prácticos a sus compañeros sin confrontar sus ideas irracionales, que se muestran demasiado sociales y no suficientemente serios sobre sus propios problemas y los ajenos, que se marchan antes del comentario final del grupo, que se produce justo después de que haya concluido la sesión regular y que suele estar dirigido por uno de mis asistentes y que hacen “subgrupos” o interrumpen rudamente a otros mientras seguimos con el proceso del grupo. Normalmente intervengo poco tiempo después de que se hayan observado estas manifestaciones, y las planteo bien con el individuo que está interfiriendo en el proceso grupal o con el grupo en su conjunto.

Mi estrategia de intervención suele ser normalmente directa y confrontadora. En este sentido, puedo decir, “Jim, usted siempre plantea sus propios problemas en el grupo y parece no tener dificultades para referirse a ellos. Pero rara vez le he oído decir nada a los restantes miembros del grupo sobre los problemas de éstos. Cuando permanece sentado en silencio mientras hablamos los restantes, sospecho que debe estar diciéndose una gran cantidad de cosas que no está comentando al grupo. ¿Cree que tengo razón? Y si la tengo, ¿qué es lo que se dice a sí mismo que le impida hablarnos a nosotros?”.

Una intervención más general pero también directa, puede ser del tipo a: “Últimamente, varios de ustedes no están realizando las tareas asignadas o las hacen con poco entusiasmo. Hablemos de ello y veamos si mis observaciones son

correctas y, en caso afirmativo, qué es lo que podemos hacer para que las tareas sean más útiles y para organizar el modo de respetarlas con más asiduidad.”

Si el proceso grupal sigue un ritmo apropiado y los miembros trabajan de forma equilibrada y sistemática sobre sus problemas, tanto dentro como fuera del grupo, mis intervenciones son relativamente escasas con relación al proceso grupal. Pero a menudo cuestiono, desafío, recomiendo y confronto a los miembros sobre sus problemas individuales. Me comporto como un maestro activo, confrontador, persuasor, animador, presentador de sugerencias y normalmente hablo más que los miembros restantes durante algunas sesiones determinadas. Trato de cuidar, sin embargo, que mis intervenciones no sean conferencias, que no monopolizo la atención durante demasiado tiempo. Por lo tanto, mis preguntas y comentarios son frecuentes pero breves.

Aunque pueda dirigir a solas cualquiera de mis grupos, como el Instituto de Terapia Racional Emotiva de Nueva York es un centro dedicado a la formación y prácticas de futuros terapeutas, normalmente suelo recibir la ayuda de un asistente en prácticas. Este director asistente está conmigo en el grupo durante la primera hora y media de cada sesión grupal y se encarga del grupo a solas durante los últimos 45 minutos. El director asistente está entrenado para llevar a cabo intervenciones activas-directivas, pero no para monopolizar la atención en ningún momento y para animar a los miembros del grupo a que sigan interviniendo. Algunos miembros de cada grupo suelen acabar interviniendo con relativa frecuencia, con mucho tacto intento corregirlos si veo que van demasiado lejos. Tanto el director asistente como yo solemos esforzarnos por animar a aquellos miembros que intervienen poco para que intervengan con mayor frecuencia y para que lo hagan refiriéndose a los problemas ajenos. Si son recalitrantes o resistentes a este respecto, a menudo les encargamos la tarea de hablar como mínimo tres veces en cada sesión sobre los problemas ajenos.

Continuamente trato de enseñar a los miembros que su conducta en el grupo refleja a menudo (aunque no siempre) sus conductas y problemas fuera del grupo. Así, si un miembro habla con dureza a otro miembro, yo le podría comentar, “Mary, parece estar furiosa con Joan en este momento. ¿Critica usted su conducta, con la que está en desacuerdo o, como me parece oírle, está criticándola a ella por mostrar tal conducta?”. Si Mary reconoce su ira hacia Joan, entonces le preguntamos, “¿Qué se está diciendo a sí misma que le haga sentirse furiosa con Joan?”. Si Mary niega que esté actuando con ira hacia Joan, entonces pregunto al resto del grupo, “¿Qué piensan y sienten los demás sobre las reacciones de Mary hacia Joan? ¿Estoy inventando su ira o ustedes también la perciben?”.

Entonces recogemos las reacciones del grupo hacia Mary, y si el grupo coincide en que se muestra furiosa hacia Joan, volvemos a la pregunta: “¿Qué se está diciendo que le haga sentirse tan furiosa?”. Los miembros restantes y yo trataremos de que Mary vea que está haciendo a Joan el mismo tipo de demandas que a éstos contra quienes siente ira.

Si Ted sólo ofrece consejos prácticos a los miembros restantes y nunca les ayuda a ver, ni a confrontar sus filosofías contraproducentes que les producen

malestar, mi asistente, un miembro del grupo o yo mismo podríamos decirle, “Mire, Ted, acaba de ignorar las demandas perfeccionistas de Harold que le impiden trabajar sobre la novela que trata de escribir, y en lugar de eso sólo le ofrece algunos consejos prácticos sobre el modo de apuntarse a un taller literario. A menudo parece hacer esto mismo en el grupo. ¿No es probable que en su vida cotidiana usted evite la búsqueda y la confrontación de sus creencias irracionales y que sólo busque formas prácticas para poder seguir actuando con esas irracionalidades sin necesidad de confrontarlas ni abandonarlas?”.

Trabajo en grupo con miembros difíciles

Un tipo de miembro difícil es aquél que interfiere el proceso grupal, como Mel, que interrumpía a los otros, les decía que eran bastante ineptos por no modificar sus conductas y que a menudo monopolizaba el grupo. Otros miembros y yo le comentamos esto varias veces, pero persistía en su conducta disruptiva. En consecuencia insistimos para que dejara de hacerlo y para que considerara qué es lo que estaba diciéndose cuando, por ejemplo, interrumpía a los demás.

Sus principales creencias *musturbatorias* parecían ser (1) “Debo manifestar inmediatamente lo que tenga que decir porque si no lo hago podría olvidarlo y no decirlo nunca, y eso sería terrible” y “Si mi intervención en el grupo no es más brillante que las demás, soy una persona inapropiada y podría cerrar la boca y no decir nada en absoluto.” Ayudamos a Mel a aprender el modo de confrontar y convertir estas ideas en preferencias, al mismo tiempo le asignamos la tarea de observar sus tendencias a interrumpir y a forzarse a hablar en el grupo sólo después de que permitiera a varios miembros hablar antes que él. Tras muchas otras sesiones, logramos mejorar su tendencia a interrumpir a los demás y comentó que estaba haciendo lo mismo en sus participaciones grupales y conversaciones individuales fuera del grupo.

Otro tipo de miembro difícil es aquél que rara vez completa las tareas de casa que ha acordado hacer o que las hace sólo ocasionalmente. Entonces, le pedimos que localice las ideas irracionales que sostiene abierta o tácitamente y que le impiden la realización de las mismas como, “Es demasiado difícil y no debería de ser tan difícil. Puedo mejorar sin hacerlo, aunque las otras personas tengan que hacer sus tareas. No voy a hacerlas”. Solemos ayudar a este miembro a localizar las creencias que sostiene y que le impiden hacer sus tareas, a elaborar un listado de las desventajas derivadas de no hacerlas y a repasar el listado como mínimo cinco veces al día, a confrontar sus creencias irracionales con fuerza y vigor, a que emplee auto-afirmaciones de manejo, a que use la imaginación racional emotiva para sentirse triste e incómodo pero no horrorizado ni rebelde por no haber hecho las tareas, a reforzarse siempre que las haga y quizá también a penalizarse cuando no las haga y a usar métodos REBT apropiados para detener sus pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales relacionadas con la ejecución de las tareas.

Otro tipo de miembro difícil es aquél que se muestra excesivamente pasivo, educado y no participativo. Normalmente no hago nada con relación a tal tipo de

miembro hasta que lleve en el grupo varias semanas y haya tenido suficiente tiempo para aclimatarse a sus procedimientos y a algunos de los principios REBT. Pero después le cuestiono directamente sobre su pasividad y falta de participación. Si reconoce estas conductas, le animo a analizar los pensamientos que lo bloquean y a confrontarlos activamente. Así, un miembro, Josephine, se decía a sí misma justo antes de que pensara en hablar, “¡Y si digo alguna estupidez! ¡Todos se reirán de mí! ¡Creerán que soy una idiota! Todos ellos son más listos que yo y saben mucho más que yo sobre la REBT. Nunca seré capaz de decir algo inteligente ni de ser útil a los miembros restantes. Mejor que deje el grupo y me acoja a la terapia individual donde me costará mucho menos hablar, porque sólo tendré que hablar de mí misma y no tendré que ayudar a los otros en sus problemas”.

En este caso, lo que hicimos fue confrontar entre todos las atribuciones e inferencias irreales y mostrarle que no necesariamente iba a decir alguna estupidez, que el grupo puede no reírse aunque la diga y que si sigue esforzándose, probablemente dirá algo inteligente y útil para los miembros restantes. Sin embargo, como siempre fuimos más allá –como casi siempre en la REBT– y enseñamos a Josephine que incluso si sucedía lo peor, incluso aunque hiciera algo estúpido, si el grupo se reía de ella, si todos ellos eran más listos y si nunca era capaz de decir algo inteligente o útil para los otros, eso no la convertiría en una persona inapropiada sino sólo en una persona que en ese momento se portaba pobremente y que podría aceptarse y respetarse.

Esto es lo que normalmente tratamos de lograr con los clientes difíciles que continuamente se menosprecian y critican y que, en consecuencia, casi continuamente se sienten deprimidos, angustiados o inútiles. Los miembros del grupo y yo seguimos mostrándole aceptación como ser humano falible, y que podía aprender a hacer lo mismo consigo misma. La terapia grupal REBT, como la terapia individual REBT, se orienta particularmente a ayudar a todos los clientes a auto-aceptarse incondicionalmente; es decir, a rechazar y tratar de modificar muchas de sus conductas disfuncionales pero siempre –sí, siempre– a aceptarse como seres humanos, independientemente de que actúen debida o indebidamente, reciban aprobación o desaprobación, sean o no queridos por los otros significativos.

Éste es uno de los puntos de vista cardinales de la REBT, y que muchas veces, aunque no siempre, es útil con los clientes difíciles. Este aspecto de la REBT es probablemente el más efectivo en la terapia grupal e individual porque a todos los miembros del grupo se les enseña a aceptarse a sí mismos y a los otros incondicionalmente.

Actividad del terapeuta y de los miembros del grupo

En la terapia cognitivo-conductual en general y en la REBT en particular, el nivel de actividad del terapeuta tiende a ser alto. Yo soy un maestro, que muchas veces enseña a sus clientes cómo provocan su propio malestar y qué pueden hacer para cambiarlo, pero también les animo y les empujo al cambio. La perspectiva romántica de la terapia consiste en que los clientes provistos de una atmósfera de

confianza y aceptación cuentan con suficiente habilidad para cambiar y usarán sanamente esta habilidad para fomentar su crecimiento y desarrollo. Yo me inclino por un punto de vista más realista y considero que pueden pero que muchas veces no optarán por modificar sus pensamientos, sentimientos y conductas salvo que el terapeuta les empuje activa y directivamente a hacerlo. En consecuencia, como se ha señalado previamente en el capítulo, yo hablo más que ninguno de los miembros del grupo durante cada sesión, dirijo intencionadamente al grupo en un sentido “sano” y me esfuerzo para que cada sesión proceda de un modo organizado, coherente y presumiblemente eficiente. Trato de garantizar que nadie sea pasado por alto durante la sesión, que nadie monopolice el grupo y que se minimicen los comentarios innecesarios, las discusiones bizantinas y otros modos de evitación del problema.

Como director del grupo, trato de maximizar la honesta revelación de sentimientos, la presentación de filosofías disfuncionales centrales, la confrontación de dichas filosofías, la aceptación de la incomodidad presente y la ejecución de las tareas conductuales y experienciales difíciles dentro y fuera del grupo. Por ejemplo, algún miembro del grupo o yo podríamos sugerir a Sam, una persona extraordinariamente vergonzosa, que se mueva por el recinto y que inicie una conversación con cada miembro del grupo. Después dirigiré a Sam, le animaré a que siga haciéndolo y le preguntaré qué siente mientras lo hace, le ayudaré a observar sus pensamientos para crear estos sentimientos, preguntaré a los miembros restantes cuáles han sido sus reacciones ante los esfuerzos de Sam y éstos también pueden aprender a partir de este ejercicio. Una vez concluido el ejercicio con un miembro extraordinariamente vergonzoso, éste no sólo empezará a ser mucho más activo en el grupo a partir de esta sesión, sino también en las restantes áreas de su vida, comenzando por un bar de su vecindario, donde previamente siempre ha esperado que sean otras personas quienes comiencen la conversación.

El nivel de actividad de la mayoría de los miembros de mis grupos de cinco semanas de duración suele ser bastante alto, no sólo en la expresión de sus sentimientos e ideas sino también en la confrontación de las creencias contraproducentes de los otros miembros y en ayudar a éstos en la resolución de problemas.

En el siguiente apartado se incluye un caso ilustrativo del progreso realizado por una cliente que participó en un grupo REBT.

PRESENTACIÓN DEL CASO DE UNA CLIENTE QUE PARTICIPÓ EN TERAPIA GRUPAL

Bárbara llegó al grupo aquejada por su falta de asertividad en los negocios y en la vida social. Secretaria de 36 años de edad, siempre había ocupado puestos de trabajo que se hallaban por debajo de sus capacidades porque respetaba sumisamente las instrucciones de su supervisora y nunca tomaba ninguna iniciativa propia. En consecuencia no lograba convertirse en supervisora ni en directora de sucursal, aunque definitivamente disponía de las capacidades para hacer dicho

trabajo. Se había casado a la edad de 21 años y se mantuvo al lado de su marido alcohólico e irresponsable durante 8 años por miedo a estar sola. Aunque era bastante atractiva, rara vez participaba en funciones sociales y pasaba en su apartamento la mayor parte del tiempo porque temía socializar y ser rechazada por cualquier “buen” hombre que pudiera conocer. Sentía que no tenía “nada que ofrecer”, salvo que el hombre fuera inferior. Por ello, sólo de tarde en tarde quedaba con hombres a quienes consideraba “seguros” pero demasiado aburridos para estar con ellos durante mucho tiempo. Tenía una amiga cercana, Selma, quien –como ella– era muy vergonzosa y solamente socializaba con Bárbara.

Al principio Bárbara habló con cierta libertad en el grupo sobre sí misma, especialmente sobre su falta de asertividad en el trabajo y sobre la depresión concomitante. Pero sólo ofrecía consejos prácticos a otros miembros del grupo y nunca localizaba, ni confrontaba sus pensamientos irracionales. Cuando se le preguntó por este hecho en el grupo, dijo que no dominaba la REBT suficientemente como para formular una buena confrontación, a pesar de haber leído varios libros y panfletos de auto-ayuda REBT.

Para demostrar a Bárbara que era capaz de confrontar apropiadamente, se le pidió que cumplimentara el Formulario de Auto-Ayuda RET (Sichel & Ellis, 1984), en primer lugar sobre sus propios problemas y en segundo lugar, sobre los problemas de falta de asertividad de otro miembro del grupo con su cónyuge. Como Bárbara cumplimentó debidamente sus tareas y admitió ser capaz de confrontar apropiadamente, se le animó a confrontar directamente las creencias irracionales de otros miembros del grupo durante varias sesiones, y así fue comprobando que podía hacerlo. Tras varias semanas, se convirtió en el miembro del grupo que más confrontaba y, obviamente, empezó a disfrutar del proceso. Fuera de la terapia comenzó a enseñar la REBT a su amiga Selma, y la ayudó con algunas de las dificultades neuróticas de ésta.

Durante varios meses Bárbara se quejó y se auto-criticó por su falta de asertividad frente a su supervisora en el trabajo. Observó que se derivaba de su necesidad directa de la aprobación de esta mujer, pero no hacía nada por modificar su conducta ni por actuar con más asertividad. Tras algunas actividades grupales de entrenamiento en asertividad y tras ser animada por todos los miembros del grupo para que lo ponga en práctica fuera del mismo, se obligó a hablar en el trabajo. Al hacerlo, logró obtener la promesa de un aumento de sueldo; también decidió solicitar permiso para entrar una hora antes y dejar de trabajar una hora antes los martes y jueves con el fin de poder participar en un curso de procesamiento de datos, y también fue capaz de pedir otros favores en el trabajo que anteriormente le hubiera horrorizado pedir. Bárbara y el grupo estaban encantados con sus logros en asertividad y se le animó a que buscara un puesto de trabajo mejor, lo que logró tras 4 meses.

La ansiedad social de Bárbara fue más difícil de manejar que su falta de asertividad en el trabajo, porque inventaba innumerables excusas para evitar la participación en acontecimientos sociales y para responder apropiadamente a los hombres que trataban de acercarse a ella en la iglesia, cuando paseaba con su

perro y las otras escasas actividades “seguras” en las que se permitía participar. Incluso llegó a rechazar la posibilidad de quedar con un primo de Selma, quien había hablado con su prima y había mostrado interés por Bárbara. Bárbara estaba segura de que éste perdería todo su interés en ella si llegaban a encontrarse y le aterrizzaba la idea de mantener relaciones sexuales con él porque sólo estaba interesado en su cuerpo y después no querría verla nunca más. Se negó en dos ocasiones a las invitaciones de este hombre y cumplió su fantástico registro de no quedar con ningún hombre en tres años.

El grupo y yo probamos diferentes técnicas REBT para ayudar a Bárbara a superar su extremado miedo al rechazo. Bárbara elaboró el listado de las desventajas derivadas de su tendencia a evitar las situaciones sociales y las leía repetidas veces para grabarlas en su conciencia. Tratamos de ayudarle a reproducir varios modelos extraídos del grupo que también estaban enfrentándose a la vergüenza social. Repitió varias auto-afirmaciones de manejo como “Soy capaz de encontrar algunos hombres a quienes no sólo les guste por mi cuerpo. Y si mantengo relaciones sexuales con alguno de ellos y después me rechaza, eso aporta información sobre él, pero nunca, nunca demuestra que yo sea una persona inapropiada”.

El grupo enseñó a Bárbara a usar la imaginación racional emotiva, ejercicio en el que imaginaba que era realmente rechazada por uno de los pocos hombres que le gustaban, permitiéndose sentir depresión y odio hacia sí misma por este rechazo, y después trabajar para que solamente sintiera pena y decepción pero no depresión. El grupo y yo ofrecíamos a Bárbara sobre todo aceptación incondicional y le mostrábamos, mediante nuestra actitud, tono y modales, que la aceptábamos como persona, incluso cuando no lograba trabajar sobre sí misma, sabotaba nuestras sugerencias y ofrecía excusas pobres para mantenerse en sus trece. Además, le enseñamos sistemáticamente a aceptarse a sí misma incondicionalmente, independientemente de cómo actuara. Tras insistir en este punto repetidas veces, Bárbara mejoró considerablemente su tendencia a la auto-crítica y al menosprecio hacia sí misma por los errores o los fracasos experimentados; ella también fue capaz de ofrecer aceptación incondicional a otros miembros del grupo cuando éstos actuaban inapropiadamente.

Todo este trabajo REBT empezó a dar resultados. Tras asistir al grupo regularmente durante 5 meses, por último accedió a llevar a cabo una asignación paradójica que consistía en acudir a un baile y asegurarse que, como mínimo, recibía tres rechazos de hombres que le convinieran. Al principio, tenía muchísimo miedo de ejecutar esta tarea y durante semanas evitó hacerla. Pero finalmente, se forzó a acudir a un baile “seguro” de la iglesia y logró que tres hombres se negaran a bailar con ella. Tras la primera negativa, casi salió corriendo de la vergüenza que sintió. Pero se obligó a permanecer allí, y para su sorpresa fue aceptada muchas veces, y justo al final de la tarde, logró sus tres negativas. Estaba encantada con su asertividad social, y los restantes miembros del grupo también lo estaban.

A partir de este momento, la batalla de Bárbara contra sí misma empezó a resolverse progresivamente. Empezó a quedar con cierta frecuencia, y se sentía decepcionada aunque no deprimida cuando descubría que los “buenos” hombres

con quienes quedaba no le proporcionaban una buena relación a largo plazo. Empezó a ser activa de otros modos —especialmente participando en un grupo de discusión regular. También se mostraba más activa en la terapia grupal y en uno de los ejercicios realizados, fue votada como el miembro que más ayuda ofrecía. Obtuvo un puesto de trabajo como directora de sucursal, le gustaba mucho y en el nuevo despacho socializó más en un par de semanas que en el trabajo anterior durante años.

Tras permanecer en el grupo algo más de un año, Bárbara decidió dejarlo, en parte porque ahora tenía muchas otras cosas que hacer. Sentía que había alcanzado los objetivos de socializar mejor y de mostrarse más asertiva y que podría continuar con la terapia en sesiones individuales intermitentes. Seguía sintiendo ansiedad social en algunas circunstancias, pero casi nunca se deprimía gravemente como hacía antes.

Los miembros del grupo lamentaron mucho que Bárbara se marchara y esperaban que ésta los invitara a su futura boda, que estaban seguros no tardaría mucho en llegar. Muchos de ellos siguieron manteniendo relaciones personales con ella durante bastante tiempo. Ella estaba contenta con su experiencia grupal y opinaba que no se hubiera beneficiado del mismo modo con la terapia individual y siguió recomendando a sus amigos y compañeros de trabajo que acudieran al Instituto.

No todos los miembros de mis grupos experimentan progresos tan continuos y duraderos como Bárbara, y algunos de ellos requieren dos y tres años de participación antes de observar mejorías significativas. Pero si las personas se esfuerzan realmente, y siguen usando la REBT dentro y fuera del grupo, un gran porcentaje de ellos alcanzará notables logros, minimizará su ansiedad, depresión e ira y comenzará a disfrutar de una vida mucho más satisfactoria.

CONCLUSIÓN

La terapia racional emotiva y la terapia cognitivo conductual son la base de la gran mayoría de las terapias grupales, porque cuando un grupo de personas se reúne regularmente con un director o líder para trabajar sobre sus problemas psicológicos, los miembros de dicho grupo casi siempre hablan de sus pensamientos, sentimientos y conductas y tratan de ayudarse entre sí a modificar sus cogniciones, emociones y acciones. Además, normalmente se aconsejan entre sí, modelan otros modos de actuación y comprueban la ejecución regular de las tareas para casa. Una vez más, interactúan normalmente entre sí en el mismo grupo, comentan las conductas ajenas y practican la modificación de algunas interacciones disfuncionales.

Incluso entonces, cuando un grupo terapéutico trata de seguir una teoría bastante ortodoxa de la psicoterapia, como la orientación psicoanalítica o la de Jung, tiende a ser mucho más amplia en sus acciones que esta teoría, y a menudo adopta sobre la marcha un enfoque sorprendentemente ecléctico (Bennett, 1984;

Yalom, 1985). La ventaja de la terapia grupal REBT es que trata conscientemente con personas que piensan, sienten y actúan, que se sienten mal o que provocan su malestar y que, por lo tanto, les conviene observar conscientemente cómo construyen su propia disfunción y cómo pueden reconstruir y mejorar sus patrones de vida (Ellis, 1991; Ellis & Dryden, 1996).

La terapia grupal racional emotiva y la cognitivo conductual aceptan además el hecho de que los humanos son animales sociales y viven interpersonalmente y en grupos. Por lo tanto, es deseable aunque no imprescindible, que resuelvan sus problemas cognitivo/emotivo/conductuales en grupo y en terapia individual. El trabajo grupal contempla una amplia variedad de objetivos y problemas. En este sentido, los grupos terapéuticos pueden ser homogéneos (e.g., todos los miembros están implicados en entrenamiento de habilidades o en la superación del alcoholismo) o pueden ser heterogéneos (e.g., el grupo incluye personas que presentan trastornos diferentes). Aunque no es probable que un único tipo específico de tratamiento sea útil para los miembros de todos estos diferentes tipos de grupos, la REBT incluye tantos tipos de técnicas que pueden adaptarse fácilmente a casi cualquier modalidad de proceso grupal. El tratamiento grupal ofrece más oportunidades que las ofrecidas en la terapia individual o las que pueda presentar un terapeuta en un proceso grupal unidireccional, para el aprendizaje positivo de conductas y la evitación de aquellas que sean contraproducentes (Ellis, 1962, 1982, 1990; Lazarus, 1968).

Desde la perspectiva de la investigación, la terapia grupal REBT ofrece posibilidades únicas para examinar la efectividad de las técnicas grupales. Como siempre incluye muchos procedimientos específicos (como la confrontación de actitudes disfuncionales, la expresión de sentimientos que producen vergüenza y la asignación de tareas para casa) y cada uno de estos métodos puede ser usado en experimentos controlados, para determinar la efectividad de cada uno de ellos en diferentes tipos de grupos y entornos. Si se recogen suficientes datos de la experimentación en esta línea, la amplia variedad de métodos actualmente usados por la REBT y la terapia cognitivo conductual podrían reducirse a los más efectivos.

Por razones como éstas, creo que la REBT y la terapia cognitivo conductual grupal llegará a ser más popular con el paso de los años y al mismo tiempo serán incorporados o combinados con muchos otros modos de tratamiento grupal. Al mismo tiempo, el grupo cognitivo conductual y la terapia individual seguirán cambiando a medida que el área de la psicoterapia crezca y se desarrolle. Algunos de sus métodos presentes desaparecerán y, por el contrario, otros florecerán. Como su hermana, la terapia conductual, a diferencia de muchos de los métodos de tratamiento actuales, la terapia cognitivo conductual fomenta la experimentación científica y ya ha producido cientos de estudios controlados (Hollon & Beck, 1994; Lyons & Woods, 1991). Si esta característica se mantiene, como sospecho que lo hará, la terapia racional emotivo conductual y la terapia cognitivo conductual continuarán cambiando y desarrollándose.

Conclusión

Joseph Yankura y Windy Dryden

A lo largo del presente libro se ha ilustrado la aplicación efectiva de la terapia racional emotiva-conductual (REBT) con múltiples problemas clínicos. Sin embargo, el lector no debería concluir la lectura pensando que constituye una revisión completa de las aplicaciones clínicas de la REBT. Una reciente revisión de resultados del tratamiento REBT ha estudiado la efectividad de este enfoque con referencia a una amplia gama de problemas, incluidas la disfunción sexual, la hipocordriasis, el alcoholismo, la obesidad y la cleptomanía (Silerman, McCarthy & McGovern, 1992).

Algunos enfoques terapéuticos pueden combinarse con la REBT para producir una terapia híbrida altamente efectiva. Por ejemplo, los capítulos de Warren y Yankura (ambos referidos a los trastornos de ansiedad) ilustran el modo de incorporar varios elementos y técnicas de la terapia general cognitivo-conductual en la REBT. En la segunda parte, Charles Huber presenta el modo de combinar el tratamiento REBT con el enfoque de sistemas de familia.

Es importante subrayar que la REBT contiene muchos elementos que lo diferencian de los enfoques cognitivo-conductuales. En particular, estas características incluyen las siguientes:

Atención al cambio filosófico profundo. Mientras que la TCC se centra en primer lugar en ayudar a los clientes a identificar y corregir sus inferencias con distorsión negativa, la REBT concede especial importancia al hecho de ayudar a los clientes a alcanzar un cambio filosófico profundo y duradero. Lo logra mediante:

1. Movimientos rápidos para mostrar a los clientes las filosofías “musturbatorias” (i.e., demandas absolutistas) que sostienen sus problemas emocionales.
2. Mostrando a los clientes que las evaluaciones negativas absolutistas (e.g., tendencia a catastrofizar, tendencia a considerar los hechos horribles, la valoración negativa de la persona y los no puedo soportar esto) que se derivan de sus filosofías “musturbatorias”.
3. Enseñando a sus clientes (mediante variedad de medios, incluidos la enseñanza didáctica y el método socrático) el modo en que sus “debes/deberías” y derivados asociados son inútiles, ilógicos e irreales, y ayudándoles a observar que estas cogniciones están implicadas en sus problemas emocionales.
4. Enseñando a sus clientes que sus filosofías “musturbatorias” pueden estar implicadas en sus problemas emocionales y conductuales distintos de los que le han conducido a solicitar tratamiento.
5. Ayudándoles a identificar y desafiar rápidamente sus filosofías “musturbatorias” y evaluaciones absolutistas.
6. Presentando a los clientes el modo de aplicar sus destrezas de confrontación ante las peores condiciones, de tal forma que sean capaces de minimizar sus dolencias sobre los sucesos negativos que puedan producirse en el futuro, así como las circunstancias negativas a las que se enfrentan en el presente.

Atención a los problemas secundarios. En mayor medida que los enfoques cognitivo-conductuales generales, la REBT subraya la importancia de identificar y tratar los problemas emocionales secundarios. Un problema emocional secundario constituye un “trastorno por el trastorno”. Así, los clientes pueden provocar su propia depresión por la ansiedad que padecen, vergüenza por su depresión, culpabilidad por su ira, etc. La REBT considera el tratamiento de los problemas emocionales secundarios como algo importante en el curso de la terapia porque su existencia podría dificultar a los clientes el hecho de enfrentarse y superar los problemas emocionales primarios.

Atención al trastorno de incomodidad. La REBT es único en el rol central que concede al trastorno de incomodidad en la génesis y mantenimiento de los problemas psicológicos (Ellis, 1979a, 1980). Se ha comprobado que el trastorno de incomodidad puede dificultar seriamente el trabajo de los clientes en la terapia (Ellis, 1986), porque está asociado con la baja tolerancia a la frustración. Como tal, los terapeutas REBT se centran particularmente en remediarlo cuando es parte del diagnóstico clínico. Algunos terapeutas REBT, de hecho, han diseñado confrontaciones específicamente dirigidas a la baja tolerancia a la frustración de los clientes sobre el cumplimiento de las tareas de casa que sean difíciles.

Preferencia por las tareas conductuales de inundación. Los enfoques TCC a menudo defienden que debe ayudarse a los clientes a probar nuevas conductas de un modo gradual (Dryden, 1991a). La REBT, por el contrario, anima a sus clientes

a encarar directamente los As negativos con los que se sienten molestos. Tal exposición les proporciona la oportunidad de trabajar en la confrontación de las creencias irracionales que les producen malestar y se ven como un medio para lograr que la terapia sea más eficiente y efectiva. Además, las asignaciones conductuales de inundación (frente a las asignaciones graduales que la TCC usa habitualmente) no reforzarán inadvertidamente la filosofía del cliente de baja tolerancia a la frustración (Ellis, 1983).

Atención a fomentar la auto-aceptación. La REBT pone un énfasis especial y específico en ayudar a los clientes a aceptarse a pesar del hecho de tener problemas, debilidades o flaquezas. Mientras que muchas otras terapias aceptarían sin crítica y fomentarían “el aumento de auto-estima” como objetivo terapéutico válido para los clientes, la REBT considera este objetivo como problemático cuando requiere que los clientes desarrollen unas valoraciones globales positivas de sí mismos. Según Dryden (1991b), un buen número de procedimientos terapéuticos “basados en las nociones de auto-estima animan a los clientes a definirse a sí mismos como mercedores o competentes siempre que reciban aprobación o éxito en tareas valiosas” (p. 275). Tales procedimientos transmiten el mensaje implícito de que es posible y quizá incluso deseable aplicar valoraciones globales a seres humanos. Sin embargo, la postura de la REBT defiende que los seres humanos no pueden ser globalmente valorados porque (a) son increíblemente complejos y están compuestos por incontables conductas, rasgos y características y (b) son entidades continuas en constante cambio. Por lo tanto, una valoración global no captaría la complejidad del ser humano y también pasaría por alto que el ser humano es capaz de modificar sus características positivas y negativas. La REBT trata de enseñar a los clientes, siempre que sea posible, el modo de evitar la autovaloración global aunque al mismo tiempo se puedan evaluar realísticamente sus rasgos o conductas particulares. Los clientes que son capaces de alcanzar el objetivo terapéutico de la auto-aceptación pueden ser menos vulnerables en el futuro a los trastornos psicológicos una vez concluida su terapia.

Énfasis en la fuerza y vigor para efectuar el cambio cognitivo. Derivado de su punto de vista de los seres humanos como entes biológicamente predisuestos a crear y perpetuar creencias irracionales productoras de trastornos (Ellis, 1976), la REBT subraya la importancia de aplicar fuerza y vigor al servicio de efectuar el cambio cognitivo. Esto se debe a que las tendencias con base biológica a menudo suelen ser difíciles de modificar. A diferencia de otras formas de TCC, la REBT contiene entre sus recursos terapéuticos una variedad de procedimientos específicos para ayudar a los clientes a desafiar su pensamiento irracional de forma especialmente intensa. Tales procedimientos incluyen el uso de confrontaciones duras grabadas (Ellis, 1985), la inversión racional de roles (Kassinove & DiGiuseppe, 1975) y el uso de la figura del terapeuta durante las sesiones (Dryden, 1991c).

Es importante señalar que mientras los terapeutas REBT tienden a favorecer el empleo de los enfoques y técnicas anteriores, no son absolutistas con relación

a su uso en el trabajo con los clientes. Por el contrario, los terapeutas REBT tratan de contemplar la flexibilidad como un principio operativo en sus quehaceres terapéuticos. Si determinados clientes se negaran a beneficiarse de algún método específico, los terapeutas REBT tratarían de alcanzar compromisos terapéuticos. Dryden (1987), por ejemplo, ha señalado que cuando los esfuerzos por ayudar a un cliente a alcanzar el cambio filosófico no han sido satisfactorios, los terapeutas REBT son libres de intentar efectuar el cambio a otros niveles. Así, los terapeutas REBT pueden trabajar con sus clientes para ayudarles a (a) cambiar los sucesos activadores negativos (como cambiar un trabajo con un jefe crítico por otro donde el jefe sea más paciente y tolerante), (b) efectuar un cambio inferencial (e.g., asistir a una cliente determinada a reinterpretar su inferencia de que los otros la miran si baila en los acontecimientos sociales) y (c) efectuar un cambio conductual (e.g., ayudar a un cliente con miedo al rechazo a desarrollar destrezas de conversación). Además, los terapeutas REBT optan algunas veces por establecer acuerdos con los clientes que se niegan a ejecutar las tareas de inundación a solas. Mediante el uso del principio "Desafiar pero sin agobiar" (descrito en el Capítulo 5 sobre el Trastorno de Angustia con Agorafobia; véase también Dryden, 1987), invitarán a estos clientes a identificar y asumir las tareas para casa que no se experimenten como "agobiantes", pero que sean suficientemente retadoras como para no reforzar las filosofías de baja tolerancia a la frustración.

En la actualidad son numerosos los estudios experimentales publicados que defienden la efectividad de la REBT con una amplia gama de problemas psicológicos¹. Sin embargo, en la comunidad psicoterapéutica global, la REBT no se contempla normalmente como el tratamiento específico de ningún trastorno clínico particular. En este sentido, está por detrás del trabajo de los terapeutas cognitivo-conductuales como Beck (véase Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) y Barlow (véase Craske, Barlow & O'Leary, 1992; Barlow & Craske, 1994), que respectivamente han elaborado programas de investigación y protocolos de tratamiento para la depresión y para múltiples trastornos de ansiedad. Por el momento, las investigaciones sobre los resultados de tratamiento REBT no han estudiado sistemáticamente la aplicación de la REBT a alguna categoría diagnóstica particular. Además, la literatura existente sobre los resultados de tratamiento ha sido criticada por (a) emplear sujetos (como estudiantes) con problemas subclínicos, (b) utilizar medidas imperfectas de resultados, (c) inadecuados seguimientos a largo plazo sobre los efectos del tratamiento y (d) la falta de protocolos estándar de tratamiento que permitirían asegurar que los sujetos están recibiendo REBT preferencial (en oposición a general) (Ellis, 1979b).

Si la REBT ha de ser reconocida como un método de tratamiento importante y eficaz para varios diagnósticos clínicos descritos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV; Asociación Americana de Psiquia-

1. Hasta la fecha se han publicado algunas revisiones de estudios sobre los resultados del tratamiento REBT. Entre ellos se encuentran DiGiuseppe y Miller (1977), McGovern y Silverman (1984) y Silverman, McCarthy y McGovern (1992).

tría, 1994), sus numerosos defensores y practicantes deberán (¡en un sentido no absolutista!) esforzarse por diseñar e implementar estudios de resultados de tratamientos de gran calidad. Tales investigadores necesitarán emplear sujetos con trastornos de niveles clínicos, utilizar medidas de resultados apropiadas y psicométricamente fiables, incluir esfuerzos significativos en los seguimientos a largo plazo sobre los efectos del tratamiento y emplear protocolos estandarizados de tratamiento que fomentarán la uniformidad de tratamientos y permitirán el desarrollo de comparaciones significativas dentro del estudio y entre varios estudios.

Este último aspecto es de particular interés para los editores del presente volumen. Dada la variedad de trastornos clínicos comentados en el presente libro, parece bastante posible elaborar manuales de tratamiento específicos para trastornos como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de angustia con agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y algunos otros. Sobre la base del intercambio de la experiencia clínica, creemos que también podrían elaborarse manuales para problemas tales como la fobia social, los trastornos relacionados con el abuso de sustancias, los trastornos del control de impulsos y una amplia gama de trastornos de personalidad.

Con respecto al contenido esencial de los manuales de tratamiento REBT para trastornos específicos, recomendamos que se contemplen los siguientes aspectos de forma introductoria:

1. Los criterios diagnósticos para el trastorno clínico particular al que se refiera el manual, como en el DSM-IV (APA, 1994). Cualquier dificultad o complejidad hallada en el diagnóstico del trastorno podría ser comentada en este apartado, así como las medidas de diagnóstico bien establecidas que se han comprobado útiles.
2. Lo que se sabe hasta ese momento del trastorno, sobre la base de la revisión de la literatura empírica.
3. La conceptualización REBT del trastorno.
4. Una breve descripción de enfoques cognitivo-conductuales alternativos, explicando en qué se diferencian del enfoque REBT y por qué. Este apartado subrayaría sobre todo las diferencias entre la confrontación inferencial y el estilo REBT de confrontación filosófica.

El material que detalla la aplicación de la REBT al trastorno particular seguiría a los apartados que incluyen el material introductorio. Con respecto a la organización del material pertinente, creemos que la secuencia de consejo de 13 pasos que emplea Dryden (1990) ofrece un marco útil. Esta secuencia (que se describe en detalle en otras fuentes) subraya (a) la definición del problema que ha conducido al cliente a la terapia, (b) el trabajo con el cliente para establecer objetivos en coherencia con el problema definido, (c) la evaluación precisa de los As, Bs y Cs del problema del cliente, (d) la evaluación de la presencia de problemas emocionales secundarios, (e) enseñar al cliente el vínculo BC, (f) la confrontación de las creencias irracionales operativas del cliente, (g) ayudar al cliente a construir y profundizar en su convicción de la utilidad de las creencias racionales, (h) el

diseño y seguimiento de las tareas para casa que sean relevantes al problema del cliente, (i) ayudar al cliente a facilitar el trabajo procesal².

En los siguientes apartados, describimos cómo pueden combinarse estos elementos de la secuencia propuesta por Dryden con métodos de tratamiento distintos a la REBT para estructurar un manual de tratamiento REBT para un problema clínico bastante común, la fobia social. Según el DSM-IV (APA, 1994), los individuos con fobia social temen y evitan las situaciones o acontecimientos sociales en los que puedan ser objeto de las evaluaciones negativas de otras personas.

Definir el problema que ha conducido al cliente a la terapia. Inicialmente, el terapeuta querrá obtener suficiente información del cliente para poder elaborar un diagnóstico clínico preciso. Una vez que se establece el diagnóstico de fobia social, el terapeuta puede optar por compartir esta información con el cliente. Más importante aún es que el terapeuta trabaje con el cliente en la definición del problema clave en términos de los Cs emocionales y conductuales. Para el cliente con fobia social, la conducta de ansiedad y evitación (con respecto a circunstancias o acontecimientos sociales particulares) serían identificados como los principales problemas en C.

En este momento inicial de la terapia, también sería muy importante para el terapeuta asegurar que el cliente focaliza su atención en el cambio de C y no de A. En este sentido, se observa que algunos clientes con fobia social pueden acudir a terapia con el objetivo de minimizar la posibilidad de ser negativamente evaluados por otras personas. Así, pueden creer que su terapia debería centrarse principalmente en el fomento de sus habilidades sociales. Aunque el entrenamiento en habilidades sociales (como el entrenamiento en asertividad o en las destrezas de conversación) puede integrarse fácilmente en la REBT, el cliente con fobia social puede necesitar que se le explique la importancia de trabajar en primer lugar para modificar los Cs disfuncionales.

Establecer objetivos en coherencia con el problema definido. Los clientes con fobia social pueden acudir a terapia con diversos objetivos relacionados con sus problemas en las circunstancias y acontecimientos sociales. Algunos podrían querer mejorar sus habilidades para funcionar en las situaciones en las que van a ser evaluados, de tal forma que esto facilite su progreso hacia los objetivos deseados en su puesto de trabajo o en su centro educativo (e.g., recibir una promoción o un aprobado). Otros podrían querer buscar pareja y, en consecuencia, pueden desear eliminar los obstáculos para conocer, interactuar y ser aceptados por sus potenciales parejas. En cualquier escenario, es importante que el terapeuta haga saber al cliente con total claridad la relación que existe entre la ansiedad y la ejecución social inapropiada. Una vez que el cliente es capaz de ver esta relación, el tera-

2. Con el objetivo de ser breves se han omitido o agrupado algunos de los 13 pasos de la secuencia de tratamiento REBT descritos por Dryden (1990). Paso 1 ("Preguntar por el Problema") ha sido omitido, mientras que los pasos 3, 4 y 7 ("Evaluar C", "Evaluar A" y "Evaluar B") han sido agrupados en un mismo comentario.

peuta y el cliente pueden acordar colaboradoramente trabajar para modificar la ansiedad del cliente sobre las situaciones sociales.

Sin embargo, decidir trabajar sobre el cambio de la ansiedad del cliente en las situaciones sociales no es suficientemente específico para constituir un objetivo terapéutico del estilo REBT. El establecimiento de un objetivo significativo en la REBT conlleva la especificación de la emoción negativa apropiada que experimenta el cliente. Para el cliente con fobia social, el terapeuta trataría de obtener el acuerdo de trabajar en la sustitución de la ansiedad por la preocupación racional sobre la posibilidad de ser negativamente evaluado por las otras personas. Al establecer tal objetivo emocional, el terapeuta explicaría al cliente las diferencias entre las emociones apropiadas e inapropiadas y la razón por la cual un sentimiento de preocupación racional es preferible al sentimiento de la calma completa en las situaciones que la persona es evaluada. La preocupación motivará a uno a actuar como mejor puede y sabe sin la indebida interferencia emocional, mientras que un estado de calma completa connota que a uno simplemente no le interesa la calidad de su ejecución.

Evaluar con precisión los As, Bs y Cs del problema del cliente. La evaluación exacta y precisa de estos componentes del problema del cliente es muy importante porque la información recogida en este punto de la terapia influirá significativamente sobre las direcciones que adoptará el tratamiento. Al trabajar con un cliente que padece fobia social, el terapeuta REBT querrá determinar los As específicos que tienden a provocar las creencias irracionales del cliente. Normalmente, para el individuo con fobia social, estos As adoptan la forma de inferencias negativas como las siguientes: “Estoy actuando (o voy a actuar) mal en un acontecimiento social particular y los otros me están juzgando (o me van a juzgar) negativamente por ello”. Además de evaluar que este tipo de inferencia negativa está implicada en los problemas del cliente, el terapeuta REBT también trabajará para identificar las situaciones o circunstancias sociales particulares en las que entra en juego la inferencia. Situaciones comunes en las que los fóbicos sociales pueden experimentar ansiedad incluyen mantener conversaciones en encuentros sociales, bailar en funciones sociales como bodas, comer en público, esperar en las colas de supermercados y las situaciones en las que se debe hablar frente a un público. Un manual de tratamiento REBT para la fobia social podría “catalogar” los tipos de situaciones que provocan la ansiedad de los fóbicos sociales y proponer una revisión de las variaciones comunes sobre el tema inferencial previamente mencionado.

En enfoques alternativos a la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta centraría las intervenciones iniciales de reestructuración cognitiva en mostrar al cliente que la inferencia negativa previamente descrita conlleva errores cognitivos como la “lectura de mente” y la “previsión del futuro” (Burns, 1980). Sin embargo, el terapeuta REBT no desafiaría las inferencias negativas del cliente mientras se desarrolla la evaluación y después de ésta confrontará las creencias irracionales operativas del cliente. De hecho, los terapeutas REBT aceptan (por lo menos temporalmente) las descripciones que el cliente hace de los As como si estas descripciones fueran exactos retratos de la realidad (Dryden, 1990).

Dada la naturaleza de los problemas de los clientes con fobia social, el terapeuta REBT sería capaz de comenzar a establecer hipótesis con relativa rapidez sobre la naturaleza de las creencias irracionales operativas en ellos. Los terapeutas REBT asumen, a priori, que la ansiedad del cliente brota de las demandas y evaluaciones absolutistas que el cliente sostiene sobre las diferentes circunstancias y acontecimientos sociales. El terapeuta puede seleccionar varios procedimientos de evaluación (incluidas las técnicas de imaginación y el uso diestro de las preguntas) para determinar la forma específica de las creencias irracionales del cliente. Dentro de un manual de tratamiento para la fobia social deberían describirse en detalle estos procedimientos de evaluación y podría elaborarse un listado de las creencias irracionales del cliente.

Con respecto a la identificación de los Cs relevantes para el cliente, el terapeuta ya conoce (a partir del diagnóstico DSM-IV del cliente) que la ansiedad específica a varias situaciones sociales es un C emocional prominente. Para los clientes con fobia social, estos Cs conductuales adoptarán la forma de conductas de evitación o “prevención”. La conducta de evitación consiste en una serie de estrategias que utiliza el cliente para minimizar o evitar completamente la exposición a situaciones particulares donde es posible que sea evaluado negativamente por otras personas. Algunas estrategias de evitación pueden ser de naturaleza sutil y no inmediatamente obvia para el terapeuta (como es el caso del cliente que sistemáticamente llega cinco minutos tarde a las sesiones con el fin de evitar permanecer sentado en la sala de espera con otras personas); como tal, un manual de tratamiento contendría información sobre el modo de evaluar con efectividad la presencia de tales estrategias sutiles. Las conductas de “prevención” se refieren a los esfuerzos del cliente por minimizar la probabilidad de ser juzgado negativamente por otras personas, como con los clientes que compulsivamente preparan una y otra vez las situaciones en las que deben hablar en público o que “ensayan” previamente los temas de una conversación que tendrán en una fiesta que prevén. La información recogida por el terapeuta sobre los As y Cs será usada en el diseño de las actividades para casa con el fin de ayudar al cliente a desafiar y modificar sus creencias irracionales operativas.

Evaluar la presencia de problemas emocionales secundarios. Como se ha señalado previamente con relación a los aspectos únicos de la REBT, este enfoque subraya la identificación y resolución de los problemas secundarios del cliente. Con respecto a los problemas secundarios, los individuos con fobia social pueden ser especialmente propensos a experimentar vergüenza sobre su ansiedad social. El terapeuta REBT estará alerta ante esta posibilidad, porque los sentimientos de vergüenza pueden interferir significativamente en el proceso terapéutico. Si, por ejemplo, al cliente le avergüenza tener fobia social, puede ser menos propenso a mostrarse honestamente frente al terapeuta durante las sesiones. Además, el cliente que siente vergüenza puede evitar el cumplimiento de las tareas para casa que conlleven la exposición a situaciones sociales en las que otras personas puedan “ver” que están sintiendo ansiedad.

Un manual REBT para tratar la fobia social aportaría los detalles sobre los tipos particulares de problemas emocionales secundarios que los clientes fóbicos son propensos a experimentar y describirían los procedimientos para el manejo de tales problemas. Los procedimientos generales para el manejo de los problemas secundarios de los clientes han sido detallados en diversas fuentes REBT (véase, e.g., Dryden, 1990; Dryden & Yankura, 1993; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992). Deberíamos añadir que también es posible que un cliente con fobia social desarrolle problemas emocionales terciarios sobre el hecho de estar avergonzados de su ansiedad. Este tercer nivel de trastorno emocional surgiría cuando los clientes sostienen el siguiente tipo de creencia irracional: “No debería sentir tanta vergüenza por experimentar ansiedad social; el hecho de hacerlo demuestra que soy una persona emocionalmente débil e inútil”.

Enseñar al cliente el vínculo BC. Antes de que el terapeuta proceda a confrontar las creencias irracionales del cliente, es importante estar seguro de que el cliente comprende el vínculo BC. Si el terapeuta comenzara confrontando las intervenciones sin haber enseñado previamente el vínculo, el cliente podría experimentar confusión y creer que el terapeuta le está llevando la contraria y no lo apoya.

El vínculo BC puede enseñarse con referencia directa a los problemas emocionales y conductuales particulares del cliente; también puede transmitirse mediante metáforas y analogías especialmente diseñadas para ese fin. Por ejemplo, Ellis utiliza con mucha frecuencia su famosa metáfora “Dinero en su Bolsillo” para mostrar a los clientes la relación entre las creencias y los sentimientos (véase Yankura & Dryden, 1990, para una descripción de esta metáfora). En el manual de tratamiento REBT para la fobia social se podrían incluir también las técnicas o los medios relevantes que serán enseñados a los clientes con ansiedad social.

Confrontar las creencias irracionales operativas del cliente. Una vez que el terapeuta haya evaluado las creencias irracionales operativas y haya explicado al cliente el vínculo BC, puede ser apropiado comenzar con las intervenciones de confrontación. Inicialmente, el objetivo de tales intervenciones es ayudar al cliente a ver, por lo menos en el ámbito intelectual, que sus creencias irracionales son ilógicas, inútiles e incoherentes con la realidad (Dryden, 1990). Un manual de tratamiento para la fobia social incluiría información sobre el tipo de confrontación, cuya efectividad para ayudar a los clientes a prescindir de las creencias irracionales que subyacen a su fobia social, se haya demostrado a través de la experiencia clínica.

Como los clientes con fobia social normalmente tienen ideas irracionales centradas en la posibilidad de ser juzgados negativamente por otras personas, las confrontaciones efectivas se dirigirán a ese tipo de creencias de un modo específico y vívido. Como ejemplo de confrontación que pueda ser relevante para un cliente con fobia social que teme las evaluaciones negativas de los otros, el terapeuta podría presentar en la sesión la reproducción del cuadro de un famoso pintor. A ser posible, este cuadro sería uno de éstos que ha generado muchas y diversas reacciones entre los críticos de arte. El terapeuta describe las diferentes opi-

niones, tanto positivas como negativas, que ha recibido el cuadro y lo usa como medio para demostrar que (a) las opiniones de las personas están influidas por sus propios prejuicios y que no son juicios absolutos sobre si el objeto de su crítica (ni siquiera cuando el objeto de la crítica es un ser humano) merece la pena o no la merece, y que (b) el objeto de la crítica (particularmente cuando es un ser humano) es demasiado complejo para recibir sólo una valoración simplista de “bien” o “mal”. Este tipo de intervención puede ayudar a algunos clientes a no considerar “horribles” las posibilidades futuras de ser evaluado y también puede ayudarles a ver que pueden mantener cierta distancia hacia las opiniones ajenas.

Ayudar a los clientes a construir y profundizar en su convicción de la utilidad de las creencias racionales. DiGiuseppe (1991) ha señalado que es recomendable adoptar pasos específicos para ayudar a los clientes a construir creencias racionales con las que sustituir las irracionales e inútiles. Este punto de vista se basa en la observación de que las personas tenderán a aferrarse a los viejos modos de pensamiento (incluso aunque esos modos estén contribuyendo en las consecuencias disfuncionales) si no disponen de un modo de pensamiento alternativo y plausible. El proceso de ayudar al cliente a construir creencias racionales alternativas puede iniciarse algunas veces mediante una pregunta en el momento oportuno: “¿Si para usted es inútil e irreal creer que ser rechazado por otra persona es absolutamente terrible, cómo puede pensar en las experiencias de rechazo para que sean más realistas y útiles?”

Tras trabajar con un cliente para construir una serie de creencias más racionales, el terapeuta querrá a continuación señalar al cliente que el mero conocimiento de estas creencias (alguna vez referido como *insight intelectual*) es insuficiente para producir cambio terapéutico significativo y duradero. En este punto, el terapeuta subrayaría al cliente que el aumento de convencimiento se derivará de la práctica regular (a) confrontando las creencias irracionales y (b) sustituyendo las creencias irracionales por creencias racionales ante los sucesos activadores negativos. De esta forma se establece la base para que el terapeuta describa al cliente el rol crítico que desempeñan las tareas para casa en el proceso de cambio. Como las tareas relevantes para los fóbicos sociales implicarán la exposición a las situaciones sociales y evaluadoras que se evitan normalmente, el terapeuta proporcionará al cliente una justificación racional apropiada para tales tareas. En este sentido, también sería útil que los terapeutas subrayen que el cambio significativo conlleva siempre cierto grado de incomodidad para el cliente. Para algunos clientes, una metáfora útil consiste en comparar el proceso de ejecución de las tareas difíciles con el proceso de mejora del propio cuerpo mediante el entrenamiento: el principio operativo es “sin dolor, no hay éxito”.

Diseño y seguimiento de las tareas para casa que sean relevantes al problema del cliente. La información adquirida mediante la evaluación previa de los As, Bs y Cs del cliente será muy útil para el diseño de tareas relevantes para el cliente con fobia social. Muchas veces, tales tareas incluirán los siguientes componentes básicos: (a) la identificación de la situación social o evaluadora que normalmente se evita,

(b) la especificación del modo en que el cliente se expondrá a esta situación (i.e., determinar cuándo y durante cuánto tiempo se producirá), (c) las instrucciones para resistirse a la evitación o a la conducta de escape referida a la situación social que se ha identificado, (d) las instrucciones sobre el modo en que el cliente va a confrontar las creencias irracionales operativas y trabajar para sustituirlas por otras más racionales. Es importante que los terapeutas adopten una postura colaboradora con los clientes al diseñar las tareas para casa porque de ello dependerá que el cliente (a) vea el sentido que tiene ejecutarlas y (b) crea que puede hacerlas.

Cuando sea terapéuticamente apropiado, los terapeutas REBT animarán a sus clientes a asumir tareas de inundación. Como se ha comentado previamente, tales tareas (en comparación con las que implican una exposición más gradual) se consideran muy útiles para la eficiencia de la terapia. Las tareas conductuales de inundación son especialmente relevantes para los clientes con fobia social, porque es muy probable que sus cambios sean significativos para superar su ansiedad social, si sus exposiciones a las situaciones evitadas o temidas son plenas y prolongadas. Sin embargo, algunos clientes fóbicos se resistirán a la idea de la exposición directa a dichas situaciones. A menudo, esto se debe a que sostienen el siguiente tipo de creencia irracional: "Debo evitar las situaciones en las que experimento ansiedad porque no puedo tolerar de ningún modo los sentimientos de incomodidad emocional". Bajo tales circunstancias, normalmente suele ser recomendable que el terapeuta REBT trabaje en colaboración con el cliente y contemple en primer lugar el cambio de esta creencia irracional. En algunos casos, esta intervención hará que el cliente esté más dispuesto a ejecutar tal asignación. Sin embargo, si no fuera así, al terapeuta le queda la opción de animar al cliente a ejecutar otra que sea "desafiante pero no agobiante" (Dryden, 1987). Esto implica adoptar un enfoque más gradual para las actividades de exposición; sin embargo, se seguirá animando al cliente a que escoja tareas desafiantes en grado suficiente como para que sean emocionalmente incómodas. Para los clientes que se niegan a probar cualquier tipo de actividad que conlleve la exposición in vivo, el terapeuta puede emplear las técnicas imaginativas mediante las cuales el cliente confrontará las creencias irracionales operativas mientras imagina la situación social productora de ansiedad. Algunas veces ocurre que los clientes están más dispuestos a ejecutar tareas más difíciles después de experimentar éxitos en actividades de exposición "de menor nivel".

En esta misma línea es importante que los terapeutas hagan el seguimiento del progreso del cliente en las tareas para casa. Mediante el seguimiento de dichas asignaciones, el terapeuta es capaz de (a) comunicar a los clientes que estas asignaciones constituyen una parte integral de la terapia, (b) determinar si los clientes están experimentando algún éxito en el cambio de sus creencias irracionales, (c) identificar cualquier obstáculo para el cumplimiento de las tareas y (d) reforzar a los clientes por cualquier esfuerzo significativo que hayan hecho para completar una determinada tarea. Con los clientes que padezcan fobia social, el terapeuta querrá prestar atención a la posibilidad de su cumplimiento de las tareas

de exposición de formas potencialmente poco útiles (e.g., el cliente que logra comer en público mientras está inmerso en una distracción cognitiva sin confrontar las creencias irracionales). El cuestionamiento detallado permitirá al terapeuta determinar si el cliente se ha enfrentado al A negativo mientras desafiaba simultáneamente sus creencias irracionales.

Facilitar el trabajo procesal. Si los clientes han de lograr un cambio terapéutico duradero, deberán trabajar continua y vigorosamente en el desafío y sustitución de sus creencias irracionales mientras se enfrentan simultáneamente a los sucesos activadores negativos. Tales esfuerzos ayudan a los clientes a seguir debilitando su convicción sobre sus creencias irracionales mientras fortalecen su confianza en las creencias racionales. A esto se denomina el *trabajo procesal*, cuyo objetivo es lograr que los clientes integren sus creencias irracionales en sus repertorios emocionales y conductuales. Cuando se ha logrado dicha integración, los clientes son más capaces de pensar racionalmente en los sucesos activadores negativos que previamente provocaban sus creencias irracionales. Según Dryden (1990), los terapeutas REBT pueden facilitar el trabajo procesal de sus clientes (a) sugiriendo diferentes tareas para casa para modificar la misma creencia irracional, (b) enseñándoles el modelo no lineal de cambio, de forma que los clientes estén preparados ante los posibles retrocesos y (c) animándoles a convertirse en sus propios terapeutas. Este último componente requiere que los clientes adopten la responsabilidad del diseño e implementación de las tareas para casa para modificar su sistema de creencias. Los clientes que alcancen esto serán más capaces de funcionar independientemente sin la asistencia de su terapeuta una vez concluida la terapia formal.

Para los clientes con fobia social este proceso se centrará en gran medida en la construcción de tareas que les ayuden a desafiar sus *debes/deberías* básicos sobre la ansiedad, aprobación y rechazo en diversos contextos. De este modo, si las fases previas de la terapia se han centrado sobre todo en ayudar al cliente a minimizar su ansiedad hacia las evaluaciones a su ejecución en su trabajo y en la participación en conversaciones en encuentros sociales, la última parte de la terapia podría centrarse en enseñarle a (a) reconocer otras situaciones donde también entran en juego las creencias irracionales provocadoras de ansiedad y (b) el modo de diseñar actividades que le ayudarán a cambiar sus creencias irracionales con referencia a estas situaciones adicionales. En este punto de la terapia, el terapeuta REBT reduciría gradualmente su nivel de actividad directiva durante las sesiones y haría un mayor uso de las preguntas dirigidas a motivar el pensamiento independiente del cliente. Si el cliente parece experimentar ansiedad sobre su futuro funcionamiento como terapeuta de él mismo, se tratará de descubrir y desafiar las creencias irracionales que subyacen a esta ansiedad.

El diseño y publicación de manuales específicos de tratamiento REBT para cada trastorno puede constituir un gran paso en la facilitación y mejora de la calidad de las investigaciones sobre los resultados de tratamientos. Además, para el terapeuta REBT, tales manuales eliminarían gran parte del trabajo de “adivinación” implicado en el tratamiento de trastornos particulares. Los manuales REBT

más generales que ya existen en el mercado son excelentes para enseñar a los terapeutas los principios y las técnicas fundamentales de este enfoque terapéutico; sin embargo, no aportan mucha información sobre el modo de manejar las complejidades de problemas clínicos específicos. Este conocimiento existe ya en las vías neuronales de muchos terapeutas racionales emotivo-conductuales con mucha experiencia, esperemos que algunos de ellos se sientan motivados hacia el reto de codificar y diseminar el conocimiento clínico que han acumulado.

Índice de Materias

- A'B'C', 39, 259
- Acta de los Americanos con Discapacidades, 228
- Actitudes hacia la discapacidad, 234
- Adaptar las técnicas en razón de la edad, 197
- ADIS, 23, 26
- ADIS-R, 23
- Agorafobia, 95
- APA (Asociación Americana de Psicología), 19
- Atención a los procesos grupales, 288
- Atención al cambio filosófico profundo, 299
- Barlow, modelo de TAG, 19
- Beck, Inventario de Ansiedad, 24
- Beck, Inventario de Depresión, 24
- Catastrofizar, en la depresión, 48
- causalidad circular, 182, 253
- Causalidad lineal, 182, 253
- cognición *descriptiva* distorsionada, 83
- cognición *evaluadora* irracional, 83
- Comorbidez, 18
- Conceptualización del problema REFT, 257
- Conceptualización del problema y proceso de evaluación con niños, 188
- Conducta agresiva, definición de, 157
- Congruencia cultural, 217
- Consideraciones especiales para los terapeutas REBT que traten a pacientes discapacitados, 237
- Contratransferencia, 286
- Creencias específicas vs. irracionales, 26
- Creencias "musturbatorias", 104
- Creencias Familiares, 255
- creencias familiares irracionales, 65, 257
- creencias familiares racionales, 256
- Creencias irracionales, 103, 162, 191
- Creencias irracionales específicas vs. Creencias irracionales nucleares, 113
- Crisis de Angustia, definición, 95
- Crisis de Angustia, descripción, 95
- Cuestionario de Salud General, 140
- DASS, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, 24
- Definición de discapacidad, 227
- Depresión, asertividad, 61
- Depresión, creencias irracionales, 49
- Depresión, edad de aparición, 46

- Depresión, emociones negativas, 48-49, 58
- Depresión, enfoque de Ellis, 48
- Depresión, errores cognitivos, 47
- Depresión, modelo de Beck, 47
- Depresión, perspectiva de Freud, 46
- Depresión, prevalencia, 44
- Depresión, principios de interacción humana, 55
- Depresión, terapia cognitiva, 48
- Depresión, terapia cognitiva-conductual, 14
- Depresión, Tríada cognitiva, 47
- Diseño y seguimiento de las tareas para casa que sean relevantes al problema del cliente, 308
- Edad de aparición de la discapacidad, 229
- Educación Racional-Emotiva: Manual para Maestros (Knaus), 80-81
- Educación y ocupación en caso de discapacidad, 230
- egocentrismo de las operaciones formales, 85
- El reto de la terapia transcultural, 208
- El Zen y la REBT, 214
- El proceso de rehabilitación, 230
- Énfasis en la fuerza y vigor para efectuar el cambio cognitivo, 301
- Enfoque de inundación, 107
- Enfoques graduales vs. de inundación, 115
- Escala de Bienestar Psicológico General, 140
- Escala de Creencias, 156
- Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC-R), 75
- Estudios sobre los resultados del tratamiento REBT, 15-16
- Evaluación REBT, 21, 26
- Evaluación: los ABCs de la REBT, 258
- Factores que influyen en el trabajo con clientes que presentan discapacidades, 228
- fase de *aproximación* del proceso de individuación, 92
- Filosofías "musturbatorias", 300
- Generalización, 112
- grupos de tiempo limitado, 279
- grupos homogéneos, 279
- grupos intensivos, 279
- Heterogeneidad de las discapacidades, 239
- Ideología "musturbatoria", 24
- Imperialismo Terapéutico, 215
- Implicación parental en el proceso de evaluación, 193
- Inferencias, 104
- Inferencias vs. creencias, 14
- Inhibidores de las monoamino oxidasas (IMAO), 98
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 98
- Insight intelectual, 308
- Inventario Clínico Multi-Axial de Millon II (MCMI-II), 24, 140
- Ira y ansiedad con clientes jóvenes, 199
- Justificación racional, 187
- La efectividad del proceso terapéutico transcultural, 214
- La evaluación de las creencias irracionales en los niños, 15
- La familia como un sistema, 253
- las enfermedades crónicas y las discapacidades, 228
- Los predictores de maltrato, 229
- Manejo de la exclusividad cultural en la REBT, 215
- Manejo de los problemas secundarios, 116
- maratones racionales, 279
- modelo ABC de la REBT, 104
- Modelos DESC de comunicación, 158
- Necesidad de aprobación, aumento durante la adolescencia, 85
- Nivel evolutivo, 196
- Preferencia por las tareas conductuales de inundación, 300
- Problemas prácticos y emocionales, 195
- Problemas emocionales secundarios, 106, 116
- Razones específicas para demostrar la superioridad de la REBT, 187
- REBT con niños y adolescentes, 81

- REBT con clientes culturalmente diversos, 181, 215
- REBT con clientes discapacitados, 182, 236
- REFT, 253
- REFT: debate (D) y presentación (E), 263
- Secuencia ABC- TOC, 162
- Secuencia ABC- trastorno de angustia, 116, 167
- Secuencia de tratamiento REBT, 15-16, 162
- Selección de los participantes en los grupos continuos, 279
- sesiones REBT en pequeños grupos, 280
- Soluciones insatisfactorias, 261
- TAG, ansiedad por incomodidad, 18
- TAG, aprobación, 42
- TAG, audioterapia, 43
- TAG, complejidades del caso, 22
- TAG, conducta de evitación, 101
- TAG, enfoque del “divide-y-vencerás”, 30
- TAG, EPQ-N, 24
- TAG, evaluación, 22
- TAG, evaluación de los síntomas físicos, 22
- TAG, exposición imaginaria, 36
- TAG, factores biológicos, 25
- TAG, hipervigilancia, 17
- TAG, modelos teóricos, 19
- TAG, prevalencia y edad de aparición, 18, 44
- TAG, terapia cognitivo conductual, 14-16
- TAG, trastorno de ansiedad generalizada, 14
- TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), 15, 21, 68
- TDAH, aplicación de la REBT, 73
- TDAH, conclusión, 94
- TDAH, criterios diagnósticos, 69
- TDAH, educación emocional, 15
- TDAH, el potencial del desarrollo continuo óptimo, 77
- TDAH, entrenamiento en habilidades sociales, 68
- TDAH, Escala de Inteligencia Stanford-Binet, 74
- TDAH, ficha del pensamiento útil, 83
- TDAH, investigación sobre el, 70
- TDAH, juego del “Detective de Sentimientos”, 81
- TDAH, perspectiva evolutiva, 70
- TDAH, preadolescencia, 85
- TDAH, prevalencia, 44, 68
- TDAH, programa de manejo de contingencias, 80
- TDAH, pronóstico, 72
- TDAH, tratamiento, 70
- Técnicas cognitivas de la REBT, 281
- Técnicas conductuales de la REBT, 284
- Técnicas de distracción, 112
- Técnicas emotivas de la REBT, 282
- Técnicas para facilitar la verbalización a niños, 192
- Tendencia a catastrofizar vs. la tendencia a “horribilizar”, 112
- Terapia cognitivo-conductual para el TA-A, 20, 102
- Terapia transcultural, materiales, 207
- Terapias *de contenido*, 209
- Terapias *de proceso*, 210
- Tipo de aparición de la discapacidad, 230
- Tipo de discapacidad, 228
- Tipos de grupos REBT, 279
- TOC, creencias irracionales, 162
- TOC, vencer la vergüenza, 176
- TOC, auto-aceptación incondicional, 167
- TOC, baja tolerancia a la frustración, 163
- TOC, desensibilización in vivo, 164
- TOC, imaginación racional emotiva, 174
- TOC, interpretación de roles, 176
- TOC, interpretación de roles intercambiados, 176
- TOC, materiales psicoeducativos, 173
- TOC, medicación, 164
- TOC, modelado, 173
- TOC, procedimientos relacionales, 173
- TOC, secuencia ABC, 167
- TOC, secuencia habitual, 162

- TOC, síntesis de técnicas, 165
- TOC, técnicas REBT, 171
- TOC, tendencias biológicas, 170
- Trabajo en grupo con miembros difíciles, 291
- Transferencia, 285
- Trastorno de adaptación con humor iracundo, 132
- Trastorno de Angustia con agorafobia (TA-A), 96
- Trastorno de Angustia (TA), edad de aparición, 97
- Trastorno de Angustia (TA), evitación agorafóbica, 18, 96
- Trastorno de ansiedad, Criterios diagnósticos, 96
- Trastorno de ansiedad, predisposición genética, 100, 106
- Trastorno de ansiedad, Tratamiento Cognitivo-Conductual General (CCG), 99
- Trastorno de ansiedad, Tratamientos psicofarmacológicos, 98
- Trastorno de ira, 132
- Trastorno de ira, biblioterapia, 151
- Trastorno de ira, conexión BC, 145
- Trastorno de ira, Entrevista Estructurada, 138
- Trastorno de ira, estados emocionales de la ira y del enfado, 133
- Trastorno de ira, exposición in vivo, 36, 132
- Trastorno de ira, medidas relacionadas con varios aspectos de la salud mental, 140
- Trastorno de ira, relación terapéutica, 138
- Trastorno de ira, similar a la ansiedad, 148
- Trastorno de ira, analogía con una marioneta, 146
- Trastorno de ira, entrenamiento en asertividad, 145
- Trastorno de ira, técnica de Intercambio Racional del Rol, 149
- Trastorno de ira, técnica de la silla abierta, 149
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), 161
- Trastornos de ansiedad, 14, 17-18

Bibliografía

- Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic.
- Baer, L. (1991). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions*. Boston: Little, Brown.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognition theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bennett, T. S. (1984). Group psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 2) (pp. 81-82). New York: Wiley.
- Bernard, M. E. (Ed.). (1991). *Using rational-emotive therapy effectively: A practitioner's guide*. New York: Plenum.
- Bernard, M. E. (1993). *Staying rational in an irrational world*. New York: Carol Publishing.
- Bernard, M. E., & Wolfe, J. L. (Eds.). (1993). *The RET resource book for practitioners*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. N., & Przybek, T. R. (1994). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Corsini, R. J. (1957). *Methods of group psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Danysh, J. (1974). *Stop without quitting*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- Dryden, W. (1994). *Progress in rational emotive behavior therapy*. London: Whurr.
- Dryden, W., Backx, W., & Ellis, A. (1987). Problems in living: The Friday night workshop. En W. Dryden (Ed.), *Current issues in rational-emotive therapy* (pp. 154-170). London and New York: Croom Helm.

- Dryden, W., & DiGiuseppe, R. (1990). *A primer on rational-emotive therapy*. Champaign, IL: Research Press.
- Dryden, W., & Hill, L. K. (Eds.). (1993). *Innovations in rational-emotive therapy*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ellis, A. (1957). *How to live with a neurotic: At home and at work*. New York: Crown. Rev. ed., Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A. (1962a). *The American sexual tragedy* (rev. ed.). New York: Lyle Stuart and Grove Press.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia* (4ª Edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1968). *Is psychoanalysis harmful?* *Psychiatric Opinion*, 5, 16-25.
- Ellis, A. (1969a). A cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*, 8, 896-900.
- Ellis, A. (1969b). A weekend of rational encounter. *Rational Living*, 4(2), 1-8. En A. Ellis-W. Dryden, (1989). *Práctica de la terapia Racional-Emotiva* (2ª Edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1972). *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy. Reprinted in A. Ellis & W. Dryden, *The essential Albert Ellis*. New York: Springer Publishing Co., 1990.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976a). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy Theory, Research, and Practice*, 13, 343-348. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy (rev. ed.), 1991.
- Ellis, A. (1976b). *Sex and the liberated man*. Secaucus, Nj: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977a). Fun as psychotherapy. *Rational Living*, 12, 2-6. Also: Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977b). *A garland of rational humorous songs* (Cassette recording and songbook). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1977c). Skill training in counseling and psychotherapy. *Canadian Counsellor*, 12, 30-35.
- Ellis, A. (1977d). *Anger-how to live with and without it*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1982). Rational-emotive group therapy. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling*, 3rd ed. (pp. 381-412). Springfield, IL: Thomas.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything-yes, anything!* Secaucus, Nj: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1989). *The treatment of psychotic and borderline individuals with PET* (Orig. publication, 1965). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1990). Rational-emotive therapy. In I. L. Kutash & A. Wolfe (Eds.), *The group psychotherapists handbook* (pp. 295-315). New York: Columbia University.

- Ellis, A. (1991a). The revised ABCs of rational-emotive therapy. En J. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 79-99). New York: Brunner/Mazel. Expanded version: *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 139-172.
- Ellis, A. (1991b). Using RET effectively: Reflections and interview. En M. E. Bernard (Ed.), *Using rational-emotive therapy effectively* (pp. 1-33). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1991c). Achieving self-actualization. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 1-18.
- Ellis, A. (1992). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *International journal of Group Psychotherapy*, 42, 63-80.
- Ellis, A. (1993a). Rational emotive imagery: RET version. In M. E. Bernard & J. L. Wolfe (Eds.), *The PET source book for practitioners* (pp. 11-8-11-10). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1993b). Vigorous RET disputing. In M. E. Bernard & J. L. Wolfe (Eds.), *The RET resource book for practitioners* (pp. 11-7). New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1994a). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in rape victims: A rational emotive behavioral theory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 12, 3-25.
- Ellis, A. (1994b). *Reason and emotion in psychotherapy revised*. New York: Carol.
- Ellis, A. (1994c). *The treatment of borderline personalities with rational emotive behavior therapy*. En C. R. Cloninger (Ed.), *The treatment of personality disorders*. Washington, DC: Psychiatric Press.
- Ellis, A. (1994d). *Rational emotive behavior therapy*. En R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A., & Abrams, M. (1994a). *How to cope with a fatal disease*. New York: Barricade.
- Ellis, A., & Abrams, M. (1994b). *How to cope with a fatal illness*. New York: Barricade Books.
- Ellis, A., Abrams, M., & Dengelegi, L. (1992). *The art and science of rational eating*. New York: Barricade.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1996). *The clinical practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. (Vol. I) (7ª edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. (Vol. II) (2ª edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to successful marriage*. North Hollywood, CA: Wilshire.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire.

- Ellis, A., & Lange, A. (1994a). *How to stop People from pushing your buttons*. New York: Carol.
- Ellis, A., & Lange, A. (1994b). *How to keep People from pushing your buttons*. New York: Carol Publishing.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Needham, MA: Allyn & Bacon.
- Ellis, A., Sichel, J., Leaf, R. C., & Mass, R. (1989). Countering perfectionism in research on clinical practice. I: Surveying rationality changes after a single intensive RET intervention. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 7, 197-218.
- Ellis, A., & Velten, E. (1992). *When AA doesn't work: Rational steps for quitting alcohol*. New York: Barricade.
- Enright, S. J. (1991). Group treatment for obsessive-compulsive disorder: An evaluation. *Behavioral Psychotherapy*, 19, 189-192.
- Fals-Stewart, W., & Lucente, S. (1994). Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: An overview. *International journal of Group Psychotherapy*, 44, 35-51.
- Foa, E. B., & Wilson, R. (1991). *Stop obsessing. How to overcome your obsessions and compulsions*. New York: Bantam.
- Franklin, R. (1993). *Overcoming the myth of self-worth*. Appleton, WI: Focus.
- Greist, J. H. (1992). *Obsessive compulsive disorder.- A guide*. Madison, WI: Obsessive-Compulsive Information Center.
- Hauck, P. A. (1992). *Overcoming the rating game: Beyond self-love-beyond self-esteem*. Louisville, KY: Westminster/John Knox.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and behavioral therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*, 4th ed. New York: Wiley.
- Institute for Rational-Emotive Therapy (1994, Spring). *Catalogue*. New York: Author.
- Jacobson, E. (1938). *You must relax*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (1968). Behavior therapy in groups. In G. M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and group counseling* (pp. 149-175). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Losoncny, L. E. (1980). *You can do it: How to encourage yourself*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1989). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Maultsby, M. C., jr. (1971). Systematic written homework in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 195-198.
- Maultsby, M. C., jr. (1971b). Rational emotive imagery. *Rational Living*, 6, 24-27.

- Maultsby, M.C., jr., & Ellis, A. (1974). *Technique for using rational-emotive imagery*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Mills, D. (1993). *Overcoming self-esteem*. New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Moore R. H. (1993). Traumatic incident reduction. In W. Dryden & L. K. Hill (Eds.), *Innovations in rational-emotive therapy* (pp. 116-159). Newbury Park, CA: Sage.
- Moreno, J. L. (1990). *The essential J.L. Moreno*. New York: Springer.
- Perce, J. L. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A treatment review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 48-55.
- Rapoport, J. L. (1989). *The boy who couldn't stop washing*. New York: Dutton.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rose, S. D. (1980). *Casebook in group therapy: A behavioral-cognitive approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sichel, J., & Ellis, A. (1984). *PET self-help form*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Delacorte.
- Trimpey, J. (1989). *Rational recovery from alcoholism: The small book*. New York: Delacorte.
- Upper, D., & Rose, S. (Eds.). *Behavioral group therapy*. Champaign, IL: Research Press.
- Walen, S., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioners guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Wessler, R. A., & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational-emotive therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*, 3rd ed. New York: Basic Books.
- Yankura, J., & Dryden, W. (1990). *Doing RET.- Albert Ellis in action*. New York: Springer.
- Zetin, M., & Kramer, M. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 689-699.


BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

(Dirigida por José M. Gondra)

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Ledy.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Uppere-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS, Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.

58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA, Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.

100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL, Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA, El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA, Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.



La Terapia Conductual Racional Emotiva (REBT) ha sido el siguiente avance en la evolución de la Terapia Racional Emotiva (RET) de Albert Ellis. La RET carecía del componente conductual para consolidarse como terapia integradora y desde la introducción de este parámetro, la REBT contempla la secuencia completa A-B-C (Afecto, Conducta y Cognición).

Desde hace tiempo se ha venido demandando una guía práctica que incluyera las nuevas variaciones de la terapia REBT junto con la ilustración de la experimentación real de esta modalidad terapéutica. El libro que tiene en sus manos es la respuesta a dicha demanda. Este compendio recoge, en la Primera Parte, la respuesta práctica REBT ante problemas psicológicos comunes: la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo... En la Segunda Parte se incluyen experiencias de aplicaciones específicas ante dificultades y problemas de extrema actualidad: la terapia para niños y adolescentes, la diversidad cultural, las personas con discapacidades, la terapia de familia o la terapia grupal.

Si la atención a los problemas comunes es imprescindible por la cantidad de demanda que generan, no es menos importante la atención a los casos especiales, entre otros factores por la escasez de referencias con que cuentan los profesionales al dar respuesta a estos problemas que, aunque hoy reciben aún el calificativo de especiales, son cada vez más frecuentes en nuestro entornos social, educativo y asistencial.

En este volumen se recopilan las contribuciones de figuras tan renombradas como Albert Ellis, Windy Dryden, Raymond DiGiuseppe y Joseph Yankura. Puede ser un recurso útil tanto para los profesionales que deseen renovar y profundizar sus conocimientos y práctica terapéutica como para los estudiantes de las diversas especialidades de psicología.



desclée

ISBN 84-330-1468-4



9 788433 014689

Biblioteca de Psicología

