

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE). POR ELIA ROCA

La información de este apartado se ha obtenido de diversas obras de A. Ellis, citadas en la bibliografía, que recomendamos leer para profundizar en la TRE. Se puede acceder a la página personal de A. Ellis, pulsando en <http://www.rebt.org/>

Más información en web de Elia Roca: www.cop.es/colegiados/PV00520/

INTRODUCCIÓN:

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es la pionera de las terapias cognitivas. Como nos cuenta su creador, A. Ellis, en "La práctica de la RET", empezó a utilizarla hacia 1955.

Veamos algunas circunstancias que influyeron en su creación:

Ellis, en su adolescencia tenía problemas de timidez, temor a hablar en público y especialmente ansiedad para relacionarse con mujeres. Para superar estos problemas, empezó a utilizar técnicas cognitivo-conductuales, familiarizándose así con ellas.

También estaba muy interesado por la filosofía y la psicología, especialmente por los escritos de Epiceto, Marco Aurelio, Emerson, Coué, Dewey, Freud, Rusell y Watson.

Empezó a practicar la psicoterapia y la terapia sexual y marital en 1943 y se doctoró en Psicología en 1947.

Se formó en el campo del Psicoanálisis, pero al no hallar resultados satisfactorios con esta orientación, empezó a desarrollar su propia forma de hacer terapia que daría lugar a la RET, una orientación que afirmaba que si las personas adquiriesen una sana filosofía de la vida, sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbadas.

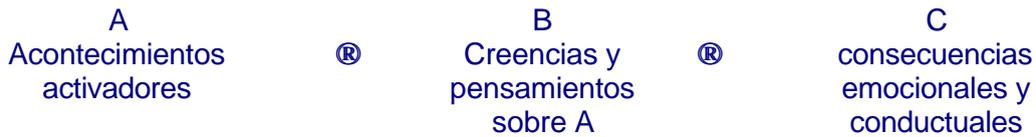
Entre las bases teóricas de la RET, también hallamos la influencia de Horney (la tiranía de los deberías), de la Semántica General de Korzibsky (ej., los problemas con la utilización del verbo ser referido a las personas) y de antiguas filosofías orientales como las de Confucio y Buda.

Desde 1955 hasta 1963, Ellis estuvo prácticamente solo en la práctica y difusión de la Terapia Racional Emotiva. A partir de ahí, en gran parte debido al trabajo de los terapeutas que se habían ido formando en RET, esta forma de Terapia comenzó a extenderse entre los profesionales y a ser adoptada (y, en algunos casos modificada) por una serie de reconocidos profesionales e investigadores (Ellis, 1985).

LA TEORÍA ABC

Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, pero pone un énfasis especial en el papel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

Parte del esquema:



A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Pero a pesar de que los acontecimientos activadores (A) a menudo parecen causar las (C), esto no es realmente así, ya que las (B) -creencias y pensamientos sobre (A)-, son mediadores importantes entre los (A) y las (C); llegando a ser las principales y más directos responsables de las (C).

Veamos un ej.: una persona llega a un lugar donde hay varios desconocidos y estos lo miran fijamente (A). Según el tipo de interpretaciones que haga sobre este hecho, es decir, según lo que piense (B), reaccionará a nivel emocional y conductual (C) de una forma u otra. Por ej., si piensa que los demás lo están evaluando positivamente se sentirá mejor que si piensa que le evalúan negativamente. En función de lo que piense también actuará de diferente forma

LAS CREENCIAS IRRACIONALES

En una primera formulación, Ellis las agrupó en 11 ideas irracionales básicas (ver Ellis, Razón y emoción en Psicoterapia), que podríamos resumir así:

- 1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno
- 2) Para considerarme a mí mismo como una persona válida, debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga
- 3) Las personas que no actúan como “deberían” son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad
- 4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría
- 5) La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas, y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones
- 6) Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra
- 7) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
- 8) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar
- 9) Lo que me ocurrió en el pasado, seguiría afectándome siempre
- 10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás
- 11) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico

Estas 11 ideas irracionales fueron sintetizadas más adelante (Ellis 1977a) en tres ideas irracionales básicas, las **exigencias absolutistas** o necesidades

perturbadoras en forma de “deberías”; “es necesario que”, etc., con respecto a:

- 1) Uno mismo, ej.: “debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”
- 2) Otra/s persona/s, ej.: “deben actuar de forma agradable, considerada y justa”
- 3) La vida, el mundo, ej.: “debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad”

Cuando esas exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras (pseudonecesidades) no se cumplen, surgen los pensamientos (cargados de emociones) **derivados** de esas exigencias absolutistas, que son:

- Tremendismo: “es terrible”
- No-soportantitis: “no puedo soportarlo”
- Condena: “es un... (ej.: gusano)” o autocondena: “soy un... (ej.: inútil)”.

Ellis afirma que las demás ideas irracionales (las 11 ideas irracionales de su 1ª época y otras muchas) pueden incluirse en estas (Manual de RET-2, Capítulo 1)

Para Ellis, cualquier perturbación emocional estará relacionada, con gran probabilidad, con alguna de estas creencias irracionales. El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las inferencias erróneas como las creencias dogmáticas y absolutistas que las originan.

Asimismo esas actitudes de exigencia y necesidad perturbadora, facilitarían las **distorsiones cognitivas** entre las que destaca:

- Sobregeneralizaciones y etiquetaciones negativas (ej., “soy un ...”)
- Salto a conclusiones negativas
- Adivinar el futuro
- Fijarse en lo negativo
- Descalificar lo positivo
- Magnificar-minimizar
- Razonamiento emocional (“como lo siento así, debe ser cierto”)
- Personalizar (creerte la causa de las cosas que pasan, cuando no es así)
- Estafa (“si no hago las cosas tan bien como debiera y los demás siguen apreciándome, soy una estafa y pronto se darán cuenta”)

El objetivo de la terapia será detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad (fruto de las distorsiones) como las creencias dogmáticas y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan.

Otros autores han contribuido también a expandir las bases de la RET. Entre ellos destaca Russell Grieger. Este autor propone que existen unas cogniciones más básicas (que condicionan o “tiñen” a todas las demás), a las que denomina “Posiciones de vida” (al resto de cogniciones de interés por tener cierta influencia y recurrencia en un sujeto dado, las denomina Valores y Hábitos interpretativos).

Las posiciones de vida son dicotómicas y la persona suele situarse en uno de los polos.

- Exigencia-Preferencia. Con la actitud de preferencia la persona acepta sus limitaciones de todo tipo y se centra en disfrutar y/o conseguir sus posibilidades
- Yo como objeto (etiquetas globales, ej. “soy un...”, “es un...”) frente al yo como contexto o como potencial
- Vivir en función de lo que te apetece (dejándote llevar por tu estado psicológico del momento), frente a vivir en función de lo que te conviene (de tus metas a largo plazo) también denominado hedonismo a largo plazo
- Considerarte “resultado de” (determinismo), frente a “considerarte causa de “.

El efecto de adoptar una posición u otra, también se relaciona con el tema de las **profecías autocumplidas**. Es decir, en muchas ocasiones, sobre todo en lo que se refiere a tus emociones y tus conductas, se cumple la máxima “si crees que puedes, puedes, y si crees que no puedes, no puedes”

RET PREFERENCIAL Y RET GENERAL

Ellis es partidario de que la terapia intente el “cambio filosófico profundo”, pero en aquellos casos en que, por diversas circunstancias, esto no sea posible, se intenta, al menos, que el cliente reduzca sus síntomas mediante un cambio conductual e inferencial (cambiar las inferencias erróneas o las distorsiones cognitivas desadaptativas, pero sin llegar a cambiar la filosofía irracional básica). En estos casos, Ellis afirma que la RET es equivalente a una terapia cognitivo-conductual y aconseja señalar al paciente, que todavía sigue con su filosofía irracional que le predispone a nuevas alteraciones emocionales o conductuales.

En “La práctica de la RET”. Ellis dice que la RET es un tipo de psicoterapia activa-directiva en que el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos, demostrándole que pueden afrontarse y que se pueden cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras.

Ellis describe al terapeuta RET como un maestro que enseña al paciente a ser su propio terapeuta.

EL CURSO DE LA TERAPIA

En “Manual de RET-1”, capítulo 12, Rusell Grieger, divide el proceso terapéutico en 4 etapas y en “la práctica de la RET”, capítulo 4, W. Dryden la divide en 3 fases: inicial, media y final. A continuación exponemos una síntesis de la estructura presentada por estos autores y por el mismo Ellis en diversos apartados de sus obras:

1ª ETAPA: PSICODIAGNOSTICO

OBJETIVOS:

- Descubrir las creencias o filosofías “irracionales” que producen emociones o conductas contraproducentes.
- Comprender cómo contribuyen a los problemas del paciente.
- Señalar metas realistas (acuerdo terapeuta-paciente).

TAREAS:

I. Clasificar los problemas del paciente en:

Externos (son problemas en las “A”) ¿derivarlos a otro profesional, ej., a un abogado?, ¿aplicar solución de problemas?

Internos (son problemas en “B” y “C”) se tratan en primer lugar.

Mixtos (son problemas “internos” acerca de los problemas externos).

II. Detectar, a través del relato del paciente, sus creencias irracionales.

Principalmente: exigencias (deberías); catastrofismo (es terrible); no-soportantitis (no puedo soportarlo) y condena o autocondena (es un gusano, soy un inútil,...)

III. Detectar los “problemas sobre los problemas” (problemas 2rios) que son las ideas irracionales sobre sus problemas primarios (ej. deprimirse por estar ansioso). Explicársele, con ayuda del siguiente esquema:

A Dar una charla en publico	→	B Debo hacerlo muy bien. Sería terrible tener algún fallo	→	C Ansiedad				
				A Ansiedad	→	B Soy un imbécil por ponerme tan ansioso	→	C depresión

IV. Establecer metas flexibles, conceptualizar el cuadro sintomático en términos ABC y comentar al paciente las opciones posibles y las recomendadas. Suele ser:

- 1º. Trabajar en los problemas secundarios (a veces conjuntamente con el 2º)
- 2º. Trabajar en las “C” autodestructivas.
- 3º. Trabajar en las “A”.

V. Explicarle las bases de la RET, poniendo como ej., sus propios problemas.

VI. Empezar a hacer autorregistros, como el del siguiente ejemplo:

A Situación	B Pensamientos irracionales	C Consecuencias emocionales y conductuales
Respondo mal a una pregunta en clase y mis compañeros se ríen	Es terrible Soy un imbécil Son unas malas personas	Ansiedad Tristeza Ira-hostilidad, alejarme de ellos Temor a que vuelvan a preguntarme y conductas dirigidas a evitarlo Baja autoestima

Al acabar esta etapa, tendremos una idea clara de los principales problemas emocionales y conductuales del paciente y habremos establecido un orden de prioridades para estructurar la terapia. Lo ideal es que terapeuta y paciente se pongan de acuerdo y planifiquen el orden en que van a ser tratados los problemas. Los problemas se estructuran en términos A B C, y nos aseguramos de que el paciente comprenda y acepte esa formulación.

Hacemos un listado de tus problemas emocionales y conductuales en términos A-B-C

Es importante que conceptualicemos claramente dichos problemas y que nos adaptemos a su ritmo de aprendizaje sin mostrarnos rígidos ni exigentes con él. Conviene sondear las expectativas del paciente hacia la terapia y aclarar cualquier malentendido.

2ª ETAPA: INSIGHT INTELECTUAL

A menudo solapada con la anterior.

Se destaca para dejar claro que es una “etapa” necesaria aunque no suficiente.

Supone llegar a tener claros los siguientes conceptos:

- Las creencias irracionales actuales son el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales.
- Aunque se adquiriesen en la infancia, se mantienen porque siguen re-indoctrinándose en ellas.
- Comprender qué creencias irracionales causan sus problemas (usar cuestionarios y registros).
- Tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales y de que, en cambio, si que existe evidencia de que el mantener esas actitudes son perjudiciales
- Autoaceptarse, aunque hayan creado y sigan manteniendo sus problemas.
- Comprender que si quieren librarse de sus creencias irracionales sobreaprendidas, han de trabajar mucho tiempo, e intensamente, para afianzar y mantener sus nuevas actitudes racionales (“D” y “E”).

Podemos ayudarnos de casetes y de lecturas que lo explican. Por ej., Tus zonas erróneas, Cómo hacer funcionar bien tu vida, y otros libros de la bibliografía de autoayuda.

Estos insights, son indispensables para comprender la terapia y para estar motivados a trabajar en ella.

Una vez detectadas las creencias irracionales o actitudes contraproducentes del cliente, y logrados los 5 insights anteriores, podremos pasar a la fase de reestructuración o cambio de creencias-actitudes

3ª ETAPA: INSIGHT EMOCIONAL: CAMBIO DE ACTITUDES

Se trata de lograr un cambio de actitudes; es decir, de creencias, emociones y conductas. Esto implica, según Ellis, una creencia muy fuerte en que la creencia irracional es dañina y su creencia racional alternativa, es sana y deseable.

Es la etapa más extensa.

Terapeuta y paciente trabajan juntos para socavar las actitudes irracionales del paciente y fortalecer las racionales. El terapeuta se encarga también de identificar los obstáculos que vayan surgiendo y ayudarlo a superarlos.

El terapeuta es, en esta etapa, muy didáctico. Actúa como un profesor “aniquilador de tonterías”. Enseña a razonar. Usa la persuasión y los diálogos socráticos para enseñar al paciente a:

- Considerar sus ideas como hipótesis a comprobar.
- Valorar las nuevas ideas beneficiosas-racionales.
- Trabajar duro para abandonar las viejas creencias irracionales y adherirse a las nuevas creencias racionales.

Objetivo: crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas.

En esta etapa nos podemos ayudar de un autorregistro más completo, que incluye los pensamientos racionales alternativos (casilla D), y las consecuencias deseables de las mismas (casilla E):

A Situación	B Pensamientos irracionales	C Consecuencias emocionales y conductuales
Respondo mal a una pregunta en clase y mis compañeros se ríen	Es terrible Soy un imbécil Son unas malas personas	Ansiedad Tristeza Ira-hostilidad, alejarme de ellos Temor a que vuelvan a preguntarme y conductas dirigidas a evitarlo Baja autoestima

<p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">Pensamientos racionales realistas-adaptativos (cómo tendría que pensar, para sentirme y actuar en la forma deseada en E)</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Consecuencias emocionales y conductuales (cómo me gustaría sentirme y comportarme en situaciones similares a A)</p>
<p>Prefiero hacer las cosas bien, pero tengo derecho a equivocarme Es normal que me moleste un poco, que se rían porque me he equivocado. Pero eso no demuestra que sean unas malas personas. Quizá les ha hecho gracia, o tienen ganas de divertirse</p>	<p>Me quedo tranquilo Les pregunto por qué les ha hecho tanta gracia y quizá acabo riéndome yo también. Aprendo tranquilamente cual era la respuesta correcta y me siento bien conmigo mismo, y con los demás.</p>

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:

Algunos terapeutas empiezan la sesión preguntando al paciente qué es lo que más de ha preocupado durante la semana y *se centran en los problemas que le preocupan en ese momento o en los que ha recogido en sus autorregistros.*

Otros prefieren trabajar en un solo problema hasta resolverlo, antes de pasar a trabajar en un problema diferente.

En la práctica suele ser preferible identificar los problemas más generales (exigencia hacia otras personas, autocondena, etc.) y centrarnos en resolver problemas concretos, es decir, hábitos emocionales y/o conductuales contraproducentes: ej. agresividad-ira con el cónyuge, evitación social, conflictos laborales, etc.

En cualquier caso, el proceso a seguir es el siguiente:

1) **Identificar emociones y conductas problemáticas, enlazarlas con los (a) e identificar creencias irracionales que las sustentan.**

Para ayudarnos a identificarlas tendremos en cuenta que las creencias irracionales:

- Van en contra de la evidencia, no son consistentes con la realidad.
- Van en contra de la lógica.
- Producen emociones perturbadoras (ej.: demasiado intensas).
- No son útiles: obstaculizan la consecución de sus metas, más que ayudarle a conseguirlas.
- Se expresan en lenguaje absolutista, demandante, catastrofizante y dicotómico (ej., debería, absolutamente, totalmente, terrible, etc).

Al identificar las creencias irracionales, es esencial “traducir el pensamiento a su

esencia”, es decir, llegar mediante preguntas hábilmente dirigidas, al pensamiento verdaderamente responsable de la alteración.

Buscaremos dos tipos de errores: las evaluaciones antiempíricas o distorsiones, ej.: “todo me sale mal” y las filosofías irracionales básicas relacionadas con las actitudes de exigencia y sus derivados. Ej.: “debo conseguir la aprobación de los demás y hacer las cosas a la perfección o de lo contrario soy un inútil”.

Ellis aconseja, siempre que sea posible, llegar a las filosofías irracionales básicas (exigencias y derivados), aunque también recomienda poner en evidencia las distorsiones antiempíricas y evidenciar cómo se potencian unas a otras.

2- Refutar esas creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales.

Para ello hay que enseñarle a discriminar:

- Los “quiero”, “deseo”, etc., relativistas; de los “debo”, “necesito”, “tengo que”, etc., absolutistas (necesidades perturbadoras).
- Las consecuencias indeseables, de las “terribles”.
- La incomodidad, del “no puedo soportarlo”
- El hacer algo mal, del “ser una mala persona”
- Las conclusiones lógicas, de las ilógicas.

Es decir, discriminar entre los valores no absolutos (preferencias, deseos, ...) y los valores absolutistas (necesidades, demandas, imperativos,...).

El proceso de identificar las creencias irracionales y buscar las creencias racionales alternativas, se lleva a cabo principalmente mediante preguntas dirigidas a ayudar al paciente a descubrir la falsedad de su creencia irracional y a hallar la creencia racional alternativa. Las preguntas son del tipo ¿Qué evidencia tienes de...?, ¿en que sentido es cierta o falsa esa creencia?, ¿en que otra forma puedes verla?, ¿qué consecuencias positivas o negativas obtienes manteniendo esta creencia?, ¿estás manteniendo actitudes de exigencia, derivados u otros tipos de distorsiones?, etc.

¿Cómo lograr el verdadero cambio de creencias? Este es un punto de gran interés ya que, con mucha frecuencia, el paciente llega a una comprensión intelectual de sus actitudes pero le cuesta mucho más el cambio de creencias. Para lograr este objetivo se utilizan diversas técnicas (la mayoría de ellas ayudándonos de la interrogación socrática o aprendizaje guiado). Entre ellas destacamos las siguientes:

- *Análisis y evaluación lógica de las creencias irracionales*: hacerle ver cuándo basa sus juicios en una premisa básica incorrecta. (ej.: “una buena madre es la que satisface todas las necesidades de sus hijos...; yo no he sido capaz de ayudarlo en...; por tanto, soy una mala madre”), y cuándo lleva a introducciones o deducciones contrarias a la lógica.
 - Análisis y evaluación empírica buscando evidencias a favor y en contra, mediante recolección de datos.
 - Hacer registros ABCDE, donde D refleja las creencias racionales fruto de debate y E refleja las consecuencias emocionales y conductuales de las ideas racionales.
-

- Mostrar la incongruencia entre una actitud contraproducente y una creencia fuertemente arraigada en él. (ej., “todos cometemos errores, pero tú te hundes porque has cometido uno”)
- Mostrar extrañeza ante ciertas afirmaciones irracionales (con gestos, exclamaciones, etc.)
- Reducir el absurdo: asumir como válida la creencia expresada por el paciente, y llevarla al extremo para evidenciar su absurdo. (ej., si teme que puedas contar a alguien sus secretos, decirle “contaré lo que me has dicho en TV”).
- Definir los términos de forma clara y precisa para evitar las falacias lógicas y las conclusiones ilógicas.
- Descatastrofizar haciéndole preguntas del tipo ¿Qué es lo peor que podría pasar si ocurre lo que temes?
- Hacer de abogado del diablo (hacer como que defiendes su idea irracional y que él trate de convencerte de lo contrario).
- Usar el humor y las paradojas.

3. Afianzar las alternativas racionales, con tareas como:

- Experimentos conductuales para poner a prueba la validez de sus creencias.
- Análisis “funcional” de las creencias, es decir, de las ventajas e inconvenientes de mantenerlas.
- Hacer ensayos escritos sobre alguna creencia básica: ej.: ¿por qué es mejor la actitud de preferencia que la de exigencia?, ¿por qué es inexacto decir “yo soy..., tú eres, etc”?, (esto último se refiere a la utilización de etiquetas globales, asociadas a una posición de “yo, como objeto” en vez de utilizar el concepto, más deseable, del “yo como potencial”).
- Acostumbrarse a utilizar un lenguaje racional, ya que, al menos en parte, el lenguaje determina al pensamiento. Ellis en algunos de sus escritos, no utiliza el verbo ser, los debería, etc.
- Hacer tarjetas con frases racionales creíbles para el sujeto y repetírselas hasta automatizarlas (esto se usa también con los sujetos incapaces de hacer refutación).
- I.R.E. basada en autorregistros ABCDE: visualizar las situaciones en que antes se manifestaban las alteraciones, pero sintiéndose y comportándose, según la nueva filosofía racional. Para habituarte a mantener las nuevas actitudes racionales también puede imaginar las situaciones temidas (ej., cómo lleva a cabo tareas de exposición para superar una fobia).
- Actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas creencias racionales, Ej.: el “actuar como sí”, similar a la terapia del rol fijo de Kelly.
- Ejercicios de “permanecer allí”: exponerse a situaciones que antes evitaba, mientras debate sus ideas irracionales.
- Ejercicios de tomar riesgos y de ataque a la vergüenza.
- Biblioterapia.

Ante cada nuevo problema, se anima al paciente a que utilice esos tres pasos:

I. Identificar emociones y conductas problemáticas, enlazarlas con los A y identificar creencias irracionales que las sustentan.

II. Refutar esas creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales.

III. Afianzar las alternativas racionales, mediante la ejecución de tareas.

El paciente irá observando las conexiones entre los problemas, en especial los que se caracterizan por tener creencias irracionales comunes.

A medida que la terapia va progresando, suele ocurrir que el grado de directividad del terapeuta se va debilitando, porque los pacientes empiezan a practicar la auto-terapia.

Lo mismo ocurre en cuanto a la planificación de tareas para casa: al principio las sugiere el terapeuta pero después, cada vez más, las va sugiriendo el paciente.

Otra tarea importante de esta etapa es ayudar al paciente a evaluar adecuadamente las razones del cambio terapéutico y ayudar a que las entienda y aprenda de ellas: Los cambios en C pueden deberse a modificaciones en A o B; o modificaciones en su filosofía (ej. medicación). Cuando se deba a cambios en B, estos pueden ser de tipo inferencial (corregir una distorsión antiempírica) o, como sería deseable en RET, de tipo filosófico: cuando se ha enfrentado correctamente a sus evaluaciones preferenciales racionales.

Cuando el cambio no se deba a esta última razón, explicarle que el problema no se ha atajado de raíz.

DIFICULTADES DE ESTA ETAPA, DEBIDAS AL PACIENTE (RESISTENCIAS).

- El cambio de actitudes requiere esfuerzos enérgicos reiterados y motivación. A veces el paciente se resiste (capítulo 15 del Manual de RET-2, y “Overcoming resistance”), porque:
- El cambio produce ansiedad (Kelly)
- Mantiene actitudes irracionales como miedo a: ser un farsante; convertirse en una “máquina” racional; “ser un mediocre” al abandonar el perfeccionismo, o perder las ganancias secundarias de pensar-actuar patológicamente.

Otras veces, la dificultad se debe a que el paciente se muestra: poco hábil en el pensamiento crítico; “alérgico” a pensar, por pereza y baja tolerancia a la frustración; reacio a cambiar, aunque sepa que le hace daño (por los motivos anteriores).

La principal razón por la que el paciente se resiste al cambio puede atribuirse a una filosofía de baja tolerancia a la frustración, lo que le lleva a creer que “el cambio debería ser fácil” y demás actitudes irracionales derivadas de esa exigencia. Hay que ayudarles a identificar y afrontar esa actitud, de lo contrario pueden adquirir

grandes conocimientos teóricos sobre la RET pero no lo ponen en práctica y, por tanto, no cambian sus emociones y conductas contraproducentes.

DIFICULTADES POR PARTE DEL TERAPEUTA

- No saber identificar y manejar los esfuerzos infructuosos del paciente por hacer las tareas para casa.
- Adoptar una actitud demasiado filosófica que resulta poco comprensible.
- Pasar de un problema a otro sin acabar de solucionar el anterior.
- No ser lo suficiente repetitivo y persistente (falacia del profesor).
- No ayudar al paciente a aceptar que los sentimientos negativos de incomodidad son una parte implícita en el cambio de actitudes.

ETAPA FINAL: FORTALECER LOS HÁBITOS RACIONALES

Los principales objetivos de esta etapa son:

- Preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia y
- Prepararle para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta.

Para ello, se usan técnicas como:

- Habitarse a hacer I.R.E. diariamente
- Hacer TRE a otras personas.
- Autorreforzarse por pensar racionalmente y castigarse por pensar y actuar irracionalmente.
- Habitarse a debatir, mentalmente y por escrito, sus creencias irracionales durante el resto de su vida.
- Actuar en su vida diaria, de forma consistente con su nueva filosofía racional (y en contra de sus ideas irracionales).
- Se les anima a tener muchas experiencias, en su vida diaria, a que sean consistentes con su nueva filosofía (ej.: hacer teatro para un ex-tímido).

La terapia puede acabar disminuyendo gradualmente las sesiones y planificando alguna sesión de seguimiento.

Se dedica alguna sesión a que aprenda a anticipar problemas futuros y a imaginar como manejarlos con las habilidades RET que ya ha interiorizado.

RESUMEN DE TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA RET.

Adaptadas de “La felicidad personal al alcance de su mano” y de “La práctica básica de la TRE, capítulos 2 y 3.

TÉCNICAS COGNITIVAS

- Discusión o debate de las ideas irracionales (la principal)

- Tareas escritas para detectar y cambiar pensamientos
- Resolución de problemas: ver la vida en términos de resolución de problemas, y manteniendo una actitud de preferencia, de no-exigencia.
- Precisión semántica: en base a la idea de que el lenguaje determina al pensamiento
- Referenciar (ventajas e inconvenientes de mantener un hábito)
- Frases de superación y autoindocinamiento en filosofías racionales
- Detectar, discutir, y cambiar las falsas atribuciones, buscando hipótesis alternativas
- Usar la imaginación y la fantasía
- Leer y escuchar materiales RET.
- Humor e intención paradójica
- Enseñar RET a otras personas

TÉCNICAS EMOCIONALES

- Exposición a emociones indeseables: IRE (similar a la exposición imaginada)
- Técnicas de expresión emocional, pero detectando las ideas que están en su base
- Aceptación incondicional a nivel cognitivo, verbal, emocional y conductual para facilitar la autoaceptación incondicional por parte del propio paciente
- Autodescubrimiento del terapeuta: contar si han tenido problemas similares y los han superado mediante RET
- Usar historias, chistes, leyendas, parábolas y canciones
- Ejercicios para superar la vergüenza
- Ejercicios de autorrevelación de algo íntimo, secreto o vergonzoso
- Dramatización (psicodrama y juegos de roles)
- Autoafirmaciones violentas y dramáticas

TÉCNICAS CONDUCTUALES

- Tareas para casa
- Premios y castigos autoimpuestos supervisados por el terapeuta y, o un familiar
- Exposición en vivo, tipo inundación más que gradual
- Entrenamiento en habilidades
- Control de estímulos

ESTILO DEL TERAPEUTA RET. (Ellis, 1981, y Dryden y Ellis, 1989).

- Aceptar incondicionalmente a los clientes como personas falibles, aunque, muchas veces tengas que enseñarle sus conductas contraproducentes.
- Empatía “filosófica”: mostrarles que comprendes como se siente y, al mismo tiempo, que también comprendes las filosofías o creencias que están en la base de sus sentimientos.
- No ser demasiado cariñoso con el cliente, porque podrías reforzar sus ideas irracionales de que necesitan mucho amor y aprobación o de que otros deben resolver sus problemas. En ocasiones, por ej., cuando existen fuertes impulsos suicidas, si que conviene mostrarse más afectuoso.
- Empirismo colaborador (igual que Beck). La meta de la terapia es que el paciente aprenda a ser su propio terapeuta.
- El terapeuta no se muestra como un modelo magistral, sino como un modelo racional que acepta sus limitaciones y se esfuerza por realizar sus potencialidades.
- Se recomienda, cuando ello parezca útil, la autoapertura; es decir, contarle al cliente cómo has superado con técnicas RET algún problema similar al que ahora le aqueja a él. Esta actitud favorece el modelado por parte del paciente (coping mejor que mastery)
- El terapeuta RET es antidogmático. Formula sus juicios como hipótesis flexibles, reduciendo así los riesgos del terapeuta (diversas investigaciones muestran que los clínicos más expertos tienden a hacer más juicios erróneos que los novatos).
- El terapeuta, está alerta para captar sus actitudes irracionales, ya que todas las tenemos en mayor o menor grado y, al descubrirlas, se autoaplica la persuasión y la firmeza (por ej. , a la hora de convencerlo para que haga tareas para casa) e incluso, a veces, el ataque a sus ideas irracionales (una vez que el paciente tenga clara la aceptación incondicional hacia su persona, por parte del terapeuta)
- Ser muy didáctico (ser un buen “profesor”)
- Utilizar el humor, ya que buena parte de los problemas del paciente se derivan de que se toman las cosas demasiado en serio.
- Usar siempre que sea posible la RET elegante o preferencial.

VALORES Y METAS DE LA RET

La principal meta de la RET es **ayudar a la gente a vivir el mayor tiempo posible, minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes y a auto-realizarse para vivir una existencia lo más feliz posible**. Parte de la idea de que cada persona elige sus propias metas pero de que la mayoría, estaría dispuesta a elegir esas.

El resto de valores y metas, (en realidad sub-metas) se mantendrían sólo en la medida en que parecen ayudar a conseguir las metas anteriores. Estas sub-metas serían:

- Usar el **método científico** (lógico-empírico) porque parece el más eficaz para descubrir qué técnicas de psicoterapia o de desarrollo personal son más eficaces para cada persona o circunstancia (para ayudarles a conseguir sus principales metas y submetas)
- **Pensar racionalmente** (científica, clara y flexiblemente) para sentir de forma apropiada y actuar más funcionalmente de cara a conseguir las metas de vivir y ser felices, al máximo posible. Esto nos hará capaces de sentir profundamente y de actuar convenientemente, y de regular las emociones y conductas mediante la reflexión sobre uno mismo y sobre las consecuencias de esas emociones y conductas, evaluando todo ello mediante la aplicación de las reglas de la lógica y del método científico
- **Interés en sí mismo:** tendencia a interesarse en primer lugar por uno mismo y poner los propios intereses, al menos un poco por encima de los de los demás
- **Auto-aceptación incondicional**, independiente de la aprobación de los demás y de los logros que se alcancen; sin autoevaluaciones globales como “soy ... “
- **Interés social:** Actuar moralmente y respetar y proteger los derechos de los demás (no es incompatible con el anterior)
- **Dirección propia:** Asumir la responsabilidad de tu propia vida ofreciendo simultáneamente tu cooperación con los demás. No necesitar ni exigir apoyo a ayuda constante de los demás
- **Tolerancia:** Concederte a ti mismo y a los demás el derecho a equivocarse. No se reprueba a la persona, aunque te desagrade alguna de sus conductas (aplicable a ti mismo y a los demás)
- **Flexibilidad:** Pensar de forma flexible, estar abiertos al cambio y al pluralismo, no ser fanáticos. No tener reglas rígidas e invariables para uno mismo ni para los demás
- **Aceptación de la incertidumbre:** Aceptar la idea de que parece que vivimos en un mundo de probabilidad y azar, donde no existen las certezas absolutas
- **Compromiso:** La mayoría de personas, especialmente las inteligentes y formadas, tienden a ser más felices cuando están vitalmente absortas en algún asunto fuera de ellos mismos (ej.: un interés creativo o un tema humanista), que consideran tan importante que estructuran buena parte de su existencia diaria en torno a él
- **Asumir riesgos:** Atreverse a intentar conseguir lo que se desea sin que importe demasiado el riesgo de fracasar
- **Hedonismo a largo plazo:** Buscar la felicidad, pero siendo capaces de renunciar a una gratificación inmediata por obtener una mayor en el futuro
- **No utopismo-** Aceptar que nunca se consigue todo lo que se desea, ni tampoco se puede evitar todo el dolor; que no existe la perfección total
- **Auto-responsabilidad por los pensamientos, emociones y conductas propios**, en vez de responsabilizar a otras personas o a la sociedad

De entre todos ellos, los 2 pilares fundamentales de un estilo de vida

psicológicamente sano, son la autoaceptación incondicional (es decir, cambiar exigencias por preferencias en lo que respecta a uno mismo) y un alto nivel de tolerancia a la frustración (es decir, cambiar exigencias por preferencias por lo que respecta a la vida y a las otras personas).