

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

---

**Albert Ellis**

---

# **Una terapia breve más profunda y duradera**

---

**Enfoque teórico de la terapia  
racional emotivo-conductual**

---

Albert Ellis

# UNA TERAPIA BREVE MÁS PROFUNDA Y DURADERA

*Enfoque teórico de la  
terapia racional emotivo-conductual*



PAIDÓS

Barcelona  
Buenos Aires  
México

Título original: *Better, Deeper and More Enduring Brief Therapy*, de Albert Ellis  
Esta edición ha sido publicada por acuerdo con Taylor & Francis Group LLC,  
a través de The Marsh Agency Ltd. y con la colaboración de International Editors' Co.

*1.ª edición, 1999*

*1.ª edición en esta presentación, noviembre de 2018*

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© The Institute for Rational-Emotive Therapy, 1996

© de la traducción, Isabel Custodio, 1999

© de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U., 1999

Avda. Diagonal, 662-664

08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

ISBN 978-84-493-3507-5

Depósito legal: B. 22.646-2018

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro  
y está calificado como papel ecológico.

Impreso en España – *Printed in Spain*

## SUMARIO

Agradecimientos .....	11
Sobre el autor .....	13
1. Introducción .....	15
2. Qué <i>es</i> exactamente la terapia racional emotivo-conductual ...	25
3. Indagar acerca de los problemas emocionales «profundos» ...	35
4. Descubrir los antecedentes importantes que conducen al trastorno .....	43
5. Cómo enfrentarse a los verdaderos traumas que los clientes experimentan en sus vidas .....	53
6. Explorando el sistema de creencias de los clientes: imposiciones impulsadas por uno mismo .....	61
7. Tratar a los clientes con problemas autoevaluativos de una forma «profunda» e «intensa» .....	83
8. Plantear las exigencias hostiles y airadas que los clientes dirigen a los demás .....	89
9. Plantear las imposiciones referentes a una baja tolerancia a la frustración .....	97
10. Uso de los métodos emotivos de la REBT en pos de un cambio profundo e intenso .....	105
11. Métodos conductuales para conseguir una psicoterapia breve e intensa .....	129

12. Métodos para una terapia breve pero menos profunda e intensa	145
13. Más métodos para una terapia breve pero menos profunda e intensa .....	179
14. Métodos de terapia breve mejores, más profundos e intensos ..	211
15. Transcripción literal de una primera sesión de terapia breve según la REBT .....	253
16. Algunas conclusiones .....	275
Bibliografía .....	295
Índice de nombres .....	327
Índice analítico .....	331



## CAPÍTULO 1

### INTRODUCCIÓN

Permítaseme intentar algo imposible: describir un método de psicoterapia que sea intrínsecamente breve y que pretenda ayudar a las personas a conseguir un intenso cambio de corte profundamente filosófico y emocional, la terapia racional emotivo-conductual (REBT). ¿Lo encuentra ridículo? Bueno, podría ser. Pero en todo caso no demasiado. La REBT, junto con sus hermanas, primas y tías – conocidas normalmente como terapia cognitiva (CT, por sus siglas inglesas Cognitive Therapy) o terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas inglesas Cognitive Behavior Therapy)– ha demostrado ya de una forma experimental que, a menudo (¡no siempre!), los clientes pueden mejorar significativamente en un periodo relativamente corto de tiempo (de 10 a 20 sesiones), ya sea en terapia individual o grupal.<sup>1</sup>

¿Qué hábil, eh? Sí, pero como les mostraré más adelante, existen otros métodos en psicoterapia que también pueden ser breves y eficaces (¡a pesar de ser, algunos de ellos, condenadamente «no racionales»!). Disponemos de pocos estudios experimentales para probar todos estos métodos, pero en cambio, disponemos de gran cantidad de historias clínicas y observaciones.

La cuestión es: ¿de verdad la REBT (y la CBT) puede ayudar a la gente a producir un cambio emocional y conductual *más profundo y duradero* que otros métodos populares de terapia? Y yo contestaré, desde un punto de vista absolutamente sesgado: «Sí, puede». Pero añadiré también: son muy pocos los estudios que así lo demuestran, y ninguno de ellos parece poseer demasiada firmeza y entusiasmo. Esperemos que futuros estudios puedan decir con mayor exactitud si mi hipótesis se cumple o no.

Mientras tanto, y a la luz de mis 52 años de experiencia con numerosas formas de terapia –especialmente con terapias eclécticas, psicoanalíticas y terapia racional emotiva– me permito defender y presentar esta hipótesis. Seré

1. Beck, 1991; DiGiuseppe, Miller y Trexler, 1979; Dobson, 1989; Elkin, Shea y otros, 1989; Ellis, 1957b, 1979c; Engels, Garnefski y Diekstra, 1993; Haaga y Davison, 1989; Hajzler y Bernard, 1991; Hollon y Beck, 1994; Lipsey y Wilson, 1993; Lyons y Woods, 1991; McGovern y Silverman, 1984; Silverman, McCarthy y McGovern, 1922; M.L. Smith y Glass, 1977; M.L. Smith, Glass y Miller, 1980; Steenberger, 1994.

más específico: si se practica la REBT según las líneas maestras que voy a definir en este libro, ésta puede ayudar significativamente a los clientes a reducir sus problemas neuróticos en un número relativamente corto de sesiones (desde 1 hasta 20), y con más frecuencia de lo que son capaces otras formas populares de psicoterapia (especialmente con terapia psicodinámica o terapia centrada en el cliente), puede ayudar a los clientes a experimentar un profundo cambio a nivel tanto filosófico como emocional y conductual, haciéndoles sentir menos trastornados y *menos susceptibles* de sufrir un trastorno.<sup>2</sup>

Casi nada, ¿no? Sí, pero esperen a ver mis «datos». Les presentaré teorías, práctica, sesiones en vivo y otros materiales para fundamentar parcialmente mis presuposiciones (¿demasiado pretenciosas?). Considérelas. Piense en ellas. Trabaje con sus clientes con las que se sienta mejor. Saque sus propias conclusiones. No crea en mi palabra *al pie de la letra*. Siendo algo posmodernista (y relativista), «sé» que no puedo «demostrar» nada de manera absoluta. Tan sólo puedo tratar de convencerle, y de reafirmar mi *propia* convicción. Así que escúcheme hasta el final. Y exponga su propio veredicto. De todas maneras, ya iba a hacerlo...

Como cientos de casos clínicos se han encargado de mostrar, la psicoterapia —y especialmente la terapia psicoanalítica— conlleva un gran número de sesiones. Y aunque se muestren perseverantes, la mayoría de los clientes siguen la terapia solamente entre 5 y 10 sesiones. A menudo en ese «corto» periodo de tiempo mejoran significativamente.<sup>3</sup> Por ésta y otras razones obvias, miles de terapeutas que han trabajado desde Mesmer, Charcot, Freud y Janet hasta nuestros días han intentado elegir modelos más breves de terapia, publicando investigaciones en las que se hablaba de la «bondad» de estos métodos.<sup>4</sup> Afortunadamente —o puede que para usted, desgraciadamente— sus modelos de terapia breve difieren bastante.

Algunos clínicos abogan por el uso de una relación altamente «positiva» o «transferencia» positiva con los clientes,<sup>5</sup> y otro gran número de clínicos

2. Bernard y Wolfe, 1993; Dryden, 1994a, 1994b; Dryden y DiGiuseppe, 1990; Dryden y Hill, 1993; Dryden y Neenan, 1995; Dryden y Yankura, 1992; Ellis, 1962, 1972b, 1972c, 1973b, 1979d, 1980d, 1983c, 1991b, 1994c, 1995a; Ellis y Abrams, 1994; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Bernard, 1985; Ellis y Velten, 1992; Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992.

3. Bellak y Small, 1977; Bloom, 1991; Budman, Hoyt y Friedman, 1992; Cade y O'Hanlon, 1993; de Shazer, 1985; Ellis, 1992a; Goulding, 1992; Janis, 1983; Kleinke, 1993; Koss y Shiang, 1994; O'Hanlon y Beadle, 1994; O'Hanlon y Wilk, 1987; Phillips y Wiener, 1966; Rosenbaum, 1994; Small, 1979; Wolberg, 1965; Zeig y Gilligan, 1990.

4. Bellak y Small, 1977; Ellenberger, 1970; Janis y Mann, 1977; Kardiner, 1941; Koss y Shiang, 1994; Small, 1979; Wolberg, 1965; Zeig y Gilligan, 1990.

5. Bellak y Small, 1977; Fenichel, 1954; Sifneos, 1972; Slater, 1964; Small, 1979; Wolberg, 1965.



optan más por una confrontación directa, el uso de la presión ambiental, y el enfoque rápido en aspectos preconscientes o inconscientes.<sup>6</sup> Hay pocas terapias que se inclinen exclusivamente por uno u otro modelo de terapia, y la mayoría acaban optando por un uso *selectivo* de diferentes métodos. ¡Bien!

Son muchos y cada vez más a menudo, sin embargo, los que abogan por modelos de terapia breve que ayuden específicamente en casos de estrés, y, personalmente, yo me encuentro entre ellos. Encontrar exactamente qué técnicas son las que funcionan mejor para qué clientes y bajo qué circunstancias es lo que realmente importa para conseguir una práctica efectiva.<sup>7</sup> Pero fijémonos bien: la mayoría de nosotros –incluido yo mismo– *creemos* firmemente en el hecho de que el método A, B o C suele funcionar mejor para la mayoría de clientes la mayoría de las veces, y que siendo así, usamos preferiblemente estos métodos. Éstas suelen ser nuestras técnicas favoritas, en las que estamos más entrenados y con las que nos sentimos más cómodos. Cuando nos encontramos con, o aparecen clientes difíciles (DC) aquellos a quienes *no les sirven* demasiado las técnicas A, B o C, *entonces* intentamos utilizar métodos como el D, E o F (o X, Y, Z), y así sucesivamente.

Y yo hago lo mismo. Cuando estoy ante clientes «normales» o «promedio», utilizo generalmente (que no siempre) los métodos más científicamente probados y eficaces de la REBT, a nivel experimental y tentativo. Si funcionan –cosa que suele suceder–, sigo adelante con ellos; y más adelante voy introduciendo otros métodos. Apruebo totalmente el punto de vista de Aubrey Yates al considerar cada sesión como un *experimento*.<sup>8</sup> Así, partiendo de algunos de estos experimentos, puedo minimizar la importancia de mis métodos A, B o C favoritos, y añadir o sustituirlos por otros «mejores».

Así es como voy a trabajar en este libro. Primero describiré los métodos de la REBT que más ayudan a la gente a reducir sus síntomas neuróticos y a llevar una vida más satisfactoria, tanto a nivel individual como social. Describiré especialmente qué métodos son los que ayudan de una forma «elegante» a la gente a sentirse más efectiva, entendiendo por «elegante» la posibilidad de que llegue a sentirse *menos susceptible* al trastorno.<sup>9</sup> Pero asumiendo que hasta mis mejores planes de intervención (o los que usted utilice) pueden salir mal, me verá obligado a trazar o dibujar determinados enfoques alternativos que seguramente se acercarán al objetivo

6. De Shazer, 1985; Erickson, 1980; Erickson y Rossi, 1979; Goulding, 1992; Haley, 1963, 1973, 1990; Watzlawick, 1978.

7. Blatt y Felsen, 1993; Corsini, 1989; Ellis, 1984a, 1989b, 1994e; Young, 1984; Zilbergeld, 1983.

8. Yates, 1970.

9. Véase la nota 2.

propuesto. ¡Eso espero! También hablaré de las razones por las cuales tanto mis mejores sugerencias como las que resulten menos viables (o no tan viables como las otras) pueden resultar desaconsejables o perjudiciales. Voy a tratar de abarcarlo todo, ¡ya lo verán!

¿Y qué pasa con las aplicaciones de la terapia breve a los modos particulares de terapia, como es el caso de la terapia de grupo, de pareja, de familia, sexual u otras? Las incluiré en muchos de los ejemplos que voy a ofrecer, ya que se ha demostrado que la REBT resulta bastante efectiva en la mayoría de estas áreas problemáticas.<sup>10</sup> En aras de la claridad, sin embargo, debo decir que haré especial hincapié en los métodos efectivos de una terapia breve individual mejor y más intensa, y que no voy a incluir apartados especiales para otros modelos importantes de consulta. ¡Quizás lo haga en próximos libros!

De nuevo, insisto en que las técnicas de este modelo breve e intenso de terapia a las que me voy a referir están destinadas principalmente a los que yo llamo «neuróticos de buen pronóstico» —quiero decir la gran mayoría, por no decir la totalidad de los más de cinco mil millones de personas que hoy pueblan el mundo. En efecto, debo sostener que, con contadas excepciones, la gente suele defraudarse innecesariamente a sí misma (y a sus amigos, familiares, y conocidos) volviéndose disfuncional o trastornándose, ya sea a un nivel cognitivo, emocional o conductual. ¿Demasiado a menudo? Bueno, sí, pero no siempre.

Yo creo que esta gente que presenta pensamientos, sentimientos o conductas de orden neurótico han nacido y han sido criados para actuar en la forma en que lo hacen —*pero* que a nivel innato y biológico son menos susceptibles de sufrir un trastorno que otra gente descrita generalmente como poseedora de un «trastorno de personalidad», o una «psicosis».

Para este tipo de gente que presenta una disfunción *mayor*, la terapia que más les ayudará será una combinación de REBT y CBT. Pero la terapia *breve* por sí sola les va a ayudar *menos, menos a menudo* y de forma menos elegante de lo que lo hará con los «neuróticos de buen pronóstico».<sup>11</sup>

Es triste. Y de lamentar. Pero así es. Tal y como se han encargado de señalar numerosos artículos y capítulos de libros (el mío entre ellos), es posible ayudar a gente con trastornos psicóticos y de personalidad, y a menudo se hace considerablemente. Partiendo de buenos métodos y de mu-

10. Broder, 1994; Crawford, 1988; Ellis, 1986c, 1988a, 1988b, 1991e, 1991f, 1991i, 1993i; Ellis y Harper, 1961; Ellis, Sichel y otros, 1989; Grieger, 1988; Hauck, 1974, 1977; Huber y Baruth, 1989.

11. Beck, Freeman y Asociados, 1990; Benjamin, 1993; Cloninger, Svrakic y Przybek, 1993; Ellis, 1965a, 1965b, 1989e, 1994b, 1994d, 1994g; Kramer, 1993; Linehan, 1993; Robin y Di Giuseppe, 1993; Steketee, 1993; Winston, Laikin y otros, 1994.

cho tiempo por delante, es posible hacerlos mejorar hasta que se encuentran actuando la mayor parte del tiempo sólo «neuróticamente». Esto resulta especialmente verdad cuando reciben una buena terapia acompañada de la medicación adecuada. ¡Así que no vayamos a infravalorar estos métodos!<sup>12</sup>

Esta gente suele necesitar periodos más largos de psicoterapia que la gente con neurosis, debido, principalmente, a sus propias limitaciones biológicas y ambientales, y en todo caso no estarán *del todo* libres de síntomas. A menudo recaen, y vuelven a sus acciones, sentimientos y pensamientos disfuncionales.

Afortunadamente, sin embargo, los métodos de REBT y CBT que se describen en este libro *pueden* emplearse con clientes difíciles, incluidos aquellos que sufren trastornos de personalidad, de organización, estados psicóticos, y deficiencia mental. Pueden hacerlo, y a menudo lo han hecho, como han mostrado ya numerosos estudios.<sup>13</sup> Así que tome usted en consideración estos métodos y utilícelos a modo experimental. Pero ojo con los resultados que se presenten demasiado rápidamente. ¡Sea escéptico con ellos!

¿Se trata la REBT de una terapia intrínsecamente breve, hablando de forma estricta? Sí, en el caso de clientes neuróticos «normales», «regulares» o «promedio». ¿Por qué? Porque así lo establecí en 1953, una vez hubiese abandonado casi por completo la terapia psicoanalítica.<sup>14</sup>

Como ya he dicho a menudo en mis conferencias y talleres, con humor pero con un apunte de «verdad», el pobre Sigmund Freud nació y creció con cierta propensión hacia la *ineficiencia*, mientras que parece que yo he nacido y crecido más bien hacia la *eficiencia*.<sup>15</sup> Definitivamente, la resolución de problemas —la resolución rápida de problemas— es lo mío. Así, cuando empecé a practicar la psicoterapia, tanto de tipo sexual como psicoterapia de parejas, allá por 1943, me di cuenta de que iba directo hacia los problemas de mis clientes, y los ayudaba en pocas sesiones (pocas veces se iba más allá de las 15 sesiones), partiendo de una terapia más bien ecléc-

12. Beck, Freeman y Asociados, 1990; Carey y DiLalla, 1994; Cuon, 1994; Ellis, 1994d, 1994g; Freeman, 1994; Greist, 1993; Langley, 1994; Laydon y Newman, 1993; Silver y Rosenbluth, 1992; Sookman, Pinard y Beauchemin, 1994; Steketee, 1993; Winston, Laikin y otros, 1994.

13. Beck, Freeman y otros, 1990; Greist, 1993; Laydon y Newman, 1993; Linehan, 1993; Robin y DiGiusepe, 1993; Steketee, 1993.

14. Di Mattia y Lega, 1990; Dryden y Ellis, 1989; Dryden y Neenan, 1995; Ellis, 1962, 1965b, 1990d, 1990f, 1991d, 1992a; Ellis y Dryden, 1993; Palmer, Dryden y otros, 1995; Warga, 1988; Weinrach, 1980; Wiener, 1988; Yankura y Dryden, 1990, 1994.

15. Ellis, 1965b, 1990a, 1993b.

tica. Descubrí que el consejo activo-directivo funcionaba, así que me especialicé en él.

Por desgracia, un poco después asumí equivocadamente que el psicoanálisis liberal (Horney, Fromm y Sullivan) era más «profundo» e «intenso» que la terapia a corto término. Así, en 1947 empecé mi entrenamiento en psicoanálisis (con Charles Hulbeck, un psicoanalista del Instituto Americano de Psicoanálisis Karen Horney), y durante los 6 siguientes años practiqué el psicoanálisis clásico y el psicoanálisis aplicado a la psicoterapia.

Bien, ninguno de estos dos métodos psicoanalíticos funcionaron, pese a que, para mi sorpresa, el segundo de ellos, más breve y no tan pasivo, funcionó mejor que el análisis clásico.<sup>16</sup> Así que entre 1953 y 1956, estudié intensamente cientos de métodos diferentes, y en enero de 1955 saqué a la luz la terapia racional (RT), cambiándola a terapia racional emotiva (RET) en 1961, y a terapia racional emotivo-conductual (REBT) en 1993.<sup>17</sup>

Analíticos, guesálticos, adlerianos, rogersianos, y otros terapeutas de diversas tendencias han intentado a menudo modificar sus procedimientos pensados para cambios a largo término y dividirlos en proporciones sensibles.<sup>18</sup> No es mi caso con respecto a la REBT. Ya desde su inicio fue diseñada para ser una escuela de terapia breve e intensa. Breve, porque en mi época de práctica ecléctica antes del psicoanálisis y en algunas de mis experiencias con el psicoanálisis orientado a la psicoterapia, aprendí que puede llevarse a cabo una terapia efectiva en cuestión de pocas semanas o meses. Intensiva, porque me di cuenta de que el psicoanálisis se enfrenta intensamente con todo tipo de *irrelevancias* de la vida de los clientes, mientras que deja de lado la mayoría de sus *relevancias filosóficas*.

Desde los 16 años en adelante, mi interés principal se había centrado en la filosofía, y no tanto en la psicología. Dada mi gran ansiedad —especialmente cuando tenía que hablar en público o cuando tenía que encontrar pareja— leía vorazmente todo tipo de filosofía, especialmente aquella que hablaba de la felicidad humana. Eran cosas del tipo Confucio, Lao-Tse, Buda, Epicteto, Cicerón, Séneca, Marco Aurelio, Immanuel Kant, Arthur Schopenhauer, Ralph Waldo Emerson, John Dewey, George Santayana o Bertrand Russell. Leí y estudié sobre ellos. La mayoría de ellos compartían una temática central: uno mismo, en vano y permanentemente, se *crea* el propio sufrimiento, cuando piensa de manera irracional y disfuncional. Así

16. Ellis, 1957b, 1962.

17. Ellis 1962, 1993b.

18. Bellak y Small, 1977; Koss y Shiang, 1994; O'Hanlon y Beadle, 1994; Wolberg, 1965; Zeig y Gilligan, 1990.

pues, también uno mismo puede cambiar esta manera de pensar y crear de nuevo una plenitud emocional y conductual.

Me di cuenta de que eran pocos los psicoterapeutas que trabajaban en este enfoque *actitudinal* para aliviar el sufrimiento y buscar la plenitud. Alfred Adler lo hizo con su psicología individual, pero en la Norteamérica de los años cuarenta aquello no contaba con demasiado apoyo popular (pese a que algunos neofreudianos robaron algunos de sus aportaciones sin darle demasiado crédito).

Así que en 1953 decidí que el psicoanálisis era extremadamente poco filosófico, y en consecuencia, ineficaz. También rechacé casi completamente la terapia de conducta, a la cual me había acercado (emulando a los experimentos de Watson con las fobias infantiles) en relación con mis propios problemas de hablar en público y de ansiedad social cuando tenía sólo 19 años (véase la nota 14). De esta manera empecé, entre 1953 y 1955, a cargar mis armas terapéuticas con grandes cantidades de filosofía y de desensibilización *en vivo*, hasta que me convertí en un auténtico Terapeuta Racional Emotivo-Conductual en 1955. ¡Así que fui a parar a algo intrínsecamente breve e intenso!

¿En qué aspectos la REBT es intrínsecamente breve? Lo es en muchos sentidos, como ya describiré con mayor detalle más adelante, así que lo que haré aquí será subrayarlo de pasada:

1. Asume que un buen porcentaje de clientes pueden aprender rápidamente la teoría del trastorno humano explicada por la REBT, entender que les puede afectar de forma duradera (y no solamente *perturbarles*) cuando se comportan de una manera neurótica, y empezar a experimentar rápidamente con la propia *destrastornalización*. De hecho, la brevedad se encuentra entre uno de los principales objetivos de este enfoque.
2. Es posible enseñar de manera sencilla y clara los conceptos principales de esta teoría –el ABC de las neurosis humanas–; se pueden asimilar fácilmente, para usarlos rápidamente a nivel terapéutico.
3. Es activo-directiva. El terapeuta persiste activamente en su intento de ayudar a sus clientes, y persigue enseñarles a aliviar sus trastornos y animarles a autorrealizarse de la manera más rápida posible.
4. Cuando los clientes presentan problemas de orden práctico –por ejemplo, cómo conseguir un buen empleo, o problemas de adicción, como la bebida– la REBT se encamina rápidamente a ayudarles con estos aspectos prácticos, así como con sus problemas más profundos y que a menudo se esconden bajo conflictos de personalidad.
5. Una vez han usado los métodos cognitivos, emotivos y conductuales de la REBT de forma activa y segura, los clientes llegan a internalizar a

menudo significados y filosofías sanas y no frustrantes, y aprenden a reaccionar rápidamente ante los acontecimientos desagradables de la vida de manera sensible y plena. Aprenden a abstenerse rápidamente y de forma casi automática frente a la posibilidad de trastornarse de nuevo ante este tipo de acontecimientos. Aprenden a ser capaces de salir de su trastorno si se ven envueltos de nuevo en pensamientos, sentimientos y acciones auto-derrotistas. Aprenden rápidamente las principales teorías de la REBT, son capaces de aplicarlas rápidamente, y al cabo de pocas semanas o meses ya las usan de forma automática para realzar sus propias vidas.

6. Los problemas emocionales y conductuales tienen «causas» o «fuentes» complejas, que suelen incluir aspectos psicológicos, sociológicos, ideológicos y biológicos. La mayoría de estos aspectos —especialmente los sociológicos— en principio no se pueden cambiar en el momento en que sus clientes vienen a terapia. Hay otros aspectos, sin embargo, como las creencias disfuncionales, que, siendo igual de importantes, sí se pueden cambiar fácilmente. El psicoanálisis y otras formas importantes de terapia pierden una gran cantidad de tiempo centrándose en hallar causas demasiado complejas del trastorno y, en todo caso, imposibles de probar. Seguramente resulta muy interesante conocerlas (y a buen seguro son ciertas), pero no son de gran ayuda ante el cambio de personalidad. Otras muchas terapias se enzarzan igualmente en el anhelo de remover sin fin el pasado. Por el contrario, la REBT se centra específicamente en las filosofías disfuncionales que mantienen los clientes y que no solamente conducen de forma directa a desarrollar serios problemas emocionales, sino que además son susceptibles de cambiarse y superarse. En la REBT, lo «profundo» conlleva una fuerte implicación del sistema de creencias fundamentales o de la filosofía de la persona. Por lo tanto, se trata de una forma de terapia más breve —y por lo general más *eficazmente* «intensa»— que otras. Como ya indica Steve de Shazer, las soluciones «sencillas» a problemas terapéuticos a menudo son más realistas y eficaces que otro tipo de soluciones más «profundas».<sup>19</sup>

¿En qué sentido la REBT es intrínsecamente más «profunda» e «intensa»?:

1. Esta teoría propugna que si las personas desean sentir, actuar y estar mejor, sería conveniente que llevaran a cabo un cambio filosófico profundo (y referido especialmente a abandonar su rígido y grandioso sistema de *obligaciones e imperativos*); esto les ayudaría más que el hecho de sencillamente *sentirse* mejor.<sup>20</sup>

19. De Sahzer, 1985.

20. Bernard, 1991, 1993; Ellis, 1972b, 1973b, 1975a, 1979c, 1993k, 1994e, 1995a; Ellis y Abrams, 1994; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Velten, 1992.

2. Al igual que otras terapias cognitivo-conductuales, ayuda a la gente a ver y a eliminar sus creencias autoderrotistas –quiero decir, sus personalizaciones, sus autodesaprobaciones, sus sentimientos de catastrofismo y sus sobregeneralizaciones. Intenta únicamente mostrarles cómo detrás de estas creencias ilógicas y disfuncionales, razonadas de forma absolutamente antiempírica, se esconden *imposiciones* específicas de carácter absolutista, que deben hallarse y modificarse, a no ser que quieran continuar pensando irracionalmente. Así, detrás de su creencia «Debido a que ya repetidas veces he fracasado en este aspecto, *no soy eficaz, siempre fracasaré y nunca seré feliz*», se esconde la filosofía de «Bajo ninguna circunstancia *debo fallar en aspectos importantes de mi vida, pues de otro modo quiere decir que no soy eficaz, que siempre fracasaré y que nunca seré feliz*».<sup>21</sup>

3. La REBT ayuda a la gente a trabajar en pos del objetivo de abandonar sus molestias y trastornos *presentes*, adquiriendo entonces una actitud decididamente antiforzante y anticatastrofista que les lleve a ser significativamente menos *susceptibles* al trastorno, tanto ahora como en el futuro.<sup>22</sup>

4. Enseña a los clientes un gran número de métodos cognitivos, emocionales y conductuales, y les enseña a usarlos de forma *persistente y firme* hasta que *automáticamente* lleguen a rechazar la tendencia a provocar por sí mismos el trastorno.<sup>23</sup>

5. Enseña a los clientes que pese a que son ellos mismos los que consiguen hacerse menos vulnerables al trastorno, siempre será posible recaer de nuevo –ya que esto forma parte de la naturaleza humana–, así que será necesario dotarles de métodos que les devuelvan de nuevo la paz.<sup>24</sup>

6. En la REBT, llegar a resultados «profundos» no significa remover el pasado. A menudo (no siempre) se intenta que los pacientes no se pierdan en la rememoración de su historia pasada, de sus quejas, de sus chismes con los amigos, de sus filosofismos sobre la situación mundial, de sus obsesiones con respecto a la terapia y a los terapeutas, y de otros materiales igual de interesantes, ya que los despistan del hecho de tener que en-

21. Bricault, 1992; Dryden, 1994a, 1994b; Ellis, 1987d, 1988a; Ellis, Young y Lockwood, 1987; Young, 1974.

22. Ellis, 1973b, 1974b, 1975a, 1979d.

23. Bernard y Wolfe, 1993; DiGiuseppe y Muran, 1993; Ellis, 1965b, 1969, 1973a, 1974a, 1977a, 1980c, 1981, 1985b; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Abrams, 1994; Ellis, Abrams y Dengelegi, 1992; Ellis y Velten, 1992; Ellis y Whiteley, 1979; Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992.

24. Dryden y Neeman, 1995; Ellis, 1972b, 1994e; Ellis y Dryden, 1987, 1990, 1991.

frentarse a sus problemas emocionales y conductuales básicos, y a menudo lo que hacen es exacerbarlos.<sup>25</sup>

Desde luego, la REBT (y por extensión el resto de la CBT) no es la única terapia intrínsecamente breve e intensa. También es posible llegar rápidamente, por ejemplo, a una conversión religiosa, cosa que suele conducir asimismo a cambios de personalidad profundos (ya sean «buenos» o «malos»). El problema estriba en imaginar un tratamiento psicológico que incluya tanto brevedad como intensidad, ¡e intentar que no conduzca a resultados menos afortunados!

Sólo una palabra introductoria más. Este libro trata fundamentalmente sobre teorías terapéuticas y sus prácticas. Y como tal, podría no tener final. Cuando en 1955 publiqué la monografía *New Approaches to Psychotherapy Techniques*, hice mención a cientos de métodos. Y Raymond Corsini cita que en la actualidad existen más de 350 escuelas importantes de terapia.<sup>26</sup> De acuerdo con esto, debo aclarar que este libro, relativamente corto, no intentará ejercer de enciclopedia, aunque sí se citarán algunos resultados referentes a determinados métodos.

Sin embargo, sí voy a esforzarme por hacer hincapié en aquellos métodos psicoterapéuticos, entre los que se encuentran tanto la REBT como otros, que aparecen como particularmente útiles para la terapia *breve*. Muchos de ellos –como las técnicas activo-directivas– pueden usarse, también, en tratamientos pensados para problemas a largo plazo. Si así se desea, claro. Pero en todo caso, yo me centraré en las ventajas y desventajas a corto plazo. Ya es bastante para un libro de mediano tamaño como éste, ¿no?

25. Ellis 1975a; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Dryden, 1991; Walen, DiGiuseppe y Dryden, 1992.

26. Corsini, 1989.