

TERAPIA



Racional Emotiva:

de lo individual a lo comunitario

Heriberto Enrique Luna Alvarez
Xavier Eduardo Franco Chóez



UMET
UNIVERSIDAD
METROPOLITANA

Dirección Editorial: PhD. Jorge Luis León-González

Diseño de portada y edición: DI. Yunisley Bruno-Díaz

ISBN: 979-8-9916990-9-9

© Heriberto Enrique Luna Alvarez, 2024. All rights reserved.

© Xavier Eduardo Franco Chóez, 2024. All rights reserved.

La evaluación científica y metodológica de la obra se realizó a partir del método de Revisión por Pares Abierta (Open Peer Review).



SOPHIA EDITIONS

8404 N Rome Ave, Tampa,
Florida, USA

Email: contact@sophiaeditions.com

Phone: +1 (813) 699-2557

<https://sophiaeditions.com/>

TERAPIA



*Racional
Emotiva.*

de lo individual a lo comunitario

Heriberto Enrique Luna Alvarez
Xavier Eduardo Franco Chóez

UMET
UNIVERSIDAD
METROPOLITANA

PhD. Adalia Liset Rojas-Valladares, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Adrian Abreu-González, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Adrian Ludet Arévalo-Salazar, Western University, Canadá

PhD. Alejandro Rafael Socorro-Castro, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Alina Rodríguez-Morales, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Farshid Hadi, Islamic Azad University, Irán

PhD. Héctor Tecumshé-Mojica-Zárate, Centro Regional Universitario Oriente-Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. Hugo Freddy Torres Maya, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Jorge Guillermo Portela, Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires, Argentina

PhD. Juan G. Rivera-Ortiz, Ana G. Mendez University, USA.

PhD. Lázaro Salomón Dibut-Toledo, Universidad del Golfo de California, México

PhD. Luis Lizasoain-Hernández, Universidad del País Vasco, España

PhD. Luisa Morales-Maure, Universidad de Panamá, Panamá

PhD. Marily Rafaela Fuentes-Águila, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Maritza Librada Cáceres-Mesa, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Marta Linares-Manrique, Universidad de Granada, España

PhD. Mikhail Benet-Rodríguez, Fundación Universitaria Cafam, Colombia

PhD. Raúl Rodríguez-Muñoz, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Rolando Medina-Peña, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Samuel Sánchez-Gálvez, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Yadir Torres Hernández, Universidad de Sevilla, España

Prólogo8
Introducción 10

01. Origen y definiciones de la Terapia Racional Emotiva

1.1. Antecedentes del origen de la Terapia Racional Emotiva Conductual 13
1.1.1. Los estoicos 14
1.1.2. El budismo 15
1.1.2. De la filosofía del siglo XX 15
1.1.3. Principales influencias psicológicas 17
1.2. Biografía de Albert Ellis 19
1.2.1. Sus estudios e inicios de carrera 21
1.2.2. Su vida adulta y aportes con la Terapia Racional Emotiva Conductual 24
1.2.3. Su muerte y su legado 27
1.2.4. Reconocimientos y publicaciones ... 28
1.3. Nacimiento de la Terapia Racional Emotiva Conductual 39



02. Fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotiva

2.1. Objetivos y principios teóricos de la Terapia Racional Emotiva Conductual 42
2.2. Modelo ABC 46
2.3. Teoría del Cambio Terapéutico en el modelo A-B-C 47
2.4. Definiciones del modelo de intervención de la Terapia Racional Emotiva Conductual .. 48
2.5. Tendencias biológicas básicas 58
2.6. Pensamientos racionales e irracionales .. 59
2.7. Emociones adaptativas y desadaptativas 60



03. Proceso de aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual

3.1. La Terapia Racional Emotiva Conductual y su incidencia en las habilidades sociales64

3.2. Las fases del proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual69



04. Técnicas de intervención en Terapia Racional Emotiva Conductual

4.1. Técnicas de intervención más frecuentes 84

4.2. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada en la terapia de familia92



05. Ejemplos prácticos para la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual

5.1. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a los problemas del amor97

5.2. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada en las terapias de grupo 103

5.3. Potencialidades y limitaciones de la Terapia Racional Emotiva Conductual en el trabajo grupal 106

5.4. La Terapia Racional Emotiva Conductual en los jóvenes 109



06. La Terapia Racional Emotiva Conductual en la psicología comunitaria

6.1. Creencias irracionales colectivas en contextos comunitarios 113

6.2. Caracterizando las zonas urbanas, urbano-marginales, marginales y campesinas 118

6.3. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a comunidades urbanas 121

6.3.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbanas 122

6.4. La Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos urbano-marginales 126



CONTENIDO

6.4.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbano-marginales	127
6.5. La Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos marginales	130
6.5.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades marginales	131
6.6. La Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas	135
6.6.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas	136
6.7. Estrategias de intervención para cualquier comunidad: fases, estrategias y dinámicas grupales	140
6.8. Actividades y dinámicas grupales en la intervención comunitaria	144
6.9. Implementación de proyectos basados en creencias racionales	146
6.10. Medición de indicadores: cohesión social, resolución de conflictos y bienestar emocional	149
6.11. Evaluación cualitativa y cuantitativa del impacto de la Terapia Racional Emotiva Conductual	151



07. La aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en un mundo de redes sociales e inteligencia artificial

7.1. Redes sociales y el impacto en la salud mental	153
7.2. Inteligencia artificial y Terapia Racional Emotiva Conductual	155
7.3. Oportunidades y desafíos de la Terapia Racional Emotiva Conductual en un mundo digitalizado	157
7.4. El futuro de la Terapia Racional Emotiva Conductual en el mundo digital	158
Referencias bibliográficas	159



PRÓLOGO



El presente texto académico presenta información relevante y actualizada sobre la Terapia Racional Emotiva Conductual, además de constituir una guía útil para su aplicación por parte de profesionales en el área.

Las primeras páginas proporcionan información relacionada con el origen, los principios y las definiciones básicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual y su modelo ABC de la conducta incluyendo la teoría del cambio terapéutico. Seguidamente se exponen los fundamentos teóricos de esta terapia, incluyendo la conceptualización de los Acontecimientos activadores (A), las Creencias (B) y Consecuencias (C) así como los pensamientos racionales e irracionales y las emociones adaptativas y desadaptativas.

El libro también esboza el proceso de aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual y las técnicas de intervención cognitivas, emotivas, conductuales y experienciales, deduciendo el análisis de la cadena de comportamiento. Finalmente, este texto presenta ejemplos prácticos para la aplicación de las terapias en familias, a los problemas del amor, en las terapias de grupo y en los jóvenes.

El ideal perseguido por los autores de este libro es compartir sus experiencias para que el lector, desde su propia óptica, emplee la información contenida en este para su propio beneficio, bien sea desde la práctica profesional o desde su perspectiva personal.

Atentamente,

Los autores

INTRODUCCIÓN



Cuando escuchan la palabra psicoterapia, la mayoría de las personas la relacionan con el tratamiento para algún trastorno psicológico, y si es recomendada a nosotros tratamos de evitarla para no salir de la “normalidad social” en la que se asume que estamos. Sin embargo, todas las personas vivimos pasando por diferentes cambios en el desarrollo de nuestra vida, que solo nosotros sabemos cómo lo superamos, “si es que lo superamos”. Estas vivencias nos dan aprendizajes que utilizamos para afrontar futuras situaciones, se construyen ideas, habilidades y aptitudes que conforman un estilo de adaptación con una carga emocional que va marcando nuestro desarrollo como ser humano.

En el mundo acelerado y desafiante en el que vivimos, es común encontrarnos atrapados en patrones de pensamiento negativos, emociones desbordantes y comportamientos autodestructivos. Una forma que tienen las personas para minimizar el impacto de los problemas emocionales y mejorar las conductas adaptativas es a través de la terapia racional emotiva conductual (TREC), la cual aborda estos problemas de raíz, brindándote las herramientas necesarias para reevaluar tus creencias irracionales, cuestionar tus pensamientos disfuncionales y, en última instancia, cambiar tu forma de percibir y experimentar el mundo que te rodea. En principio, porque esta terapia enseña a los individuos a generar teorías sobre sí mismos y los demás, lo cual permite descubrir los resultados positivos y negativos, logrando descartar estos últimos.

La TREC es un sistema teórico con técnicas que permiten mejorar el estilo de vida, alcanzando la autorrealización, logrando una vida plena y feliz. Inicialmente el nombre fue Terapia Racional (Ellis, 1958), posteriormente evolucionó el nombre a Terapia Racional Emotiva y, finalmente adoptó el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis y Bernard, 1990).

La primera vez que Albert Ellis socializó los términos de ideas irracionales y creencias erróneas y poco asertivas acerca de uno mismo y de otras personas, fue en el congreso anual de la American Psychological Association (APA), la cual se realizó en Chicago (Ellis, Grieger & Marañón, 1990), de esta manera se convirtió en el creador de esta terapia que hoy en día es empleada por múltiples profesionales del área.

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se basa en la creencia que tanto las emociones como las conductas de las personas son producto de lo que los mismos individuos piensan de sí mismo y de cómo interpretan su realidad en función de dichos pensamientos (Ellis, 1962). Ante ello, la meta fundamental de esta terapia es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales para sustituirlos por otros más racionales o eficientes, permitiendo que este individuo alcance la felicidad, establezca relaciones asertivas con otras personas, entre otros aspectos (Ellis y Becker, 1982).

Es así como la TREC desnuda la filosofía de cada individuo, que es el lugar donde nacen sus inferencias sobre sí mismo, los otros y el mundo. El aspecto medular de esta terapia se basa en la premisa que las perturbaciones emocionales no son causadas por las situaciones en sí, sino por las interpretaciones que los individuos hacen de ellas.

En este contexto se genera el modelo terapéutico aplicado en la TREC como marco de referencia que permite la conceptualización de los pacientes denominado modelo ABC de la conducta, y fue descrito por Ellis en el año 1962. En las páginas que siguen, exploraremos este modelo, las técnicas y estrategias claves utilizadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual, incluyendo la identificación y disputa de creencias irracionales, la reestructuración cognitiva y la construcción de una filosofía de vida más adaptativa. También examinaremos casos de estudio reales, ejercicios prácticos y reflexiones que te ayudarán a aplicar los principios de la TREC a tu propia vida.

Si nuestros pensamientos son la fuente principal de nuestras emociones y comportamientos, a través del desarrollo de una mentalidad racional, aprenderás a construir una base sólida y saludable para enfrentar los desafíos cotidianos, superar los obstáculos y fomentar un bienestar emocional duradero. La Terapia Racional Emotiva Conductual es una invitación a desafiar tus viejas formas de pensar y a explorar nuevas formas de enfrentar los desafíos y las adversidades. Al final de este viaje, te encontrarás empoderado y equipado con las herramientas necesarias para liberar tu mente de las cadenas de las creencias irracionales y abrirte a una vida llena de autoaceptación, bienestar emocional y resiliencia, proyectando la vida hacia la autorreflexión, el crecimiento personal y la transformación interior.

A pesar de ser una Terapia relativamente joven, tiene sus orígenes muchos años atrás, para lo cual iniciaremos con sus antecedentes filosóficos y prehistoria, para luego ir descubriendo la propuesta de Albert Ellis y concluir con la visión actual desde la aplicación en diferentes condiciones y contextos como los que se originaron en la pandemia debido al Covid-19.

No dudamos que esta obra será una referencia de consulta importante para los psicólogos clínicos, sin pretender ser la última palabra, pues cada vez más investigaciones van alimentando el desarrollo de la TREC y ajustando elementos como las nuevas tecnologías para su implementación, para lo cual se espera surjan más terapeutas especialistas de la TREC que mejoren su eficiencia y efectividad en beneficio de la salud y bienestar de las personas.



01.

ORIGEN Y DEFINICIONES DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

*“No son los acontecimientos
los que nos perturban, sino
nuestra interpretación que
hacemos de los mismos”.*

Epícteto (Siglo I d.C.)

1.1. Antecedentes del origen de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Si bien es cierto que se le asigna a Albert Ellis la propuesta de la Terapia Racional Emotiva conductual, hubo una construcción en base a fundamentos teóricos, filosóficos y la misma experiencia en otras terapias psicológicas, lo que lo llevo a concretar la TREC, siendo los orígenes más remotos los que provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C) griega y romana, así como la filosofía religiosa oriental budista.



1.1.1. Los estoicos

La filosofía estoica, cuya fundación se atribuye al filósofo griego Zenón de Citium (nacido en 333 a.C. y muerto el 262 a. C.), planteaba que era la ciencia era absolutamente indispensable para entender y dirigir la vida, y que solo se lo podía hacer a través del ejercicio de la búsqueda diaria de la virtud (considerada el bien supremo de la vida del ser humano), para alcanzar la felicidad. Para lograr esta meta debían autorregularse los estados emocionales extremos (las pasiones y los deseos) a través del autocontrol de los mismos. Estas consideraciones fueron adoptadas y respaldadas en la ética estoica griega (Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón).

Ellos apuntaban que las alteraciones psicológicas tenían una causa filosófica y restaban importancia a los factores psicoanalíticos y psicodinámicos. En esencia, proponen que las personas se alteran no por las cosas en sí, sino por su visión de las cosas, sostenían que se puede alcanzar la libertad y la tranquilidad guiándose por lo principios de la razón y la virtud. *“Los hombre no se perturban por las cosas, sino por la interpretación que de ellas hace”* (Epicteto, 55-135 d.C.) Por lo tanto, opiniones más correctas podían reemplazar a las más incorrectas y producir así un cambio emocional (ideal de la Terapia Racional Emotiva).

Algo distintivo de la Terapia Racional Emotiva es que tiene un énfasis filosófico característico en relación a otros enfoques: los humanos se valoran a sí mismos, a los otros y al mundo en términos de:

- a) Filosofías racionales, preferenciales, flexibles y tolerantes; o
- b) Filosofías irracionales, rígidas, intolerantes y absolutas”.

El estoicismo promueve la idea de que nuestras emociones negativas, como el miedo, la ira o la tristeza, son causadas por nuestras creencias y pensamientos irracionales acerca de las circunstancias de la vida. Los estoicos creían en la importancia de examinar y cuestionar nuestras creencias irracionales, ya que estas creencias distorsionadas generan sufrimiento innecesario.



Figura 1.1. El estoicismo y el budismo.

1.1.2. El budismo

El budismo propone una vía de liberación del sufrimiento humano a través del autoconocimiento y la práctica de acciones virtuosas. Postula relaciones de causa-efecto entre los fenómenos, recusando los dogmas y las creencias no basadas en la experiencia. Es así que se recogen algunas expresiones atribuidas a los de esta filosofía oriental:

“Si podemos reorientar nuestros pensamientos y emociones, y reordenar nuestra conducta, no solo podemos aprender a afrontar el sufrimiento más fácilmente, sino que podemos prevenir una gran parte del mismo desde el principio, en primer lugar”. (Dalai Lama, siglo XIV)

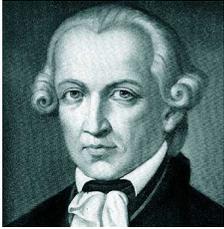
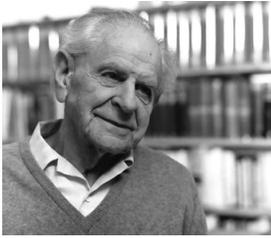
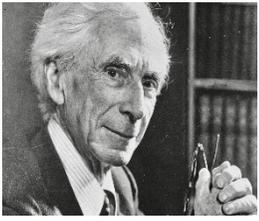
“Lo que somos es el resultado de lo que hemos pensado; está fundado en nuestros pensamientos y está hecho de nuestros pensamientos”. (Buda Sidharta Gautama, 563-486 a.C.)

1.1.2. De la filosofía del siglo XX

Así mismo, Ellis siempre ha destacado como apoyo esencial a sus teorías los escritos y opiniones de pensadores de distintas épocas y nacionalidades del siglo XX, que van desde:





	<p>Immanuel Kant (1724-1804): la racionalidad propuesta por Kant trata del poder y las limitaciones de la cognición e idealización en el ser humano.</p>
	<p>Baruch Spinoza (1632-1677): la crítica de Spinoza coincide con Arthur Schopenhauer (1788-1860) mencionando que el desarrollo de las acciones y de los pensamientos correctos dependen del control que nuestra razón ejerce sobre nuestras emociones.</p>
	<p>Karl Popper (1902-1994): la falsabilidad de los postulados define el criterio de demarcación como la capacidad de una proposición de ser refutada o falsada.</p>
	<p>Hans Reichenbach (1891-1953): la generalización afirma que un enunciado empírico inductivo tiene sentido en la medida en que es probable y debe explicarse desde su contexto y desde su construcción propia</p>
	<p>Bertrand Russell (1872-1970): para su filosofía analítica junto a la filosofía existencial de Heidegger (1889-1976), todos los humanos desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo y la necesidad de comprobar su validez</p>

	<p>Alfred Korzybski (1879-1950): enfatiza el poderoso efecto de la Semántica General y como los procesos emocionales son dependientes de la manera en que estructuramos nuestro pensamiento por medio del lenguaje que empleamos</p>
---	--

1.1.3. Principales influencias psicológicas

De su formación psicoanalítica Ellis resalta la influencia de los trabajos de algunos autores que se alejaron de Freud para proponer variantes al psicoanálisis, entre ellos:

Autor	Postulado
	<p>Alfred Adler (1870-1937): El papel desempeñado por los sentimientos de inferioridad y la devaluación que realiza el hombre de sí mismo. La importancia concedida a la ansiedad del ego, y la repercusión del interés social en el bienestar psicológico</p>
	<p>Karen Horney (1885-1952): La importancia atribuida en el marco conceptual de la TREC al pensamiento absolutista, dogmático y evaluativa en el malestar emocional, aporta el concepto “la tiranía de los deberías” como principal perturbador de la emoción</p>
	<p>Harry Stack Sullivan (1892-1949): investiga el significado que da el paciente a las palabras que utiliza en el entorno y la interacción donde estas surgen permitiendo apreciar la coyuntura que se da en la situación que le produce malestar</p>



Erich Fromm (1900-1980): concebía al ser humano como social, por lo que su desarrollo se da con las demás personas y se logra en la interacción en donde se podrían construir ideas y metas comunes

Ellis no se limitó al psicoanálisis y recogió aportes de autores desde otros enfoques psicológicos para consolidar su teoría:

- Carl Rogers (1902-1987): basado en la teoría humanista, afirma que las personas pueden elegir sentimientos, acciones y pensamientos; por consiguiente, puede autodestruirse o autoayudarse.
- Burrhus F. Skinner (1904-1990): desde la terapia conductista, se apoya en el método del condicionamiento operante, para animar a los clientes a tomar la responsabilidad de ser su propio agente de cambio primario desde la capacidad de cambiar sus ideas irracionales, y hacerle frente mediante la conducta.
- Jerome Brunner (1915-2016): dentro de la teoría cognitiva, refiere que el ser humano organiza la información y construye su realidad por medio de la acción, las imágenes mentales y el lenguaje.

Estos fundamentos están estrechamente relacionados a través de su enfoque en la gestión de las emociones y los pensamientos irracionales. En la Terapia Racional Emotiva y Cognitiva, desarrollada por Albert Ellis en la década de 1950, vemos una influencia directa de estos aportes. Las enseñanzas estoicas y la filosofía del siglo XX se fusionan con la psicología moderna para crear un enfoque terapéutico efectivo para abordar los problemas emocionales y conductuales. Al igual que los estoicos, Ellis sostiene que nuestras emociones no son causadas directamente por los eventos externos, sino por nuestras creencias y pensamientos sobre esos eventos, y los aportes psicológicos, nos invitan a examinar y desafiar nuestras creencias irracionales para cultivar una mayor serenidad, bienestar emocional y resiliencia ante los desafíos de la vida.

1.2. Biografía de Albert Ellis

Albert Ellis nació en el contexto de una familia judía en Pittsburg (Pennsylvania) el 27 de septiembre de 1913. Su infancia la vivió en Nueva York, fue el mayor de tres hermanos (Paul y Janet, dos y cuatro años menor respectivamente). Sus padres casi no pasaban en casa y Albert asumió el rol de cuidador de sus hermanos en esas ausencias.



Figura 1.2. Pittsburg 1913. Primera estación de combustible.

Su padre era un hombre de negocios que viajaba mucho, poco cariñoso con sus hijos y esposa. Su madre era emocionalmente distante, raramente escuchaba la opinión de otros, con estados de ánimo cambiante, descrita por el mismo Ellis como “una mujer absorta en sí misma”. Este distanciamiento físico y emocional con sus padres, lo llevo a asumir algunas responsabilidades en su hogar y encargarse de sus hermanos menores en tareas como levantarlos y vestirlos todas las mañanas para ir al colegio. Sin embargo, debido a lo que llamó “negligencia abismal parental” de su casa, lo impulsó a tener mayor independencia que otros niños de su edad en esa época.

Albert estuvo enfermo varias veces a lo largo de su infancia, con apenas 5 años adquirió una enfermedad renal que lo llevo a ser hospitalizado, y luego, padeció una amigdalitis compleja que complicó su movilidad, desviando su atención de los deportes a los libros. Entre las edades de 5 y 7 años fue internado hasta ocho veces diferentes, una de las cuales duró casi 10 meses, con limitadas visitas de sus padres para ofrecer consuelo y apoyo, y en medio de conflictos en su familia, sus padres se divorciaron cuando él tenía 12 años, aunque Ellis refirió alguna vez que su niñez no le dejó traumas, pues sostiene haber vivido estas dificultades



haciendo uso de su racionalidad para enfrentar lo que le gustaría pero contentarse con lo que tenía, aprendiendo a aceptar lo que no podía cambiar y así no sentirse rechazado ni solo (Bernard, 2011).

Desde muy niño, Albert presentó interés por su sexualidad, lo que se refleja cuando relata su primera experiencia sexual a los 5 años con una niña llamada Ruthie, quien fue su primer amor. También durante su estadía en el hospital creó “entretenimientos” relacionados con juegos sexuales y mentales para distraerse (Lega, Sorribes y Calvo, 2017), además de disfrutar de los baños que les daban las enfermeras junto con otras niñas. Este vivo interés por lo sexual se verá reflejado más adelante en sus escritos acerca del tema.

A los 12 años empezó un interés especial por la escritura, pocos años después estudiaba filosofía como hobby. Desde el colegio, Albert planeaba convertirse en un gran novelista, para lo cual estudiaría contabilidad en la escuela secundaria y la universidad, trabajar en esa profesión y ganar suficiente dinero para jubilarse a los 30 años y luego, dedicarse a escribir sin presiones económicas. Con la llegada de la Gran Depresión en 1929, los tres hermanos afrontaron la crisis financiera mundial durante los siguientes años, previos a la Segunda Guerra Mundial, acordando postergar sus estudios y buscar trabajos a medio tiempo para ayudar con los gastos de casa, al menos temporalmente. Más adelante, Ellis narraría esta época como un periodo de aprendizaje para saber enfrentar sus adversidades, a pesar de la educación negligente que recibió.

A decir de Ellis, desde su infancia tenía miedo extremo a dos circunstancias: una era el miedo a hablar en público y la otra, a enfrentarse con mujeres jóvenes para invitarlas a una cita. Afrontar estos miedos le causaba tanta ansiedad que incluso los catalogó como si fueran fobias. A pesar de esto, al llegar a los 19 años, decidió buscar una solución y enfrentar estos miedos programando dar una charla en el Jardín Botánico del Bronx, para aproximadamente 100 personas. Esta experiencia aportó de tal forma que se la utilizó de la misma para desarrollar su propuesta de la terapia racional emotiva conductual.



Con la intención de superar sus propios temores y el interés en todo lo que concierne a la felicidad humana, se dedicó por mucho tiempo a estudiar mediante la lectura de los principales psicoterapeutas que trataban este tema, aunque no lo considero suficiente y trabajó para superar sus miedos, por lo que recurrió a la revisión de los escritos de los filósofos antiguos clásicos, principalmente Epicuro (341-270 A.C.) y Epicteto (55-135 D.C.) y a otros más actuales como Bertrand Russell (1872-1970) y John Dewey (1859-1952), entre otros, lo cual incrementó su afición por la filosofía (Ellis, 2005). A continuación, utilizando los aportes de John Watson (1878-1958) sintió que al fin pudo afrontar bien sus “fobias”; como lo refirió más adelante: “después de unas pocas semanas de terapia por cuenta propia ¡me convertí en un experto orador y en algo parecido a un mujeriego!” (Ellis, citado en Corsini y Dumont, 2003. p. 78)

1.2.1. Sus estudios e inicios de carrera



Figura 1.3. Albert Ellis a inicio de su carrera.

Fuente: Lega y Velten (2006).





A los 19 años empezó a escribir cientos de historias, artículos, poemas y letras de canciones, así como 20 manuscritos extensos; ninguno de los cuales logró ser publicado, cosa que no lo desalentó, como él mismo dice; “*sin desistir, me puse a escribir libros que no abordaran la ficción, especialmente sobre sexo, amor, matrimonio y felicidad humana*” (Ellis, citado en Corsini & Dumont, 2003, pp. 77-78). Recurriendo a la literatura y escribiendo sobre estos tópicos, se vio a sí mismo como un “experto” en estos temas, y refiere que muchos de sus familiares y amigos empezaron a buscarlo para que los aconsejara.

Después de graduarse de la escuela secundaria, Ellis obtuvo una licenciatura en Negocios del City College of Downtown New York en 1934. Dedicó un tiempo a seguir una carrera comercial, iniciando con su hermano un negocio de parches y remates para pantalones, luego intentó una carrera como escritor de ficción con poco éxito. Decidió cambiar de rumbo para estudiar psicología clínica, graduándose a los 28 años en el Teachers College de la Universidad de Columbia en 1942. Mientras ejercía como consejero sexual y psicoterapeuta familiar, siguió estudiando y obtuvo su título de maestría en psicología clínica en 1943.

En 1946 realizó una crítica acerca de las pruebas psicométricas que se usaban para evaluar la personalidad, llegando a la conclusión que el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es el único instrumento que satisfacía todos los estándares de validez. Según Ellis, el título inicial de su tesis “Love emotions of College women” para alcanzar el título de Ph.D. en Psicología fue rechazado por estar adelantado a su tiempo (Ellis, 2010), ante lo cual tuvo que cambiarlo por “Psychometrical properties of psychological test”, lo que permitió que logre su grado de Doctor en la Universidad de Columbia en 1947. Ya con su título de doctorado, aplicó en varias universidades para convertirse en profesor de psicología, pero no fue aceptado en ninguna, incluyendo la misma universidad de Columbia donde se graduó, por su estilo directo y controversial (Ellis, 2010).

Después de completar su título, Ellis se formó en psicoanálisis e inicialmente lo practicó por aproximadamente 6 años, pero pronto cuestionó su eficacia por su pasividad. Durante este tiempo también se sometió a un “análisis personal

y programa de supervisión con Richard Hulbeck” por aproximadamente tres años. Pero en 1953 rompe con éste por la lenta recuperación de sus clientes (Froggatt, 2005): *“Mis pacientes frecuentemente empeoraban en vez de mejorar. Por eso, en 1953 dejé de llamarme psicoanalista e indagué qué técnicas terapéuticas eran más populares, a fin de tomar lo mejor de cada una. Me daba la sensación de que muchas terapias eran ineficaces, por lo que formulé la TRE en 1955. Mi propósito era hacer que la terapia fuera más eficiente y profunda y que atajara las raíces básicas del sufrimiento humano. Quería que las personas trabajaran duro a nivel racional, emocional y conductual contra sus tendencias destructivas, que volvieran a sus potencialidades constructivas, pues las tenían, y que eso las condujera al final, a una vida más feliz y auto-satisfactoria”*. (Ellis, 2006, p. 83)



Figura 1.4. Albert Ellis a finales de los 40.

Fuente: Lega y Velten (2006).

Influenciado por los trabajos de personas como Alfred Adler, Erich Fromm, Karen Horney y Harry Stack Sullivan, Ellis comenzó a desarrollar su propio enfoque de la psicoterapia, al que en 1955 se refirió como Psicoterapia Racional. El 31 de agosto de 1956 hizo una presentación de su teoría en la Asociación Americana de Psicología titulada “Rational psychotherapy” (Ellis, 1998) en una convención en Chicago donde fue criticado por su nuevo enfoque y expuso la primera terapia cognitiva conductual en 1957. En esa época el interés de la psicología experimental estaba centrado en la psicología conductista y la psicología clínica en el



psicoanálisis. Pese a todo ello, en 1959 publica el libro “Como vivir con un neurótico” donde expone su terapia. Hoy en día, el método se conoce como terapia racional emotiva conductual o TREC.

Ellis también escribió mucho sobre la sexualidad humana. Comenzó a ver clientes incluso antes de haber completado su doctorado. En ese momento, no se requería una licencia formal de psicólogos en el estado de Nueva York.

1.2.2. Su vida adulta y aportes con la Terapia Racional Emotiva Conductual

Su vida amorosa en su adultez fue muy activa, atribuyéndose amoríos serios y casuales, con mujeres que habían sido sus pacientes, mujeres casadas y solteras, entre las que figuraban algunas con trastornos psicopatológicos como la depresión (Ellis, 2010). Aunque se casó por primera vez en junio de 1938 con la actriz Karyl Corper Greco, acordaron al poco tiempo solicitar la anulación del matrimonio, que se les concedió en diciembre de ese año, luego de lo cual convivieron por doce meses más. Su segundo compromiso duró un poco más, pues luego de unirse en 1956 a la bailarina en Rhoda Winter Russell, se separó a los dos años y medio aproximadamente.

Sus siguientes compromisos fueron con profesionales de la psicología que lo acompañaban en sus proyectos y compartían intereses similares, es así que en 1965 contrae matrimonio con Janet Wolfe, quien era la Directora ejecutiva del Instituto Ellis, y con quien convivió hasta el 2002 en que decide abandonar a Ellis. Más adelante, en 2004, se casa con Debbie Joffe (el gran amor de su vida), quien lo acompañaría hasta su muerte.

Albert Ellis nunca tuvo hijos legítimos, pues consideraba que las responsabilidades paternas interferirían con sus trabajos en psicología, que implicaba consolidar, desarrollar y difundir su teoría a través de congresos, publicaciones, terapias en su instituto, capacitaciones, viajes, entrevistas, y todas las demás científicas y administrativas que surgían producto de ser el fundador de la terapia racional emotiva conductual.



Esta decisión de no tener hijos la justificó con su deseo de que por su trabajo habría el riesgo de ser negligente y falta de ética, ya que no tendría el suficiente contacto íntimo y cotidiano que ellos necesitan para desarrollarse sanamente (Ellis, 2005, 2010). Al mismo tiempo, reconoce lo injusto que hubiera sido para sus aspiraciones de toda la vida el tener hijos, al tener que distraer la atención de su trabajo por los requerimientos de salud, educación, juegos, llanto, descanso, ocio con ellos combinados a las risas, llantos, gritos, e interacciones comunes de la edad que hubieran exigido los niños la mayor parte de su tiempo y vida (Ellis, 2010).

A pesar de esta forma de pensar, se le atribuye que antes de casarse con su primera esposa, la actriz Karyl Corper, junto a ella tuvo tres hijos no reconocidos en secreto (Marty, Laurel y Philip), mientras ella estaba casada con su anterior esposo Tony, quien los educó y se comportó siempre como un padre para ellos. La decisión de procrear estos hijos, Ellis la justifica con la idea de que hubiera sido muy egoísta privar al mundo de sus genes (Ellis, 2010). Además de estos hijos, “le sobreviven tres sobrinos: David Ellis, Joel Greer y Judith Greenspan, sus hermanos Paul y Janet fallecieron antes que él”. (Lega & Velten, 2006, p. 190)

Los temas de sexualidad, erotismo y amor siempre le llamó la atención a Albert Ellis, por lo que le dedicó mucho interés a investigarlos y analizar en hombres, mujeres y parejas de diferentes tipos, generando algunas publicaciones como artículos y el libro *The Case for Promiscuity*, aunque este último nunca se publicó. Los resultados y conclusiones de estas investigaciones lo llevaron a expandir y difundir su terapia mediante conferencias, talleres, capacitaciones, entrevistas de radio y televisión, y revisión de las grabaciones con sus pacientes para la retroalimentación de psicoterapeutas, e incluso de los mismos pacientes. Las reuniones preferidas de Ellis eran los talleres de los viernes por la noche en su instituto (Lega & Velten, 2006) donde se implementaba una modalidad de “consultas abiertas” con voluntarios, como opción de difusión de su psicoterapia para ayudar a más gente.





Albert Ellis y Aaron Beck mantuvieron mucha correspondencia donde intercambiaban manuscritos que revisaban y comentaban sus perspectivas (Ellis, 2010). Además, consideró parte del pensamiento de Ayn Rand (1905-1982) que incluyó en su libro “Is objecticism a religion?”, quien influyó por su visión sobre el individualismo ó en la creación de la TREC.

A Ellis le horrorizaba el grado de absolutismo y anti-empirismo que proponía Rand en su perspectiva, lo cual consideraba anti-racional, y calificandola como “irreal, dogmática y fanática”, y más perjudicial que beneficiosa. Por su parte Rand no aceptó tener un debate directo con Ellis, pero en 1968 consiguió debatir con Nathaniel Branden en 1968 (Ellis, 2006), con quien intercambiaba correspondencia desde los 50’.

Su gran interés por lo sexual lo llevó a buscar criterios como los de Alfred Kinsey (1894-1956), a quien se ofreció para ayudarlo a realizar algunos de sus experimentos acerca del comportamiento sexual. Ellis pensaba que Freud sabía muy poco de sexo; por lo que, en 1958 publica “Sexo sin culpa”, en 1960 “Arte y técnica del amor” y en 1961 “La enciclopedia de la conducta sexual”. En 1961, Ellis decide llamar a su propuesta Terapia Racional Emotiva (TRE), para que años más tarde (1993) con el fin de hacerla más completa, la TRE se convierta en TREC, lo que hoy se conoce como Terapia Racional Emotiva Conductual.

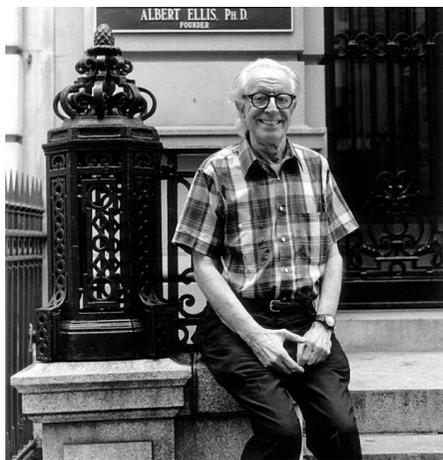


Figura 1.5. Albert Ellis en el portal de su Instituto.

Fuente: Lega y Velten (2006).

En 1959 estableció en un edificio de Manhattan el Albert Ellis Institute (su primer nombre fue Instituto para la Vida Racional), financiado con los ingresos recopilados desde sus consultas y publicaciones a lo largo de su vida. Años más tarde, en 1965 compró aquel edificio y en la década de los '70, también fundó La Escuela de Vida, una institución centrada en la TREC dirigida a niños y preadolescentes de entre 6 y 13 años.

1.2.3. Su muerte y su legado

Durante el año 2003, apenas cuatro años antes del fallecimiento de Albert Ellis, recibió un reconocimiento por parte de la Association for Rational Emotive Behaviour Therapy (Reino Unido), por sus trabajos, investigaciones y desarrollo de la Terapia Racional Emotiva Conductual, quien prácticamente dedicó su vida a la TREC, en investigación desde sus terapias, concediendo entrevistas y haciendo lo que más le gustaba: escribir, hasta el final de sus días.

Sin embargo, no estuvo exento de conflictos con sus propios colegas y coidearios, y a los 92 años, la junta de directivos del Instituto decidió sacarlo de la misma por su estilo directo, confrontacional y excéntrico de tratar a los miembros del instituto y a sus pacientes; además, por asignarle la responsabilidad de problemas económicos, debido a los excesos en sus gastos para su trabajo, incluyendo sus gastos médicos, poniendo en riesgo la continuidad del Instituto (Carey y Hurley, en Chávez, 2015).

Por último, le prohibieron cualquier actividad profesional dentro del instituto (Corsini & Wedding, 2013) sin “una razón justificada” de continuar con los talleres de los viernes por la noche. Esta última restricción afectó mucho a Ellis, quien se molestó y resolvió continuar con sus talleres en un lugar cerca al instituto, rentado con sus propios recursos, para continuar esta actividad que tanto amaba, hasta que la Corte Suprema de Nueva York, decidió en enero de 2006 su reinserción en la Junta Directiva del Instituto Albert Ellis. En mayo de ese mismo año, su salud se había desmejorado tanto, que tuvo ser ingresado en el hospital por una neumonía, manteniéndose allí por 14 meses, arreglándoselas para continuar brindando entrevistas, talleres y asesorando en la TREC (Corsini & Wedding, 2013), hasta que por solicitud del





mismo Ellis se trasladó a su hogar en la parte superior del Instituto.

Albert Ellis fallece en Manhattan un 24 de julio de 2007, a la edad de 93 años, a consecuencia de una insuficiencia cardíaca y renal, en brazos de su tercera esposa, la psicóloga Debbie Joffe Ellis, en el sexto piso del Albert Ellis Institute en Nueva York dejando un legado que transformó la psicoterapia (Kaufman, 2007).

Aunque muchos expertos consideran este enfoque psicoterapéutico como un precursor de la terapia cognitiva conductual, la TREC tuvo su visión basada en el objetivo de abordar todas aquellas creencias limitantes del consultante para transformarlo hacia su bienestar y comportamientos más adaptativos.

Ellis mantuvo un horario de trabajo riguroso incluso hasta el final de su vida. Continuó trabajando incluso frente a múltiples problemas de salud y, según los informes, atendió hasta 70 pacientes a la semana cuando tenía más de 80 años y hasta 10 pacientes a la semana en sus últimos años.

Aunque al principio de sus propuestas, Albert Ellis fue duramente criticado para desvalorar su modelo, ya en la última mitad de su vida sus teorías fueron aceptadas y hasta elogiadas por la comunidad científica dedicada a la psicología. De la mano de Ellis y otros autores, el enfoque conductual fue empezando a ser reconocido como relevante en la terapia de la psicología y fue reconocido como uno de los fundadores de este movimiento, lo cual se mantiene hasta el día de hoy, siendo uno de los terapeutas más influyentes de la historia de la psicología.

1.2.4. Reconocimientos y publicaciones

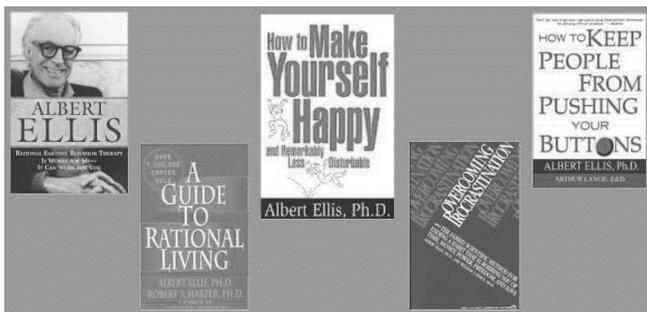


Figura 1.6. Imagen de Ellis y algunas de sus obras.

Albert Ellis cuenta con una extensa bibliografía, con libros que son considerados best sellers, y publicaciones en revistas científicas. A continuación, se presenta un listado con ejemplares en español y en inglés:

1949:

- Towards the improvement of psychoanalytic research. The Psychoanalytic Review (1913-1957), 36(2).

1950:

- An introduction to the principles of scientific psychoanalysis. Genetic Psychology Monographs. Provincetown, Mass: Journal Press.

1951:

- The folklore of sex. Oxford, England: Charles Boni.
- The Homosexual in America: A Subjective Approach (introduction). NY: Greenberg.

1954:

- Sex Life of the American woman and the Kinsey Report. Oxford, England: Greenberg.
- The American Sexual Tragedy. New York: Twayne.

1956:

- (Con R. Brancale). The psychology of sex offenders. Springfield, IL: Thoma.
- An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. En, H. Feigl & M. Scriven (Eds.), Minnesota studies in the philosophy of science. Vol. I.: The foundations of science and concepts of psychology and psychoanalysis. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. Journal of Consulting Psychology, 20(3), 191.

1957:

- Ellis, A. How to live with a neurotic. New York: Crown.



- Ellis, A. Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- Ellis, A. Rational psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13(1), 38-44.

1958:

- Sex Without Guilt. New York: Hillman.

1960:

- Ellis, A. The art and science of love (Rev. ed.). Secaucus, N. J.: Lyle Stuart; New York: Bantam.

1961:

- A Guide to Rational Living. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- (Con Robert A. Harper) A Guide to Successful Marriage. North Hollywood, CA: Wilshire Book.
- (Con Robert A. Harper) Creative Marriage. New York: Lyle Stuart.
- (Editado con Albert Abarbanel) The Encyclopedia of Sexual Behavior. NY: Hawthorn.

1962:

- Reason and Emotion. In, *Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- The American Sexual Tragedy, 2nd Ed. New York: Lyle Stuart.

1963:

- If This Be Sexual Heresy. New York: Lyle Stuart.
- Sex and the Single Man. New York: Lyle Stuart.
- Toward a more precise definition of “emotional” and “intellectual” insight. *Psychological Reports*, 13, 125-126.

1964:

- (Con Edward Sagarin) Nymphomania: A Study of the Oversexed Woman. NY: Gilbert Press.



1965:

- Sex without guilt. (Rev. ed.) Secaucus, N. J.: Lyle Stuart; North Hollywood: Wilshire Books.
- Homosexuality: Its causes and Cures. New York: Lyle Stuart

1968:

- Homosexuality: The right to be wrong. *Journal of Sex Research*, 4(2), 96-107.
- Is Objectivism a Religion. New York: Lyle Stuart.

1969:

- A weekend of rational encounter. En, A. Burton (Ed.), *Encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.

1970:

- El folklore del sexo.

1971:

- (Con John M. Gullo) *Murder and Assassination*. New York: Lyle Stuart.
- *Growth through reason*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Brooks.
- *How to stubbornly refuse to be ashamed of anything*. Cassette recording. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

1972:

- Helping people get better rather than merely feel better. *Rational Living*, 7 (2), 2-9.
- Psychotherapy and the value of a human being. En, J. W. Davis (Ed), *Value and valuation*. Knoxville: University of Tennessee Press. Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Psychotherapy without tears. En, A. Burton (Ed), *Twelve therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.





1973:

- Humanistic psychotherapy: *The rational-emotive approach*. New York: Crown and McGraw-Hill.

1974:

- Cognitive aspects of abreactive therapy. *Voices*, 10 (1), 48-56.
- Humanistic Psychotherapy. New York: McGraw Hill

1975:

- (Con R. Harper) *A new guide to rational living*. North Hollywood, Calif.: Wilshire Books Co. ISBN: 0-87980-042-9.
- Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao. Desclée De Brouwer.

1976:

- The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy*, 1976, 13, 343-348. Reprinted, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, 1976.
- *Sex and the liberated man*. Secaucus, New Jersey: Lyle Stuart.

1977:

- A garland of rational songs. Cassette recording and songbook. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Fund as psychotherapy. *Rational Living*, 12 (1), 2-6.
- Handbook of Rational-Emotive Therapy, with Russell Greiger & contributors. NY: Springer Publishing
- How to live with and without anger. New York: Readers Digest Press.
- (Con W. Knaus) *Overcoming Procrastination: Or How to Think and Act Rationally in Spite of Life's Inevitable Hassles*. Institute for Rational Living. New York: New American Library. ISBN: 0-917476-04-2.

- Skill training in counseling and psychotherapy. *Canadian Counselor*, 12 (1), 30-35.
- How to Master Your Fear of Flying. Institute Rational Emotive Therapy. ISBN: 978-0-917476-10-5.

1978:

- Rational-emotive therapy and self-help therapy. *Rational Living*, 13 (1), 2-9.
- (Con E. Abrahms) *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer.
- Toward a theory of personality. En, R. J. Corsini (Ed.), *Readings in current personalities theories*. Itasca, Ill.: Peacock.

1979:

- Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part. 1. *Rational Living*, 14 (2), 3-8.
- How to Live With a Neurotic. Wilshire Book Company. ISBN: 0-87980-404-1.
- The intelligent woman's guide to dating and mating. Secaucus, N. J.: Lyle Stuart.
- The issue of force and energy in behavioral change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10, 83-97.
- (Editado con J. M. Whiteley) The theory of rational-emotive therapy. Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterrey, California: Brooks/Cole.
- (Editado con Witeley, J. M.). *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole.

1980:

- Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct. Part 2. *Rational Living*, 15 (1), 25-30.
- Ellis, A. Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.





1981:

- A. The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Voices*, 16 (4), 29-36.

1982:

- (Con I. Becker). *A guide to personal happiness*. North Hollywood: Wilshire Books.

1983:

- (Con M. Bernard). *Rational-emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum.
- Introduction to Windy Dryden's *Rational-emotive therapy: Fundamentals and innovations*. London: Coors.
- The philosophic implications and dangers of some popular behavior therapy techniques. En, M. Rosenbaum. C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behavior therapy in the eighties*. New York: Springer.

1984:

- Expanding the ABCs of RET. In A. Freeman & M. Mahoney (Eds.), *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- Rational-emotive therapy and cognitive-behavior therapy. New York: Springer.
- (Con R. Grieger). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

1985:

- Overcoming resistance: *rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer Publishing. ISBN: 0-8261-4910-3.

1988:

- Usted puede ser feliz.

1990:

- Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva.

1992:

- Manual de terapia racional emotiva Vol.2.
- (Con Emmett Velten) *When AA Doesn't Work For You: Rational Steps to Quitting Alcohol*. Barricade Books. ISBN 0-942637-53-4.
- (Con Mike Abrams y Lidia Abrams) *The Art and Science of Rational Eating*. Barricade Books. ISBN: 0-942637-60-7.

1994:

- (Con Mike Abrams) *How to Cope with a Fatal Illness*. Barricade Books. ISBN 1-56980-005-7.
- *Reason and emotion in psychotherapy*, Revised and Updated. Secaucus, NJ: Carol Publishing Group. ISBN: 1-55972-248-7.

1995:

- (Con Arthur Lange) *How to Keep People from Pushing Your Buttons*. Cita del Press. ISBN: 0-8065-1670-4.

1996:

- (Con Philip Tate) *Alcohol: How to Give It Up and Be Glad You Did*. Sharp Press. ISBN: 1-884365-10-8.

1998:

- (Con Raymond Chip Tafrate) *How to Control Your Anger Before It Controls You*. Citadel Press. ISBN: 0-8065-2010-8.
- (Con Emmett Velten) *Optimal Aging: Get Over Getting Older*. Chicago, Open Court Press. ISBN: 0-8126-9383-3.

1999:

- *How to Make Yourself Happy and Remarkably Less Disturbable*. Impact Publishers. ISBN: 1-886230-18-8.
- *Controle su ira antes de que ella lo controle a usted.*
- *Una terapia breve más profunda y duradera.*



2000:

- *How to Control your Anxiety before it Controls you.* Citadel Press. ISBN: 0806521368.
- (Con Lyle Stuart) *How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable About Anything: Yes, Anything.* ISBN: 0-8184-0456-6.
- (Con Ted Crawford) *Making Intimate Connections: Seven Guidelines for Great Relationships and Better Communication.* Impact Publishers. ISBN: 1-886230-33-1.
- (Con Marcia Grad Powers) *The Secret of Overcoming Verbal Abuse: Getting Off the Emotional Roller Coaster and Regaining Control of Your Life.* Wilshire Book Company. ISBN: 0-87980-445-9.
- (Con S. Blau) *Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual.* Paidós.

2001:

- (Con Stevan Lars Nielsen and W. Brad Johnson) *Counseling and Psychotherapy With Religious Persons: A Rational Emotive Behavior Therapy Approach.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. ISBN: 0-8058-2878-8.
- *Overcoming Destructive Beliefs, Feelings, and Behaviors: New Directions for Rational Emotive Behavior Therapy.* Prometheus Books. ISBN: 1-57392-879-8.
- *Feeling Better, Getting Better, Staying Better: Profound Self-Help Therapy For Your Emotions.* Impact Publishers. ISBN: 1-886230-35-8.

2002:

- (Con Jerry Wilde) *Case Studies In Rational Emotive Behavior Therapy With Children and Adolescents.* Upper Saddle River, New Jersey: Merrill/Prentice Hall. ISBN: 0-13-087281-4.
- *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach, 2nd ed.* New York: Springer Publishing. ISBN: 0-8261-4912-X.



2003:

- *Ask Albert Ellis: Straight Answers and Sound Advice from America's Best-Known Psychologist.* Impact Publishers. ISBN: 1-886230-51-X.
- *Sex Without Guilt in the 21st Century.* Barricade Books, 2003. ISBN 1-56980-258-0.
- (Con Robert A. Harper) *Dating, Mating, and Relating. How to Build a Healthy Relationship.* Citadel Press Books. ISBN: 0-8065-2454-5

2004:

- *Rational Emotive Behavior Therapy: It Works For Me—It Can Work For You.* Prometheus Books. ISBN: 1-59102-184-7.
- *The Road to Tolerance: The Philosophy of Rational Emotive Behavior Therapy.* Prometheus Books. ISBN: 1-59102-237-1.

2005:

- *The Myth of Self-Esteem.* Prometheus Books. ISBN: 1-59102-354-8.
- (Con Catharine MacLaren) *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide (2nd Edition).* Impact Publishers. ISBN 1-886230-61-7.

2006:

- (Editado con Michael E. Bernard) *Rational Emotive Behavioral Approaches to Childhood Disorders.* Theory, Practice and Research 2nd Edition. Springer SBM. ISBN: 978-0-387-26374-8.
- El camino de la tolerancia.

2008:

- (Con Mike Abrams y Lidia Abrams) *Theories of Personality: Critical Perspectives.* New York: Sage Press, 7/2008 ISBN 978-1-4129-1422-2 (This was his final work, published posthumously).



Algunos libros fueron publicados y se siguen publicando en nuevas ediciones o revisiones actualizadas luego de su fallecimiento. Entre esas obras tenemos:

2009: All Out! Prometheus Books. ISBN: 1-59102-452-8.

2013: Como controlar la ansiedad antes de que lo controle a usted.

2017: (con Lange, A.) *Anger: How to live with and without it*. Citadel Press.

2018: Ser feliz y vencer todas las preocupaciones.

2022: Cómo no estropear tus relaciones.

Además, Albert Ellis ha obtenido reconocimientos tales como el de la APA (American Psychological Association, Clinical & Counseling Divisions), considerado por los miembros de las divisiones de clínica y orientación como la segunda persona más influyente en el campo de la psicología clínica en el siglo XX (Carl Rogers fue primero y Sigmund Freud tercero). En una encuesta similar con psicólogos canadienses los resultados lo colocaron en el primer lugar por encima de psicólogos tradicionales.

La Asociación Americana para Terapia de Pareja y Familia (AAMFT = American Association for Marriage and Family Therapy) le otorgó el cuarto escalafón en el campo de la terapia familiar y en el año 1971 fue nombrado como humanista por la Asociación Americana Humanista (AHA = American Humanist Association),

Durante toda su vida profesional, Albert Ellis recibió honores y distinciones por diferentes asociaciones profesionales, como los otorgados por instituciones como: American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists y Association for Advancement of Behavior Therapy (Lega & Pereira, 2005).

Se estima que hasta el 2005 más de 7,500 profesionales provenientes de dentro y fuera de los Estados Unidos se capacitaron en su modelo de psicoterapia y continúan haciéndolo. El Albert Ellis Institute (AEI), establecido en New York (Estados Unidos) cuenta con quince institutos asociados



y autorizados en países de los cinco continentes (Lega & Velten, 2006, p. 190) y sigue aumentando su cobertura y adeptos alrededor del mundo, alcanzando la divulgación de la TREC a nivel académico, donde se dan clases de este modelo.

1.3. Nacimiento de la Terapia Racional Emotiva Conductual

Las teorías psicológicas o los diferentes modelos de atención psicológica se han desarrollado a través del tiempo, alineadas a los avances de la ciencia y la sociedad, lo que no ha sido diferente para la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Hablar de esta terapia es hablar de su mayor exponente, Albert Ellis, por lo que su desarrollo está íntimamente vinculado a su autor, de quien narraremos algunos pasajes de su vida.

Sus inicios se remontan a la época de la adolescencia de Albert Ellis, cuando diseñó una forma de abordar sus problemas emocionales adaptando un enfoque filosófico cognitivo que combinaba con la desensibilización en persona y un conjunto de actividades activo directivas. De esta manera pudo superar algunos de sus problemas como su ansiedad social y la dificultad de hablar en público (Ellis, 2000).

Ellis se interesó por investigar temas relacionados con los problemas sexuales, amorosos, aquellos relacionados con la pareja y familia. La intención era escribir sobre esos temas, sin embargo, descubrió que con esos conocimientos podía asesorar efectivamente a familiares y conocidos. Decide estudiar Psicología Clínica y obtiene su Licenciatura en la Universidad de Columbia en el año 1943, continúa sus estudios obteniendo un Doctorado en Filosofía en 1947. Ejerció la terapia sexual y de pareja desde 1943, con el análisis clásico y la terapia de orientación psicoanalítica, pero cuestionaba el modo poco científico o incluso acientífico que empleaban los psicoanalistas, es por ello que comienza un proceso de formación en el Instituto Karen Homey en 1947. A partir de 1953, frente a la decepción por la eficacia de los métodos empleados recomienda llamarse a sí mismo “psicoterapeuta” más que “psicoanalista”. Durante este tiempo, intentó en vano reformular el psicoanálisis en



términos científicos (Ellis, 1949a, 1949b, 1950, 1956b), pero más tarde lo abandonó, concluyendo que con frecuencia su aplicación perjudica más que beneficia (Ellis, 1962, 1968; Ellis y Harper, 1961).

En 1955, partiendo de los postulados teóricos propuestos por Beck, Albert Ellis desarrolla un enfoque terapéutico al cual denomina terapia racional emotiva (TRE) con la finalidad de encontrar el verdadero sentido de las interferencias emocionales en las personas (Colop, 2016), planteando que la perturbación emocional es debido principalmente a los pensamientos, actitudes y creencias sobre lo que nos ocurre a nuestro alrededor. Enfatizó en los aspectos cognitivos y filosóficos ya que su intención fue diferenciarlo de las otras terapias que existían en los años 50.

Pero, a pesar de sus intenciones, muchos psicoanalistas lo identificaron con el racionalismo del siglo XVIII, aunque esta tenía marcados componentes conductuales y evocativo-emotivos, por lo que resultó era sumamente filosófica y debatidora, adicionalmente era sumamente confrontativo a diferencia del análisis clásico las terapias centradas en el cliente. Ellis defendía la tesis de que si una persona adquiría una sana filosofía de la vida difícilmente presentaría un trastorno emocional.

En su libro Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 1990) plantea lo siguiente: *“la RET estaba influida por los escritos de muchos filósofos, especialmente Epicteto, Marco Aurelio, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A. J. Ayer, Hans Reichenbach, y Karl Popper. Psicológicamente, se incorporaron algunas de las visiones de los terapeutas cognitivos importantes, tales como Adler (1927, 1929), Cové (1923), Frankl (1959), Horney (1939), Kelly (1955), y Rotter (1954), aunque Ellis, no leyó a algunos de estos cognitivistas (tales como Dubois, Frankl, Kelly y Low) hasta después de que ya había creado la teoría y práctica básica de la RET”*. (p. 20)

El énfasis de este modelo de intervención consiste en el análisis de la influencia que tienen las creencias irracionales sobre los trastornos emocionales, Ellis planteó que la modificación de estas creencias genera cambios tanto emocionales como conductuales en los individuos. El cambio



a Terapia Racional Emotiva hace énfasis en las emociones que presentaban los individuos, no solo se abordaron las creencias, permitiendo ampliar las áreas de intervención. Finalmente, este modelo volvió a cambiar de nombre por el que actualmente es conocido, así en 1993 se le denominó Terapia Racional Emotiva Conductual, resaltando que el proceso de intervención y tratamiento tenía como objeto el mejoramiento de las conductas de las personas (Castañeda y Lingan, 2018).

Para estos cambios en la denominación se tomó en cuenta tres premisas, la primera indicaba que una persona es más feliz cuando tiene metas; la segunda, las personas realizarán los esfuerzos que sean necesarios para alcanzar esa meta propuesta, así estos sean irracionales y; tercero, alcanzar la meta produce autorealización y así se vive mejor. Finalmente, expresan Ellis y Grieges (1990), que la TREC fue la primera escuela realmente importante en lo que a psicoterapia se refiere, ya que logró unir el debate filosófico y la reestructuración cognitiva tanto en la terapia conductual como en la experimental aplicando métodos como asignar tareas, fomentar la desensibilización en vivo, usar métodos de refuerzo y el entrenamiento en habilidades.

Es importante destacar que la Asociación Americana de Terapia de Pareja y Familia realizó una encuesta a 310 miembros preguntando a quienes consideraban ellos los diez técnicos más influyentes en el campo de la pareja y la familia, el resultado obtenido en los primeros cuatros lugares, por orden de influencia fue el siguiente: Virginia Satir, Sigmund Freud, Carl Rogers y Albert Ellis. Debido al efecto que la TREC ha tenido tanto en la profesión como en la salud mental de las personas en estas décadas, se puede decir que es uno de los sistemas de psicoterapia más influyentes del siglo XX y continúa siéndolo en el siglo XXI.





02.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

*“Toda persona tiene capacidad
para cambiarse a sí mismo”.*

Albert Ellis

2.1. Objetivos y principios teóricos de la Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual facilita que las personas adquieran un pensamiento racional, es decir, científico, claro y flexible; por lo tanto, busca que sientan de forma más adecuada y, por lo tanto, actúen de manera más funcional para conseguir sus metas. En ese sentido, la racionalidad se entiende como ese sentimiento apropiado asociado a una conducta funcional que persigue unas metas básicas y precisas. Es por ello que define los pensamientos racionales como aquellos que ayudan a vivir más tiempo y más felices ya que, en primer lugar, nos permite definir valores, propósitos, metas o ideas

que actúan como productores de la felicidad y, en segundo lugar, emplea formas más eficaces, flexibles, científicas y lógico-empíricas para alcanzar las primeras evitando resultados contradictorios.

Según lo anterior, se potencia la generación de sentimientos convenientes, que son aquellas emociones que ocurren cuando las preferencias y deseos humanos se bloquean y frustran, y esto ayuda a las personas a minimizar o eliminar tales bloqueos y frustraciones. Se presentan dos tipos de emociones las negativas (dolor, pesar, incomodidad, frustración y displacer) y las positivas (amor, felicidad, placer, y curiosidad). De acuerdo con la Terapia Racional Emotiva Conductual, los sentimientos inconvenientes que hacen que las circunstancias y frustraciones molestas se vean peores (depresión, ansiedad, desesperación, insuficiencia e inutilidad).

La Terapia Racional Emotiva Conductual define las conductas autodestructivas como aquellas que interfieren seria e inútilmente con la vida y con la felicidad. Es así, que los actos compulsivos, adictivos y estereotipados, así como los de aislamiento, fobia e indecisión están en contra de los intereses de la mayoría de las personas y grupos sociales pues son contraproducentes para los individuos y socialmente dañinos. Los actos convenientes, por otro lado, intensifican la supervivencia y la felicidad.

Para exponer el carácter científico de la teoría de Albert Ellis, es importante determinar tanto los objetivos como los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual. De acuerdo con Grández (2017), los objetivos son dos, por un lado, busca enseñar al paciente a distinguir entre un pensamiento racional y otro irracional, por otro lado, busca enseñar al paciente a distinguir entre las emociones que son apropiadas y las que no lo son.

La definición de los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual, se declara desde las posturas de Valero (2016); y Colop (2016), a partir del planteamiento de Ellis (2006). El primer autor declara en su trabajo "Plastilina Emocional" los que considera los principios: 1) Las personas son más racionales que irracionales; 2) El desequilibrio emocional generalmente es producto de un pensamiento irracional; y 3)



Las personas son propensas a pensamientos irracionales, y
4) Las personas son seres verbales, alimentan su conducta desadaptativa con verbalizaciones internas de sus ideas y pensamientos irracionales.

Por lo tanto, las actitudes que el individuo tenga en su interior son las que mantendrá su desequilibrio emocional, incluso mucho más que cualquier evento externo.

Este enfoque postula que las cogniciones desadaptativas y los puntos de vista negativos pueden generar angustia y comportamientos problemáticos. De modo tal, que la persona al ser capaz de aprender a controlar su futuro, planteándose metas claras, siendo conscientes de características y estado propio, tendrá la clave para el manejo de su mundo emocional mediante las creencias personales acorde al tipo de interpretación que se le dé a los acontecimientos en la vida, repercutiendo en los hechos que se tienen en cuenta para que ello se suscite (Céspedes, 2017).

Se destacan dos elementos fundamentales a considerar en la construcción de la teoría de esta psicoterapia. Por un lado, la relación dialéctica entre lo cognitivo, lo emocional y la conducta; y segundo, el reconocimiento consciente de las creencias racionales diferenciándolas de las creencias irracionales.

Colop (2016), hace la contribución a estos principios, los actualiza y complementa con las consideraciones propias de la terapia centrándose en el aquí y ahora, sin descartar la influencia genética y biológica, mencionando que son seis principios:

1. El pensamiento es el aspecto importante en la gestación de las emociones humanas.
2. El pensamiento disfuncional es la causa determinante del malestar emocional.
3. Para terminar con un problema emocional se tiene que comenzar por una evaluación de los pensamientos.
4. Diversos factores tanto genéticos como de naturaleza ambiental se constituyen como la génesis del pensamiento irracional y la psicopatología.



5. A pesar de la existencia de las influencias del pasado en la psicopatología, la terapia racional emotivo-conductual prioriza las influencias presentes.
6. Las conductas de las personas están muy vinculadas a las emociones, es decir, presta atención a los factores actuales que son los directamente responsables por la presencia del malestar en el tiempo.

Por último, recordemos que Ellis (2006), declara en su obra “Usted puede ser feliz” que los tres principios centrales en que se fundamenta la terapia racional emotiva conductual son los siguientes:

1. La autoaceptación incondicional de sí mismo: que permite mantener una actitud de respeto hacia sí mismo, independiente si la valoración de la conducta de tal sujeto se categoriza como buena o mala.
2. La aceptación incondicional del otro: se acepta a las otras personas tal como son, con compasión y respeto, independiente de las valoraciones positivas o negativas condicionadas por nuestras creencias, principios, valores y aspectos morales.
3. La aceptación incondicional de la vida: las circunstancias que nos toca vivir no se juzgan, se asumen y se afrontan activamente, a pesar de la valoración que solemos hacer acerca de ellas en función de las metas u objetivos personales o sociales

Según Rodríguez (2019), hoy en día lograr un comportamiento asertivo a las vivencias de afrontamiento de las circunstancias de la vida se puede lograr a partir de los siguientes elementos relacionados con la terapia racional emotiva conductual:

1. La confluencia entre la herencia genética y biológica, considerada desde su nacimiento y con el aprendizaje durante sus experiencias contextuales (ambiente físico, relaciones interpersonales y valores sociales imperantes) para leer e interpretarse a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea. El objetivo de la Terapia Racional Emotiva Conductual en este sentido deviene, en hacer consciente el tipo de cogniciones subyacentes que surgen ante determinadas situaciones personales.





2. La metodología que se utiliza en la Terapia Racional Emotiva Conductual, alineada al rigor científico dado por Ellis, comprobando en varias investigaciones una serie de técnicas que favorecen el desarrollo una cognición más lógica y racional, que valoran las experiencias a partir de conclusiones basadas en hechos y no en suposiciones subjetivas. Este modelo terapéutico propone sustituir las ideas rígidas y dogmáticas, como las ligadas al merecimiento o no merecimiento que se otorgan a las circunstancias vitales que se experimentan en función de sus buenas o malas acciones
3. Las distinciones conceptuales, permiten categorizar entre las preferencias (desde planteamientos racionales y la aceptación de que puede o no darse) y las exigencias (desde ideas disfuncionales y la implicación de que debe darse obligatoriamente), siendo estas últimas las que se asocian al malestar emocional personal.
4. El centro de atención principal es el presente, reconociendo poca relevancia causal a los acontecimientos en la infancia, trabaja sobre la reacción emocional actual ante una situación, no la que pudo tener en otro momento del pasado. No se descartan para la atención alguna situación violenta en la historia de vida y que significa un trauma para la persona, más bien, se puede considerar relacionada a la interpretación cognitiva y su sistema de creencias.

2.2. Modelo ABC

El “modelo ABC” desarrollado por Albert Ellis, presenta un esquema sencillo y secuencial, en el que cada letra tiene su propio significado:

A : representa un evento o acontecimiento activador wue se asume como inicialmente como origen de un malestar o conducta no deseada;

B : representa las creencias y los pensamientos que tiene cada persona y sobre las cuales realiza sus propias inferencias;

C : representa las consecuencias, que pueden ser de tipo emocional, conductual o fisiológicas en la persona.

Es importante destacar en B tienen origen las interpretaciones distorsionadas que, posteriormente dan pauta para las reacciones que se observan en C. De acuerdo con Dryden y Ellis (1987), no es el acontecimiento en sí mismo el que produce el malestar en el paciente, es la interpretación que éste realiza ante tales situaciones.

Con lo antes descrito, Albert Ellis propone que en principio, por lo general no son los acontecimientos externos los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas, sino lo que se piense de dichos acontecimientos; en otras palabras, es el propio sujeto, quien ejerce influencia en su conducta y estado de ánimo aplicando su proceso de valoración personal sobre esos acontecimientos, en última instancia es el mismo sujeto quien produce esos resultados ante esas circunstancias. El impacto de esos eventos con una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular. Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto.

Ahora bien, esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un “procesamiento de la información absolutista” y consecuencias psicológicas trastornantes, a bien siguiendo un “procesamiento de la información preferencial”, y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro “procesamiento de la información” hará que el perfil “salud psicológica/trastorno psicológico” varía en cada caso.

2.3. Teoría del Cambio Terapéutico en el modelo A-B-C

En la Terapia Racional Emotiva Conductual, se distinguen varios focos y niveles de cambio (Lega et al., 2009). Aunque no necesariamente son los únicos, los primeros se plantean a continuación:

Aspectos situacionales, contextuales o ambientales: relacionados directa o indirectamente con la alteración emocional negativa (facilitar a un fóbico social un ambiente con personas menos exigentes y discriminatorias, reforzantes de la conducta prosocial). Este aspecto modificaría el punto A del modelo A-B-C.



Consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (en el mismo fóbico medicar su ansiedad, enseñarle relajación para manejar su ansiedad): autorreforzándole positivamente sus logros sociales), eliminando, así, las distorsiones cognitivas (Me voy a poner muy nervioso y no voy a poder aguantar esta circunstancia que estoy viviendo). En este caso serían cambios en el punto B (creencia de la situación que está viviendo la persona) del modelo A-B-C.

En las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas: en el trastorno emocional, representadas por las creencias irracionales (Necesito tener el afecto de la gente importante para mí.... y no soporto que me rechacen). En este caso también serían cambios en el punto B (creencia de sí mismo y sus necesidades de vida) del modelo A-B-C.

Para Ellis (Navas, 1998), los tres focos pueden, y suelen producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales; y de hecho los tres focos trabajan conjuntamente en una terapia de psicología cognitiva. Pero el foco más relevante para el cambio está en el punto B (creencia del acontecimiento o situación) del modelo A-B-C, de manera extrema lo más importante es la modificación de creencias irracionales y las situaciones evitadas. Sería un cambio en el punto C (consecuencia) del modelo A-B-C.

2.4. Definiciones del modelo de intervención de la Terapia Racional Emotiva Conductual

La terapia racional emotiva-conductual de Ellis incluye en su esquema de trabajo el papel relevante de las emociones y las conductas en la vida de toda persona, resaltando la presencia de las creencias, pensamientos e imágenes mentales. Ahora bien, Turner (2007), resume los conceptos teóricos desarrollados por Ellis en su modelo de intervención, de la siguiente manera:

- a) Metas y racionalidad: a medida que los individuos se trazan metas racionales y estas son logradas, las personas desarrollan un estado de felicidad. Entre las metas más



importantes se encuentra: la supervivencia; la felicidad en sí misma, capacidad de triunfar en la vida, bienestar personal y social y, la aceptación.

- b) Cognición y procesos psicológicos: estos se encuentran entrelazados, los pensamientos, los sentimientos y las conductas. De esta manera las cogniciones influyen en la salud mental del individuo, provocando la aparición de los trastornos psicológicos. Por lo tanto, se infiere que la salud mental tiene relación con las creencias racionales mientras que los trastornos psicológicos con las creencias irracionales (Figura 2.1).

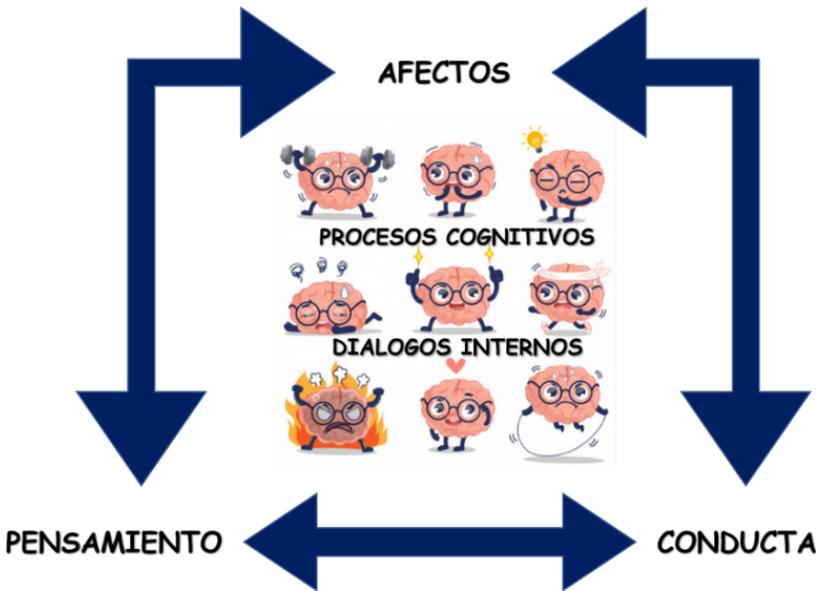


Figura 2.1. Cognición y procesos cognitivos.

- a) Énfasis humanista filosófico del modelo: centrado en el ser humano por lo tanto se puede hacer estas dos inferencias:
- Cuando las personas se enfocan en lograr metas irracionales y demandantes consiguen perturbarse.
 - Cuando las personas se enfocan en lograr metas racionales y por orden de prioridades consiguen ser más felices.



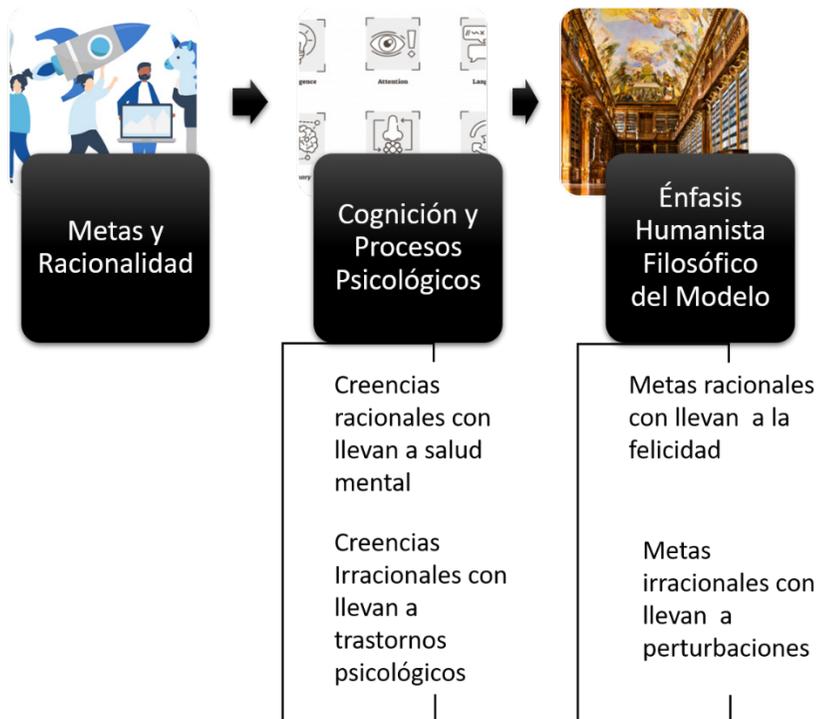


Figura 2.2. Filosofía del modelo.

El ser humano, como ser biopsicosocial, se constituye en una estructura dinámica y compleja con una intensa tendencia a establecer metas en sus actividades y su vida, hacia las cuales dirige sus esfuerzos emocionales, cognitivos y conductuales.

Las metas principales que se plantea toda persona son: primero, permanecer vivo, y segundo, obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar siempre que se pueda. A partir de estas metas principales se derivan muchas otras metas que las personas se van proponiendo durante toda su vida y que, además de proporcionarles satisfacción y placer, les permiten encontrar cierto sentido a su vida.

La búsqueda permanente que hay en cada persona para alcanzar sus metas, en diferentes contextos y momentos de su vida, la expone a enfrentarse a circunstancias y eventos, esperados o no esperados, que favorecen o dificultan sus intenciones y que dependen muchas veces de las valoraciones y el significado que le dan estas. El resultado de esa valoración servirá para reaccionar con una conducta que tiene componentes cognitivos y emocionales de

adaptación para continuar hacia su meta o hacer un ajuste en otro sentido.

Para analizar las relaciones que hay entre los acontecimientos, las valoraciones y la conducta resultante, Ellis (1991), propone el modelo ABC: Los acontecimientos activadores (A) por sí mismos no provocan consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C); éstas dependerán de cómo se perciba o interprete (B) dicho acontecimiento activador. Tal como lo hemos mencionado antes, se ratifica que “A” son los acontecimientos activadores a los que respondemos, y “C” la respuesta que impulsa la conducta.

La asignación de los literales corresponde a las letras iniciales de las palabras en inglés que se utilizan para la representación de los elementos:

A : “Activation”

B : “Believe”

C : “Consequence”.

Acontecimientos activadores (A)

Los acontecimientos activadores “A”, pueden ser definidos como aquellos eventos que fomentan una dificultad para alcanzar la meta trazada o el objetivo propuesto; aunque no se trata del evento en sí mismo, este es percibido como la causa directa e incondicional del malestar o cambio de conducta que es desagradable para el individuo o su contexto.

Todas las personas valoran los eventos en dependencia de algunos elementos como su predisposición y salud biológica, la situación emocional (vulnerabilidades y fortalezas), la historia de vida del sujeto, y el aprendizaje social del cual ha sido objeto. En otras palabras, el conjunto de elementos que configuran sus creencias tanto individuales (personales) como compartidas (con familias y grupos sociales). Lo anteriormente descrito abre paso a una realidad interpretada o a la generación de situaciones en función de las ideas, pensamientos y sentimientos del individuo.



Creencias (B)

El sistema de creencias que tiene el individuo se representa con la “B”, la cual puede considerarse, en principio, como los elementos que conforman el sistema cognitivo el cual puede comprender pensamientos, sentimientos, recuerdos, imágenes, actitudes, normas, esquemas de valores, filosofía de vida, inferencias, atribuciones, por mencionar algunas.

De acuerdo con Ellis y Grieger (1990), las creencias pueden ser racionales o irracionales, las primeras se consideran como pensamientos flexibles que se basan en lo real, mientras que las segundas corresponden a interpretaciones que pueden ser erróneas, y que corresponden a esquemas de pensamientos arraigados, rígidos o inflexibles, y conducen a emociones inadecuadas, que se presentan en forma exigente, absolutista, lo cual impide la obtención de logros personales.

En la tabla 2.1. se observan las diferencias entre estos dos tipos de creencias.

Tabla 2.1. Creencias irracionales Vs Creencias racionales.

Creencia Irracional	Creencia Racional
Es catastrófica, absolutista, irrealista y autoderrotista.	Es lógica, razonable, realista, promueve el aumento de la autoestima.
Dificulta la consecución de las metas ya que el pensamiento negativo genera acciones, pensamientos y sentimientos catastróficos y autodestructivos, afectando la felicidad del ser humano.	Conlleva a actuaciones, pensamientos y sentimientos que invitan a la felicidad y supervivencia del ser humano.
Origina emociones inadecuadas.	Abre paso a emociones saludables aunque los eventos sean inadecuados.
Causan necesidades absolutas en el individuo y su entorno.	Se basan en las preferencias o los deseos del individuo.

Las creencias, los juicios y las ideas, son capaces de ejercer un gran poder en nuestros pensamientos, es tanto que, viviendo cualquier situación, actuamos, no por lo que



esta es o significa, sino por lo que creemos o pensamos de ella (Lega et al., 2009). Analizando los elementos de la Terapia Racional Emotiva Conductual, de Albert Ellis, encontramos los siguientes elementos que influyen en nuestros pensamientos:

a) Hechos externos que, por lo general se consideran causa de las conductas y emociones, y las denomina experiencias activantes.

b) Las creencias racionales, que son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que ayudan al logro de las metas básicas, mientras que las irracionales, las bloquean. Estas se definen como conjunto de creencias racionales e irracionales.

c) Consecuencias, las cuales pueden ser conductas y/o emociones (como la ira o la tristeza).

Según Ellis, para poder modificar, estas conductas o emociones, se establecería el cuarto punto:

d) Discusión, entre el terapeuta y el paciente, donde se discute y se habla de cada tópico irracional, de los pensamientos e ideas ilógicas, para lograr la racionalidad de los mismos.

Ellis identificó 11 creencias irracionales que mayormente presentan los individuos, y las describió de la siguiente manera (Ellis y Tafrate, 2013):

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por las personas significativas en su vida;
2. Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa;
3. Ciertas personas son malas, perversas y ruines, deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad;
4. Es tremendamente catastrófico el hecho de que las cosas no salgan tan perfectas como se desea que fuese;
5. La infelicidad se debe a causas externas y sin tener la capacidad para controlar las emociones perturbadoras;



6. Todas aquellas situaciones amenazantes o preocupaciones, deben ser evitadas a cualquier precio;
7. Es mucho más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades;
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar;
9. Las experiencias y eventos del pasado son un determinante decisivo en la conducta actual;
10. La persona debe sentirse muy preocupada por los problemas y perturbaciones de los demás y,
11. Solo existe una solución perfecta para cada problema, y está es la que debemos encontrar.

La tabla 2.2 describe las consecuencias de las creencias irracionales y cuál debe ser el cambio en el pensamiento para generar una creencia racional más adecuada.

Tabla 2.2 Creencias irracionales, consecuencias de las creencias irracionales y creencias racionales asociadas.

Creencia irracional	Consecuencia	Creencia Racional
Es una necesidad extrema para la persona adulta, ser amada, respetada y aprobada por las personas significativas en su vida.	Las personas se tornan inseguras, ansiosas, frustradas y hasta en minusvalía.	No es necesario como adulto, que siempre sea amado, respetado y aprobado por las personas significativas en su vida.
Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa.	Los individuos se vuelven temerosos al fracaso, con bajo autoestima y perfeccionistas.	Uno siempre se considera valioso, independientemente de los resultados obtenidos.
Ciertas personas son malas, perversas y ruines, deben ser culpabilizados y castigados por su maldad.	Las personas se vuelven vengativas, perversas y con deseos de venganza.	Las personas que realizan actos de maldad tienen una perturbación emocional



Es tremendamente catastrófico el hecho de que las cosas no salgan tan perfectas como se desea que fuese.	Los individuos se vuelven perfeccionistas, temerosos del fracaso, se genera una baja autoestima.	No representa una catástrofe el que las cosas no salgan tan perfectas como se desea.
La infelicidad se debe a causas externas y sin tener la capacidad para controlar las emociones perturbadoras.	Las personas se sienten sin esperanza, con ansiedad y deprimidos.	La felicidad es de origen interno por eso, tenemos la capacidad de cambiar las emociones negativas.
Todas aquellas situaciones amenazantes o preocupaciones, deben ser evitadas a cualquier precio.	Los individuos se vuelven intranquilos, ansioso, presentan cuadros de desesperación.	Es inevitable que se presente una situación amenazante o que existan preocupaciones, que deben ser enfrentadas.
Es mucho más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades.	Las personas se tornan intranquilas, desesperadas, toman reacciones exageradas a las críticas.	Las responsabilidades y dificultades deben ser afrontadas ya que de no hacerlo se pueden presentar más problemas.
Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.	Los individuos se vuelven dependientes, frágiles emocionalmente, inseguros, y tienen dificultad en las relaciones interpersonales.	No se debe depender de otras personas, aunque algunas veces es bueno escuchar otras opiniones, en todo caso, la decisión final debe ser propia.
Las experiencias y eventos del pasado son un determinante decisivo en la conducta actual.	Las personas se tornan pesimistas, quejumbrosas, inseguras.	El pasado es excusa, para cambiar nuestros sentimientos, pensamientos y actuaciones inadecuadas.



La persona debe sentirse muy preocupada por los problemas y perturbaciones de los demás.	Los individuos se frustran y genera a n g u s t i a s , se tienen sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo.	Las personas no deben sentirse muy preocupadas por los problemas y perturbaciones de los demás.
Solo existe una solución perfecta para cada problema, y esta es la que debemos encontrar.	Las personas se convierten en perfeccionistas, ansiosos y angustiados.	Existe más de una solución a cada problema.

Es importante destacar que todos los individuos tienen la predisposición para comportarse tanto racional como irracionalmente, por ello resulta esencial conocer nuestros pensamientos, actitudes, interpretaciones y creencias sobre los temas que pueden ser delicados, para que nuestro diálogo interno o nuestras autoinstrucciones permita que logremos sentirnos felices, efectivos, y saludables emocionalmente.

Las creencias más frecuentes sobre el pensamiento irracional son las siguientes:

1. El pensamiento absolutista, este se basa en la idea de que todo debe realizarse como “debe ser” o “como yo deseo que sea” y que no deben presentarse obstáculos que no estén previstos. Internamente la persona piensa en términos de siempre o nunca.
2. El pensamiento catastrófico, se desarrolla bajo la concepción que si no cumple o realiza lo que anhelamos sería terrible, catastrófico, hasta horroroso. Internamente los individuos piensan “¡por qué a mí!”, “¡Qué horror!”, “¡Es terrible esto!”, “¡Qué calamidad!”. Es una valoración muy negativa de la situación.
3. Pensamientos de frustración, aparece cuando surgen situaciones o experiencias aversivas que no se pueden enfrentar y son considerados insoportables. El individuo considera que su capacidad no es suficiente para resistir ese evento estresante, por lo que se genera disgusto y malestar, produciendo frases como “¡No lo puedo soportar!”, “¡Es intolerable!”.



4. Maxificación o maximización, en donde el sujeto se evalúa a sí mismo, al mundo y a los demás o a cualquier situación, magnificando lo negativo o minimizando lo positivo.
5. Minimización, en donde el sujeto se percibe con muy disminuida capacidad para enfrentar una situación.
6. Inferencia arbitraria, en la cual el sujeto anticipa o valora las situaciones o riesgos basados en evidencias insuficientes.

Consecuencia (C)

Ahora bien, “C” viene a representar las consecuencias o reacciones a las situaciones A. Estas pueden ser de tipo emotivas (reflejan las emociones), cognitivas (reflejan los pensamientos del individuo) o conductuales (reflejan las acciones). Estas consecuencias tanto emocionales como comportamentales devienen de la interacción entre los eventos y las creencias del individuo. Es allí donde las creencias irracionales generan las alteraciones emocionales y los patrones de conducta autodestructivos. La figura siguiente resume la interrelación de lo anteriormente descrito.

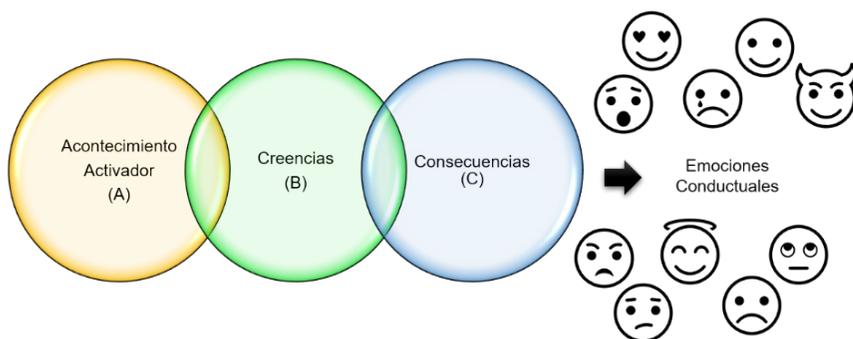


Figura 2.3. Esquema A - B - C.

Una vez desarrollado estos planteamientos, se menciona a continuación los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1:

A (acontecimiento) => Mi esposo no me contesta las llamadas

Este conlleva a la siguiente inferencia => perdió el interés, está enojado



B (Creencia) => “ya no me quiere”, “tiene otra”

C (consecuencias) => Emocional => tristeza, ira

Conductual => alejarse de las personas, llorar

Ejemplo 2:

A (acontecimiento) => Una persona se expresa de forma discriminatoria sobre otro individuo

Este conlleva a la siguiente inferencia => se cree superior, siente mucha seguridad en sí mismo

B (Creencia) => “yo puedo y tú no”, “eres menos que yo”

C (consecuencias)=> Emocional => ira, necesidad de venganza, necesidad de aceptación

Conductual => tomar acciones contra esa persona

2.5. Tendencias biológicas básicas

Ante las influencias sociales y culturales, Ellis explica en su propuesta que los individuos poseen dos tendencias biológicas: la tendencia a pensar irracionalmente y la capacidad de elegir y cambiar sus pensamientos y conductas disfuncionales.

1. Tendencia a pensar irracionalmente

Las personas han desarrollado argumentos para cambiar sus preferencias por exigencias absolutistas, estos argumentos son:

- a) todos los individuos poseen pensamientos irracionales o disfuncionales, y los de autoderrota;
- b) los pensamientos irracionales vinculados a creencias absolutistas que generan alteraciones emocionales están en todas las culturas;
- c) las conductas desadaptativas y autodestructivas que ejecutamos están en contra de lo que enseñan la familia, maestros y su entorno social;
- d) Sin importar la inteligencia de la persona, una vez que se eliminan las creencias irracionales, se suelen adoptar nuevos pensamientos irracionales;



- e) Los pensamientos, sentimientos o conductas negativas no logran eliminarse, solo se alcanza a modificarlos una vez que se es consciente de ellos;
- f) aunque la persona trate de cambiar sus conductas disfuncionales, después de un tiempo tienden a regresar a estos patrones de conducta;
- g) Es más fácil para los individuos aprender hábitos y conductas negativas que los de autosuperación;
- h) los individuos piensan con frecuencia que nunca les ocurrirán malas experiencias, y;
- i) inclusive los terapeutas actúan a menudo irracionalmente tanto en el ámbito profesional como en el personal.
- j) las personas que se oponen radicalmente a las creencias irracionales a menudo caen en la irracionalidad usando argumentos absolutistas para oponerse.

2. Capacidad de elegir y cambiar sus pensamientos y conductas disfuncionales

Otra tendencia es que las personas tienen la alternativa de cambiar esos pensamientos irracionales eliminando las emociones negativas, pero se requiere mucho esfuerzo y voluntad.

2.6. Pensamientos racionales e irracionales

Entendiendo que lo racional es aquello verdadero, lógico, pragmático, que se basa en la realidad, podemos expresar que su consecuencia es facilitar que las personas logren alcanzar sus metas u objetivos en la vida, ya que en su sistema cognitivo entrarán datos con mayor exactitud que ayudarán a la persona a concentrarse mejor, pudiendo proyectarse en sus propósitos.

De allí que Martínez (2018), indique las características del pensamiento racional:

- Elige ideales, valores, metas y propósitos básicos.
- Emplea formas eficientes, científicas y lógicas para alcanzar sus metas u objetivos, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.



Mientras que las características del pensamiento irracional son:

- Las personas suelen rebajarse o no aceptarse ellas mismas.
- Interfieren con el funcionamiento satisfactorio dentro de nuestros grupos de referencia.
- El individuo cree, de forma firme, que está ajustado a lo que es real, aunque no sea cierto.
- Las personas bloquean sus relaciones interpersonales, por lo tanto, no se trabaja de forma madura y productiva.



Figura 2.4. Pensamiento irracional.

2.7. Emociones adaptativas y desadaptativas

Las emociones son determinantes ya que regulan la forma como siente y piensa el ser humano. Es el centro desde donde se interpretan los acontecimientos en los individuos. Es por ello que los pensamientos disfuncionales originan malestar emocional ya que se produce un proceso de retroalimentación de las emociones. Si bien es cierto que se puede cambiar la manera de pensar, los pensamientos disfuncionales permanecen inalterables ya que son muchos los factores que provocan tanto el pensamiento irracional como las emociones negativas, entre estos tenemos factores genéticos, primeras experiencias de vida, experiencias actuales, medioambiente, por mencionar algunas.

La Terapia Racional Emotiva Conductual basa sus fundamentos en la aseveración que las emociones negativas apropiadas se relacionan con las creencias racionales y las emociones inapropiadas con las irracionales, Lega et al. (2017), indican las siguientes:

Inquietud vs. Ansiedad: La inquietud aparece cuando la persona cree: “Espero que esto no suceda, y sería mala suerte que esto pasara”, mientras que la ansiedad nace de la idea: “Esto no debe pasar y sería horrible que ocurriera”.

Tristeza vs. Depresión: Se considera que la tristeza se deriva de la creencia: “He tenido muy mala suerte por haber tenido esta pérdida, pero no existe ningún motivo para que esto no debiera haber pasado”. Por otro lado, la depresión se origina cuando se piensa: “No debería haber sufrido esta pérdida y es terrible que haya sido así”.

Dolor vs. Culpabilidad: Se produce el dolor cuando el individuo se siente mal por sus acciones, pero no por sí misma, porque cree: “Prefiero no hacer las cosas mal, pero si eso pasa, ¡Mala suerte!”. La culpabilidad aparece cuando la persona se juzga su mal comportamiento como negativo y piensa: “No debo hacer las cosas mal y si eso pasa, es horrible” ¡yo soy malo!

Desilusión vs. Vergüenza: La desilusión se manifiesta cuando el ser humano reconoce que se comporta ante los demás de “manera ridícula”, pero se acepta a sí misma. Por otra parte, nace la vergüenza cuando alguien reconoce que se ha comportado “de forma estúpida” en público y se castiga por algo que no debería haber realizado. Se caracterizan por tener la idea de que necesitan la aprobación de los demás.

Disgusto vs. Ira: El disgusto se deriva de la creencia: “*No me agrada lo que ha hecho y desearía que no hubiera ocurrido, sin embargo, eso no quiere decir que él o ella no pueda romper mis reglas*”. En cuanto a la ira, se tiene la idea “*que el otro no debe de ninguna manera desobedecer mis normas, de lo contrario le condeno si lo hace*”.





Figura 2.5. Relación Emoción – Pensamiento – Conducta.

Es importante destacar que los factores de tipo cognitivo permiten explicar y predecir las conductas y emociones presentes en los individuos, ya que los seres humanos experimentan pensamientos negativos de forma recurrente, como por ejemplo el temor a ser valorado negativamente, la autocrítica negativa, la ansiedad, el miedo a ser rechazados, por mencionar algunos. Esto hace que los individuos se perciban como poco o menos hábidosos (Ortega y Climent, 2004).

De allí surgen las actitudes de los individuos que, según Roca (2014), forman parte de las creencias que tienen contenido emocional y predisponen a los seres humanos a actuar de forma congruente o no. Este autor infiere que la mayor parte de las creencias son adquiridas en la infancia de una forma más o menos consciente, y a lo largo de la vida se pueden conservar o sustituir. Si se conservan pueden ser activadas en cualquier momento ya que quedan registradas en la memoria. Algunas creencias se las consideran beneficiosas ya que movilizan a la persona a alcanzar sus principales objetivos, modificar comportamientos para mejorar las relaciones interpersonales, mientras que otras perjudican, ya que dificultan su realización.

En resumen, se puede entender que las experiencias activadoras favorecen directamente a la expresión de las emociones negativas, si ponemos de ejemplo la ira, esto

conlleva conductas agresivas, pero no es la causa, por lo que el individuo tiene un margen para elegir y controlar sus reacciones ante estos contextos. Ahora bien, mientras más consciente se encuentre sobre sus creencias y por ende de sus reacciones, más probabilidades tendrá de actuar sin ira y, por lo tanto, sin agresividad. La realidad es que son pocas las veces que los individuos reflexionan sobre sus pensamientos, por lo tanto, también son pocas las ocasiones en que se cambia esa influencia que tiene la forma de pensar en las reacciones. Este ejercicio se pudiese repetir con cada una de las emociones negativas.

Nuestro sistema de creencias influye eminentemente en nuestras reacciones, pero también los acontecimientos influyen en nuestra forma de actuar. Es por ello, que el individuo otorga un juicio de valor y evalúa a cada una de las experiencias que vivencia. Lo que la persona desea lo llama “bueno” y lo que le disgusta lo denomina “malo”. Se puede indicar que las creencias determinan los sentimientos y las conductas que acompañan a dichas experiencias.

Conociendo nuestras experiencias y nuestra consecuencia emocional, resulta más fácil, imaginar nuestras creencias y enfrentarnos a nuestra forma de actuar, principalmente a nuestra autoinculpación y a nuestra ira (siguiendo el ejemplo anterior) que genera conductas impulsivas o destructivas.

En conclusión, nuestras creencias tanto racionales como irracionales, influyen en nuestros sentimientos y conductas. La Terapia Racional Emotiva Conductual nos permite descubrir exactamente que creencias favorecen el desarrollo de nuestras emociones, interpretándose como desadaptativos, así también nos permite modificar nuestras creencias irracionales. Por otro lado, nuestras creencias racionales nos hacen sentir sanamente y nos permite alcanzar nuestras metas; mientras que las irracionales nos producen ira debido a las adversidades y no nos ayudan a lograr nuestros objetivos. Por último, este tipo de terapia nos permite poder disputar nuestras creencias irracionales para tener sentimientos y conductas más adecuadas y saludables.



03.

PROCESO DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

“Una persona perfectamente normal es algo muy extraño en nuestra sociedad”.

Karen Horney

3.1. La Terapia Racional Emotiva Conductual y su incidencia en las habilidades sociales

El ser humano es un ser social por naturaleza, es por ello que las habilidades sociales son importantes para todos los individuos, siendo estas el conjunto de emociones, conductas y pensamientos que se han aprendido para relacionarnos con los otros de manera satisfactoria, haciéndonos sentir bien y permitiendo que obtengamos los resultados que se quieren, lo cual mejora la calidad de vida. En este sentido, la comunicación tanto verbal como no verbal es esencial ya que permite exteriorizar sentimientos, emociones, actitudes, malestares,



opiniones, por mencionar algunos, que, entre otros objetivos, nos permite defender nuestros derechos (Freire, 2019).

Por lo tanto, las habilidades sociales según, Ruiz et al. (2012), *“constituyen un amplio rango de competencias que se pueden agrupar en distintas categorías, como habilidades no verbales, habilidades básicas de conversación, comunicación, emocional, autoprotección, solución de problemas y aproximación-evitación en las relaciones íntimas o consecución de objetivos vitales”*. (p. 297)

De la anterior, se puede inferir que los niños no nacen con habilidades sociales, o con temores, son sus experiencias tempranas las que incitan esas conductas, y allí el lenguaje cumple un rol fundamental en esta interacción ya que es lo que va a permitir el desarrollo de esas habilidades sociales. Tanto la familia como la escuela van a tener un rol protagónico y serán la fuente de este aprendizaje (Sartori y López, 2016), ya que son los que proporcionarán estas experiencias positivas o negativas que incidirán en la autoevaluación que tenga cada individuo de sí mismo. Es así como las habilidades sociales aprendidas tienen orígenes multifactoriales, donde el ambiente de desarrollo es determinante en ellas y fijarán las características personales de los individuos.

La forma en que los individuos plantean sus relaciones personales influye decisivamente en el éxito o fracaso de estos en la sociedad, ya que la forma como perciben el mundo sus actitudes, costumbres sociales, actitudes, lenguajes verbales y no verbales, cambian constantemente bien sea por falta de uso o por largos períodos de aislamiento (Freire, 2019).

Obviamente, las interacciones sociales en la adolescencia son más profundas e íntimas que las logradas en la niñez, pues requieren un mayor ajuste psicosocial, lo cual no ocurre en la infancia, y a medida que nos vamos acercando a la adultez y el lenguaje se va perfeccionando, se van adquiriendo otras habilidades como autonomía e independencia, logrando obtener relaciones sociales más exitosas (Valera et al., 2016).

Al mencionar los déficit de habilidades sociales, se pueden mencionar muchos ya que el ser humano es social por naturaleza, por lo cual en su relación con los otros individuos





y el ambiente se pueden presentar múltiples elementos que pueden llegar a obstaculizar estas relaciones e impactar negativamente en el desarrollo de las personas, incluso hasta el punto de ocasionar trastornos psicopatológicos, debido a las perturbaciones tanto cognitivas como afectivas, las cuales tienen incidencia en la autoestima de los individuos, su regulación en el comportamiento, en la adopción de roles, por mencionar algunos aspectos, que van desde la infancia hasta la vida adulta (Ovejero et al., 2016).

La falta de habilidades sociales puede incidir en otras áreas de desenvolvimiento con la aparición de conductas disfuncionales, por ejemplo, en los niños puede afectar el ámbito familiar y escolar; en el adolescente incide negativamente en la formación de su identidad, puede provocar fracaso escolar, delincuencia. Ya en el adulto podemos mencionar múltiples problemas con serios ajustes psicológicos (Do Amaral et al., 2015).

De acuerdo con Ruiz et al. (2012), estos problemas pueden ser aislamiento social, ansiedad social, depresión, problemas de pareja, esquizofrenia, por mencionar algunos. Por su parte, Freire (2019), indicó que la mayoría de las enfermedades tienen relación con el déficit de habilidades sociales, ya que es una respuesta del individuo ante las constantes demandas de la sociedad o del ambiente donde se desenvuelve, convirtiéndose estas en factores estresores que dan origen a una interpretación distorsionada de la realidad.

Es frecuente observar el comportamiento de algunos profesionales que son muy eficientes y eficaces en su trabajo, altamente competentes, sin embargo, no pueden interactuar eficazmente ya que se ven obstaculizados por la ansiedad, vergüenza, pensamientos negativos, por mencionar algunos. Algunos factores que pueden obstaculizar el ajuste social según Pucheu (2014), en el área personal, estarían la necesidad de consecución de logros, demandas exageradas de desempeño, temor a equivocarse, necesidad desmedida de control, impaciencia, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, actitudes de autoridad, baja capacidad de resolver conflictos, agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, pensamientos pesimistas, irracionales y catastróficos.

Asimismo, en lo social, por la necesidad desmedida de aprobación, distancia psicológica de los demás, dificultad de comunicación, poca autonomía, falta de empatía, poco tiempo libre, inseguridad, dificultad de socialización, entre otros, mientras en lo laboral, puede ser por la falta de iniciativa en el trabajo, incapacidad de manifestar su punto de vista, falta de apoyo entre los trabajadores, baja satisfacción laboral, presión laboral, frustración profesional, deficientes relaciones laborales, agotamiento físico, estrés psicológico, por mencionar algunos (Reyes, 2015).

Por último, en lo familiar y de pareja se manifiesta, aspectos formativos, éticos, afectivos, económicos, culturales, ideológicos, intelectuales y morales. Como también percepción, decepción familiar, divorcios, violencia, límites, reglas de comunicación, roles, inseguridades, dificultad para controlar y expresar emociones, presión por parte de la pareja, entre otros (Puello et al., 2014), por ello es necesario un asesoramiento cognitivo conductual.

El asesoramiento cognitivo conductual es un método efectivo que ayuda a las personas a pensar de manera diferente. Utilizando nuevas formas de pensar, pueden adoptar comportamientos más saludables y mejores ante los amargos eventos y experiencias. López (2015), indicó que este tipo de terapia ayuda a las personas a modificar tanto creencias como emociones negativas. Los individuos poseen tres campos que están íntimamente relacionados, estos son los sentimientos, los pensamientos y por supuesto, los comportamientos. Para realizar un tratamiento adecuado se debe trabajar en estos tres aspectos, sin dejar a un lado las emociones, ya que éstas influyen en la manera de pensar y comportarse

Se pueden utilizar varias técnicas cognitivas para aumentar la conciencia del paciente sobre estos patrones cognitivos y comenzar a ayudarlos a contrarrestarlos. Los registros de pensamientos completados en el transcurso de la semana que involucran esquemas de grabación y etiquetado, modos u otros tipos de contenido cognitivo pueden ayudar al paciente a identificar estos fenómenos en su vida cotidiana.

En la sesión, el cuestionamiento socrático o el descubrimiento guiado se pueden utilizar para ayudar al paciente a descubrir





esquemas subyacentes y creencias fundamentales de las que puede no estar completamente al tanto. Un método para hacerlo es la técnica de flecha hacia abajo (Beck, 1979; Quemaduras, 1980), en el que el terapeuta (y más tarde el propio paciente) profundiza por debajo de los pensamientos automáticos o superficiales al hacerle preguntas al paciente como “si esto fuera cierto, ¿qué significa para usted?” o “si fuera cierto, ¿lo que podría suceder?” repetidamente, descubriendo capas sucesivas de pensamientos intermedios y, finalmente, creencias centrales.

Una vez que se han identificado las cogniciones problemáticas, se pueden usar varios métodos para ayudar al paciente a aumentar su flexibilidad cognitiva y considerar formas alternativas de pensar. Es aconsejable evitar adoptar un enfoque que intente demostrar que los pensamientos de los pacientes están equivocados, ya que, en particular con los clientes antagonistas, es probable que esto genere una actitud defensiva e intentos de demostrar que tienen razón. Por el contrario, ayudar al paciente a considerar una variedad de explicaciones o interpretaciones alternativas a través de una lluvia de ideas, y ayudarlo a adoptar diferentes perspectivas es probable que sea más útil.

Puede ser beneficioso discutir los pros y los contras de creer ciertos pensamientos, o de actuar como si tales pensamientos fueran ciertos. Por ejemplo, un individuo antagonista puede creer que sus percepciones negativas de otras personas pueden ser válidas o precisas, pero se pueden explorar los pros y los contras o la utilidad del comportamiento basado en estos pensamientos. El terapeuta también puede introducir ciertas categorías de esquemas o distorsiones del pensamiento (p. Ej., generalización excesiva, lectura de la mente) para ayudar al paciente a identificar cómo sus patrones de pensamiento pueden no considerar toda la información.

Siguiendo el modelo ABC para la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual, dentro del principio de la molestia el cual señala que no se trata de pensar como tal, sino que este es fruto de las creencias irracionales y partiendo del esquema anteriormente planteado, se proponen las letras “D” y “E”, donde “D” corresponde al proceso del conflicto cognitivo, cuyo propósito es reestructurarlo de acuerdo con

las nuevas creencias, mientras que la letra “E” reflejaría los efectos que ha producido este cambio cognitivo en el individuo en sus acontecimientos vitales (Navarro, 2006).

La terapia racional emotiva conductual es una psicoterapia activa-dirigida, la cual permite que la persona identifique la génesis filosófica de sus problemas psicológicos y lo orienta a la búsqueda de alternativas que permitan cambios con el fin de generar un mayor bienestar (Oblitas, 2008). Por lo tanto, esta terapia se aplica en:

- Terapia individual, proceso flexible en el abordaje clínico y eficaz para las personas con inconvenientes para vincularse con los demás.
- Terapia de pareja, es recomendable establecer normas, que se predisponga a la negociación, así mismo se facilitan herramientas para lograr una comunicación constructiva entre ambos.
- Terapia familiar, proceso que se orienta a mejorar las debilidades que evidencia el núcleo familiar de forma individual, contribuyendo al quebrantamiento y que es posible modificar la conducta de cada uno de los miembros es búsqueda de fortalecer su unidad familiar.
- Terapia de grupo, trabajo con grupos pequeños con los que se efectúan entrenamientos intensivos.

3.2. Las fases del proceso de la Terapia Racional Emotiva Conductual

El proceso psicoterapéutico de la Terapia Racional Emotiva Conductual debe seguir una estructura de pasos que permitan hacer un seguimiento y ajuste del desarrollo con la persona que acude a la consulta, los cuales presentamos a continuación:

Paso 1: Psicodiagnóstico Racional-Emotivo.

Paso 2: Identificar la “C” significativa y los problemas secundarios.

Paso 3: Identificar un “A” específico.

Paso 4: Establecer la conexión “B-C”.



Paso 5: Identificar “B”.

Paso 6: Debatir las creencias irracionales (“D”).

Paso 7: Aumentar su convicción en sus creencias racionales (“E”).

Paso 8: Desarrollar las tareas para casa.

Paso 1: Psicodiagnóstico Racional-Emotivo

Establecer el punto de partida o estado inicial psicológico es esencial para definir el objetivo y la estrategia a seguir, con lo que también hacemos el seguimiento de la eficacia del proceso y la evaluación de los resultados en cada paso.

Tal como se hace en la primera de las consultas de muchas psicoterapias, se empieza tomando datos personales al paciente (nombre, edad, sexo, dedicación laboral o académica, nivel de estudios, estado civil, dirección domiciliaria, entre otros).

Luego se puede iniciar con frases como: “Cuéntame por qué viniste hoy y comencemos a trabajar” o “En qué problema trabajaremos hoy?”. Las frases dependen de la situación de vida y emocional, el contexto, las capacidades de comunicación y el rapport que se tiene. Es importante ser directos y no divagar con cualquier pregunta, recuerden que el tiempo es limitado y tiene que ser valorado por todos para buscar la solución directa. Cuando el paciente tiene más de un problema, se consulta cuál es el que le afecta más y se orienta acerca de cuál es el principal que pudiera generar los otros problemas, que le afectan en su estado emocional.

Una vez definido que en conjunto se determina el problema, al menos en términos generales, se establece con el paciente un objetivo concreto de la terapia y de la sesión. Esto da una dirección general que permite establecer una dirección o camino de la intervención y actualizar las expectativas del psicoterapia, a fin de que logren ajustes más reales de las posibilidades en cada caso intervenido. Para esto, consultamos con frases como: ¿Qué es lo que usted esperaría



de las sesiones de terapia? ¿Qué expectativas tiene de esta primera/segunda/ sesión?, lo cual servirá al terapeuta para orientar al paciente sobre las condiciones del proceso a corto, mediano y largo plazo.

Se solicita al paciente que de un ejemplo concreto del problema, pidiéndole detalles necesarios (el contexto, el momento, las personas presentes y la importancia de ese momento para el paciente) que nos ayude a identificar el Acontecimiento Activador (“A”) y la Consecuencia Emocional y Conductual (“C”), que servirá para identificar la Creencia Irracional (“B”) de este ejemplo. Se pueden usar preguntas como ¿Puede darme un ejemplo concreto de este problema? ¿Cuándo y cómo sucedió? ¿Son frecuentes estos hechos? ¿Es la primera vez que le pasa? ¿Qué es diferente de otros momentos?

Paso 2: Identificar la “C” significativa y los problemas secundarios

Por “C” se entiende cómo se sintió y qué hizo en esa situación. Para esto puede usar preguntas como: ¿Cómo se sintió cuando ocurrió exactamente esa situación? ¿Qué hizo cuando se sintió así?

No refuerce la idea de que “A” es la causa de “C” con mensajes como: ¿Cómo le hace sentir esto?, ¿Le ofendió lo que le dijo?, ¿Qué sentimientos le provocó?

Se debe invertir el tiempo suficiente para que el paciente pueda conectar con sus sentimientos en esa situación y generar hipótesis sobre las posibles creencias irracionales. Para esto, usamos expresiones como: Concentre en esa situación, regrese a ella en su mente e intente describir lo que sintió en ese momento..., dígame qué está sintiendo.

Para esclarecer “C” podemos preguntar Cuando se siente así, ¿siempre reacciona igual? ¿Qué suele hacer para evitar sentirse así? ¿Funciona? ¿Cómo definiría lo que siente? ¿En qué otro momento siente igual?



Tabla 3.1. Consecuencias sanas e insanas.

Consecuencias			
"C" Emocional		"C" Conductual	
Insana	Sana	Insana	Sana
Ansiedad Pánico	Miedo Preocupación Inquietud	Evitación Huir Escapar	Afrontar Protegerse Asumir riesgos
Depresión Desesperanza	Tristeza Pena	Apatía Abandono Dejadez	Consuelo Activo Aceptación
Rabia Ira Odio	Enfado Molestia Irritabilidad	Agresión Pasividad Venganza	Asertividad Expresión Negociar
Culpa	Arrepentirse Apenado	Castigo Humillación Condenación	Responsabilidad Aceptación
Vergüenza	Incomodidad	Inhibición Mentir Evitar	Autorrevelación Autenticidad Poder expresarse

Si el paciente habla de varias emociones negativas (Tabla 3.1), ayúdele a seleccionar una emoción negativa insana relevante o significativa. Ejemplo: Ante esa situación me dice que siente ira, culpa, depresión, ansiedad... ¿Cuál de ellas es la que le limita más o le perturba más?

Motive a cambiar la "C" insana, valorando con el paciente la utilidad o funcionalidad de hacerlo, y orientando que el cambio implica cambiar la emoción insana por una sana, viendo las consecuencias de la nueva emoción sana. Use preguntas como: ¿cree que la ira que siente en ese momento le ayuda a resolver mejor el conflicto que tiene con esta persona, o lo está empeorando?

Las consecuencias C pueden generar otros problemas secundarios que obstaculicen el avance en la psicoterapia en las sesiones o las tareas enviadas a casa, por lo que el terapeuta debe decidir si se empieza por el problema primario o por el secundario.



Paso 3: Identificar un "A" específico

En el discurso del paciente acerca del acontecimiento (A) que desencadena su malestar (C), se puede encontrar con momentos en que se dan conexiones con varias personas y circunstancias vinculadas mientras sucede, por lo que se ha de tratar de ser lo más concreto posible discriminando el A crítico de los que son complementarios o no relevantes.

El A debe ser lo más objetivo posible, basado un hecho, no en una suposición, ya que se puede dar que lo que percibimos como A no es un hecho real sino algo que asumimos. No siempre encontramos el A crítico, por lo que se puede ir avanzando asumiendo temporalmente real el que aparentemente es el más importante y considerando los diferentes tipos de A que hay: temporales (presente, pasado y futuro), y por origen (interno y externo).

La utilidad de encontrar el A adecuado es que se permitirá establecer la conexión (B) con C.

Paso 4: Establecer la conexión "B-C"

Establecer la conexión B-C tiene implícito encontrar B e iniciar la idea que este es el que produce C y no A como asumía el paciente inicialmente, pero es muy importante estar atentos a que el paciente no cambie el "A". Nos ayudará utilizar preguntas inductivas y preguntas directas.

Preguntas inductivas:

- ¿Todas las veces que a usted le ha ocurrido exactamente lo mismo, siempre se ha sentido de la misma manera?
- ¿Cómo se ha sentido usted de manera distinta en EXACTAMENTE la misma situación?
- ¿qué cree que hace que ante un mismo hecho tenga usted emociones tan diferentes?

Preguntas directas:

- ¿Piensa usted que sus sentimientos, o "C", fueron debidos a "A", o a sus creencias acerca de "A", sus "B"?
- En otra situación en que aparece la misma creencia, se ha generado C de igual manera?



- ¿Si seleccionamos a cien personas de su misma edad, estatus y género, todas ellas se sentirían igual que usted, ante EXACTAMENTE el mismo “A”?
- ¿Piensa que los sentimientos de estas otras personas, o “C”, fueron debidos a “A” o a sus creencias (“B”) acerca de “A”?

Paso 7: Identificar “B”

Para identificar B, tenga presente la distinción entre las creencias racionales y las irracionales, y ayude al paciente a diferenciarlas. Para esto, se puede trabajar con diferentes tipos de preguntas, que se presentan a continuación (Tabla 3.2 y Tabla 3.3):

Tabla 3.2. Tipos de preguntas recomendadas para identificar B.

Tipo de preguntas	Detalle	Ejemplos
Preguntas abiertas:	Se pueden averiguar los pensamientos del paciente sobre la situación desde su propia perspectiva y sus palabras.	¿Qué estaba usted diciéndose a sí mismo respecto a “A” que le condujo a sentirse “C”? ¿Qué le estaba pasando por su cabeza cuando se sentía ansioso?
Encadenamiento inferencial	Encadenan inferencias (sin debatirlas) para llegar a un “A” crítico y una creencia irracional.	¿Qué significa para usted lo que pasó en ese momento? ¿Y qué pasa si vuelve a pasar?
Preguntas teórico-dirigidas	El paciente focaliza sus creencias irracionales y no se invierte tanto tiempo en preguntas.	¿Qué se estaba exigiendo ante “A” que le llevo a sentirse “C”? ¿Qué pensaba de usted mismo como persona cuando se sentía culpable?



Preguntas teórico-dirigidas de elección múltiple	Establece diferencia entre la creencia irracional y la alternativa racional, el paciente escoge cuál le conduce a sentir la emoción insana	¿Cuándo se estaba sintiendo “C” acerca de “A”, se estaba exigiendo que...., o bien estaba prefiriendo, pero no exigiendo, que “A”.....?
Emplee un léxico común.	Asegura la eficacia de la comunicación cuando no están claras algunas definiciones técnicas.	¿Cuándo se siente deprimida por no tener trabajo piensa que es un “desecho de la sociedad”? La separación de su pareja de tantos años, le hace pensar que lo perdió porque es “mala sangre”?
Seleccione las creencias irracionales principales	Selecciona cuál es la exigencia nuclear y la inferencia más relevante, de todas las creencias irracionales ante un mismo problema.	¿Qué cree que le está perturbando más, la “insoportabilidad” de la incomodidad de estar ansioso, o que su valía como persona quedará reducida a cero si lo hace mal?
Vea las creencias irracionales como hipótesis	Al evaluar una situación, las creencias irracionales serán específicas y no generales, no se deben deducir automáticamente unas de otras	Tome la creencia irracional que no debe sentirse incómodo como hipótesis sobre su tendencia a posponer y no hacer las tareas; ¿puede ver si esta forma de pensar está muy presente en su vida y le ha dado muchos problemas?
Vea la conexión de las “B” según los “A” y “C”	Considere la siguiente tabla	Cuando se sentía rabioso por su comportamiento, ¿exigía que no debían ser desconsiderados con usted?; ¿es así?



Tabla 3.3. Posibles conexiones de B según las A y las C expresadas.

A Acontecimiento percibido	C Emocional	C Conductual	B Creencias
Amenaza o peligro	Ansiedad	Evitación Huir Escapar	Irrracional: Sobrestimar las posibilidades de que ocurra el suceso temido: "ES PROBABLE". Verlo HORROROSO. Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Miedo	Afrontar Protegerse Asumir riesgos	Racional: Estimar las consecuencias probables de que ocurra: "ES POSIBLE". Verlo como DESAGRADABLE. Autoaceptación incondicional de uno mismo.
Fracaso o pérdida	Depresión	Apatía Abandono Dejadez	Irrracional: Tendencia a condenarse a uno mismo por una conducta o rasgo: "SOY un fracaso".
	Tristeza	Consuelo Actividad	Racional: Estimar lo negativo del hecho, sin juzgarse a uno mismo: "He fracasado en esta tarea". Autoaceptación incondicional de uno mismo.



Injusticia, frustración u ofensa	Rabia	Agresión Pasividad Venganza	Irracional: Tendencia a condenar a los demás por sus conductas o rasgos: "ES malo". Exigir a los demás (incomodidad) que se comporten como uno quiere.
	Enfado	Asertividad Expresión Negociar	Racional: Juzgar la conducta, pero no a la persona: "SU CONDUCTA es mala". Aceptación incondicional de los otros y tolerancia a la frustración.
Hacer algo inmoral o poco ético	Culpa	Castigo Humillación	Irracional: Condenarse a uno mismo por romper la regla "sagrada": "SOY despreciable". Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Arrepentirse	Responsabilidad	Racional: Juzgar la conducta, pero no la persona: "MI CONDUCTA fue despreciable". Autoaceptación incondicional de uno mismo.

Hacer algo incorrecto, estúpido o fuera de lo normal (ideal social)	Vergüenza	Inhibición Esconderse Evitar Mentir	Irracional: Tendencia a condenarse por una conducta o rasgo fuera de lo normal: "SOY un bicho raro". Tener autoexigencias de aprobación y/o perfección.
	Incomodidad	Revelación Autenticidad Expresión	Racional: Juzgar la conducta, pero no la persona: "MI CONDUCTA fue despreciable". Autoaceptación incondicional de uno mismo.

Paso 6: Debatir las creencias irracionales ("D")

Se debe iniciar reforzando la conexión entre la creencia irracional ("B") y su malestar ("C"), para aclarar su estado actual, en donde su forma de pensar tiene alternativas de pensamiento que a partir de la adopción de una creencia más racional puede ser que produzca mejores estados de bienestar, para luego motivarlo a trabajar por el cambio. La mejor forma de trabajar en este paso es preguntarle si puede ver el vínculo y la influencia entre la creencia irracional y su emoción insana (Dryden, 2002) con preguntas lógico-reflexivas directas como: ¿Se da cuenta que siempre que mantiene la creencia irracional ("B")...., se produce a continuación un sentimiento de ("C").....? En base a lo que acaba de responder, ¿qué cree que se necesita cambiar primero?

Para algunos, el debate es considerado más un arte que un proceso teórico dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual, y para otros es más una técnica específica de reflexión y dinámicas cambiantes cada vez que se lo ejecuta, siendo muy importante dedicarle tiempo. Hemos de diferenciar el Debate en dos fases importantes: la primera, donde se examinan y se debaten las creencias irracionales; y



la segunda, en la que se crean expectativas y se construyen nuevas creencias racionales (Walen et al., 1992).

Algunas recomendaciones para el debate, tiene que ver con el consultante, el terapeuta, la afectación y el contexto de las situaciones alrededor del malestar, para lo cual se hacen las siguientes recomendaciones:

Diferenciar entre el debate inferencial y el debate filosófico: El uso del debate filosófico para las creencias irracionales de base genera transformaciones más profundas y duraderas. Ej: Se asume que el consultante se ha equivocado mucho y no ha sido un buen padre; ¿Asumir que no es un buen padre por sus equivocaciones, implica que es una mala persona, que nunca buscó el bienestar de sus hijos y vale menos como ser humano?

Con la utilización de varios tipos de debate (empírico, filosófico y pragmático) podemos movilizar el pensamiento hacia la reflexión de la idea o creencia actual, con preguntas como: ¿Hay una ley universal que indique que eso no puede ocurrir?, ¿Qué a veces haga algo mal, implica que soy una mala persona? ¿Qué sea algo desagradable lo convierte en algo horrible u horroroso? ¿Me ayuda a largo plazo pensar que soy despreciable? , etc.

Debatir las creencias irracionales tanto como las racionales: La autoreflexión intelectual la persona acerca de sus pensamientos (saber que las creencias irracionales son irracionales y las racionales son racionales) nos orienta a un insight emocional (una convicción profunda que mejora las emociones y las conductas). Algunas preguntas que se usarían son: ¿Cuál es empíricamente más realista: la idea que usted debe tener éxito en cada decisión como padre o, ¿la idea que preferiría tener éxito en cada decisión como padre?, ¿es realista pensar que: es preferible tener éxito, pero no es absolutamente necesario para seguir intentándolo? ¡Demuéstrémelo!

Diferenciar los deseos (o preferencias) de las exigencias en la aplicación del debate: ver la diferencia entre lo que quisiera que pase y lo que debe pasar para evitar recriminaciones propias y ajenas. Surge entonces una pregunta muy útil: ¿Por el hecho de que yo PREFIERA algo, se deduce que DEBE darse obligatoriamente?





Debatir solo una creencia irracional a la vez: Abordar muchas creencias en un solo momento, hay más efectividad cuando se persiste, mediante el debate de una sola creencia irracional, hasta que se hayan aclarado todas las dudas acerca de ella, para luego pasar a otra.

Debatir ambas partes (la exigencia y la inferencia evaluativa) de la creencia irracional: una exigencia puede producir una inferencia evaluativa en forma de condenación, fatalismo y baja tolerancia a la frustración. Una vez que empieza a debatir la exigencia, se debilita su influencia y se continua al debate de la inferencia relacionada. Por ejemplo: ¿Si te tratan con indiferencia se deduce que son malas personas o que te odian?

Aplicar debate socrático. Ejemplo: ¿Del hecho de que prefiera hacerlo bien se deduce que debe hacerlo?

Aplicar debate didáctico: Ejemplo: De una preferencia no se puede deducir una exigencia; puesto que tienen diferente significado (Didáctico).

Observar la comunicación no verbal del consultante ante preguntas que lo movilizan. Ejemplo: Me he dado cuenta que cada vez que le hago acerca de esta persona/situación agacha la cabeza y mira al suelo. Qué piensa acerca de esta persona/situación en ese momento que le menciono? ¿Cómo se siente usted cuando le pregunto?

Repetir un debate similar sesión tras sesión: Se puede utilizar debates similares sesión tras sesión, con variantes y diferentes estrategias y tácticas. Ejemplo: La semana pasada debatimos la creencia de que “no puede soportar la presencia de su hermana”; ¿qué piensa sobre lo que estuvimos diciendo antes?

Ser firme en el debate y demostrar entusiasmo en el diálogo: el entusiasmo y la energía del terapeuta deben transmitirse al paciente. Emplee un lenguaje coloquial y expresivo, con una entonación y una gesticulación no verbal. Ejemplo: ¿El hecho de que se comporte estúpidamente, le convierte en un asco de persona?

Asegurarse que el consultante comprende lo planteado y/o acordado: solicite registros del debate realizado, haga una inversión de roles (el paciente hace de terapeuta

y el terapeuta de paciente) y mientras tanto observe la comunicación verbal y no verbal. Ejemplo: Ahora vamos a invertir nuestros roles, usted va a actuar como terapeuta y yo hare las veces de usted; ¿qué me diría si mantuviese la idea de que siempre tengo que hacer bien este trabajo?

Ser flexibles y creativos: Use su propio lenguaje para expresar lo mismo. Ejemplo: ¿Hay algún manual o normativa del señor García que todo el mundo tiene que obedecer si algo se quiere hacer bien?

Errores comunes:

- Debatir la creencia racional en lugar de la irracional: Se mezclan la realidad, las cogniciones y las emociones, en un vínculo confuso. Ejemplo: ¿En qué ley humana o natural está escrito que las cosas deben ser siempre como a usted le agradan?”.
- Debatir la emoción en lugar de la creencia: lo que puede tener a invalidar el derecho a emocionarse. Ejemplo: ¿Por qué tiene que cabrearse?
- Usar demasiadas veces expresiones con ¿por qué? Normalmente, este tipo de preguntas el consultante responde: “Porque es preferible”, pero sin cuestionar esa exigencia. Por ejemplo: a la pregunta “¿Por qué debe hacerlo bien?” podría responder: “porque eso me evitaría problemas y me iría mejor”.
- Limitarse a hacer solo una pregunta de debate. Es importante entender que es un proceso durante el cual se pretende persuadir al paciente de manera activa y directiva. Con una sola respuesta no es suficiente.
- Debatir de manera mecánica, como que sigue una receta, en lugar de ser original e innovador con sus preguntas: Cuando se sigue un libreto sin reflexionar el momento, la condición del paciente y el efecto futuro de la intervención verbal, que a veces es mejor reemplazarlo con un silencio o una sola palabra. Ejemplo, cuando se emplea un siempre el mismo libreto con la pregunta”¿Existe una ley universal que diga...?” y a continuación intervenir con “Hay alguna ley universal que diga lo contrario?”.



- Debatir de manera rápida e impulsiva, en lugar de pausada y clara. Cuando se lo hace apresuradamente, se crea ansiedad y confusión, en vez de analizar lo planteado. Recuerde que el camino a mejorar va por la reflexión y debate de la creencia irracional.
- Argumentar más que debatir. No se trata de convencer ni luchar, sino de persuadir, para esto debe considerarse las creencias culturales (como la religión y hábitos grupales del grupo al que pertenece), así como el conocimiento de ciertas personas
- Debatir inferencias sobre “A” en lugar de creencias irracionales. Ejemplo: ¿Por qué cree que pasó A? ¿Es mejor para usted que A hubiera sido de otra manera?

Paso 7: Aumentar su convicción en sus creencias racionales (“E”)

La Imaginación Racional Emotiva (IRE): aparte de las experiencias reales, la práctica continua de la imaginación propuesta sirve para crear conexiones neuronales que desarrollan nuevas creencias racionales (Lega et al., 2009).

Sugiera acciones que sean congruentes con sus creencias racionales: Se anima a asumir riesgos y a exponerse a situaciones temidas con el objetivo de que se genere el cambio emocional y conductual, que sea conciente que cuando su conducta y su pensamiento están sincronizados, maximiza los cambios y fortalece sus creencias racionales.

Paso 8: Desarrollar los ejercicios entre sesiones

Los ejercicios entre sesiones deben ser claros, detallados y tener un objetivo preciso para el terapeuta y el paciente. Pueden ser cognitivos, emocionales y conductuales.

Cognitivos: Consisten en identificar y debatir creencias irracionales y ayudan a obtener un “insight intelectual”, más que un “insight emocional”. Ej: Escribir autoafirmaciones racionales.

Emocionales: Sugiera al paciente que realice ejercicios que lo lleven de “insight intelectual” al “insight emocional”. Ej: La imaginación racional emotiva (IRE).



Conductuales: Estimule al paciente para que realice acciones graduales en contra de sus creencias irracionales y a favor de las racionales. Ej: Ejercicios de habilidades sociales.

Va ser más asertivo invitarle o sugerirle el ejercicio que es más conveniente y negociar los detalles, indicando que no necesariamente ha de tener éxito en los ejercicios para casa, lo esencial es intentarlo con el mayor esfuerzo, conciliando previamente que se tiene las suficientes habilidades para realizarlos, a sabiendas que las puede hacer.

Anime al paciente a escribir una nota sobre los detalles del ejercicio y promueva un compromiso firme para realizar la tarea. La tarea se revisa al iniciar las sesiones siguientes, y es un ingrediente central en el proceso de cambio. En este punto, se debe revisar el cumplimiento parcial o total del ejercicio según lo pactado, comprobar lo aprendido en el ejercicio y reforzar el cumplimiento del mismo.



04.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

*“Las personas tienen motivos
y pensamientos de los cuales
no son conscientes”.*

Albert Ellis

4.1. Técnicas de intervención más frecuentes

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), emplea múltiples técnicas para su abordaje terapéutico, siendo estas cognitivas, conductuales y emotivas, las cuales pueden aplicarse de forma integral, y permite contrarrestar creencias irracionales, emociones disfuncionales o conductas desadaptativas que permitirán, posteriormente, generar habilidades para enfrentar los problemas de forma más racional y funcional (Eseadi et al., 2015).

Por lo que, el terapeuta racional-emotivo actúa atacando aquellas creencias irracionales,



contradiendo las autoverbalizaciones negativas que tiene el paciente de sí mismo, del mundo y de los demás, permitiendo la obtención de un cambio profundo en la filosofía básica de la persona que la capacita pensar y comportarse de una manera más racional logrando así distinguir entre consecuencias emocionales positivas y negativas, apropiadas o patológicas, por otra parte, vale recalcar que cuando la familia interviene, se crean modificaciones en el entorno en las que ocurre el comportamiento problemático, es más probable una disminución de los comportamientos inadaptados y un aumento de los comportamientos adaptativos (Nwamaka et al., 2016).

La comprensión de la naturaleza de los comportamientos problemáticos, así como de sus pensamientos, emociones y, a veces, sensaciones físicas asociadas, generalmente son necesarias para un cambio de comportamiento efectivo. El terapeuta puede ayudar al paciente a obtener esta información a través de múltiples técnicas dentro y fuera de la sesión.

Según Dryden y Ellis (1987), la Terapia Racional Emotiva Conductual utiliza gran variedad de técnicas cognitivas, conductuales, emocionales y para lograr un cambio filosófico en las personas. Utilizan esta herramienta para que las personas se den cuenta que son ellas mismas quienes crean sus propias perturbaciones y, a pesar de que el ambiente puede contribuir al problema tiene una consideración secundaria en el proceso de cambio como:

- Reconocer que tienen la capacidad de modificar esa perturbación.
- Entender que las perturbaciones conductuales y emocionales casi siempre se debe a creencias irracionales.
- Descubrir sus creencias irracionales utilizando los métodos lógicos empíricos de la Terapia Racional Cognitiva.
- Cuestionar la creencia irracional.
- Trabajar en el proceso de internalizar sus futuras y nuevas creencias racionales.
- Seguir con el proceso de refutación de sus ideas irracionales y usar métodos multimodales durante el resto de su vida.



En este tipo de Psicoterapia, que tienen orientaciones cognitivas conductuales, se emplean diferentes técnicas de intervención tanto en lo cognitivo, como en lo emocional y conductual, siendo la finalidad estas la modificación de las creencias y de los pensamientos irracionales que poseen los individuos. De acuerdo con Ruiz et al. (2012), las más empleadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual, son las siguientes:

Técnicas cognitivas

Discusión y debate de creencias: Para ello se utiliza tres tipos de argumentos para cuestionar las creencias irracionales, entre estos se encuentran los argumentos empíricos que animan a la persona a buscar evidencia que confirme la veracidad; luego están los argumentos lógicos que ayuda analizar la razón y finalmente los argumentos pragmáticos que permiten cuestionar la utilidad de dichas creencias.

Entrenamiento en auto-instrucciones: Son frases que el paciente tiene que aprender a utilizar ante situaciones activadoras. También se anotan en tarjetas, se lee y se practica sobre todo en aquellos acontecimientos donde la persona presenta malestar emocional o conductas negativas.

Técnicas Emotivas

Imaginación Racional Emotiva: La persona va a visualizar una situación, luego tratará de cambiar una emoción negativa por una apropiada, conjuntamente modificará las creencias irracionales que acompaña a dicha emoción.

Inversión del rol racional: El terapeuta adopta el rol del paciente y verbaliza las creencias irracionales que le causa malestar. Por el contrario, el paciente adquiere el rol del terapeuta y realiza un debate de aquellas ideas; de esta forma se generan creencias racionales alternativas.

Técnicas conductuales

Entrenamiento en solución de problemas: Se emplea esta técnica cuando la persona es capaz de debatir sus propias creencias irracionales. De esta manera, el paciente y terapeuta practican estrategias para resolver conflictos en las relaciones interpersonales.



Técnicas de relajación: Se utiliza principalmente la relajación progresiva de Jacobson para afrontar aquellas situaciones que generan perturbación emocional; la finalidad de este tipo de técnicas es que la persona al emplear la relajación o distracción imaginativa va a evitar que surjan creencias irracionales ante un estímulo o situación aversiva.

Tareas para la casa: Se sugiere a la persona que practique en casa los ejercicios que son asignados al final de cada sesión y estos se revisan durante los primeros minutos de la sesión siguiente. De esta manera se pone en práctica lo aprendido en casa sesión.

Análisis de la cadena de comportamiento

El análisis de la cadena de comportamiento (es decir, el análisis funcional) puede ser una herramienta útil para crear conciencia sobre los antecedentes y las consecuencias de los comportamientos que se han identificado como problemáticos (Linehan, 1993). Este enfoque incluye un análisis paso a paso de la cadena de eventos antes, durante y después de que ocurra un comportamiento problemático (por ejemplo, beber demasiado) con el objetivo de determinar factores de vulnerabilidad específicos que aumentan la probabilidad de que ocurra un comportamiento e identificar consecuencias de ese comportamiento.

Esto permite determinar cómo se puede reforzar el comportamiento y aumenta la conciencia de los efectos perjudiciales del comportamiento (Maples-Keller et al., 2019). Los análisis en cadena pueden ayudar a aumentar la motivación para cambiar comportamientos inútiles y promover intervenciones de resolución de problemas dirigidas al cambio de comportamiento.

El uso del análisis de cadena para tratar el antagonismo puede ayudar tanto al terapeuta como al cliente a comprender mejor los factores de vulnerabilidad y las experiencias emocionales que pueden preceder al comportamiento antagónico, aumentando la conciencia de la posible motivación detrás de dicho comportamiento (por ejemplo, participar en un comportamiento de búsqueda de atención para evitar altos niveles de ansiedad).





El análisis de la cadena también ayudará a identificar reforzadores previamente desconocidos del comportamiento antagónico (por ejemplo, obtener más atención de un ser querido como resultado de un comportamiento hostil).

Es importante destacar que esta técnica también resaltarán las consecuencias inútiles del comportamiento (por ejemplo, sentir vergüenza) e iniciará una discusión terapéutica sobre posibles comportamientos alternativos u opciones que podrían haber alterado positivamente el resultado.

Por ejemplo, si un paciente antagónico ha cometido un acto agresivo, como una discusión o una pelea física con otra persona, el terapeuta puede ayudarlo a identificar los factores de vulnerabilidad antecedente (por ejemplo, dormir poco la noche anterior, intoxicación por sustancias, reprimendas recientes de un superior en el trabajo), así como uno o más eventos estimulantes (por ejemplo, un insulto percibido de un compañero de trabajo) que precedió al comportamiento. Posteriormente, el terapeuta puede ayudar al paciente a identificar la cadena de pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos interrelacionados que condujeron al comportamiento objetivo, seguido de las consecuencias, tanto a corto como a largo plazo (Maples-Keller et al., 2019).

A menudo puede ser útil mapear visualmente la cadena en una pizarra blanca o en un papel grande para ayudar al paciente a visualizar la secuencia. Juntos, el paciente y el terapeuta pueden generar ideas para pensamientos y comportamientos alternativos. Esta técnica se puede usar independientemente de si el paciente considera que su comportamiento objetivo es inherentemente problemático, siempre que el paciente pueda aceptar que su comportamiento interfiere con el logro de objetivos a corto o largo plazo (por ejemplo, ser despedido de un trabajo, perder una relación, estar encarcelado).

Ensayo de comportamiento y juegos de rol

Si los comportamientos son difíciles de realizar de manera planificada en la vida real, la exposición imaginal / ensayo de comportamiento y / o el juego de roles se pueden utilizar para ayudar en la práctica del comportamiento. Por ejemplo, si un paciente desea practicar respuestas alternativas cuando

otros lo provocan físicamente o lo insultan, el terapeuta puede “jugar” al provocador o ayudar al paciente a participar en el modelado encubierto (es decir, imaginar cómo actuaría).

Existe alguna evidencia de que la exposición imaginal a situaciones que provocan ira, por ejemplo, pueden conducir a reducciones clínicamente significativas en las respuestas problemáticas de ira (Grodnitzky y Tafrate, 2001; Fuller et al., 2010;). Los terapeutas podrían guiar a los pacientes a través de la imaginación repetida de situaciones que provocan ira en el pasado para ayudar a la extinción de la ira o la agresión condicionadas de manera clásica. En combinación con las estrategias anteriores, los terapeutas pueden entrenar al paciente en diversas habilidades conductuales según sea necesario según la conceptualización del caso.

- **Habilidades de afrontamiento:** Una parte importante de la Terapia Racional Emotiva Conductual es mejorar las habilidades de afrontamiento para manejar la angustia y manejar situaciones de manera efectiva. Construir la caja de herramientas de un cliente con muchas habilidades diferentes es fundamental, ya que la habilidad útil variará según el contexto. Esto deberá ser individualizado en función del cliente. A continuación, se incluye una lista breve (no exhaustiva) de habilidades de afrontamiento comunes que podrían ser relevantes en la Terapia Racional Emotiva Conductual para el antagonismo.
- **Habilidades de regulación emocional:** Enseñar a los clientes cómo identificar y etiquetar las emociones, comprender los factores de vulnerabilidad que afectan las reacciones emocionales y el comportamiento, y participar en estrategias específicas para manejar las emociones; Algunos ejemplos incluyen la toma de perspectiva, la resolución de problemas y la actuación opuesta a los impulsos emocionales inútiles.
- **Habilidades de tolerancia a la angustia:** Enseñar a los clientes habilidades para sobrevivir fuertes experiencias emocionales sin empeorar la situación; Algunos ejemplos incluyen distracción, auto-alivio, puesta a tierra, ejercicio y respiración enfocada.
- **Habilidades de relajación:** Enseñar a los clientes diversas estrategias para mejorar la relajación en momentos de





angustia o para reducir la vulnerabilidad a la angustia; Algunos ejemplos incluyen respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imágenes.

- **Habilidades interpersonales:** Para los clientes con dificultades específicas interpersonales, varias habilidades interpersonales pueden ser importantes (por ejemplo, entrenamiento en asertividad, psicoeducación sobre estilos de comunicación y enfoques efectivos). Es probable que esto sea particularmente relevante para la Terapia Racional Emotiva Conductual para el antagonismo. La terapia será una oportunidad para modelar adecuadamente la comunicación y el estilo interpersonal; por ejemplo, con un cliente demasiado hostil, mantener la calma y modelar cómo puede haberse comunicado en una situación específica podría permitir al cliente ver formas alternativas de abordar una situación.
- **Habilidades de atención plena:** La atención plena es una técnica para llamar la atención sobre el momento presente, experimentar la realidad tal como es sin juzgarla. A través de la práctica de la atención plena, los clientes aumentan la conciencia de los estados, pensamientos y comportamientos emocionales y fisiológicos. La práctica de la atención plena también ayuda a los clientes a obtener un mayor control sobre dónde se encuentra su atención y a participar plenamente en la vida con conciencia, en lugar de quedarse atascado en el pasado o en el futuro. En el contexto de la terapia, la atención plena puede servir como una exposición conductual a las emociones o sensaciones o pensamientos que el individuo generalmente puede evitar. Con el tiempo, la exposición a observar y experimentar sin prejuicios estas emociones, sensaciones o pensamientos puede conducir a la habituación y al aprendizaje, reduciendo el comportamiento de evitación con el tiempo. En el contexto del tratamiento del antagonismo, la atención plena puede ser útil para mejorar la disposición de los clientes a sentir emociones vulnerables que antes eran menos tolerables y evitadas (por ejemplo, tristeza, ansiedad, vergüenza).

Una vez que un cliente ha dominado una serie de habilidades de afrontamiento, puede ser útil ayudar al cliente a planificar con anticipación y crear tarjetas de afrontamiento que

detallen las habilidades de afrontamiento para usar en una situación dada. Esto puede ser útil para volver a buscar ideas después de un análisis de la cadena de comportamiento, especialmente si se identifican ciertas barreras para participar en las habilidades de afrontamiento.

Técnicas experienciales

Las técnicas conductuales tradicionales son importantes para los pacientes antagónicos, pero a veces no son suficientes para una creencia más profunda o un cambio de personalidad. Las técnicas experimentales (Beck et al., 2015; Young et al., 2003) se puede implementar con pacientes antagónicos para ayudar a estos a superar la evasión emocional y transformar los esquemas de mala adaptación. Muchas de estas técnicas implican evocar imágenes de la infancia y/o de interacciones con los primeros cuidadores, cuando comienzan a formarse esquemas de mala adaptación.

Las imágenes pueden utilizarse temprano en la terapia como un método para ayudar a los pacientes al pedirles que imaginen una situación en la que se sienten angustiados en presencia de un cuidador y ayudarlos a identificar qué necesidades de desarrollo (por ejemplo, cercanía, protección, estima, Young et al., 2003). Más tarde, el rescripting de imágenes se puede usar para cambiar el resultado de la memoria, ya sea que el terapeuta ingrese a la imagen y satisfaga la necesidad insatisfecha del paciente (un aspecto de “reparent limitada”; Young et al., 2003), y/o el adulto sano del paciente ingresa a la imagen y satisface las necesidades de su yo joven. Por ejemplo, un paciente antagónico con un esquema de privación emocional, que espera que nadie pueda satisfacer sus necesidades emocionales, puede tener recuerdos de que sus cuidadores ignoran o invalidan sus emociones. El terapeuta puede hacer que el paciente imagine tal memoria, y primero describirse a sí mismo (el terapeuta) ingresando el tema y brindando validación y apoyo emocional al paciente como un niño pequeño. A continuación, puede ser útil para el paciente imaginar que su yo adulto ingresa en la memoria y proporciona tal apoyo, ya sea a través de la atención, validación verbal o contacto físico de apoyo.



Estas técnicas pueden ayudar al paciente a procesar emocionalmente las heridas de la infancia, y aumentar la conciencia de cómo estas heridas afectan su funcionamiento actual. Si bien el “antiguo aprendizaje” no se borra, los nuevos esquemas más saludables pueden competir e inhibir el antiguo (Craske et al., 2008; Bouton, 2002), dando al paciente flexibilidad y control sobre las respuestas cognitivas y emocionales.

4.2. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada en la terapia de familia

La mayor parte de los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual para terapias familiares asumen el enfoque de que los miembros de una familia llegan a estar en gran parte perturbados dentro de estructura del sistema total en el que viven y operan.

Por tanto, un entendimiento de este sistema obtenido a través de la visión del terapeuta de todos los miembros de la familia simultáneamente para ver como interactúan los unos con los otros, lleva al terapeuta a ser capaz de sugerir cambios importantes en el sistema. Una vez que estos cambios son tenidos en cuenta por los miembros de la unidad familiar perturbada y puestos en práctica, no solo hace que estos miembros sigan progresando mucho mejor unos con otros, sino que también cualquier individuo seriamente perturbado en el sistema familiar alcanza un funcionamiento significativamente mejor.

Las visiones psicoanalíticas y de orientación sistemática de terapia de familia han sido criticados por diversos terapeutas de familia, entre los que se encuentra Levant (1978), que señala que ambos enfoques tienden tanto a descuidar a los individuos que viven en un sistema familiar, como a fracasar en el conocimiento de las formas importantes en las que los individuos reaccionan ante otros miembros de la familia debido a sus propias visiones fenomenológicas.

Levant (1978), citando la experiencia clínica y las teorías de terapeutas existenciales, humanistas, experienciales, y centrados en el paciente tales como Rogers (1961); Truax y Carkhuff (1967); Raskin y Van Der Veen (1970), señala que las personas se llevan a sí mismas a cualquier sistema, incluyendo la familia, y que lo que les afecta seriamente no



es lo que realmente hay dentro de una estructura familiar, sino más bien su visión o interpretación de lo que sucede. Levant, por lo tanto, exige una “tercera” fuerza en terapia de familia que cubra las graves diferencias de los enfoques psicoanalítico y sistémico.

Terapia de familia cognitiva

El enfoque cognitivo principal usado en la terapia de familia RET sigue la usual metodología racional emotiva ABCDE. Si todos los miembros de una familia determinada son bastante mayores y bastante maduros para tomar parte en las sesiones de terapia (lo cual es generalmente el caso, si bien los niños muy pequeños pueden a menudo ser excluidos), se les enseña que no es fundamental su historia pasada de sucesos activadores o de experiencias activadoras (A) las que han causado sus consecuencias emocionales (C) o perturbaciones hoy. Por otra parte, la Terapia Racional Emotiva Conductual no anima a ninguno de los miembros de la familia a evitar sus responsabilidades atribuyendo consecuencias emocionales actuales (C) a las experiencias activadoras (A) que están experimentando actualmente con otros miembros de la familia.

En vez de eso, el terapeuta racional-emotivo intenta mostrar a estos miembros de la familia que, en el curso tanto de sus vidas pasadas como presentes, ellos se hacen perturbados a sí mismos, en C, al decirse creencias irracionales (Ci), y si actúan determinadamente contra ellas, terminarán con un nuevo juego de efectos cognitivos, emotivos y conductuales (E) que en su mayor parte resolverán sus problemas emocionales. Entonces, mientras están ayudándose a sí mismos emocionalmente, pueden también retroceder a A y hacer lo posible para instigar los cambios en estas experiencias activadoras (tanto para sí mismo como para aquellos miembros de la familia, especialmente los más jóvenes que no es muy probable que cambien con su propio poder).

Terapia de familia emotiva

La terapia de familia Terapia Racional Emotiva Conductual tiende a incluir diversas técnicas altamente emotivas. Entre las diversas técnicas emotivas, se encuentran: (1) mi





total aceptación de todos los miembros de la familia y mi negación a condenarles, incluso cuando su conducta era obviamente absurda o antisocial; (2) ejercicios de ataque de la vergüenza y de tomar riesgos; (3) imaginación racional-emotiva; (4) métodos de role-playing; (5) confrontación dramática y evocativa; (6) uso del lenguaje enérgico por mi parte y de autoafirmaciones vigorosas por parte de los clientes; y (7) un énfasis pronunciado en el humor.

Como también sucede con la Terapia Racional Emotiva Conductual individual, ninguno de los métodos afectivos usados en la terapia de familia es empleado por propio derecho, y ninguno se emplea para ayudar a los clientes a sentirse mejor sino más bien a encontrarse mejor. Están entrelazados cercanamente con los aspectos filosóficos y fenomenológico-humanistas de la Terapia Racional Emotiva Conductual. La meta principal, como con virtualmente todo tratamiento racional-emotivo, es intentar ayudar a los miembros de la familia, tanto como seres individuales como parte de un grupo cohesivo, a hacer cambios profundos en sí mismos y en las formas de verse y la organización familiar. La meta de nuevo, no es ayudarles solo o principalmente a cambiar su ambiente familiar o hacer una modificación leve de una vida familiar mediocre.

Además, al igual que con todas las técnicas emotivas acabadas de ver, estas se hacen activa en vez de pasivamente, y directivamente por los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Incluso cuando otros profesionales TREC dan a sus pacientes aceptación total o reconocimiento positivo incondicional, se intenta no solo darlo y modelarlo para ellos de una forma indirecta, sino enseñarles directa y activamente cómo dárselo ellos mismos.

Terapia de familia conductual

Aunque Levant (1978), habla de tres tipos principales de terapia de familia (psicodinámico, orientado sistémicamente, y centrado en el cliente), no dice nada acerca del uso de los métodos conductuales, en los que las otras escuelas son notablemente deficientes. La Terapia Racional Emotiva Conductual, en parte porque es activa-directiva, siempre emplea una buena medida de terapia de conducta tanto con clientes individuales como familiares. Algunos de los

principales métodos conductuales de la Terapia Racional Emotiva Conductual incluyen los siguientes:

1. Se dan continuamente a los miembros de un grupo familiar la actividad de llevar a cabo tareas, la mayoría de ellas para que los clientes las hagan in vivo.
2. El condicionamiento operante o principio de autogobierno se emplea frecuentemente en la terapia de familia y pareja de la Terapia Racional Emotiva Conductual y se usa para reforzar conductas de autoayuda y penalizar las contraproducentes.
3. A menudo se emplea el entrenamiento en habilidades en la RET para ayudar a los miembros de las familias a vencer sus creencias irracionales o cambiar las experiencias activadoras desafortunadas que tienen.
4. La Terapia Racional Emotiva Conductual a menudo usa técnicas de distracción o entretenimiento en la terapia para ayudar a algunos clientes a enfrentarse con sus ansiedades y hostilidades.

Otras formas de terapia de conducta de descondicionamiento y recondicionamiento se usan a menudo en la Terapia Racional Emotiva Conductual, incluyendo la desensibilización encubierta de Cautela (1966, 1967); el entrenamiento emocional de Ramsey (1974); y los métodos de resensibilización de Heiman et al. (1976). Estos métodos, como Masters y Johnson (1970); y Annon (1974, 1975) especialmente observan, pueden ser particularmente efectivos al ayudar a las parejas con problemas sexuales.

La Terapia Racional Emotiva Conductual, además, también reconoce las desventajas y perjuicios posibles del refuerzo social, el cual no solo es usado continuamente de forma única por una veintena de terapeutas de conducta (Bandura, 1969); sino que también se ha demostrado que es uno de los factores secretos principales de los resultados de la terapia obtenidos por muchos terapeutas centrados en el cliente. De tal modo, se ha encontrado que, aunque los terapeutas rogerianos intentan ayudar a sus clientes a lograr un reconocimiento positivo incondicional, frecuentemente dan bastante reconocimiento positivo condicional. Refuerzan a sus clientes con apropiados "uhhuhs" o señales de aprobación cuando dicen las cosas que los terapeutas centrados en el cliente consideran



“buenas” y por consiguiente a menudo animan a estos clientes a esforzarse, quizá más de lo que lo hacían antes, por el decididamente reconocimiento positivo condicional. Esto les ayuda a permanecer enganchados, tercamente, sobre sus necesidades de amor calamitoso, lo que les obliga a pensar que deben tener aprobación de los otros.

La Terapia Racional Emotiva Conductual utiliza procedimientos de refuerzo, incluyendo el refuerzo social, de una forma realista, practica y con total comprensión se sus limitaciones e inconvenientes. Así es conveniente disponer a los pacientes de terapia familiar que sean reforzados por su conducta saludable o mejorada por otros miembros de la familia o por individuos ajenos, pero raramente se refuerza el paciente a si mismo. La meta de la terapia es el autocambio o la autodirección de la personalidad por parte del paciente, sin que este vuelva a sus viejos hábitos de disfunción cognitiva, emotiva y conductual. Con el uso de Terapia Racional Emotiva Conductual, por lo tanto, se intenta enseñar a los pacientes de la familia a ser menos manipulables por conformidad social y, por consiguiente, a ser menos condicionables. En tal sentido, es bueno ver desear al paciente, pero no necesitar de manera compulsiva o absoluta, la aprobación de los otros, incluyendo a los miembros de su propio grupo familiar.

La RET toma una posición de “tercera fuerza” en la terapia de familia, esto es, un enfoque fenomenológico-humanístico que es altamente activo-directivo. Este enfoque intenta primero ayudar a los miembros de la familia a ver y entregar sus malas percepciones de sí mismos y de los otros y hacer cambios filosóficos profundos en sus actitudes y conductas intra e interpersonales. Al unificar un enfoque fenomenológico humanístico con un enfoque activo-directivo en la terapia de familia, la Terapia Racional Emotiva Conductual usa una metodología cognitiva, emotiva y conductual combinada. Esta terapia de familia enseña a los pacientes a reconocer, entender y minimizar sus propios problemas emocionales mientras al mismo tiempo ayuda a otros miembros de su familia a llegar a ser más racionales, tener experiencias más satisfactorias y respuestas emocionales adecuadas, así como actuar de una forma menos contraproducente contra sí mismo y contra la familia.





05.

EJEMPLOS PRÁCTICOS PARA LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

“Tú construiste en gran parte tu depresión. No te fue dada. Por lo tanto, puedes deconstruirla”.

Albert Ellis

5.1. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a los problemas del amor

La Terapia Racional Emotiva Conductual se basa en las relaciones interpersonales tanto teórica como prácticamente, y eso es así porque su autor Albert Ellis la creó y desarrolló tratando sus propios problemas de amor y de relación, posteriormente, en 1955, centra su trabajo clínico en la Terapia Racional Emotiva Conductual con la intención de ayudar a las personas con sus problemas de amor, maritales, sexuales, entre otros. Otros terapeutas también se han basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual, alcanzando aportes

significativos sobre todo a nivel de pareja, como resultado de este énfasis, la terapia se ha visto ligada al diagnóstico y tratamientos de los problemas de amor.

Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada al amor romántico

Desde tiempos muy remotos ha existido el amor romántico, apasionado o el enamoramiento exagerado llegando a ser un requisito para el matrimonio en el siglo XX. Los fieles del romance tienden a crear y mantener un número de creencias irracionales (Ci) o mitos que interfieren con sus relaciones íntimas y con su felicidad. A continuación, se presentan como ejemplos algunos de los mitos románticos comunes de nuestra cultura:

1. Puedes amar apasionadamente a una, y solo a una persona a la vez (Ellis, 1954).
2. El amor romántico verdadero dura toda la vida.
3. Los sentimientos profundos de amor romántico aseguran un matrimonio estable y compatible.
4. El sexo sin amor romántico no es ético ni satisfactorio. Amor y sexo siempre van juntos (Ellis, 1954, 1961; Bach y Wyden, 1969).
5. El amor romántico puede utilizarse fácilmente para desarrollar y crecer en las relaciones maritales.
6. El amor romántico es muy superior al amor conyugal, al amor de amigos, al amor no sexual, y a otras clases de amor, y su existencia será dura si no lo experimentas intensamente.
7. Si pierdes a la persona que quieres románticamente debes sentirte profundamente afligido o deprimido durante un largo período de tiempo y no puedes experimentar amor de nuevo de forma legítima hasta que haya finalizado el luto.
8. Es necesario percibir amor todo el tiempo para reconocer que alguien te ama (Katz, 1976).

Cuando las personas sostienen estas clases de mitos, suelen colocarse reglas personales y de conducta generalmente absolutistas. La Terapia Racional Emotiva Conductual, utiliza



dos modos principales de debatir cuando se encuentra con románticos altamente irrealistas que se convierten a sí mismos en ansiosos, depresivos, hostiles, o con compasión de sí mismos debido a su posesión de mitos y creencias irracionales como las que han sido expuestas anteriormente:

1. Muestra a la gente cómo sus creencias son anti-empíricas y les ofrece evidencia sobre su invalidez.
2. La Terapia Racional Emotiva Conductual en particular revela y debate sus deberías y tienes absolutistas acerca del amor romántico. Les muestra que, independientemente de lo mucho que prefieran compromisos apasionados, será inconveniente, lamentable y deplorable en alto grado, pero no será horrible y terrible. Además de estas dos técnicas cognitivas, se emplean otros métodos emotivos y conductuales.

Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada al amor obsesivo-compulsivo

El amor obsesivo-compulsivo extremo, o lo que Tenno (1979), ha llamado “amor-adicto” es en general pero no necesariamente romántico. Así, una madre puede amar obsesivamente a su hijo o hija, un patrón puede amar su trabajo compulsivamente, y un adolescente puede obsesiva y compulsivamente adorar a sus amigos del mismo sexo sin querer tener relaciones sexuales o casarse con este amigo. Pero en gran parte, sin embargo, “amor-adicto” es una forma extrema de amor romántico que frecuentemente incluye:

1. Conductas perturbadas tales como pensar obsesiva e intensamente acerca del amado;
2. La imperiosa necesidad de reciprocidad;
3. Oscilaciones de humor dependiendo de la interpretación que da el que ama sobre la reciprocidad del amado;
4. Sentimientos severos de ansiedad y depresión cuando el amado no parece corresponder al amor de uno;
5. La idealización del amado y la negativa de ver o aceptar alguno de sus defectos.
6. El ansia de hacer cosas temerarias para ganar o conservar el favor del amado (Tenno, 1979).





La Terapia Racional Emotiva Conductual emplea diversos métodos cognitivos para ayudar a la gente a vencer sus perturbaciones obsesivo-compulsivas acerca del amor, a continuación, se describen algunos de ellos:

1. Les enseña a debatir activa y persistentemente sus creencias irracionales (Ci) y a cambiarlas por preferencias relativas.
2. La Terapia Racional Emotiva Conductual enseña a la gente a usar las técnicas de distracción cognitiva —tales como el método de relajación progresiva de Jacobson (1942), el Yoga, o la meditación— para desviarles de pensamientos no adaptados acerca de su amado.
3. La Terapia Racional Emotiva Conductual muestra a los que aman obsesiva-compulsivamente cómo pueden querer también a otras personas además de a su amado “verdadero” y pueden de este modo ser menos obsesivo.
4. La Terapia Racional Emotiva Conductual ayuda a las personas a redactar una lista y revisar con firmeza diversas desventajas de su apego excesivo a su amado y las distintas ventajas, beneficios, y compromisos de querer a alguna otra persona, que les ayuda a llegar a estar menos obsesionados con un amado especial.

La Terapia Racional Emotiva Conductual también emplea diversos métodos conductuales con los individuos que aman de forma obsesivo-compulsiva. Para empezar, los seguidores de la TREC esperan aceptar a tales amantes incondicionalmente, a pesar de su disparatada adición al amor. Después, a través de métodos de role-playing, la terapia les enseña a resistir las demandas no razonables de sus compañeros; les asigna la tarea de resistirse a estas demandas y les enseña a reforzarse a sí mismos por resistirse; o a penalizarse (por ejemplo, quemando el dinero) cuando dan demasiada rienda suelta a dar vueltas sobre su amado o telefonearle con demasiada frecuencia (Ellis y Abrahms, 1978).

Terapia Racional Emotiva Conductual ayudando a encontrar relaciones adecuadas

Muchas veces es difícil encontrar relaciones amorosas satisfactorias, debido a que las personas son selectivas en

cuanto a las relaciones amorosas, más de lo que son con respecto al compañerismo o al sexo. En este contexto es importante bloquear la timidez, la no asertividad social, y el miedo al rechazo, para encontrar compañeros de amor adecuados. La Terapia Racional Emotiva Conductual, desde sus inicios ha buscado vencer los bloqueos de las personas en cuanto a relaciones amorosas se refiere.

La gente que se bloquea a sí misma por encontrar un buen número de compañeros potenciales y por reducir quizá sus relaciones íntimas a uno o a unos pocos, casi siempre tienen arraigada la misma clase de Ci, que aquellas que poseen otros individuos trastornados, especialmente estas tres: (a) *“¡Debo ganar la aprobación de todos los amores altamente deseables que encuentre, y si no soy bastante inútil!”*; (b) *“¡Los compañeros que elijo deben ser considerados y amarme y son personas despreciables si no!”*; (c) *“Las condiciones deben estar organizadas de tal forma que encuentre fácil y suavemente amores potenciales; ¡y es horrible y no puedo soportarlo cuando estas condiciones son bastante difíciles y cuando ponen bloqueos reales en mi camino!”*.

La Terapia Racional Emotiva Conductual muestra a los amantes aspirantes tímidos e indecisos que están manteniendo estas Ci explícitos o implícitamente y les enseña métodos activos de debatirlas y vencerlas. Con los pacientes a los que se les dificulta relacionarse con la finalidad de encontrar compañeros para el amor, la Terapia Racional Emotiva Conductual emplea técnicas emotivas habitualmente, entre ellas:

1. Auto-afirmaciones enérgicas.
2. Imaginación racional-emotiva.
3. Role-playing.
4. Ejercicios de ataque de la vergüenza.

También emplea diversos métodos conductuales para ayudar a los pacientes a vencer su miedo a encontrar posibles compañeros de amor:

1. Desensibilización in vivo.
2. Tareas implosivas.
3. Refuerzos.



4. Castigar.
5. Entrenamiento en habilidades.

Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada en las separaciones amorosas

Uno de los principales problemas del amor es el de perder el amor del compañero elegido, bien sea desde el inicio, cuando uno ama y es rechazado por el otro, o más tarde, después de que uno ha experimentado reciprocidad durante algún tiempo y luego lo pierde porque el compañero rechaza el amor o muere. En algunos de estos casos, la pérdida de amor puede conducir a la ansiedad, depresión, auto-compasión, auto-abatimiento, rabia o incluso (en no pocos casos) suicidio u homicidio.

La teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual postula que, en la mayoría de los casos donde la gente sufre mucho al perder el amor y no se siente simplemente pesaroso o afligido en extremo, sino que también se auto-aborrece y auto-compadece, tiende a creer y mantener fuertemente diversas Ci. Entre los métodos cognitivos más populares y efectivos se encuentran:

1. Hacer debates científicos sobre las Ci de los individuos.
2. Proporcionar creencias de enfrentamiento o racionales (Cr) que pueden decirse a sí mismos y pensar sobre ellas, repetidas veces.
3. La Terapia Racional Emotiva Conductual proporciona a sus pacientes técnicas de distracción cognitiva que pueden emplearse cuando se ha perdido un amor como la meditación, los deportes, las actividades creativas, por mencionar algunas.
4. La Terapia Racional Emotiva Conductual puede dar a los pacientes información acerca del amor y sus mitos y puede ayudarles con técnicas prácticas de solución de problemas a utilizar para obtener nuevos compañeros en sustitución del perdido.
5. La Terapia Racional Emotiva Conductual ayuda a los pacientes a “contrarrestar”, esto es, centrarse sobre las desventajas de la persona que han perdido y las ventajas de otros posibles compañeros.



6. Muestra a la gente cómo reconstruir el rechazo y la pérdida, viéndolo como un desafío en vez de como algo horrible y fijándose en sus beneficios más que solo en sus desventajas.
7. La Terapia Racional Emotiva Conductual usa la bibliografía para ayudar a los clientes a vencer su necesidad desmesurada de otra persona.

La Terapia Racional Emotiva Conductual emplea otras técnicas emotivas para vencer la depresión que causa la pérdida de un amor, así como en otros problemas del amor. Entre esas técnicas están la imaginación racional emotiva, role playing racional, ejercicios de ataque de vergüenza, autoafirmaciones enérgicas, por mencionar algunas. Conductualmente se emplean métodos como la desensibilización en vivo, refuerzo y castigo, entrenamiento de habilidades y métodos de autocontrol.

5.2. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada en las terapias de grupo

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) como psicoterapia de grupo empezó casi tan pronto como la teoría individual. En 1955, Albert Ellis, que se había especializado como psicoanalista y que ya era muy conocido como consejero sexual y matrimonial, no se encontraba muy satisfecho con los resultados obtenidos empleando los principios psicoanalíticos. Por ello, decidió con osadía enfrentar directamente a los pacientes con sus filosofías contraproducentes, argüir activamente contra sus ideas, y asignar tareas conductuales y cognitivas para que se utilizasen al poner en práctica sus nuevas formas adoptadas de pensar y actuar (Ellis, 1962).

Las metas que persigue la Terapia Racional Emotiva Conductual, tanto de manera grupal como individual, son enseñar a los pacientes a cambiar su emocionalidad y conducta trastornada, así como enfrentarse a los sucesos desafortunados que pueden surgir en sus vidas. El resultado ideal de la Terapia Racional Emotiva Conductual sería que el individuo adoptase una actitud de autoaceptación más que de auto-juicio; aceptase las realidades de la vida, incluyendo las realidades calamitosas, mediante el reconocimiento



de su existencia y no intentando evitarlas o impedir las con pensamientos mágicos y maniobras supersticiosas.

Implicaría abstenerse de juzgar a otras personas de una forma global y especialmente de condenarlas por sus deficiencias y transgresiones. Significaría adoptar una forma independiente de filosofía ética, de reglas absolutas acerca de lo bueno y lo malo; perseguir sin avergonzarse el placer de los intereses a largo plazo y a corto plazo, en vez de conformarse con reglas rígidas desagradables o dándose el gusto imprudente sin prestar atención al futuro. La Terapia Racional Emotiva Conductual pretende ayudar a la gente a reducir o eliminar fuertes emociones negativas (por ejemplo, ansiedad, depresión y hostilidad) de manera que puedan vivir personalmente vidas más satisfactorias.

Para lograr esta meta, la Terapia Racional Emotiva Conductual pretende ayudar a la gente a identificar las creencias que producen y sustentan las experiencias emocionales disfuncionales y las conductas desadaptadas, cambiándolas a creencias que fomentan sus objetivos personales. La meta del cambio, en otras palabras, es una filosofía de reestructuración elegante que permite al individuo dedicarse más eficazmente a las metas humanas comunes de supervivencia y felicidad.

Selección y Composición del Grupo

No hay reglas especiales en cuanto a la selección del grupo. Algunas líneas generales practicadas son excluir a las personas que es probable sean perjudicadas debido a psicosis activa, o a hablar compulsivamente e incluir a miembros de ambos sexos, porque muchos problemas de ansiedad interpersonal incluyen relaciones con el otro sexo. Estas líneas generales podrían no tenerse en cuenta si, por ejemplo, la persona diagnosticada como psicótica fuera solo ocasionalmente molesta o si la terapia estuviese combinada con incremento del conocimiento, como en un grupo de sexualidad de hombres y mujeres.

Es probablemente poco aconsejable tener todo personas deprimidas en el mismo grupo, aunque un grupo que tuviese la misma fobia (por ejemplo, a volar) podría funcionar bien como grupo de terapia de tiempo limitado, o tema limitado.



Espacio grupal

No hay requerimientos especiales de espacio. Una disposición de asientos circular facilita la interacción de las comunicaciones. También es deseable el suficiente espacio para las experiencias de role-playing y de psicodrama, y el espacio debería ser bastante privado para preservar la confidencialidad.

Tamaño del grupo

No hay reglas especiales a aplicar. Si hay menos de 6 miembros en el grupo, las discusiones pueden hacerse pesadas. Si hay más de 12, es difícil incluir a alguien más.

Para enseñar los principios de Terapia Racional Emotiva Conductual e ilustrar su aplicación a problemas concretos, el tamaño del grupo podría ascender a varios cientos. Ellis frecuentemente demuestra el uso de los principios racionales de la vida diaria a grupos de 100 o más, aunque estas demostraciones no se crean para ser grupo de terapia. De forma similar, a los talleres educativos públicos celebrados en los Institutos de Vida Racional de Nueva York y de Los Ángeles y en otras partes pueden asistir muchas personas. Estos talleres se encuentran a caballo entre la terapia y la educación y se centran sobre temas específicos, por ejemplo, vencer bloqueos y designar metas y planes de vida futura.

Frecuencia, extensión y duración de la terapia

La mayoría de los grupos TREC se reúnen semanalmente. Pueden estar abiertos y finalizar con los cambios de los miembros o pueden ser de tiempo limitado. Para los talleres de tiempo limitado, parece que lo típico son alrededor de 6 a 8 semanas. La extensión de las sesiones varía desde una hora y media a tres horas. Una excepción es un maratón de grupo TREC, el cual podría extenderse durante 10 ó 14 horas o incluso más. No hay líneas generales prescritas para la frecuencia, extensión o duración.

Empleo de medios

No hay restricciones o requerimientos para los medios en los grupos TREC. Podría usarse el equipo de video tape para dar feedback a los participantes acerca de su manierismo y



estilo de presentación, pero esto apenas se hace. También podrían usarse las pizarras y los paneles, pero no son necesarios; de igual manera se emplean “apoyos”, por ejemplo, bates de espuma. Ellis ha conducido grupos de terapia durante años sin ninguna ayuda de medios, aunque usa formularios de tareas escritas que los clientes pueden complementar. Algunos terapeutas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (Maultsby, 1975) hacen un uso más extenso de formularios escritos.

Cualificaciones

Un líder debería estar profesionalmente cualificado para practicar el counseling y/o la psicoterapia en su Estado y ser competente al conducir la psicoterapia racional-emotiva. Aunque muchos profesionales pueden reunir estos requisitos y ejercer competentemente la Terapia Racional Emotiva Conductual, algunos de ellos están reconocidos por el Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión de la Terapia Racional Emotiva Conductual como miembros asociados y miembros. Deben demostrar sus habilidades y ser reconocidos como cualificados en la práctica de los métodos racional-emotivos.

Ética

Los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual están ligados por el código ético de sus respectivos grupos profesionales. La mayoría de los terapeutas racional-emotivos reconocidos son psicólogos ligados al código ético de la Asociación Americana de Psicología (APA). Las violaciones de las normas éticas también pueden remitirse al Comité Internacional de Estándares de Formación y Revisión para que comprueben si el profesional está titulado para la práctica de métodos racional-emotivos.

5.3. Potencialidades y limitaciones de la Terapia Racional Emotiva Conductual en el trabajo grupal

La Terapia Racional Emotiva Conductual se usa más fácilmente con pacientes que reconocen su propia responsabilidad al crear sus dificultades o que realmente van a aceptar este hecho. La terapia toma al individuo y sus problemas como foco. Puede usarse por problemas



específicos, por ejemplo, una fobia, y funciona muy bien como terapia de conducta. O puede tomar la exploración de la personalidad y el autoconocimiento como su meta, como hace la psicoterapia tradicional, el counseling no directivo, y otros enfoques de aut-conocimiento.

Como sistema de terapia, la Terapia Racional Emotiva Conductual incorpora con facilidad técnicas específicas desarrolladas en otros sistemas dentro de sus tácticas de disuasión terapéutica. La versatilidad y aplicabilidad a un amplio rango de problemas neuróticos de vida están entre las fuerzas sobresalientes de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

La Terapia Racional Emotiva Conductual no afirma que la persona sea una víctima de sus padres, la sociedad o de las condiciones pasivas del pasado. Los pacientes se benefician más rápidamente si desean llegar a no estar perturbados, más que descubrir en qué lugar echan la culpa de su perturbación. La terapia funciona bien con clientes de inteligencia al menos media, pero se puede emplear con personas de inteligencia más baja, en un estilo de repetición. Los pacientes que son rígidamente religiosos generalmente se resisten al mensaje ético humanístico. Sin embargo, se les explica que no se debe renunciar a toda la religión para beneficiarse de la terapia. Casi todas las religiones ofrecen una versión racional que enfatiza o elimina el pensamiento absolutista encontrado en sus practicantes más ortodoxos.

La Terapia Racional Emotiva Conductual no lo cura todo. No cura la psicosis o la psicopatía. No acabará con el crimen, la delincuencia, o los problemas sociales. Ya que la Terapia Racional Emotiva Conductual depende de la cooperación del cliente, no ayudará al no cooperativo. Los terapeutas pueden intentar animar la cooperación mediante muchas maneras, incluyendo su carisma personal, pero nadie está obligado a cooperar. La Terapia Racional Emotiva Conductual grupal tiene límites adicionales. Un paciente muy perturbado puede ser ayudado mejor en sesiones individuales. Un paciente cuyas actividades requieren control semanal o más frecuente se beneficiará más de sesiones individuales que de grupo.

Por otra parte, para ciertos clientes, particularmente para aquellos tímidos, el tratamiento de grupo es mejor que el



tratamiento individual. Para muchos clientes las ventajas de la terapia de grupo tienen más peso a la larga que desventajas. La mayoría de los problemas de los clientes incluyen a otras personas, y por tanto el grupo es un lugar ideal en el que trabajar sobre sus problemas. Es verdad que existe la desventaja de que le prestará menos atención el terapeuta, pero las ventajas de la terapia de grupo son muchas:

1. Los grupos tienen un coste eficiente; el terapeuta puede ver a varios clientes a la vez y enseñar los principios racionales a muchas personas al mismo tiempo.
2. Los miembros del grupo pueden aprender que no son únicos al tener un problema o al padecer ciertos tipos de problemas específicos.
3. El grupo puede proporcionar un foro para la psicoterapia preventiva, ya que los miembros pueden oír a otros discutiendo problemas que pueden no haber encontrado o que están actualmente encontrando en sus vidas.
4. Los miembros del grupo pueden aprender a ayudarse mutuamente. Es un principio educacional bien establecido que una de las mejores formas de aprender una habilidad es intentar enseñarla a alguien más. Los pacientes aprenden el pensamiento racional mientras intentan enseñárselo a otros en un marco grupal.
5. Algunas experiencias, actividades, y ejercicios pueden hacerse solo en grupos. El grupo proporciona un foro para practicar ejercicios de ataque de la vergüenza o toma de riesgos.
6. Algunos ejercicios de grupo pueden ser ventajosos al producir emociones específicas que después pueden ser tratadas in vivo en el marco grupal.
7. Ciertos problemas son tratados más eficazmente en grupo, por ejemplo, los déficits interpersonales o de habilidades sociales. El paciente puede practicar nuevas conductas sociales y formas de relacionarse con la gente.
8. Un grupo permite a los clientes recibir una gran cantidad de feedback acerca de su conducta, lo que puede ser más persuasivo al motivarles para cambiar que lo mismo de un terapeuta único en una situación individual.



9. Cuando los esfuerzos terapéuticos se centran sobre soluciones prácticas de problemas de vida, la presencia de muchas cabezas en una habitación puede reunir más sugerencias que un terapeuta solo.
10. Los miembros del grupo pueden proporcionar una fuente de presiones de iguales que puede ser más eficaz al promover conformidad con las tareas asignadas que el terapeuta individual.

Finalmente, el grupo puede proporcionar una etapa fuera de experiencia para los clientes que han estado en terapia individual. Tales clientes pueden haber descubierto sus ideas irracionales y cómo debatirlas, pero requieren práctica adicional para completar el proceso.

5.4. La Terapia Racional Emotiva Conductual en los jóvenes

La decisión sobre qué procedimiento de intervención racional-emotivo emplear depende de una multitud de factores, entre los que se encuentran el alcance de los problemas emocionales y prácticos descubiertos durante la evaluación, la “madurez cognitiva” del joven paciente, la buena voluntad del paciente para cambiar, si los padres o profesores están deseando (y son capaces de) participar en un programa de cambio, y el tiempo disponible para la intervención.

Bases de la intervención

La Terapia Racional Emotiva Conductual se dedica en gran parte a enseñar una actitud de responsabilidad emocional, esto se traduce en la capacidad de cambiar cómo se siente. A través de la enseñanza de las habilidades de autoanálisis racional y de pensamiento crítico, la terapia instruye a las personas cómo llegar a ser mejores resolvedores de sus propios problemas emocionales. La meta principal de la resolución de problemas emocionales es enseñar a los niños y a los adolescentes cómo cambiar los sentimientos inapropiados a unos apropiados.

Ejemplos de las emociones inapropiadas e inútiles son aquellas en la que los niños se sienten muy enfadados, enfurecidos, hostiles, deprimidos y ansiosos, mientras que los sentimientos más apropiados son la irritación, el enojo, la desilusión, la tristeza, la inquietud y las preocupaciones.





Para los niños pequeños, los objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual pueden expresarse como sigue (Waters, 1981):

1. Identificar correctamente las emociones.
2. Desarrollar un vocabulario emocional.
3. Distinguir entre sentimientos útiles y perjudiciales.
4. Diferenciar entre sentimientos y pensamientos.
5. Sintonizar con la propia-conversación.
6. Establecer la conexión entre la propia-conversación y los sentimientos.
7. Aprender afirmaciones de enfrentamiento racional.

Para los niños mayores y los adolescentes, se pueden perseguir un juego de metas más complejo en adición a las ya listadas (Young, 1983):

1. Enseñar los ABC.
2. Debatir “lo horrible”.
3. Debatir los “deberías, tienes que y obligaciones” (los imperativos personales).
4. Desafiar “No puedo aguantarlo” (baja tolerancia a la frustración).
5. Enseñar la autoaceptación.
6. Corregir las percepciones erróneas de la realidad.

Es importante recalcar que la Terapia Racional Emotiva Conductual no dirige a los pacientes jóvenes a llegar a ser autómatas pasivos que se ajustan a la perniciosa influencia social de padres y profesores. Un objetivo básico de la terapia es señalar a las personas jóvenes a vivir tan cómodamente como sea posible en situaciones que no pueden ser significativamente cambiadas.

Una perspectiva de las estrategias de intervención

Existen dos aspectos de la actividad cognitiva que pueden llevar a la perturbación emocional y conductual y son corregidos a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Las interpretaciones y percepciones distorsionadas de la realidad se producen por errores de inferencia y de

razonamiento lógico (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y razonamiento absolutista/dicotómico), y puede llevar a niveles moderadamente desadaptados de excitación emocional. Las malas percepciones frecuentemente pueden conservarse por las personas como asunciones enfermas acerca de sí mismos y su mundo.

Un segundo e importante aspecto, desde un punto de vista de la Terapia Racional Emotiva Conductual, de actividad cognitiva disfuncional es la evaluación y valoración que los individuos hacen de sus interpretaciones erróneas. Estas evaluaciones de las interpretaciones, las cuales pueden ser racionales o irracionales, se percibe que son la principal fuente de perturbación emocional, puesto que las valoraciones racionales de una percepción distorsionada de la realidad no llevarán generalmente a niveles extremos e improductivos de excitación emocional.

Los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual deciden sobre la base de la edad y de las metas para un joven cliente si desean que el objetivo del cambio sea la interpretación de la realidad del cliente (“Nunca les caeré bien”), lo que se consideraría una solución limitada, o si se desafían las asunciones y creencias evaluativas (“Es horrible... debo ser un estorbo”). De nuevo, una meta perseguida en el tratamiento es enseñar a los pacientes a aceptar la vida como viene sin exagerar lo desagradable.

Existen unas cuantas estrategias básicas que los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual emplean típicamente para modificar las interpretaciones y evaluaciones disfuncionales y para enseñar habilidades de pensamiento racional. El análisis empírico consiste en que el practicante y el joven paciente trabajen en colaboración para designar un simple experimento de evaluación de las interpretaciones de la realidad del cliente (Ellis, 1977; DiGiuseppe, 1981). Al llegar a una solución empírica, se evalúa la “veracidad” de la inferencia del cliente, esto se pone en práctica a través de la recolección de datos por parte del cliente con los que el practicante esté de acuerdo en que serían suficientes tanto para confirmar como para rechazar la asunción del cliente.

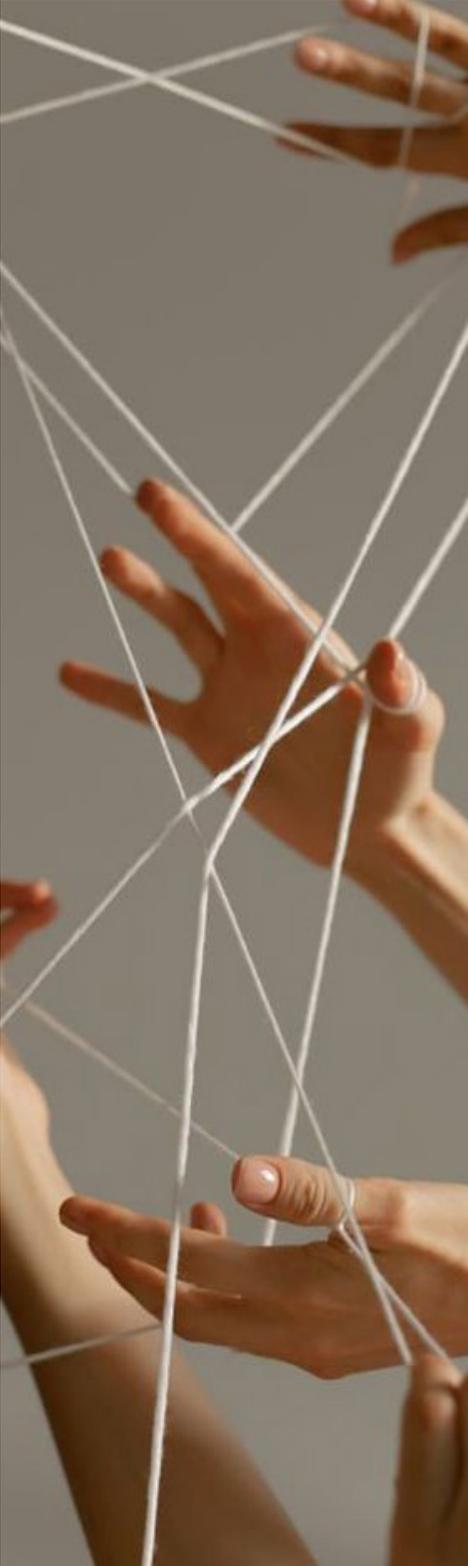




Un segundo enfoque cognitivo básico para cambiar las cogniciones son los debates filosóficos que son el núcleo y sello distintivo de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Este debate puede plantearse en diversos niveles de abstracción. Se puede enseñar al paciente a cuestionar las evaluaciones específicas de las interpretaciones particulares examinando los contenidos y conceptos irracionales contenidos en la evaluación. Esta forma limitada de debates apropiada para los niños que no son capaces de debatir conceptos y creencias irracionales en abstracto.

Tanto el análisis empírico, como el debate filosófico, en cualquier nivel que se aplique, constituyen los componentes básicos de las habilidades de pensamiento racional enseñados en la Terapia Racional Emotiva Conductual. Existen otros dos enfoques generales que los practicantes de la terapia emplean frecuentemente. Las autoafirmaciones racionales (De Voeg, 1974; DiGiuseppe, 1975) son suministradas por el practicante al paciente para ensayar y utilizar posteriormente en las situaciones que tienden a ocasionar en el paciente niveles inapropiados de afectividad. Los contenidos de las auto-afirmaciones incorporan conceptos racionales y ayuda al cliente a vencer cualquier emoción que esté interfiriendo con la conducta.

Otro proceso cognitivo que es cada vez más empleado por los practicantes de la Terapia Racional Emotiva Conductual con pacientes jóvenes es la imaginación racional-emotiva (IRE). Este método consiste en pedir al joven paciente que recree tan vívidamente como le sea posible en su mente una imagen mental de una situación en la que experimenta una reacción emocional extrema. Cuando el sentimiento llega a ser tan fuerte como sea posible, se pide al cliente que intente cambiar ese sentimiento tan extremo (ocho, nueve, o diez sobre el termómetro del sentimiento) a un nivel más moderado (cuatro, cinco o seis). Por ejemplo, el cambio podría producirse desde la ansiedad extrema a la preocupación e inquietud moderada. Cuando el paciente es capaz de hacer esto, se señala que la forma en la que el cambio emocional tuvo lugar fue a través de un cambio en los pensamientos. La IRE puede emplearse tanto durante las fases de construcción de habilidades como de práctica y aplicación de la terapia.



06.

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL EN LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

*“Solos podemos hacer muy poco;
juntos podemos hacer mucho”.*

Helen Keller

6.1. Creencias irracionales colectivas en contextos comunitarios

Si bien la Terapia Racional Emotiva Conductual fue inicialmente concebida para su aplicación en terapia individual, su enfoque ha evolucionado para incluir intervenciones en contextos grupales y comunitarios. En este sentido, la terapia ha demostrado ser eficaz no solo para el tratamiento de trastornos psicológicos específicos, sino también como una herramienta valiosa para fomentar el bienestar emocional, la cohesión social y el empoderamiento colectivo en comunidades que enfrentan altos niveles de vulnerabilidad y exclusión social. La capacidad de esta terapia para abordar creencias irracionales



a nivel grupal ha abierto nuevas oportunidades para su aplicación en entornos donde los problemas sociales, como la violencia, la pobreza, la exclusión y el estrés colectivo, se entrelazan con la salud mental de los individuos y el bienestar de la comunidad en general.

En los últimos años, América Latina ha experimentado un creciente interés en la implementación de intervenciones comunitarias que promuevan la salud integral y el desarrollo social. Según datos recientes de la Organización Panamericana de la Salud (2023), los problemas psicosociales como la violencia, la desigualdad económica y el desempleo tienen un impacto directo en la salud mental de las comunidades, especialmente en zonas urbanas marginales y rurales. Ante este panorama, la Terapia Racional Emotiva Conductual ofrece un enfoque relevante para abordar estos problemas, ayudando a las personas y comunidades a identificar y desafiar las creencias irracionales que perpetúan el malestar y la disfunción social.

El presente capítulo tiene como objetivo explorar la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en diferentes contextos comunitarios de América Latina, con especial atención a las zonas urbanas, urbano-marginales, marginales y campesinas, donde los problemas como la exclusión, la falta de acceso a servicios básicos, la violencia intrafamiliar, el desempleo, la pobreza y la inseguridad pueden generar creencias colectivas que favorecen la desesperanza, el estrés, la frustración, la ansiedad y el conflicto interpersonal, lo que alimenta creencias limitantes sobre el valor personal y las posibilidades de tomar decisiones para autodeterminar su éxito. En estos contextos se presentan características y desafíos particulares que requieren una adaptación cultural y contextual de la terapia, para aplicarse de manera efectiva, ofreciendo estrategias concretas para promover el empoderamiento comunitario y la salud mental integral colectiva.

La propuesta para la comunidad se destaca por incluir las fases de intervención, las actividades grupales y las dinámicas de cohesión social que han sido implementadas con éxito en diferentes comunidades latinoamericanas. Asimismo, se examinarán estudios de caso y ejemplos de intervenciones que han utilizado la Terapia Racional Emotiva

Conductual para enfrentar problemas sociales complejos, como la violencia de género, el desempleo juvenil, el acceso limitado a la educación y los conflictos intergeneracionales.

El enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos comunitarios se basa en la noción de que las creencias irracionales no son simplemente un fenómeno individual, sino que también pueden manifestarse a nivel colectivo, desarrollando narrativas y sistemas de creencias compartidos que contribuyen a la perpetuación de comportamientos disfuncionales y patrones de interacción negativos. Al intervenir a nivel comunitario, se modifican las creencias individuales y colectivas que subyacen a los problemas sociales, a partir del diálogo, la reflexión y el cuestionamiento de estas creencias, permitiendo que los miembros de la comunidad desarrollen nuevas formas de pensar y actuar que favorezcan el bienestar colectivo.

El modelo teórico de la Terapia Racional Emotiva Conductual se centra en la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, y cómo los pensamientos irracionales, o creencias disfuncionales, pueden conducir a emociones negativas y conductas no adaptativas, siguiendo tres principios clave:

1. **Pensamientos irracionales:** Según Ellis, las creencias irracionales son aquellas que son absolutistas, demandantes y exageradas, lo que lleva a emociones como la ansiedad, la depresión y la ira. Ejemplo: “los vecinos deben llevarse bien siempre” o “es terrible cuando no me responden el saludo, son maleducados”.
2. **Relación A-B-C:** El modelo A-B-C de Ellis explica cómo los eventos activadores (A) no provocan directamente las emociones (C), sino que es la interpretación o creencia (B) acerca de esos eventos lo que genera las emociones y comportamientos. Por ejemplo, si a una persona le roban y a pesar de gritar por ayuda nadie lo apoya (A), su creencia irracional de que “deben estar a favor del ladrón o son cobardes” (B) puede conducir a la frustración, la ira o la desesperanza (C).
3. **Disputación y reestructuración cognitiva:** El enfoque principal de la Terapia Racional Emotiva Conductual es ayudar a las personas a cuestionar (o “disputar”) sus



creencias irracionales y reemplazarlas con creencias más racionales. En los ejemplos anteriores, las creencias alternas podrían ser: “no siempre tenemos un buen día, a veces estamos distraídos e ignoremos el saludo” o “si alguien intentaba ayudarme, pudimos ser dos los perjudicados, tendré más cuidado”.

En contextos comunitarios, los eventos activadores (A) de una persona a menudo son compartidos por las demás con las que se convive o interactúa. Estos eventos pueden incluir problemas sociales y económicos como la pobreza, el desempleo, la violencia o la falta de acceso a servicios básicos, que afectan a todos los miembros de esa comunidad. Las creencias irracionales (B) también pueden ser compartidas colectivamente. Por ejemplo, en una comunidad urbano-marginal afectada por altos niveles de violencia, puede existir la creencia irracional de que “la violencia es inevitable y no puede ser detenida”. Esta creencia colectiva puede alimentar la desesperanza y perpetuar los ciclos de agresión. Las consecuencias emocionales y conductuales (C) pueden incluir altos niveles de estrés, frustración o desconfianza entre los miembros de la comunidad y comportamientos disfuncionales como la violencia o la desintegración social, incrementando los problemas ya existentes,

Uno de los mayores retos en la intervención comunitaria con la Terapia Racional Emotiva Conductual es identificar las creencias irracionales individuales y colectivas, que se manifiestan dentro de narrativas que se han establecido y perpetuado dentro de la comunidad, y pueden variar según el contexto social y cultural. Se describen a continuación algunos ejemplos:

- **Zonas urbanas:** En barrios con altos niveles de violencia y desempleo, puede aparecer la creencia “no hay manera de salir adelante en esta ciudad” o “debe llegar un salvador para que acabe con estos problemas”. Esta creencia perpetúa un sentimiento de desesperanza y puede inhibir el emprendimiento y la participación comunitaria.
- **Zonas urbano-marginales:** Estas comunidades suelen enfrentar la exclusión y la marginación, que promueve creencias relacionadas con la incapacidad de influir en el cambio social, como “somos invisibles para las



autoridades, nada de lo que hagamos cambiará nuestra situación”.

- **Zonas marginales:** En estos lugares en que las comunidades han sido históricamente marginadas y excluidas, puede surgir la creencia “no merecemos vivir mejor” que se alinea con la falta de oportunidades, motivando la resignación, y la falta de acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida.
- **Comunidades rurales campesinas:** Aquí las oportunidades económicas son limitadas y el acceso a servicios básicos es escaso o nulo, siendo una creencia común “el destino está fuera de nuestro control”, aceptando con resignación una dependencia excesiva de factores externos para la mejora de las condiciones de vida.

En la intervención psicológica comunitaria, el debate se centra en desafiar las creencias irracionales compartidas por los miembros del grupo, utilizando una variedad de técnicas, como:

1. **Talleres de reflexión grupal:** Los miembros de la comunidad se reúnen para identificar las creencias irracionales que afectan su bienestar colectivo. Estas sesiones pueden incluir dinámicas de discusión donde se analizan ejemplos concretos de eventos comunitarios y cómo las creencias irracionales influyen en las respuestas emocionales y conductuales de la comunidad.
2. **Role-playing o dramatización:** A través de juegos de roles, los participantes asumen diferentes posiciones dentro de una situación comunitaria problemática, se les anima a identificar y desafiar las creencias irracionales que guían sus comportamientos en el escenario. Esta técnica ayuda a los miembros de la comunidad a ver cómo sus creencias pueden cambiar y cómo esos cambios impactan el bienestar general del grupo.
3. **Debates dirigidos:** Los miembros de la comunidad participan en debates donde se presentan creencias irracionales y racionales. A través de la discusión, el grupo llega a consensos sobre cómo las creencias irracionales afectan a su bienestar y perjudican la convivencia, comprendiendo la posibilidad que pueden



ser modificadas a partir de la intencionalidad y acuerdos de los participantes para promover el bienestar colectivo.

Una vez que las creencias irracionales han sido identificadas y debatidas, el siguiente paso es la reestructuración cognitiva. Esto implica trabajar con la comunidad para desarrollar nuevas creencias que promuevan la cohesión, el empoderamiento y el bienestar colectivo, que se puede lograr a través de:

- **Desarrollo de narrativas colectivas:** Fomentar la creación de nuevas historias y discursos que reflejen las creencias racionales adoptadas por la comunidad. Estas narrativas pueden ser difundidas a través de medios locales, líderes comunitarios y actividades culturales.
- **Creación de espacios de diálogo:** Facilitar encuentros donde los miembros de la comunidad puedan compartir sus experiencias y discutir cómo las nuevas creencias están impactando su vida diaria y el bienestar de la comunidad, así como proponer acciones para fortalecer el avance que se desarrolla.

La Terapia Racional Emotiva Conductual, con su enfoque en la identificación, cuestionamiento y modificación de creencias, ofrece un marco teórico robusto y adaptable para la intervención en contextos sociales y comunitarios, a fin de que enfrenten los desafíos psicosociales promoviendo su salud integral, la cohesión social y el desarrollo sostenible.

6.2. Caracterizando las zonas urbanas, urbano-marginales, marginales y campesinas

La diversidad de contextos sociales en América Latina requiere que las intervenciones psicosociales se adapten a las realidades específicas de cada comunidad. Las zonas urbanas, urbano-marginales, marginales y campesinas presentan características, problemáticas y dinámicas socioculturales particulares que influyen tanto las creencias irracionales colectivas como las formas en que estas comunidades afrontan sus desafíos cotidianos. La adaptación de la Terapia Racional Emotiva Conductual a cada uno de estos contextos requiere una comprensión profunda de sus realidades y la formulación de estrategias que consideren las características propias de cada entorno.



El éxito de la Terapia Racional Emotiva Conductual en estos contextos depende de la capacidad de los terapeutas y facilitadores para adaptar los principios y técnicas de la terapia a las dinámicas particulares de cada comunidad, respetando sus valores, costumbres y necesidades. Solo a través de esta adaptación cultural y contextual es posible lograr una transformación significativa en las creencias irracionales colectivas y promover el bienestar integral de las comunidades.

Las zonas urbanas suelen estar marcadas por una creciente desigualdad social y económica, que conlleva problemas psicosociales como la violencia urbana, el estrés laboral, el desempleo, la sobrepoblación y el acceso desigual a servicios básicos, que generan una atmósfera de inseguridad y malestar.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021), el 80% de la población en América Latina reside en áreas urbanas, lo que amplifica estos problemas sociales. Además, la sobrecarga sensorial y el ritmo acelerado de vida pueden conducir a un aumento del estrés y la ansiedad. Las creencias irracionales colectivas que surgen en este contexto pueden estar relacionadas con la percepción de que “el éxito económico es lo único que define el valor personal”, o que “sin violencia no es posible resolver conflictos”. Estas creencias pueden perpetuar el aislamiento social, la alienación y una mayor prevalencia de comportamientos disfuncionales, como la violencia y el abuso de sustancias.

Las zonas urbano-marginales están a menudo ubicadas en los perímetros de las grandes ciudades, presentan un conjunto único de desafíos sociales, económicos y psicosociales. Suelen ser el hogar de poblaciones migrantes o desplazadas que buscan mejores oportunidades económicas en las ciudades, pero que terminan enfrentando situaciones de pobreza, falta de acceso a servicios básicos, marginación y exclusión social. La inseguridad, la violencia estructural, la inestabilidad laboral y la falta de infraestructura son sus características comunes. Aquí se desarrollan creencias irracionales que alimentan la desesperanza y el fatalismo, tales como “no importa lo que haga, siempre estaré excluido” o “las autoridades nunca se preocuparán por nosotros”. Esto



genera actitudes de resignación, apatía y falta de acción, lo que refuerza la exclusión social y perpetúa las condiciones de pobreza.

Las zonas marginales se caracterizan por altos niveles de pobreza, aislamiento geográfico y escaso acceso a servicios básicos como salud, educación y vivienda adecuada. Suelen estar ubicadas en los márgenes fuera de las ciudades o en regiones rurales remotas, donde la falta de inversión estatal y la ausencia de oportunidades económicas contribuyen a la perpetuación de condiciones de vida precarias. Una de las creencias irracionales más comunes es que “el progreso está fuera de nuestro control”, lo que puede generar una actitud pasiva ante la mejora de las condiciones de vida. Este sentimiento de desesperanza, junto a la exclusión social prolongada, puede perpetuar ciclos de pobreza y falta de motivación para el cambio social.

Las comunidades campesinas en América Latina se enfrentan a desafíos únicos relacionados con el aislamiento geográfico, la falta de acceso a tecnología, la dependencia de la agricultura de subsistencia y la limitada diversificación económica. Estas áreas a menudo carecen de servicios básicos y enfrentan dificultades para acceder a la educación y la atención médica. Además, los efectos del cambio climático, como la degradación del suelo y las sequías, han afectado gravemente su capacidad para mantenerse económicamente. En este contexto, es común que se desarrollen creencias como “nuestro destino depende del clima” o “no podemos cambiar nuestra situación porque estamos demasiado aislados”. Estas creencias, alimentadas por la historia de marginación y el aislamiento, pueden generar un sentido de desesperanza colectiva que inhibe la acción social y comunitaria.

El éxito de la Terapia Racional Emotiva Conductual en estos contextos depende de la capacidad de los terapeutas y facilitadores para adaptar los principios y técnicas de la terapia a las dinámicas particulares de cada comunidad, respetando sus valores, costumbres y necesidades. Solo a través de esta adaptación cultural y contextual es posible lograr una transformación significativa en las creencias irracionales colectivas y promover el bienestar integral de las comunidades.



6.3. La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a comunidades urbanas

Las zonas urbanas suelen estar marcadas por una creciente desigualdad social y económica, que conlleva problemas psicosociales como la violencia urbana, el estrés laboral, el desempleo, la sobrepoblación y el acceso desigual a servicios básicos, que generan una atmósfera de inseguridad y malestar. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021), el 80% de la población en América Latina reside en áreas urbanas, lo que amplifica estos problemas sociales.

Además, la sobrecarga sensorial y el ritmo acelerado de vida pueden conducir a un aumento del estrés y la ansiedad. Las creencias irracionales colectivas que surgen en este contexto pueden estar relacionadas con la percepción de que “el éxito económico es lo único que define el valor personal”, o que “sin violencia no es posible resolver conflictos”. Estas creencias pueden perpetuar el aislamiento social, la alienación y una mayor prevalencia de comportamientos disfuncionales, como la violencia y el abuso de sustancias.

En las zonas urbanas existen particularidades como la alta densidad poblacional, diversidad cultural, y rápidas transformaciones sociales y económicas, generando dinámicas psicosociales que afectan la salud mental y el bienestar de sus habitantes. Las comunidades urbanas enfrentan una serie de factores estresantes que incluyen, entre otros, la competencia laboral, la inseguridad, la falta de acceso a servicios básicos en algunos sectores, el tráfico vehicular, la contaminación y la violencia estructural. Estos elementos generan un clima emocional cargado de frustración y desesperanza, que puede manifestarse en problemas de salud mental y en un debilitamiento de las relaciones interpersonales y de la cohesión social.

La heterogeneidad de sus habitantes contribuye a la fragmentación de los lazos comunitarios, ya que las personas a menudo provienen de diferentes trasfondos culturales y socioeconómicos, lo que puede dificultar la construcción de un sentido de pertenencia y apoyo mutuo. En este contexto, las creencias irracionales que suelen surgir están relacionadas con el temor al fracaso, el perfeccionismo, y



la percepción de falta de control sobre la propia vida. Las personas tienden a pensar que “si no soy perfecto, no valgo”, o “el mundo es demasiado caótico y no hay nada que pueda hacer para mejorar mi situación”. La Terapia Racional Emotiva Conductual, al centrarse en la identificación y reestructuración de creencias irracionales que provocan emociones disfuncionales, se convierte en una herramienta poderosa para intervenir en estos entornos, donde el estrés, la ansiedad y la depresión suelen estar exacerbados por las presiones del estilo de vida urbano.

Estas creencias, acompañadas de una alta demanda de éxito social y profesional, pueden llevar a altos niveles de estrés, agotamiento, conflictos interpersonales y conductas evitativas, como el aislamiento o el abuso de sustancias. Por ello, la intervención con la Terapia Racional Emotiva Conductual se vuelve esencial para promover la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento de habilidades para el manejo del estrés y la mejora del bienestar emocional.

6.3.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbanas

Para la intervención comunitaria se presentan algunas estrategias clave para la implementación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en estas comunidades:

Talleres psicoeducativos sobre creencias irracionales y racionales: Los talleres de psicoeducación pueden ayudar a los participantes a identificar las creencias irracionales que están perpetuando sus problemas emocionales y a sustituirlas por creencias más racionales. Estos talleres pueden estar enfocados en temas como el manejo del estrés laboral, la gestión de la ansiedad y la mejora de la autoestima. Por ejemplo, en un contexto donde la competitividad laboral es alta, se pueden abordar creencias irracionales como “si no soy el mejor en todo, fracasé”, y se puede trabajar en desarrollar creencias más saludables, como “no tengo que ser perfecto para ser valioso”.

Intervenciones en espacios públicos: Dado que las comunidades urbanas a menudo carecen de cohesión social, es esencial llevar la intervención a los espacios públicos como parques, plazas y centros comunitarios, donde las personas pueden reunirse sin las barreras económicas o



logísticas que a veces presentan las terapias individuales en consulta. Las actividades grupales en estos entornos pueden enfocarse en fortalecer la autoeficacia colectiva, promoviendo el trabajo en equipo para resolver problemas comunes del barrio, lo cual también ayuda a mitigar las creencias irracionales relacionadas con la impotencia ante los problemas sociales.

Programas de bienestar laboral: En las ciudades, el estrés laboral es una de las principales causas de malestar emocional. Implementar programas de Terapia Racional Emotiva Conductual dentro de los lugares de trabajo permite a los empleados abordar creencias irracionales que generan ansiedad y burnout, como “debo estar siempre disponible para ser considerado un buen trabajador” o “si no alcanzo los estándares de productividad, soy un fracaso”. A través de técnicas de disputación cognitiva, los empleados pueden aprender a desarrollar pensamientos más racionales, como “puedo ser un buen trabajador y también priorizar mi bienestar”.

Intervenciones en redes sociales y plataformas digitales: En los contextos urbanos, el uso de la tecnología y las redes sociales es alto, lo que brinda la oportunidad de utilizar estas plataformas para llevar mensajes de Terapia Racional Emotiva Conductual a un público más amplio. A través de campañas en redes sociales, se pueden difundir mensajes que desafíen las creencias irracionales relacionadas con la autoimagen, el éxito y las relaciones interpersonales, y se pueden crear espacios de apoyo virtual para que las personas compartan sus experiencias y aprendan unas de otras.

Fases de la intervención comunitaria en contextos urbanos

Para la intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbanas se puede adaptar el modelo terapéutico con las siguientes fases, asegurando que la reestructuración cognitiva ocurra de manera progresiva y sostenida.

Fase 1: Evaluación comunitaria: Antes de iniciar cualquier intervención, es crucial realizar una evaluación exhaustiva del contexto urbano en el que se va a intervenir. Esta evaluación



debe incluir un análisis de las problemáticas psicosociales más prevalentes, las dinámicas de las creencias irracionales a nivel colectivo, y los recursos existentes en la comunidad que puedan ser movilizados para el cambio. En las zonas urbanas, se pueden realizar encuestas y entrevistas en profundidad para identificar las creencias irracionales más comunes y los factores estresantes clave que afectan a la población.

Fase 2: Implementación de talleres y dinámicas grupales: Una vez identificadas las necesidades, se procede a la implementación de talleres y dinámicas grupales. Estos espacios deben estar orientados no solo a la reestructuración cognitiva, sino también a la creación de redes de apoyo social. En un contexto urbano donde la desconexión interpersonal es común, es importante fomentar el trabajo colaborativo y la construcción de relaciones de confianza entre los miembros de la comunidad. Las dinámicas de grupo pueden incluir ejercicios de role-playing, discusiones dirigidas y actividades colaborativas orientadas a resolver problemas cotidianos de la vida urbana.

Fase 3: Intervenciones específicas en grupos vulnerables: En las comunidades urbanas, existen grupos particularmente vulnerables, como las personas en situación de calle, los inmigrantes, los jóvenes en situación de riesgo, entre otros. Para estos grupos, es importante diseñar intervenciones específicas que aborden sus necesidades particulares. Por ejemplo, en el caso de jóvenes expuestos a la violencia urbana, las intervenciones pueden enfocarse en modificar creencias irracionales relacionadas con la resolución de conflictos y el uso de la violencia como única opción.

Fase 4: Seguimiento y evaluación: Para asegurar que los cambios cognitivos logrados durante la intervención sean sostenibles, es crucial realizar un seguimiento periódico de los participantes y de la comunidad en general. Este seguimiento puede incluir la creación de grupos de apoyo a largo plazo, la implementación de evaluaciones periódicas de bienestar emocional y la oferta de talleres de refuerzo de manera continua. La evaluación de la intervención debe centrarse en medir los cambios en las creencias irracionales, el bienestar emocional y la cohesión social de la comunidad.



Dinámicas grupales utilizadas en contextos urbanos

Las dinámicas grupales fomentan la participación activa y la reestructuración cognitiva colectiva. A continuación, se describen algunas dinámicas que han mostrado ser efectivas en estos contextos:

El círculo de creencias: Los asistentes forman un círculo donde cada uno comparte una creencia irracional que ha identificado en sí mismo o en su entorno urbano. El grupo, con la facilitación del terapeuta, procede a cuestionar esta creencia, y mediante lluvia de ideas ofrece alternativas más racionales. Al trabajar colectivamente, aprenden a desafiar no solo sus creencias personales, sino también las creencias irracionales que prevalecen en su comunidad.

Role-playing de situaciones urbanas: Los participantes simulan escenarios típicos del contexto urbano que generan estrés o conflicto, como una discusión en el transporte público o un desacuerdo en el lugar de trabajo. A través del role-playing, los participantes tienen la oportunidad de practicar la reestructuración cognitiva en tiempo real, identificando y desafiando las creencias irracionales que surgen en esas situaciones.

Mapeo de recursos comunitarios: Los miembros colaboran para crear un mapa de su comunidad, identificando tanto los factores estresantes como los recursos disponibles para enfrentar esos desafíos. Esta actividad promueve la identificación de soluciones colectivas y refuerza el sentido de autoeficacia comunitaria, desafiando la creencia irracional de que “no hay nada que podamos hacer para mejorar nuestra situación”.

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbanas permite transformar las creencias irracionales que perpetúan el malestar emocional y social, promoviendo un cambio cognitivo y conductual que favorezca el bienestar integral. Las estrategias adaptadas a estos contextos, que involucran tanto la reestructuración individual como la movilización comunitaria, tienen el potencial de generar una mejora sostenida en la calidad de vida de los habitantes urbanos.



6.4. La Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos urbano-marginales

Las zonas urbano-marginales están a menudo ubicadas en los perímetros de las grandes ciudades, presentan un conjunto único de desafíos sociales, económicos y psicosociales. Suelen ser el hogar de poblaciones migrantes o desplazadas que buscan mejores oportunidades económicas en las ciudades, pero que terminan enfrentando situaciones de pobreza, falta de acceso a servicios básicos, marginación y exclusión social. La inseguridad, la violencia estructural, la inestabilidad laboral y la falta de infraestructura son sus características comunes que impactan de manera directa en la salud mental de los habitantes.

Aquí se desarrollan creencias irracionales que alimentan la desesperanza y el fatalismo, tales como “no importa lo que haga, siempre estaré excluido” o “las autoridades nunca se preocuparán por nosotros”. Esto genera actitudes de resignación, apatía y falta de acción, lo que refuerza la exclusión social y perpetúa las condiciones de pobreza. A través de la Terapia Racional Emotiva Conductual, es posible intervenir en las creencias irracionales que surgen como consecuencia de estas condiciones adversas, brindando a las personas herramientas para afrontar los desafíos emocionales y sociales que enfrentan, y promoviendo el empoderamiento individual y colectivo.

Las zonas urbano-marginales se caracterizan por la coexistencia de múltiples factores estructurales que agravan las condiciones de vida de sus habitantes. En muchos casos, estas comunidades enfrentan la falta de acceso a servicios básicos como agua potable, electricidad, educación y atención sanitaria, además de sufrir altos niveles de violencia, desempleo y discriminación. Las viviendas suelen ser precarias, con estructuras inestables que no garantizan la seguridad ni el bienestar de quienes las habitan. Esta realidad genera un estado de constante incertidumbre y estrés, que impacta profundamente en la salud mental de los miembros de la comunidad.

En este contexto, es común que surjan creencias irracionales relacionadas con la desesperanza, la impotencia y la desvalorización personal, las cuales son perpetuadas por



el entorno de exclusión social en el que se desarrollan. Algunos ejemplos de estas creencias incluyen: “Mi vida nunca mejorará, no importa lo que haga”, “No soy capaz de cambiar mi situación” o “La única forma de sobrevivir es con violencia”. Estas creencias irracionales limitan las capacidades individuales y colectivas para afrontar las dificultades, perpetuando ciclos de pobreza y violencia.

Además, la fragmentación social en estas comunidades, muchas veces divididas por pandillas o por la competencia por recursos escasos, impide la creación de redes de apoyo sólidas, lo que agudiza la sensación de aislamiento y vulnerabilidad. La Terapia Racional Emotiva Conductual, con su enfoque en la reestructuración cognitiva y la transformación de creencias disfuncionales, puede ayudar a las personas a desafiar estas creencias limitantes y a adoptar un enfoque más racional y proactivo frente a los problemas que enfrentan.

6.4.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbano-marginales

La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbano-marginales debe integrar aspectos psicoeducativos, terapéuticos y grupales que fomenten el empoderamiento de los habitantes y el fortalecimiento de la cohesión social, utilizando estrategias como:

Talleres sobre empoderamiento y reestructuración cognitiva: En un entorno donde la sensación de impotencia es común, es fundamental promover la reestructuración de las creencias irracionales relacionadas con la falta de control y la desesperanza. Los talleres psicoeducativos, centrados en la identificación de creencias irracionales como “no hay salida” o “soy incapaz”, permiten a los participantes comprender cómo sus pensamientos influyen en sus emociones y conductas, y a su vez, les enseñan a desafiar estas creencias con una base más racional. A través de ejemplos prácticos adaptados al contexto urbano-marginal, las personas aprenden a desarrollar creencias más realistas, como “aunque es difícil, puedo tomar pequeñas acciones para mejorar mi situación”.

Dinámicas de grupo para la cohesión social: La fragmentación social es una característica común en los



contextos urbano-marginales, lo que dificulta la creación de redes de apoyo que pueden ser cruciales para el bienestar emocional y la resolución de problemas. En este sentido, la Terapia Racional Emotiva Conductual puede incluir dinámicas grupales orientadas a mejorar la comunicación y la confianza entre los miembros de la comunidad. Por ejemplo, actividades colaborativas como el desarrollo de proyectos comunitarios, pueden ayudar a desafiar creencias irracionales relacionadas con la desconfianza y la competitividad, promoviendo un sentido de cooperación y solidaridad.

Grupos de apoyo para la gestión del estrés y el trauma: Las comunidades urbano-marginales a menudo están expuestas a altos niveles de violencia y eventos traumáticos, lo que puede generar creencias irracionales relacionadas con la seguridad personal y la capacidad de superar estos eventos. Crear grupos de apoyo donde las personas puedan compartir sus experiencias y aprender a identificar sus pensamientos irracionales en relación con el trauma puede ser una estrategia eficaz. La Terapia Racional Emotiva Conductual ayuda a los participantes a reconocer que, aunque no pueden controlar todas las circunstancias externas, pueden aprender a controlar sus reacciones emocionales y cognitivas ante ellas.

Intervenciones en espacios comunitarios: La implementación de intervenciones basadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual en espacios públicos de la comunidad, como parques o centros comunitarios, facilita el acceso a la terapia para aquellos que no pueden asistir a consultas individuales debido a barreras económicas o logísticas. Estas intervenciones pueden incluir campañas educativas sobre la importancia de los pensamientos racionales y actividades grupales orientadas a fortalecer la resiliencia comunitaria. Además, la visibilidad de estos programas en la comunidad ayuda a romper el estigma asociado con la búsqueda de apoyo psicológico.

Fases de la intervención comunitaria en contextos urbano-marginales

La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbano-marginales sigue un proceso



similar al de las intervenciones en zonas urbanas, pero con adaptaciones específicas a las necesidades y características del contexto.

Fase 1: Diagnóstico comunitario participativo: En esta fase inicial, es crucial realizar un diagnóstico participativo para identificar las problemáticas principales que afectan a la comunidad y las creencias irracionales predominantes. Es importante involucrar a los líderes comunitarios y a los habitantes en el proceso de diagnóstico para garantizar que la intervención esté alineada con las necesidades y expectativas de la comunidad.

Fase 2: Psicoeducación y capacitación: Una vez identificadas las creencias irracionales que más impactan en la comunidad, se inicia la fase de psicoeducación. A través de talleres y charlas, se explica a los participantes el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual, enfocándose en cómo los pensamientos irracionales influyen en sus emociones y comportamientos. Se enseñan técnicas de disputación cognitiva y se trabaja en la identificación de creencias más racionales y útiles para enfrentar los problemas cotidianos.

Fase 3: Creación de redes de apoyo comunitario: Para fortalecer la cohesión social, es necesario crear espacios donde los miembros de la comunidad puedan apoyarse mutuamente en el proceso de cambio. Estos grupos de apoyo pueden estar enfocados en diferentes temáticas, como el manejo del estrés, la resolución de conflictos, o el apoyo a víctimas de violencia. La construcción de estas redes permite que los habitantes compartan sus experiencias y aprendan unos de otros, lo que refuerza la efectividad de la intervención.

Fase 4: Evaluación y sostenibilidad: La intervención con la terapia racional emotiva conductual debe incluir una fase de evaluación continua para medir el impacto en las creencias irracionales y en el bienestar emocional de la comunidad. Además, es fundamental asegurar la sostenibilidad de los cambios logrados, lo cual se puede lograr mediante la formación de líderes comunitarios que puedan continuar facilitando las actividades y talleres basados en Terapia Racional Emotiva Conductual.



Dinámicas grupales para el contexto urbano-marginal

Las dinámicas grupales son una parte esencial de la intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos urbano-marginales, ya que permiten a los participantes no solo identificar y desafiar sus creencias irracionales, sino también fortalecer el sentido de comunidad y apoyo mutuo. Algunas dinámicas recomendadas son:

Construcción de la escalera de creencias: En esta dinámica, los participantes trabajan en parejas o grupos pequeños para identificar una creencia irracional común en la comunidad (por ejemplo, “no hay nada que podamos hacer para mejorar nuestra situación”). Luego, construyen una “escalera de creencias”, identificando pequeños pasos racionales que les permitirían desafiar esta creencia y actuar de manera más proactiva en su vida diaria.

El árbol de las soluciones: Los participantes dibujan un árbol donde las raíces representan los problemas de la comunidad y las ramas representan las posibles soluciones. Cada solución está ligada a una creencia racional que la sustenta. Esta actividad fomenta la reestructuración cognitiva a nivel colectivo, al tiempo que promueve el trabajo en equipo para resolver los problemas locales.

Role-playing en situaciones cotidianas: Similar a la dinámica utilizada en contextos urbanos, esta actividad invita a los participantes a representar situaciones de la vida diaria en la comunidad (como conflictos entre vecinos o dificultades para acceder a servicios). A través del role-playing, los participantes pueden practicar la identificación de creencias irracionales y la utilización de creencias más racionales para gestionar los conflictos de manera efectiva.

6.5. La Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos marginales

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en contextos marginales representa un desafío significativo, debido a las características socioeconómicas y culturales que definen estas comunidades. A menudo, los contextos marginales se asocian con una profunda exclusión social, marcada por altos niveles de pobreza extrema, limitado



acceso a servicios básicos y un aislamiento tanto físico como psicológico del resto de la sociedad. La intervención psicológica en estos entornos requiere un enfoque holístico, que no solo considere las creencias irracionales a nivel individual, sino también las dinámicas colectivas y la forma en que estas creencias están arraigadas en las estructuras sociales.

Las comunidades marginales suelen estar ubicadas en áreas remotas o aisladas, con infraestructura deficiente, alta vulnerabilidad frente a desastres naturales y un acceso limitado o nulo a recursos como educación, atención médica y empleo formal. Estas condiciones dan lugar a un entorno de desesperanza, donde las personas, enfrentadas a la pobreza extrema y a la falta de oportunidades, desarrollan creencias irracionales que reflejan la sensación de impotencia y desesperanza.

Algunas de las creencias irracionales que predominan en contextos marginales incluyen pensamientos como: “Nunca podré salir de la pobreza”, “El destino está en contra de nosotros” o “No tiene sentido luchar porque nada cambiará”. Estas creencias limitan las posibilidades de las personas de visualizar un futuro distinto, afectando no solo su bienestar emocional, sino también su capacidad para tomar acciones que mejoren sus condiciones de vida.

Otro aspecto relevante es la fuerte influencia de factores culturales y tradicionales en estas comunidades, donde a menudo persisten roles de género rígidos, creencias fatalistas y formas de autoridad basadas en jerarquías tradicionales. Estos factores, combinados con la exclusión social, pueden reforzar la internalización de creencias disfuncionales y la resignación ante la adversidad.

6.5.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades marginales

La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades marginales debe estar adaptada a las necesidades y realidades específicas de estos entornos. Dado que los problemas estructurales y culturales son particularmente profundos en estas comunidades, es fundamental abordar las creencias irracionales no solo a nivel individual, sino también en un marco colectivo,



fomentando la capacidad de resiliencia y empoderamiento de la comunidad como un todo.

Adaptación cultural del modelo TREC: Para que la intervención sea efectiva, es necesario adaptar el lenguaje y los ejemplos utilizados en la Terapia Racional Emotiva Conductual a los valores culturales y las experiencias vividas por las comunidades marginales. Es importante ser respetuoso con las tradiciones locales, al tiempo que se desafían las creencias irracionales que limitan el crecimiento personal y comunitario. Esto puede implicar la colaboración con líderes comunitarios y la incorporación de figuras de autoridad respetadas para validar el proceso terapéutico.

Programas psicoeducativos enfocados en la autoeficacia: En un contexto donde la desesperanza y la impotencia son predominantes, las intervenciones deben centrarse en la reestructuración de las creencias irracionales relacionadas con la falta de control sobre la vida propia. Programas psicoeducativos que enseñen a los participantes cómo sus pensamientos irracionales perpetúan la inacción y el sufrimiento son clave. A través de ejemplos prácticos y adaptados a la realidad de la comunidad, se pueden introducir creencias racionales que promuevan un mayor sentido de autoeficacia, como “Puedo hacer pequeños cambios que mejoren mi vida y la de mi comunidad”.

Intervenciones grupales centradas en la cohesión social: La fragmentación social y la falta de redes de apoyo son comunes en los contextos marginales. Las intervenciones grupales basadas en la Terapia Racional Emotiva Conductual pueden incluir actividades que fomenten la cooperación y el apoyo mutuo entre los miembros de la comunidad. La reestructuración cognitiva colectiva, donde los participantes comparten sus creencias irracionales y trabajan en conjunto para desarrollar creencias más racionales, fortalece no solo a los individuos, sino también a la comunidad en su conjunto.

Proyectos de desarrollo comunitario guiados por creencias racionales: Para fomentar un cambio sostenido, es importante vincular la intervención de la Terapia Racional Emotiva Conductual con proyectos de desarrollo comunitario. Estos proyectos deben estar orientados por la adopción de creencias racionales que promuevan la acción colectiva y



la capacidad de enfrentar los desafíos locales. Por ejemplo, un proyecto de desarrollo agrícola o educativo puede ser diseñado en base a la creencia racional de que “a través del trabajo conjunto, podemos mejorar nuestras condiciones de vida”, desafiando la creencia irracional de que “no hay nada que podamos hacer”.

Fases de la intervención en comunidades marginales

El proceso de intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos marginales sigue fases similares a las de otras comunidades, pero con una mayor sensibilidad hacia los factores estructurales y culturales que influyen en las creencias irracionales.

Fase 1: Evaluación de la realidad comunitaria: Dado que las comunidades marginales están profundamente influenciadas por factores estructurales y culturales, la fase inicial de diagnóstico debe incluir una evaluación exhaustiva de las condiciones sociales, económicas y culturales que impactan a la comunidad. Esto permite identificar las creencias irracionales dominantes y las barreras estructurales que perpetúan estas creencias.

Psicoeducación comunitaria: Una vez identificadas las creencias irracionales predominantes, se lleva a cabo una intervención psicoeducativa a nivel comunitario, en la que se enseñan los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual y se exploran las formas en que los pensamientos irracionales contribuyen al sufrimiento emocional y social. Es fundamental que esta fase se realice de manera respetuosa con las tradiciones y valores locales, adaptando el lenguaje y las dinámicas a las particularidades culturales de la comunidad.

Fase 3: Intervenciones grupales y desarrollo comunitario: A partir de la psicoeducación, se organizan grupos de apoyo y proyectos comunitarios que permitan a los miembros de la comunidad aplicar los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la vida diaria. Estos proyectos pueden estar orientados a áreas clave como la salud, la educación o la agricultura, y deben estar guiados por creencias racionales que promuevan la acción y la colaboración.



Fase 4: Sostenibilidad a largo plazo: La intervención debe incluir una estrategia de sostenibilidad que permita a la comunidad continuar aplicando los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual una vez finalizada la intervención formal. Esto puede lograrse mediante la formación de líderes comunitarios que puedan seguir facilitando actividades basadas en la terapia y fomentar el uso de creencias racionales en la toma de decisiones comunitarias.

Dinámicas Grupales adaptadas al contexto marginal

Las dinámicas grupales juegan un papel crucial en la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos marginales, permitiendo que los miembros de la comunidad trabajen juntos para desafiar las creencias irracionales que limitan su crecimiento y bienestar.

La rueda de las creencias: En esta dinámica, los participantes se sientan en círculo y comparten una creencia irracional que han identificado en su vida diaria o en la comunidad. Luego, el grupo trabaja colectivamente para disputar esa creencia y encontrar alternativas racionales que puedan aplicarse en la vida diaria. Esta dinámica refuerza la idea de que el cambio es posible y que las creencias racionales pueden ser una herramienta poderosa para transformar la realidad.

El mapa del cambio: Los participantes dibujan un mapa de su comunidad, identificando áreas donde las creencias irracionales predominan (por ejemplo, zonas afectadas por la pobreza extrema o la violencia). Luego, discuten cómo las creencias racionales podrían influir positivamente en esas áreas y proponen acciones concretas que podrían tomar como comunidad para mejorar esas condiciones.

Jornadas de acción comunitaria: Como parte de la intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual, se pueden organizar jornadas de acción comunitaria, donde los participantes implementan las creencias racionales que han desarrollado en proyectos concretos, como la mejora de la infraestructura local o la creación de huertos comunitarios. Estas acciones no solo fortalecen las redes de apoyo dentro de la comunidad, sino que también permiten a los



participantes ver los resultados tangibles de sus creencias racionales.

6.6. La Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en comunidades campesinas ofrece un enfoque único y transformador para abordar los desafíos emocionales y cognitivos que enfrentan estas poblaciones.

Las comunidades campesinas, a menudo situadas en áreas rurales, se caracterizan por una fuerte relación con la tierra, un arraigo cultural profundo y una estructura social basada en la cooperación familiar y comunitaria. Sin embargo, también están marcadas por la pobreza, el acceso limitado a servicios básicos, la falta de oportunidades educativas y laborales, y, en algunos casos, la migración forzada. Estos factores generan un entorno propicio para el desarrollo de creencias irracionales que afectan tanto el bienestar individual como el comunitario.

La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en estas comunidades requiere una adaptación que tenga en cuenta la idiosincrasia rural, las creencias tradicionales y los valores que sostienen la vida campesina. Al abordar creencias irracionales profundamente arraigadas, la terapia puede ayudar a los individuos y a la comunidad en su conjunto a generar una mayor capacidad de afrontamiento y resiliencia frente a las adversidades, al tiempo que se promueve el bienestar integral.

Las comunidades campesinas enfrentan múltiples desafíos que afectan su salud emocional y mental. La dependencia de la agricultura, la vulnerabilidad al cambio climático, la baja productividad de la tierra, el escaso acceso a tecnología y recursos, y la ausencia de servicios de salud mental conforman un contexto de estrés continuo. En este entorno, las creencias irracionales pueden surgir fácilmente, manifestándose en pensamientos como “No tengo control sobre mi vida”, “Estamos destinados a vivir en pobreza” o “El esfuerzo no vale la pena porque las circunstancias siempre serán desfavorables”.



La estructura comunitaria de las zonas rurales está orientada hacia la cooperación y el apoyo mutuo, pero también puede estar influenciada por un sentido de resignación frente a las dificultades externas. Las creencias tradicionales que priorizan la conformidad y el respeto por las normas ancestrales pueden contribuir a mantener patrones de pensamiento disfuncionales que dificultan el cambio y el crecimiento personal.

Además, las comunidades campesinas suelen ser guardianes de prácticas culturales y saberes tradicionales, lo que genera un entorno rico en valores colectivos, pero también en creencias que pueden perpetuar la dependencia y la inmovilidad frente a los desafíos externos.

6.6.1. Intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas

La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a las comunidades campesinas debe ser culturalmente sensible y abordar los problemas estructurales y culturales que influyen en las creencias irracionales. Las siguientes estrategias de intervención destacan la importancia de una aproximación adaptada a la realidad rural:

Integración de valores tradicionales con la reestructuración cognitiva: La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual debe reconocer los valores tradicionales de las comunidades campesinas, como la solidaridad, el respeto a la naturaleza y el trabajo colectivo. Al integrar estos valores en la intervención, es posible desafiar las creencias irracionales que limitan el bienestar personal y comunitario. Por ejemplo, en lugar de confrontar directamente una creencia arraigada como “Siempre hemos vivido así, no hay forma de cambiar”, se puede reestructurar en términos de una creencia más racional basada en los valores colectivos: “Como comunidad, tenemos la fuerza y el conocimiento para adaptarnos y mejorar nuestras condiciones”.

Desarrollo de creencias racionales relacionadas con la sostenibilidad y el empoderamiento: Las creencias irracionales sobre la falta de control sobre el entorno y el destino son comunes en comunidades campesinas que dependen de factores externos, como el clima y los mercados agrícolas. La Terapia Racional Emotiva Conductual



puede enfocarse en desarrollar creencias racionales que promuevan una actitud de autoeficacia y empoderamiento, como “Aunque no puedo controlar todo, puedo aprender a adaptarme y a mejorar la gestión de mis recursos”. Esta reestructuración cognitiva puede potenciar la adopción de prácticas agrícolas sostenibles y colaborativas, lo que a su vez fomenta el bienestar emocional y económico de la comunidad.

- **Enfoque en la participación comunitaria y la acción colectiva:** La cohesión social en las comunidades campesinas es una fortaleza que puede potenciarse a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Las intervenciones grupales que fomenten la acción colectiva y el apoyo mutuo son esenciales. En lugar de centrarse solo en el individuo, la terapia en contextos rurales debe promover un cambio colectivo, donde los miembros de la comunidad trabajen juntos para identificar y desafiar creencias irracionales compartidas, como la creencia de que “no podemos mejorar nuestras condiciones sin ayuda externa”.

Fases de la Intervención en comunidades campesinas

El proceso de intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas sigue fases específicas que deben adaptarse a la realidad rural y a las necesidades colectivas:

Fase 1: Evaluación de las creencias irracionales a nivel comunitario: El primer paso es realizar una evaluación de las creencias irracionales predominantes en la comunidad. Esta evaluación no solo se enfoca en el nivel individual, sino también en las creencias compartidas que influyen en el comportamiento colectivo. Se debe explorar cómo las creencias tradicionales afectan las decisiones diarias y el manejo de la tierra, la economía familiar y las relaciones sociales.

Fase 2: Psicoeducación y sensibilización comunitaria: La educación sobre la relación entre las creencias, las emociones y los comportamientos es fundamental para preparar a la comunidad a enfrentar los cambios. Esta fase debe incluir talleres que expliquen los principios básicos



de la Terapia Racional Emotiva Conductual, pero utilizando ejemplos adaptados a la realidad rural, como la gestión de cultivos, el cambio climático o la migración.

Fase 3: Intervenciones grupales y proyectos de acción colectiva: A través de grupos de apoyo y proyectos comunitarios, los participantes aplican los principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la práctica. Se pueden crear grupos de discusión donde los miembros de la comunidad compartan sus experiencias, identifiquen creencias irracionales comunes y trabajen juntos para desarrollar creencias más funcionales y adaptativas. Las iniciativas que promuevan la agricultura sostenible, la organización comunitaria y la mejora del acceso a recursos son ejemplos concretos de cómo la acción colectiva, guiada por creencias racionales, puede mejorar el bienestar.

Fase 4: Implementación de proyectos de mejora a largo plazo: Una vez que las creencias racionales han sido internalizadas, la intervención debe apoyar la creación de proyectos a largo plazo que refuercen el sentido de autoeficacia y resiliencia en la comunidad. Estos proyectos pueden estar orientados a la mejora de la producción agrícola, la conservación de recursos naturales, la educación comunitaria y el acceso a servicios de salud.

Dinámicas grupales adaptadas al contexto campesino

Las dinámicas grupales en comunidades campesinas deben ser interactivas y alineadas con las características culturales y sociales de la comunidad. Algunas dinámicas sugeridas incluyen:

El ciclo de la tierra y la mente: En esta dinámica, los participantes reflexionan sobre el ciclo de vida de sus cultivos y cómo se asemeja al ciclo de sus pensamientos. Se puede hacer una analogía entre la siembra de pensamientos racionales y la cosecha de emociones saludables, lo que refuerza la idea de que el cambio en las creencias irracionales puede generar mejores “cosechas” en términos de bienestar personal y colectivo.

El árbol de las creencias: Cada miembro de la comunidad escribe una creencia irracional que ha identificado en su



vida diaria en una hoja de papel y la coloca en un “árbol” creado en una pizarra o un mural. Luego, el grupo trabaja en conjunto para transformar esas creencias en creencias racionales, escribiéndolas en nuevas hojas que se colocan en el árbol. Esta dinámica ayuda a visualizar el proceso de reestructuración cognitiva como un crecimiento natural y colectivo.

Círculos de sabiduría campesina: Los participantes se reúnen en círculos para compartir sus experiencias de vida y reflexionar sobre cómo las creencias irracionales han influido en sus decisiones y emociones. Este espacio no solo fomenta la escucha activa, sino que también promueve el respeto por el conocimiento tradicional mientras se introducen nuevas formas de pensar más adaptativas y racionales.

Proyectos comunitarios basados en creencias racionales

El impacto de la Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas puede ser maximizado a través de la implementación de proyectos comunitarios que estén orientados por creencias racionales. Por ejemplo, un proyecto de manejo sostenible de los recursos hídricos puede estar guiado por la creencia racional de que “Podemos aprender a gestionar nuestros recursos naturales de manera que aseguremos el bienestar de futuras generaciones”. Del mismo modo, un proyecto educativo para los jóvenes de la comunidad puede estar motivado por la creencia racional de que “La educación es una herramienta poderosa para mejorar nuestras condiciones de vida y preservar nuestra cultura”.

En resumen, la Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades campesinas ofrece una herramienta valiosa para abordar los desafíos emocionales y cognitivos que surgen en contextos rurales. Adaptada a las particularidades culturales y estructurales de estas comunidades, la terapia puede empoderar a los individuos y fortalecer la cohesión comunitaria, promoviendo el bienestar integral y la resiliencia frente a las adversidades. A través de la psicoeducación, la acción colectiva y la implementación de proyectos sostenibles, la terapia se convierte en un vehículo para el cambio tanto a nivel personal como comunitario.



6.7. Estrategias de intervención para cualquier comunidad: fases, estrategias y dinámicas grupales

Fases de intervención:

Fase 1: *Diagnóstico comunitario*

Identificación de creencias irracionales predominantes.

Fase 2: *Formación en habilidades cognitivas y emocionales*

Talleres grupales para identificar creencias disfuncionales.

Fase 3: *Intervención colectiva y empoderamiento*

Resolución de conflictos comunitarios basados en la modificación de creencias irracionales.

Fase 4: *Seguimiento y consolidación*

Evaluación de los cambios a largo plazo.

Actividades propuestas:

Talleres educativos sobre la relación entre creencias y emociones.

Dinámicas de debate grupal para desafiar creencias irracionales colectivas.

Grupos de reflexión para evaluar cómo las creencias irracionales afectan las relaciones comunitarias.

Dinámicas grupales:

Técnica ABC colectiva: En grupo, los miembros discuten eventos activadores comunes y las creencias que surgen de ellos.

Role playing: Representaciones de situaciones conflictivas en la comunidad donde se demuestran creencias racionales e irracionales.

Dinámicas de cohesión social: Ejercicios de confianza y cooperación para fomentar la solidaridad entre los miembros de la comunidad.



La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) puede ser adaptada a cualquier contexto comunitario mediante una intervención planificada que considere las particularidades de cada entorno y las características socioculturales de sus habitantes. En esta sección se detallan las estrategias de intervención que incluyen fases estructuradas, actividades de participación activa y dinámicas grupales diseñadas para generar cambios significativos en las creencias, actitudes y comportamientos dentro de cualquier comunidad similar o diferente a las vistas anteriormente.

Fases de la Intervención comunitaria

Las fases de intervención deben seguir una secuencia lógica que permita primero la sensibilización y el diagnóstico, seguido de la intervención directa y el seguimiento. Estas fases pueden ser aplicadas en diversos contextos, con ajustes según las características de la comunidad, entendiendo que cada fase puede ser retomada para reforzar un proceso posterior.

Un ejemplo de esto es cuando las condiciones iniciales cambian para mejorar o perjudicar el estado inicial de las personas, lo que nos hace replantear aspectos a abordar de la intervención comunitaria, sin que eso signifique desvalorizar el desarrollo de la estructura y funcionalidades de las interrelaciones trabajadas inicialmente entre la comunidad y su contexto, la comunidad y los psicólogos, entre los miembros de la comunidad unos con otros.

Fase 1: Diagnóstico y situación actual comunitaria

Para este primer paso se ejecuta una evaluación inicial de las creencias irracionales y los factores psicosociales que afectan a la comunidad. Esta fase es clave para comprender las necesidades específicas y las dinámicas internas, que nos darán un punto de referencia desde donde partimos para comparar al final el impacto de la intervención.

- **Objetivo:** Identificar las creencias irracionales predominantes a nivel comunitario, los factores de estrés social y económico, y las dinámicas de interacción social.



- **Actividades:**

- Aplicación de entrevistas individuales y grupales para detectar creencias irracionales comunes.
- Encuestas para evaluar el impacto de factores externos (pobreza, violencia, acceso a servicios) sobre el bienestar emocional.
- Recolección de información sobre valores tradicionales, costumbres y creencias colectivas.
- Mapeo social para identificar líderes comunitarios y redes de apoyo existentes.

Fase 2: Psicoeducación y sensibilización

En esta fase se informa del diagnóstico, se trabaja en la sensibilización de la comunidad sobre la influencia de sus creencias irracionales en su bienestar emocional y en la forma en que enfrentan las adversidades, se instruye en los principios básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual y se activa el compromiso de participación en su transformación individual y colectiva con cada miembro.

- **Objetivo:** crear compromiso de participación para trabajar sobre la relación entre pensamientos, emociones y conductas individuales y colectivas de la comunidad.
- **Actividades:**
 - Talleres de psicoeducación sobre los pilares de la Terapia Racional Emotiva Conductual: identificar pensamientos irracionales, emociones negativas y cómo estos impactan en la vida cotidiana.
 - Dramatizaciones, juego de roles y simulación con ejemplos prácticos y adaptados al contexto local, como situaciones comunes en la vida de la comunidad, para ilustrar cómo las creencias irracionales afectan su capacidad de adaptación.
 - Discusiones abiertas con la comunidad sobre el impacto de los factores externos, como la pobreza o el



desempleo, y cómo las creencias personales pueden influir en su respuesta a estos problemas.

- Establecimiento de compromisos formales (escritos o digitales multimedia) para apoyar la transformación de la comunidad

Fase 3: Intervención directa

En esta fase, se introduce la **aplicación práctica de las técnicas de la** Terapia Racional Emotiva Conductual para modificar creencias irracionales, con un enfoque en la resolución de problemas concretos que afectan a la comunidad. Este es el momento en que las dinámicas grupales adquieren mayor relevancia.

- **Objetivo:** Implementar técnicas de Terapia Racional Emotiva Conductual para cambiar creencias disfuncionales a nivel individual y colectivo, promoviendo conductas más adaptativas y saludables.
- **Actividades:**
 - Ejercicios de identificación de creencias irracionales específicas y reestructuración de estas mediante el uso del modelo ABC (A: acontecimiento activador, B: creencia, C: consecuencia emocional).
 - Discusiones grupales dirigidas para compartir experiencias personales y comunitarias, y practicar la identificación de pensamientos irracionales colectivos.
 - Desarrollo de creencias alternativas racionales, adaptadas al contexto y los desafíos particulares de la comunidad.
 - Resolución de problemas mediante el análisis y debate de situaciones cotidianas, como conflictos familiares o comunitarios, acceso a recursos, y resiliencia frente a crisis.
 - Acuerdos acerca de las actitudes y acciones necesarias a implementar para mejorar la gestión de los problemas comunitarios y el establecimiento de un sistema de ejecución.



Fase 4: Consolidación y seguimiento

La fase final se centra en **reforzar las nuevas creencias racionales** y asegurarse de que los cambios logrados se mantengan a largo plazo. Esto incluye el diseño de proyectos comunitarios que fomenten la autoeficacia y la acción colectiva.

- **Objetivo:** Consolidar las habilidades adquiridas y promover su aplicación continua en la vida diaria y en el contexto comunitario.
- **Actividades:**
 - Creación de grupos de apoyo donde los miembros de la comunidad se reúnan periódicamente para discutir avances, desafíos y estrategias de afrontamiento.
 - Implementación de proyectos comunitarios orientados al bienestar colectivo, como programas de educación emocional, actividades recreativas para promover la cohesión social, o iniciativas de emprendimiento local basadas en creencias racionales.
 - Seguimiento individual y grupal para evaluar el mantenimiento de creencias racionales y la implementación de soluciones prácticas.

6.8. Actividades y dinámicas grupales en la intervención comunitaria

Para promover el aprendizaje, la cohesión y el empoderamiento en las comunidades, las dinámicas deben ser accesibles, culturalmente pertinentes y diseñadas para maximizar la participación activa de los miembros de la comunidad. Se presentan algunas opciones a continuación.

Dinámica 1: La Pirámide de las Creencias

Esta dinámica se enfoca en la identificación de creencias irracionales y su reestructuración a través del trabajo en equipo.

- **Descripción:** Los participantes se dividen en pequeños grupos y se les proporciona una “pirámide” de cartón o papel, donde en la base deben escribir las creencias



irracionales más comunes en su comunidad. En el siguiente nivel, identifican las emociones negativas asociadas a estas creencias, y en la cúspide de la pirámide colocan las posibles consecuencias negativas. Luego, los grupos deben trabajar juntos para dismantelar la pirámide, reescribiendo las creencias irracionales en la base con creencias racionales y viendo cómo esto transforma las emociones y consecuencias en cada nivel.

- **Objetivo:** Practicar la reestructuración cognitiva de creencias irracionales y fomentar la reflexión grupal sobre cómo estos cambios afectan el bienestar comunitario.

Dinámica 2: Rueda de Soluciones Racionales

Esta dinámica está diseñada para promover la resolución de problemas colectivos a través de la identificación y corrección de creencias irracionales.

- **Descripción:** En un espacio abierto, se dibuja una rueda en el suelo con múltiples secciones, cada una representando un problema comunitario, como el desempleo, la violencia o el acceso limitado a servicios. Los participantes se dividen en equipos y seleccionan una sección de la rueda para trabajar. Su tarea es identificar las creencias irracionales que están perpetuando este problema y sugerir soluciones basadas en creencias racionales. Cada equipo presenta sus conclusiones al grupo, y juntos discuten cómo implementar las soluciones.
- **Objetivo:** Aplicar la Terapia Racional Emotiva Conductual en la resolución de problemas comunitarios, promoviendo el pensamiento crítico y la acción colectiva.

Dinámica 3: La Caja de Pensamientos

Esta actividad se centra en la identificación y transformación de pensamientos automáticos que generan malestar en los miembros de la comunidad.

- **Descripción:** Se coloca una “caja de pensamientos” en el centro de la sala. Cada participante escribe un pensamiento negativo o irracional en una tarjeta y lo coloca en la caja. Luego, uno por uno, los pensamientos se sacan de la caja y el grupo trabaja en conjunto para identificar por qué es irracional y cómo puede ser transformado



en un pensamiento racional. Los facilitadores guían el proceso, brindando ejemplos y retroalimentación.

- **Objetivo:** Fomentar la introspección y la identificación de pensamientos automáticos irracionales en un ambiente de apoyo colectivo.

Dinámica 4: El Árbol de la Resiliencia

Esta dinámica está diseñada para promover **la visualización del crecimiento personal y comunitario** mediante la adopción de creencias racionales.

- **Descripción:** En un gran mural, se dibuja un árbol sin hojas. Cada participante recibe una hoja de papel en forma de hoja de árbol, donde deben escribir una creencia racional que han adoptado o que desean adoptar en sus vidas. Luego, colocan sus hojas en el árbol, visualizando cómo el árbol crece a medida que la comunidad adopta nuevas creencias racionales. Al final, se discuten las creencias elegidas y cómo impactan en el bienestar individual y comunitario.
- **Objetivo:** Reforzar el concepto de crecimiento y cambio positivo a través de la adopción de creencias racionales compartidas.

6.9. Implementación de proyectos basados en creencias racionales

La intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual debe ir más allá de la transformación cognitiva, buscando impactar también en los comportamientos y decisiones colectivas. La implementación de proyectos comunitarios basados en creencias racionales es una estrategia clave para consolidar el aprendizaje y fomentar el empoderamiento. Ejemplos de proyectos basados en creencias racionales incluyen:

- **Proyectos de emprendimiento comunitario:** Promover pequeñas empresas basadas en la creencia de que “la autoeficacia y la colaboración pueden mejorar nuestras condiciones económicas”.
- **Proyectos educativos:** Implementar programas de alfabetización emocional y habilidades para la vida, apoyados en la creencia de que “el conocimiento y la



educación son herramientas poderosas para enfrentar la adversidad”.

- **Proyectos de salud comunitaria:** Fomentar la participación en iniciativas de salud preventiva, basadas en la creencia de que “el autocuidado y el acceso a servicios de salud pueden mejorar nuestra calidad de vida”.

Con una planificación cuidadosa, las estrategias de intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en comunidades urbanas, marginales y rurales pueden no solo transformar creencias irracionales, sino también empoderar a las personas para que logren un cambio sostenible en su vida diaria y en el entorno que los rodea.

Resultados esperados y evaluación

Para asegurar que luego de la intervención los cambios se logren de manera efectiva y sostenible, es necesario establecer indicadores clave que midan los resultados y evaluar el impacto de la intervención en la salud mental comunitaria.

Impacto esperado de la Terapia Racional Emotiva Conductual en la salud mental comunitaria

El impacto de la Terapia Racional Emotiva Conductual en una comunidad no solo se manifiesta en la transformación de las creencias irracionales individuales, sino también en los cambios a nivel social y en el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias. A continuación, se detallan los principales resultados esperados tras la implementación de un programa basado en la terapia en distintos contextos comunitarios.

a. Reducción de Creencias Irracionales y Conductas Disfuncionales

Uno de los principales objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual es la **reducción de creencias irracionales** que perpetúan comportamientos autodestructivos o disfuncionales. En el contexto comunitario, estas creencias suelen estar relacionadas con problemas como la pobreza, la exclusión social o la violencia.



- **Resultado esperado:** Un cambio significativo en las creencias irracionales predominantes a nivel individual y comunitario, como “No podemos cambiar nuestras condiciones de vida” o “La violencia es la única forma de resolver conflictos.”
- **Impacto en la salud mental:** La disminución de estas creencias irracionales contribuye a una mayor sensación de control y autoeficacia, lo que a su vez mejora el bienestar emocional y la motivación para buscar soluciones más adaptativas.

b. Aumento de la Resiliencia Comunitaria

La Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada a contextos comunitarios tiene como uno de sus principales objetivos el **fortalecimiento de la resiliencia** de la comunidad frente a situaciones de estrés y adversidad. La resiliencia se define como la capacidad de una comunidad para adaptarse a los cambios, superar dificultades y mantener un nivel óptimo de funcionamiento social y emocional.

- **Resultado esperado:** Un incremento en la capacidad de la comunidad para hacer frente a situaciones de crisis (económicas, sociales o de salud), con una mayor disposición a adoptar creencias racionales que fomenten la resolución de problemas.
- **Impacto en la salud mental:** Al mejorar la resiliencia, la comunidad puede reducir los niveles de estrés crónico y mejorar la salud mental de sus miembros, quienes se sienten más capaces de enfrentar los desafíos de manera proactiva.

c. Mejora en la Resolución de Conflictos y la Cohesión Social

La Terapia Racional Emotiva Conductual fomenta la adopción de creencias racionales que promueven la empatía, la cooperación y la resolución pacífica de conflictos. En comunidades donde existen altos niveles de tensión social, la intervención con la terapia puede generar una mejora sustancial en la forma en que los miembros de la comunidad interactúan entre sí y resuelven sus diferencias.



- **Resultado esperado:** Una disminución en la frecuencia y gravedad de los conflictos interpersonales y un aumento en la cohesión social, donde los miembros de la comunidad colaboran y se apoyan mutuamente.
- **Impacto en la salud mental:** La reducción de conflictos y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales contribuyen a una mejora general en el bienestar emocional y a una disminución en los niveles de ansiedad y estrés comunitario.

d. Fortalecimiento del Apoyo Social

El trabajo grupal y comunitario dentro de la Terapia Racional Emotiva Conductual tiene como resultado la creación y consolidación de **redes de apoyo social**. Estas redes son esenciales para promover un sentido de pertenencia y seguridad dentro de la comunidad.

- **Resultado esperado:** Aumento de la colaboración entre los miembros de la comunidad, donde las personas se sienten más apoyadas y acompañadas en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
- **Impacto en la salud mental:** La presencia de una red de apoyo social sólida disminuye la percepción de aislamiento, que es un factor de riesgo importante en el desarrollo de problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

6.10. Medición de indicadores: cohesión social, resolución de conflictos y bienestar emocional

Para evaluar el éxito de una intervención basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual, es fundamental medir ciertos indicadores clave que permitan cuantificar el impacto en la comunidad. A continuación, se presentan los indicadores más relevantes para evaluar los cambios en la cohesión social, la resolución de conflictos y el bienestar emocional.

Indicador 1: Cohesión social

La **cohesión social** es un indicador del grado de conexión y colaboración entre los miembros de una comunidad. Una comunidad con alta cohesión social se caracteriza por la solidaridad, la confianza y el apoyo mutuo.



- **Método de medición:** Encuestas y entrevistas estructuradas que evalúen la percepción de apoyo social, la participación en actividades comunitarias y la confianza entre los miembros de la comunidad.
- **Ítems de evaluación:**
 - Frecuencia de interacciones sociales entre los miembros de la comunidad.
 - Participación en actividades grupales y comunitarias.
 - Percepción de apoyo social disponible en momentos de crisis.

Indicador 2: Resolución de conflictos

La capacidad de una comunidad para **resolver conflictos** de manera efectiva es un indicador del éxito en la implementación de creencias racionales que promuevan el diálogo y la cooperación.

- **Método de medición:** Observación de las interacciones en situaciones de conflicto dentro de la comunidad, así como la recopilación de datos a través de cuestionarios sobre la frecuencia y manejo de conflictos.
- **Ítems de evaluación:**
 - Frecuencia de conflictos interpersonales o grupales antes y después de la intervención.
 - Métodos utilizados para resolver conflictos (violencia, negociación, mediación).
 - Percepción de la efectividad de las soluciones implementadas.

Indicador 3: Bienestar emocional

El **bienestar emocional** es uno de los principales objetivos de la Terapia Racional Emotiva Conductual. Este indicador mide los niveles de estrés, ansiedad, depresión y satisfacción personal dentro de la comunidad.

- **Método de medición:** Cuestionarios estandarizados como el Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff o el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), adaptados



al contexto cultural, pueden ser utilizados para evaluar los niveles de bienestar emocional de los participantes.

- **Ítems de evaluación:**

- Niveles de ansiedad, estrés y depresión autorreportados.
- Percepción de satisfacción con la vida y sentido de autoeficacia.
- Frecuencia de pensamientos irracionales o autodestructivos.

Indicador 4: Participación y empoderamiento comunitario

Un **aumento en la participación activa de la comunidad** en la resolución de sus propios problemas es un indicador clave del empoderamiento logrado a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual.

- **Método de medición:** Evaluación de la participación en actividades comunitarias, proyectos colectivos y toma de decisiones.

- **Ítems de evaluación:**

- Número de participantes en talleres y grupos de apoyo post-intervención.
- Iniciativas comunitarias lideradas por los propios miembros de la comunidad.
- Percepción de los participantes sobre su capacidad de influir en el bienestar comunitario.

6.11. Evaluación cualitativa y cuantitativa del impacto de la Terapia Racional Emotiva Conductual

La evaluación del impacto de la intervención basada en la Terapia Racional Emotiva Conductual debe incluir tanto métodos cualitativos como cuantitativos. La combinación de estos enfoques proporciona una visión integral del éxito de la intervención y permite ajustar las estrategias para futuras implementaciones.



- **Evaluación cualitativa:** Entrevistas en profundidad y grupos focales para explorar las experiencias subjetivas de los miembros de la comunidad, los cambios percibidos en las dinámicas sociales y emocionales, y la efectividad de las creencias racionales adoptadas.
- **Evaluación cuantitativa:** Análisis estadísticos de los datos recolectados a través de encuestas y cuestionarios, midiendo el progreso en los indicadores clave antes, durante y después de la intervención.

Adaptación y ajustes de la intervención

Finalmente, es importante reconocer que la evaluación del impacto no es solo un proceso de medición, sino también una oportunidad para ajustar y mejorar las estrategias de intervención. Basándose en los resultados obtenidos, los facilitadores de la Terapia Racional Emotiva Conductual pueden adaptar las técnicas y dinámicas grupales, ajustar el enfoque según las necesidades emergentes y desarrollar nuevas formas de empoderar a las comunidades para lograr un cambio sostenible.

En resumen, los resultados esperados de la intervención con Terapia Racional Emotiva Conductual en contextos comunitarios deben ser evaluados de manera rigurosa y continua, no solo para medir su impacto en la salud mental y social de los participantes, sino también para asegurar que los cambios positivos se mantengan a largo plazo.



07.

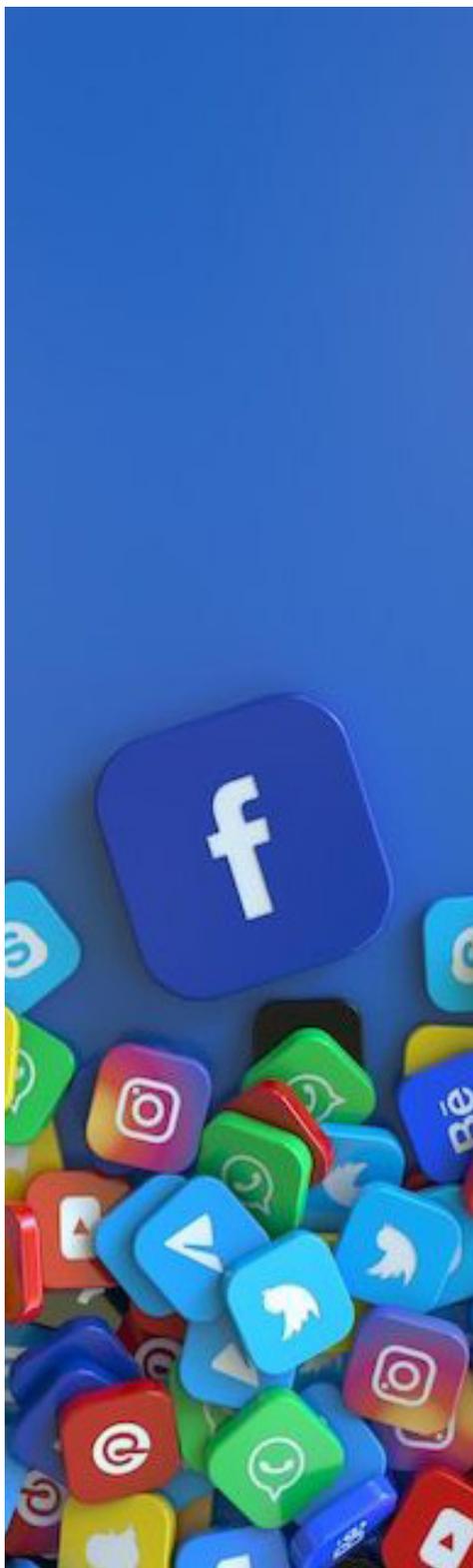
LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL EN UN MUNDO DE REDES SOCIALES E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

“La tecnología une al mundo como una aldea global, y en esa interconexión encontramos la oportunidad de reconstruirnos no solo como individuos, sino como comunidades interdependientes donde el pensamiento compartido puede moldear un futuro común”.

Marshall McLuhan

7.1. Redes sociales y el impacto en la salud mental

El mundo contemporáneo está profundamente transformado por las tecnologías digitales, especialmente por el uso masivo de redes sociales y la integración cada vez mayor de la inteligencia artificial (IA) en diversos aspectos de la vida diaria. Estas innovaciones han impactado la forma en que las personas interactúan, se comunican y toman decisiones, generando



tanto oportunidades como desafíos en el ámbito de la salud mental. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) debe adaptarse a este nuevo contexto digital para abordar las demandas emocionales y sociales que surgen en un entorno tan dinámico.

Las redes sociales han alterado significativamente la manera en que las personas se relacionan consigo mismas y con los demás. Aunque estas plataformas ofrecen oportunidades para la comunicación, el aprendizaje y el empoderamiento, también son una fuente de estrés, ansiedad y otros problemas emocionales que pueden ser abordados mediante la Terapia Racional Emotiva Conductual.

a. Creencias irracionales potenciadas por las redes sociales.- Uno de los efectos más notorios de las redes sociales es la tendencia a la comparación social constante, lo que puede llevar a la construcción de creencias irracionales. Las plataformas como Instagram, X, TikTok y Facebook a menudo promueven ideales de vida y éxito que son inalcanzables o distorsionados. Este fenómeno puede generar creencias tales como: “Si no tengo la vida perfecta que veo en redes, soy un fracaso”; o “Debo ser aceptado por todos en las redes sociales para tener valor como persona.”

La Terapia Racional Emotiva Conductual puede ayudar a las personas a identificar y desafiar estas creencias irracionales. La intervención terapéutica podría centrarse en cuestionar la veracidad y la lógica de las comparaciones sociales poco realistas, reforzando creencias racionales como: “Mi valor no depende de la aprobación de otros en las redes”; o “Lo que veo en las redes no siempre refleja la realidad”.

b. La sobrecarga de información y ansiedad.- El acceso constante a información en tiempo real y el bombardeo de noticias a través de redes sociales puede generar un estado de ansiedad crónica. Las personas pueden desarrollar creencias irracionales relacionadas con la necesidad de estar permanentemente conectados o de estar informados de cada evento que ocurre a nivel global.

La Terapia Racional Emotiva Conductual puede ser útil para ayudar a las personas a gestionar la sobrecarga de información, promoviendo la idea de que: “No es necesario saber todo lo que ocurre para estar bien”; y fomentando la



capacidad de priorizar el autocuidado emocional en lugar de sentirse abrumado por el flujo constante de datos.

c. El ciberacoso y la autoestima.- El ciberacoso, facilitado por el anonimato que permiten las redes sociales, es otro fenómeno que puede afectar gravemente la autoestima y la salud mental de los usuarios, especialmente adolescentes y jóvenes. Las víctimas de ciberacoso suelen desarrollar creencias irracionales como: “Si me critican en línea, es porque no valgo nada”; o “Nadie me respeta, por lo que no merezco ser feliz.”

Mediante la reestructuración cognitiva, la Terapia Racional Emotiva Conductual puede ayudar a las personas afectadas por el ciberacoso a modificar estas creencias, fortaleciendo su autoestima a través de ideas más racionales como: “Las opiniones de los demás no determinan mi valor”; y “Puedo manejar las críticas de manera constructiva sin dejar que me destruyan emocionalmente.”

7.2. Inteligencia artificial y Terapia Racional Emotiva Conductual

La inteligencia artificial está transformando el campo de la salud mental y la terapia psicológica. La IA puede integrarse en el proceso terapéutico para mejorar la implementación y el alcance de la Terapia Racional Emotiva Conductual, ofreciendo nuevas herramientas para la detección de creencias irracionales, el seguimiento del progreso y la personalización del tratamiento.

a. Chatbots y terapia automatizada.- Uno de los desarrollos más relevantes en el campo de la IA aplicada a la salud mental es el uso de chatbots terapéuticos, diseñados para ofrecer soporte emocional y orientación en tiempo real. Estos sistemas basados en IA pueden utilizar principios de la Terapia Racional Emotiva Conductual para ayudar a los usuarios a identificar creencias irracionales y proponer alternativas racionales.

- **Ventajas de la Terapia Racional Emotiva Conductual con IA:** Los chatbots pueden ofrecer una intervención inmediata en momentos de crisis o malestar emocional, guiando al usuario a través de los pasos de la Terapia Racional Emotiva Conductual para cuestionar sus



creencias. Además, pueden proporcionar ejercicios y recursos de autoayuda que fomenten la reflexión y el cambio de pensamiento.

- **Limitaciones:** A pesar de su utilidad, los chatbots no pueden reemplazar la intervención de un terapeuta humano en casos complejos o cuando se requiere un nivel más profundo de empatía y comprensión. Los chatbots también deben ser ajustados para evitar respuestas mecanizadas que no se adapten al contexto emocional específico del usuario.

b. Algoritmos de Personalización Terapéutica.- La inteligencia artificial permite el desarrollo de algoritmos de personalización que adaptan las intervenciones terapéuticas según las necesidades y características individuales de cada usuario. En el caso de la Terapia Racional Emotiva Conductual, estos algoritmos pueden analizar patrones de pensamiento y comportamiento a partir de datos recopilados en sesiones terapéuticas previas o interacciones en línea.

- **Aplicación a la Terapia Racional Emotiva Conductual:** Utilizando datos de registros terapéuticos y autoevaluaciones, los algoritmos pueden identificar áreas problemáticas específicas, como creencias irracionales recurrentes, y sugerir intervenciones personalizadas. Esto aumenta la eficiencia del tratamiento, ya que el enfoque se ajusta constantemente según el progreso del usuario.
- **Consideraciones éticas:** El uso de IA en terapias personalizadas plantea preocupaciones sobre la privacidad y el manejo de datos sensibles. Es crucial que estas herramientas respeten las normativas de protección de datos y que los usuarios estén plenamente informados sobre cómo se utilizan sus datos en el proceso terapéutico.

c. Análisis de Big Data para la Identificación de Patrones Comunitarios.- El análisis de big data permite a los investigadores y terapeutas obtener una visión más completa sobre los patrones emocionales y cognitivos de grandes poblaciones. En contextos comunitarios, la Terapia Racional Emotiva Conductual puede beneficiarse de esta tecnología para identificar las **creencias irracionales prevalentes** en determinados grupos, lo que facilita el diseño de intervenciones adaptadas cultural y contextualmente.



- **Intervención en comunidades digitales:** Las plataformas digitales pueden recolectar datos sobre el lenguaje emocional utilizado en las redes sociales de una comunidad. Estos datos pueden ser analizados para identificar indicadores de malestar emocional generalizado, como pensamientos irracionales sobre la inseguridad económica o la violencia. Con esta información, los programas de intervención basados en la Terapia Racional Emotiva Conductual pueden focalizarse en transformar estas creencias y promover el bienestar emocional colectivo.

7.3. Oportunidades y desafíos de la Terapia Racional Emotiva Conductual en un mundo digitalizado

La expansión de las redes sociales y la inteligencia artificial representa tanto oportunidades como desafíos para la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual. La posibilidad de utilizar herramientas digitales para llegar a un mayor número de personas y ofrecer intervenciones personalizadas es inmensa, pero al mismo tiempo, el impacto negativo de las redes sociales y la creciente dependencia de la tecnología pueden exacerbar problemas de salud mental.

Oportunidades:

- **Accesibilidad:** Las plataformas digitales permiten que la Terapia Racional Emotiva Conductual llegue a poblaciones que tradicionalmente no han tenido acceso a servicios de salud mental, ya sea por razones geográficas, económicas o sociales.
- **Intervención inmediata:** Los chatbots y las aplicaciones móviles permiten una intervención en tiempo real, brindando apoyo a los usuarios cuando más lo necesitan.
- **Datos para la mejora continua:** El uso de IA y big data ofrece una herramienta poderosa para personalizar las intervenciones y medir el impacto a gran escala.

Desafíos:

- **Deshumanización de la terapia:** Aunque la IA puede facilitar el acceso a la Terapia Racional Emotiva Conductual, existe el riesgo de que las intervenciones pierdan el



componente humano esencial en el proceso terapéutico, lo que podría afectar la efectividad del tratamiento.

- **Dependencia de la tecnología:** A medida que las personas se vuelven más dependientes de las plataformas digitales para manejar su bienestar emocional, surge el riesgo de que se reduzca la capacidad de introspección y resolución de problemas fuera de estos entornos.
- **Efectos psicológicos de las redes sociales:** La exposición constante a redes sociales puede fomentar creencias irracionales difíciles de combatir, dado el flujo continuo de información sesgada, comparaciones sociales y ciberacoso.

7.4. El futuro de la Terapia Racional Emotiva Conductual en el mundo digital

El futuro de la Terapia Racional Emotiva Conductual en el contexto de las redes sociales y la inteligencia artificial requiere una combinación equilibrada de herramientas tecnológicas y la intervención humana. La tecnología puede ser una aliada poderosa en la expansión y adaptación de la Terapia Racional Emotiva Conductual, pero es esencial mantener el enfoque centrado en el ser humano para asegurar que las intervenciones sean emocionalmente significativas y culturalmente relevantes.

Los terapeutas deberán estar capacitados en el uso de herramientas digitales para complementar su práctica y, al mismo tiempo, desarrollar una comprensión profunda de los nuevos problemas emocionales que surgen en el mundo digital. De esta manera, la Terapia Racional Emotiva Conductual puede seguir siendo una terapia eficaz para abordar tanto las creencias irracionales individuales como los desafíos sociales y emocionales más amplios que plantea la era digital.



- Acevedo, J. (2016). Eficacia de un programa de terapia de arte para disminuir el nivel de agresividad en un grupo de adolescentes institucionalizadas en el hogar "Madre Nazaria" cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años. (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar.
- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. Greenberg.
- Adler, A. (1929). *The science of living*. Greenberg.
- Aguilar, M. (2017). Programa cognitivo conductual y disminución de conductas agresivas en estudiantes de la institución educativa particular Harvard College de Piura (Tesis de maestría). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo,
- Amaral, M., Maia, F., & Bezerra, C. R. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 17-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339643529001.pdf>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Guilford
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Terapia cognitiva del trastorno de la personalidad*. Paidós.
- Bernard, M. (2011). *Rationality and the pursuit of happiness: The legacy of Albert Ellis*. Wiley-Blackwell.
- Bouton, M. E. (2002). Contexto, ambigüedad y desaprendizaje: fuentes de recaída después del comportamiento extinción. *Psiquiatría biológica*, 52 (10), 976 - 986. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12437938/>





- Castañeda, Y., & Ligan, W. (2018). Efectos de un programa de terapia racional emotiva conductual en la agresividad de estudiantes de tercer grado del nivel secundario de una institución educativa privada de Cajamarca. (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
- Céspedes, K. K. (2017). Aplicación de un programa de Terapia Cognitiva Conductual en adolescentes y jóvenes con depresión provenientes de la *Universidad Privada San Juan Bautista*. (Tesis previa a la obtención de Maestra en Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos psicológicos y psiquiátricos). Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Chávez, A. (2015). Albert Ellis (1913-2007): La vida y obra de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicología*, 5(1), 135-146. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8541608&orden=0&info=link>
- Colop, A. (2016). Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa. (Trabajo de grado). Universidad Rafael Landívar.
- Corsini, R. J., & Dumont, F. (2003). *Seis terapeutas y un paciente*. El Manual Moderno.
- Corsini, R., & Wedding, D. (2013). *Current Psychotherapies*. Cengage Learning.
- Cové, E. (1923). *My method*. Doubleday.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). *Optimización del aprendizaje inhibitorio durante la terapia de exposición*. *Behavior Research and Therapy*, 46(15 - 27). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8541608&orden=0&info=link>
- David, D., Lynn, S., & Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs*. Oxford Press.
- Dryden, W., & Ellis, A. (1987). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1949). Towards the improvement of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Review*, 36, 123-143. <https://psycnet.apa.org/record/1949-04534-001>
- Ellis, A. (1950). An introduction to the principles of scientific psychoanalysis. *Genetic Psychology Monographs*, 41, 147-212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15411973/>

- Ellis, A. (1956a). The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 191-195. <https://doi.org/10.1037/h0044762>
- Ellis, A. (1956b). An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis. En, H. Feigl & M. Scriven (Eds.), *Minnesota studies in the philosophy of science*. Vol. I.: The foundations of science and concepts of psychology and psychoanalysis. University of Minnesota Press.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 59, 35-49. <https://doi.org/10.1080/00221309.1958.9710170>
- Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1968). What really causes therapeutic change? *Voices*, 4 (2), 90-97. <https://psycnet.apa.org/record/1970-05219-001>
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 9(3), 139-172. <https://doi.org/10.1007/BF01061227>
- Ellis, A. (1998). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2000). **Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted**. Paidós.
- Ellis, A. (2005). *Pregunte a Albert Ellis*. Ed. Obelisco
- Ellis, A. (2006). *El camino de la tolerancia: la filosofía de la Terapia Racional Emotiva- Conductual*. Ediciones Obelisco.
- Ellis, A. (2010). *All out: an autobiography*. Prometheus Books.
- Ellis, A., & Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. Wilkshire.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Plenum Press.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. PrenticeHall.





- Ellis, A., & Tafrate, R. C. (2013). *Controle su ira antes de que ella le controle a usted: cómo dominar las emociones destructivas*. Grupo Planeta.
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer.
- Eseadi, C., Anyanwu, J. I., Ogbuabor, S. E., & Ikechukwu, A. B. (2015). Effects of Cognitive Restructuring Intervention Program of Rational-Emotive Behavior Therapy on Adverse Childhood Stress in Nigeria. *Journal of Rational-Emotive-Cognitive-Behavior Therapy*, 34(1), 51–72. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-015-0229-4>
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. Pocket Books
- Freire, K. (2019). *Plan de intervención para adultos con déficit de habilidades sociales desde la terapia racional emotiva*. (Tesis de grado). Universidad Técnica de Machala.
- Froggatt, W. (2005). A brief introduction to Rational Emotive Behaviour Therapy. <https://www.drwinogron.com/articles/Brief-Intro-To-REBT.pdf>
- Fuller, J. R., DiGiuseppe, R., O'Leary, S., Fountain, T., & Lang, C. (2010). An open trial of a comprehensive anger treatment program in an outpatient sample. *Behav Cogn Psychother.*, 38 (4), 485 - 490. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420758/>
- Grández, R. (2017). *Creencias irracionales en estudiantes del primer ciclo de una Universidad Privada de Lima Metropolitana*. (Trabajo para la obtención del título de Licenciado en Psicología). Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Grodnitzky, G. R., & Tafrate, R. (2001). Imaginal exposure for anger reduction in adult patients: a pilot study. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 259 - 291. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11494961/>
- Hatzenbuehler, L. C. (1986). Research methods in clinical psychology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17(4).
- Horney, K. (1939). *The neurotic personality of our time*. Norton.
- Jalali, A., Heydarpour, S., Tohidinejad, F., & Salari, N. (2020). Cognitive-behavioral counseling and mental health of pregnant women. *Heliyon*, 6(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32140586/>

- Kaufman, M. (2007). Albert Ellis, 93, Influential psychotherapist. The New York Times. <http://www.nytimes.com/2007/07/25/nyregion/25ellis.html?pagewanted=all&r=0>
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
- Lega, L., & Pereira, M. (2005) *Albert Ellis Bibliography: 1945-2005*. Albert Ellis Institute.
- Lega, L., & Velten, E., (2006). *The life and work of Albert Ellis*. Albert Ellis Institute.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis A. (2009) *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Siglo XXI de España, editores S.A.
- Lega, L., Sorribes, F., & Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórico práctica actualizada*. Paidós.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2019). Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body Image*, 309-320. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31519523/>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- López, B., Rodríguez, E., & Vázquez. F. (2012). Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ira. *Revista Mexicana de Psicología*, 29 (1), 97-103. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243030189009>
- López, E. (2015). *Ideas irracionales y su influencia en las conductas agresivas de los estudiantes de los primeros cursos de bachillerato en los colegios fiscales urbanos del Cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua. (Tesis pregrado)*. Universidad Técnica de Ambato.





- Maples-Keller, J. L., Yasinski, C., Coghlan, C., & Powers, A. (2019). Treatment of antagonism: Cognitive behavioral therapy. En, J. D. Miller & D. R. Lynam, *The handbook of antagonism: Conceptualizations, assessment, consequences, and treatment of the low end of agreeableness*. (pp. 351–364). Elsevier Academic Press.
- Martínez, J. (2018). *Terapia Racional Emotiva Conductual para Ansiedad y síndrome de Burnout en cuidadores de niños y adolescentes con cáncer, que asisten a FANLYC*. (Tesis de maestría). Universidad de Panamá.
- Navarro, R. (2006). *Psicoenergética, Método de psicoterapia corporal para integrar las emociones y el cuerpo*. Editorial Pax, Librería Carlos Cesarman, S.A.
- Navas, J. (1998) *Procesos e innovaciones de la Terapia Racional Emotivo Conductual*. Editorial Psypro.
- Nwamaka, K. C., Onuigbo, L., Eseadi, C., Ikechukwu, A. B., Nwaubani, O. O., Fedinand, P., & Utoh, A. N. (2016). Effects of Rational-Emotive Hospice Care Therapy on Problematic Assumptions, Death Anxiety, and Psychological Distress in a Sample of Cancer Patients and Their Family Caregivers in Nigeria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5036761/>
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. CENGAGE Learning.
- Ortega, J. A., & Climent, A. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617822004.pdf>
- Ovejero, M., Cardenal, V., & Ortiz, M. (2016). Fortalezas humanas y bienestar biopsicosocial: Revisión sistemática. *Escritos de Psicología (Internet)*, 9(3), 4-14. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092016000300002
- Pucheu, A. (2014). *Desarrollo y Eficacia Organizacional: Cómo apoyar la creación de capacidades en individuos, grupos y organizaciones*. Ediciones UC.

- Puello, M., Silva, M., & Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 10(2), 225-246. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n2/v10n2a04.pdf>
- Quemaduras, DD (1980). *Sentirse bien: la nueva terapia del estado de ánimo*. William Morrow. Clark.
- Reyes, U. (2015). Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad. Tutor Formación.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Acde.
- Rodríguez, E. (2019). TREC: qué es y en qué se basa este tipo de terapia. *Portal Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clinica/trec>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. PrenticeHall.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Desclée De Brouwer.
- Sartori, M. S., & López, M. C. (2016). Habilidades sociales: Su importancia en mujeres con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1055-1067. <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2591>
- Turner, R. (2007). Programa de Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada al manejo de la ira en adolescentes. (Tesis de maestría). Universidad de Panamá.
- Valera, M., Buil, L., Rigo, E., Casero, A., & Aguilar, E. (2016). Habilidades sociales en preadolescentes con trastorno específico del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36(2), 55-63. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021446031500042X>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Terapia de esquema: guía de un profesional*. Guilford Press.





Heriberto Enrique Luna Alvarez

Psicólogo Clínico. Tiene una Maestría en Gerencia en Servicios de Salud y otra maestría en Psicología Clínica con mención en Emergencias y desastres. Es Doctor en Ciencias Pedagógicas de la Universidad de Cienfuegos (Cuba). Ha participado en proyectos de investigación y vinculación. Posee algunas publicaciones como libros y artículos en revistas indexadas y fue ponente en varios eventos científicos. Ha sido tutor de trabajos de titulación de grado y posgrado. Actualmente es Docente de la Universidad Metropolitana en la sede Machala.



Xavier Eduardo Franco Chóez

Psicólogo Clínico. Tiene una Maestría en Mediación Familiar, Laboral y Organizacional y otra maestría en Psicoterapia con mención en Terapias de Tercera Generación. Tiene una Certificación Avanzada en Terapia Racional Emotiva Conductual otorgada por el Albert Ellis Institute de NYC. Se encuentra culminando sus estudios doctorales en Psicología. Posee algunas publicaciones en revistas indexadas y ha sido ponente en varios eventos científicos. Actualmente es Docente de la Universidad Técnica de Babahoyo.



Este libro presenta un enfoque integral de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) aplicada desde lo individual hacia lo comunitario, orientado a promover estilos de vida saludables y hábitos sostenibles en las poblaciones más vulnerables de Ecuador, como las que hay zonas rurales de la región costa y sierra de este país. Muchos de los proyectos de vinculación e investigación se beneficiarán de la propuesta que parte del modelo de Albert Ellis. A través de un análisis multidimensional, se exploran estrategias que combinan la TREC con herramientas contemporáneas como las redes sociales y la inteligencia artificial, buscando impactar de manera efectiva en las realidades urbanas, costeras y rurales del país. En el contexto de la psicología comunitaria, el enfoque propuesto destaca la importancia de abordar las creencias irracionales y patrones de pensamiento disfuncionales que perpetúan prácticas no saludables en estas comunidades. Se prioriza la construcción de intervenciones que respeten las particularidades culturales y sociales de cada región, fomentando la resiliencia, el autocuidado y la cohesión social. Además, el uso estratégico de redes sociales se plantea como un medio para la difusión de mensajes educativos y el refuerzo de conductas saludables, mientras que la inteligencia artificial se integra como una herramienta para personalizar intervenciones y monitorear el progreso de las comunidades en tiempo real. Este modelo ofrece una propuesta innovadora para la psicología comunitaria, centrada en el empoderamiento colectivo y el bienestar sostenible, adaptado a los desafíos contemporáneos.

SOPHIA
EDITIONS 

ISBN: 979-8-9916990-9-9



9 798991 699099 >