

TECNICAS RACIONAL-EMOTIVAS: DESCRIPCION Y ESTATUS CIENTIFICO

Juan Sevilla
Carmen Pastor
Centro de Terapia
de Conducta.
Valencia

RESUMEN

El presente artículo describe la mayoría de las técnicas cognitivas, conductuales e imaginadas utilizadas dentro de la Terapia Racional-Emotiva y revisa la eficacia y el estatus científico de la misma.

PALABRAS CLAVE

Terapia Racional Emotiva (R. E. T.), revisión, Técnicas Racional-Emotivas, eficacia, estatus científico.

1. INTRODUCCION

En la década de los setenta, la Psicología Conductual se vio invadida por una enorme avalancha cognitiva: Ellis (1962, 1971/73/74/79), Beck (1976), Meichenbaum (1977), Mahoney (1977), Goldfried y Davison (1976), D'Zurilla y Goldfried (1975).

Lo que en principio hubiese tenido que ser un aumento del objeto de estudio de la ciencia conductual, se convirtió en una moda (Labrador, 1984), y lo peor de todo,

en algunos casos una vuelta atrás hacia etapas precientíficas y especulativas, donde todo lo no explicable era «cognitivo» (Segura, 1990).

Actualmente las aguas parece que vuelvan a su cauce, y en el espíritu científico del momento se trabaja en demostrar empíricamente lo que en los últimos años se ha dicho con estilo profético, más que científico (Wessler-Wessler, 1980), (Walen-Di-Guiseppe-Wessler, 1980), (Bernard-Di-Guiseppe, 1990).

Dentro del llamado movimiento Cognitivo Conductual (C. B. T.), destaca la Terapia Racional Emotiva (R. E. T.) (Ellis, 1962) que se adelantó en más de diez años al paradigma cognitivo y que en opinión de los autores de este trabajo, fue su origen e inspiración.

A pesar de que cronológicamente R. E. T. es más antigua que C. B. T. y que algunos de los autores de orientación cognitivo-conductual reconocen en ella la base de su trabajo (Goldfried, 1977), hasta hace escasos años, no sólo se criticaba su escasa validación experimental, sino que incluso se ponía en duda su adscripción al movimiento cognitivo-conductual.

Para los autores de este artículo, esto resulta difícil de entender, pero quizás haya varias razones que lo expliquen:

1.^a La propia figura del doctor Albert Ellis. Quienes lo conozcan, saben bien a qué nos referimos. Radical, provocador, anticlerical y en algunos casos dialécticamente muy agresivo. Es una persona ante

la que resulta difícil no formar opinión.

Su forma de hacer terapia también es muy peculiar; tremendamente directivo y asertivo con sus clientes, ataca frontalmente el centro de sus creencias irracionales.

Creemos que durante años, el carisma de Ellis y su particular forma de hacer terapia han dificultado la científicidad y sistematicidad de R. E. T. Afortunadamente en la actualidad, R. E. T. es bastante más que el trabajo de Ellis, que por otra parte respetamos profundamente.

Existe un grupo de terapeutas R. E. T. con gran formación conductual, que han tratado de dotar a R. E. T. del status científico que merece. En ellos, aparte de la obra de Ellis, se inspira nuestro trabajo: (Wessler-Wessler, 1980), (Wessler-Di-Guiseppe-Walen 1980), (McMullin, 1975/76), (Grieger-Boyd, 1980), (Maultsby, 1975).

2.^a La aparente falta de trabajos experimentales que demuestren las tesis de R. E. T. Esto, actualmente es discutible, como trataremos de demostrar en este trabajo.

3.^a Concretamente en nuestro país, hay que añadir como tercera razón, el desconocimiento de la literatura R. E. T. Ellis y su grupo han publicado más de cincuenta libros de texto, incluidos manuales, aplicaciones a problemas concretos y estudios de caso único, de los que en nuestro país sólo se han publicado unos pocos.

Con los artículos ocurre lo mismo, hay una infinidad de artículos sobre R. E. T. en las distintas revistas científicas de Terapia Conductual, y además una revista inédita en España, dedicada íntegramente a temas racional-emotivos (*Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*) publicada con el soporte del Instituto R. E. T. de New York.

En este sentido, mucha gente critica la R. E. T. sin saber qué es y cómo se aplica. La confusión más habitual es equiparar R. E. T. a Discusión Cognitiva de las Creencias Irracionales que, aunque es quizás la técnica más genuina y utilizada, no es la única.

Este artículo pretende describir las técnicas más comúnmente utilizadas en Terapia Racional-Emotiva, con la suficiente minuciosidad como para que los clínicos conductuales puedan utilizarlas en su práctica habitual. También pretendemos revi-

sar los estudios realizados sobre su eficacia, para centrar su status científico actual.

Nos gustaría resaltar que nosotros no nos autodefinimos como terapeutas Racional-Emotivos, Cognitivos o Cognitivo-Conductuales, sino como Terapeutas de Conducta. Ahora bien, creemos que la Psicología como cualquier otra ciencia, debe avanzar y ello implica también utilizar metodología cognitiva cuando el Análisis Funcional de la Respuesta Problema del cliente lo demuestra (Pastor y Sevilla, 1989-1990), porque, acaso ¿no son conducta los pensamientos?

En una intervención R. E. T., lo más corriente es utilizar las tres modalidades de técnicas.

Dentro de la literatura R. E. T., el proceso de cambio de B (creencias irracionales) se conoce como D (Discusión), y este término se aplica a los tres grandes grupos de técnicas: cognitivas, imaginadas y conductuales.

Dentro de la Discusión, los clientes son enfrentados a sus cogniciones irracionales, y guiados a examinarlas con lógica y sensatez para constatar su irracionalidad, e ir

(1975/76). McMullin (1974/75/86). Wessler y Wessler (1980/84). Wessler, DiGuiseppe y Walen (1980). Grieger y Boyd (1980). Dryden (1984/85/86).

Consiste en un debate dialéctico donde el terapeuta, por medio de estratégicas preguntas (estilo socrático), pide y reta al cliente a demostrar la solidez y objetividad de sus pensamientos y creencias.

Es de destacar que, aunque la discusión cognitiva exige enorme directividad por parte del terapeuta, es el cliente quien carga con el trabajo «duro», pues el terapeuta le fuerza a demostrar lo indemostrable, a probar lo improbable, y a que se dé cuenta, en definitiva, que sus pensamientos más que basarse en la realidad, se basan en filosofías irracionales aprendidas a lo largo del proceso de socialización y mantenidas por el continuo readoctrinaje al que la sociedad nos somete.

Estos son ejemplos de preguntas tipo habitualmente utilizadas en Discusión Cognitiva:

- Dame datos para probar esto.
- ¿En qué te basas para decir que...?
- ¿Dónde está escrito que...?
- Demuéstramelo.
- ¿Qué es lo peor que podría pasar?
- ¿Por qué es horrible?
- ¿Por qué debes hacerlo?
- ¿Cómo te hace sentir pensar esto?
- ¿Te ayuda esto a conseguir tus metas?
- ¿Qué otra explicación hay además de la tuya?

A la hora de hacer Discusión Cognitiva el estilo terapéutico, en cuanto a asertividad-directividad, podría situarse en un continuo que iría desde el «empirismo colaborativo» de Beck (1979) hasta el «estilo duro» de Ellis (1984).

Nosotros no creemos que haya un estilo mejor que otro, quizás cada terapeuta debe buscar el suyo y, sobre todo, adecuarse a las características peculiares de cada cliente.

Es obvio que lo que en la literatura científica se conoce como empatía, y más recientemente como parte de las habilidades sociales del terapeuta (Segura, 1985), para hacer Discusión Cognitiva debe estar totalmente consolidada. Más cuanto más



2. TECNICAS RACIONAL-EMOTIVAS

En la literatura R. E. T., las técnicas suelen clasificarse en cognitivas, emotivas y conductuales. Nosotros preferimos dividir las en función del medio o vía por la que actúan: cognitivas, vía pensamiento, imaginadas: vía imagen, y conductuales, vía motora.

A diferencia de lo que mucha gente cree, en R. E. T. hay gran variedad de técnicas imaginadas y conductuales aunque, eso sí, el objetivo es siempre modificar cogniciones.

cambiándolas, progresivamente, por pensamiento cada vez más reales.

Antes de aplicar cualquier estrategia de Discusión, el cliente ya conoce el esquema A-B-C, además lo entiende y lo comparte, y probablemente ya toma autorregistros de este tipo con soltura (sería aproximadamente a partir de la 5.^a o 6.^a sesión).

TECNICAS COGNITIVAS

1. DISCUSION COGNITIVA

(Disputing irrational beliefs). Ellis (1962/74/77/79/82/83/84). Maultsby

asertiva sea la discusión. Existen dos niveles de Discusión Cognitiva diferenciados.

El primer tipo de discusión, más suave, sería común a todas las Terapias Cognitivo-Conductuales y el segundo tipo sería genuino de R. E. T. Nosotros les llamamos nivel I y nivel II de Discusión y los diferenciamos por su profundidad.

El nivel I estaría constituido por todas aquellas preguntas destinadas a que el cliente se dé cuenta de que, en realidad, no tiene pruebas para sostener lo que cree, no posee datos empíricos que avalen sus pensamientos. La Terapia Cognitiva de Beck se centraría en este nivel.

Por ejemplo, un cliente cree que sus compañeros de trabajo opinan de él que es un estúpido (incompetente). Estrategias de nivel I de discusión podrían ser las siguientes:

- ¿En qué te basas para pensar que ellos creen que eres un estúpido?
- ¿Qué pruebas tienes a favor de esta creencia?
- ¿Y en contra?
- ¿Alguien de ellos te lo ha dicho?
- El otro día uno te invitó a su fiesta de cumpleaños, ¿qué te demuestra esto?
- ¿Se niegan a tomar café contigo?
- ¿Te ponen caras raras?

El nivel II de discusión es lo que en R. E. T. se conoce como «Asumir lo peor» (Ellis, 1984), y consiste en asumir por un momento que lo que cree el cliente es real, y ver hasta qué punto es horrible, no se puede soportar o debería ser de otra forma. Siguiendo con nuestro ejemplo:

- ¿Qué es lo que podría pasar?
- ¿Por qué no lo podrías soportar?
- ¿Por qué necesitas caerles bien?
- Es incómodo y desagradable, pero ¡demuéstrame que es horrible y catastrófico!
- ¿Te conviertes en una persona sin valor?
- ¿Qué probaría esto?

Este es el estilo característico de Ellis. Según él, estas estrategias crean una especie de «endurecimiento emocional» que prepara al cliente para cualquier tipo de problema (Ellis, 1984).

Nosotros creemos que el principio de la Discusión Cognitiva es bueno mantenerse (siempre que se pueda) en el nivel I y, a medida que el cliente va entendiendo la dinámica de la disputa, ir pasando al nivel II. Empezar directamente con nivel II puede crear, en algunos clientes, sensación de rechazo (Wessler-DiGuiseppe-Walen, 1980). No obstante, el fin último de la terapia sería llegar al nivel II de Discusión. Esto es, modificar o elasticar las Creencias Irracionales Básicas, conseguir un cambio filosófico. Llegar a la «solución elegante».

Este objetivo, que expresado en términos R. E. T. puede sonar poco científico para estrictos terapeutas de conducta, quizás gane rigor al ser expresado en términos conductuales. Para nosotros conseguir cambio filosófico es exactamente lo mismo que hacer sobreaprendizaje conductual. La diferencia es que R. E. T. focaliza en modificar la respuesta cognitiva (cambio filosófico) y la Terapia conductual, en respuesta motora. Como todos sabemos, los cambios conductuales se producen simultáneamente en las tres modalidades, aunque cada técnica centre su foco terapéutico en una modalidad específica.

El nivel II de Discusión o «asumir lo peor» (Assuming the worst) es tan importante y característico en R. E. T. que en algunos textos retianos, aparece como una técnica cognitiva independiente (Ellis, 1984) (Grieger y Boyd, 1980) y es una de las principales diferencias con respecto al resto de las Terapias de Reestructuración Cognitiva.

El proceso de Discusión Cognitiva seguiría la siguiente secuencia crónológica:

1.º El terapeuta, a partir de un autorregistro A-B-C, introduce los principios de la Discusión y los Criterios de Racionalidad, e inicia una discusión (D) de un pensamiento (B). Insistiría modelando discusión hasta que el cliente hubiese aprendido el procedimiento, momento en que

2.º El cliente empezaría a hacer discusión en sesión; el terapeuta ayudaría y reforzaría. Este proceso continuaría hasta que el cliente discutiese con eficacia en sesión, momento en que

3.º Pasaría a tomar autorregistros A-B-C en casa, y añadiría D. Es decir, ya haría sus discusiones racionales en casa. El terapeuta puliría, y sobre todo reforzaría, la adecuada aplicación de la disputa. Cuando lo hiciese bien

4.º El terapeuta introduciría el concepto de Alternativas Racionales (E). Es decir alternativas racionales de pensamiento que el cliente podría aprender a pensar en la situación-problema (A), en vez de las interpretaciones irracionales (B), que solía tener.

El terapeuta modelaría la búsqueda de alternativas en sesión hasta que

5.º El cliente buscaría sus alternativas racionales en sesión. El terapeuta reforzaría. Se continuaría así hasta que el cliente lo hiciese a la perfección, para pasar a

6.º Que el cliente busca las alternativas en su casa. A saber, toma autorregistros A-B-C-D-E.

Todo este procedimiento de discusión se iría acercando cada vez más al momento de enfrentarse a A. Es decir, al principio las discusiones se hacen siempre a posteriori, pero a medida que el cliente va dominando la técnica, progresivamente la va acercando hasta llegar a hacerla en el mismo momento de enfrentarse a A. Gráficamente sería:

A - B - C ----- D
A - B - C ----- D
A - B - C ---- D
A - B - C - D

El objetivo final sería conseguir automatizar E, es decir, conseguir que A se convierta en estímulo de E y no de B. Sería lo que en términos R. E. T. es conseguir cambio filosófico, y en terminología Conductual, crear nuevos Respondentes cognitivos o nuevos reflejos condicionados. Gráficamente:

A ➤ E ➤ (C) desaparece
F nuevas emociones y conductas más saludables.

2. TAREAS PARA CASA ESCRITAS (Written homework)

(Grieger y Boyd, 1980), (Wessler y Wessler, 1980), (Wessler, DiGuiseppe y Walen, 1980).

Las tareas para casa son esenciales en Terapia de Conducta y en Terapia Racional Emotiva.

La razón básica para su uso, es alargar la terapia lo más posible a la vida del cliente. La terapia es un proceso de aprendizaje donde se desaprenden conductas desa-

daptativas y se aprenden otras más sanas, y para que cualquier conducta nueva se convierta en parte del repertorio del sujeto, debe practicarse y generalizarse a la vida real. Esto se consigue aprendiendo nuevas habilidades durante una hora por semana en terapia, y trabajando lo más posible fuera.

Dentro de las tareas escritas destacan los autorregistros R. E. T. Existen muchas variantes, los más populares son:

— DISCUTIENDO LAS CREENCIAS IRRACIONALES (DIBS) (Disputing Irrational Beliefs)

* Ver fig. 1.

gistros estándar, sino de particularizarlos a la medida de cada cliente.

En R. E. T. y generalizando, diríamos que según en la fase de la terapia en que estamos, e incluyendo variables personales de cada caso, podemos hablar de autorregistros:

A-B-C

A-B-C-D

A-B-C-D-E

Para clientes menos brillantes y con más dificultad para hacer discusión, podemos incluir preguntas-tipo en la casilla D

Las tareas cognitivas escritas tienen dos ventajas adicionales:

- Producen una especie de «enlentecimiento» de los pensamientos, de forma que se atrapan y posteriormente se discuten mejor, que si no los anotásemos.
- Ayudan al cliente a aprender una actitud de distanciamiento, de tercera persona. Esto es básico para emprender el proceso de disputa.



— INFORME DE LA TAREA PARA CASA (HR) (Homework Report).

* Ver fig. 2.

AUTOANÁLISIS RACIONAL (RSA). (Rational Self-Analysis)

* Ver fig. 3.

Para ver las ventajas e inconvenientes de estos modelos de autorregistro racional, se puede consultar a GRIEGER y BOYD (1980).

Nosotros raramente utilizamos autorregistros tan complejos o sofisticados. Incluso, somos partidarios de no usar autorre-

del autorregistro para facilitar la disputa, al estilo de Maultsby (Maultsby, 1975).

También se pueden pedir **ensayos escritos** sobre un tema o problema concreto (Wessler, DiGuiseppe y Walen, 1980). Un ensayo es una discusión cognitiva por escrito dando mayor libertad al cliente para que se expone, de la que se le da en un autorregistro y para que utilice su propio estilo de expresión.

Un ejemplo podría ser pedir a un cliente que escriba sobre por qué es irracional exigir ser perfecto.

3. TAREAS PARA CASA DE LECTURA Y/O ESCUCHA (Reading and Listening assignments Homework)

(Ellis, 1983/84), (Grieger y Boyd, 1980), (Wessler y Wessler, 1980).

Otras tareas para casa cognitivas son las de lectura y las de escucha.

Al dar biblioterapia, el material entregado debe estar en conjunción con la fase terapéutica en que nos encontremos: expli-

cación del A-B-C-, principios de discusión, búsqueda de alternativas...

Probablemente el libro R. E. T. más usado para este tipo de tareas, sea el archiconocido «A new Guide to Rational Living» (Ellis y Harper, 1975), pero existen otros que pueden resultar también de gran ayuda:

«Talk Sense to yourself» (McMullin y Casey, 1975).

«Help yourself to Happiness» (Maultsby, 1975).

«You can change how you feel» (Kranzler, 1974).

Evidentemente, no existe traducción de estos deliciosos libros.

Una ventaja adicional de las lecturas terapéuticas, además de la rapidez en la transmisión de información es que muchos clientes dan mayor credibilidad a los principios aprendidos en terapia si los ven escritos en letra impresa.

Respecto a las tareas de escucha cognitiva, es muy habitual en R. E. T. grabar en cinta cassette la sesión de terapia, para que el cliente pueda escucharla tantas veces como necesite durante la semana.

4. CAMBIO DE ROLES (Rational Role Reversal)

Grieger y Boyd, 1980.

Wessler, DiGuiseppe y Walen, 1980.

Wessler y Wessler, 1980.

En fase avanzada de terapia, cuando el cliente ya usa bien los principios de disputa, se puede utilizar esta estrategia. Consiste en cambiar los papeles en terapia; el terapeuta hace de cliente sosteniendo sus creencias irracionales, y le pide a éste que haga de terapeuta dirigiendo la discusión.

Cuando las propias creencias irracionales son oídas en boca de otros, se consigue mayor distanciamiento y la irracionalidad se ve más claramente.

5. DAR INFORMACION (Information Giving)

Ellis y Whiteley, 1979.

Como en cualquier terapia conductual, en R. E. T. se ofrece al cliente una gran cantidad de información. Sería algo así como lo que últimamente se denomina, en la literatura científica, fase educativa (Meichenbaum, 1985).

Dentro de la información que el terapeuta ofrece al cliente hay dos grandes bloques:

- Información sobre cuál es el problema, cómo se mantiene y qué terapia vamos a poner en marcha. Sería exponer el Análisis Funcional, la hipótesis explicativa y las técnicas elegidas. En términos R. E. T. sería explicar el A-B-C y los principios racional emotivos.

- Información sobre problemas concretos: ansiedad (Meichenbaum, 1985), dolor (Turk-Jaremko, 1985), sexualidad (Master-Johnson, 1970; Lopicolo, 1978), obesidad (Mahoney-Mahoney, 1981).

Este bloque puede ofrecerse, en parte, mediante bibliografía específica.

6. USAR R. E. T. CON OTROS (Using R. E. T. with others)

Ellis y Whiteley, 1979.

Esta es también una estrategia cognitiva que se usa en fase avanzada de terapia.

Consiste en animar al cliente a usar los principios R. E. T. con gente de su entorno. Es decir, que el propio cliente juegue a ser terapeuta R. E. T. con sus amigos o familiares cercanos, aplicando las habilidades aprendidas a pequeños problemas cotidianos.

El objetivo está claro: afianzar más profundamente los principios terapéuticos y comprobar que el modelo A-B-C es generalizable a cualquier episodio emocional.

7. USAR AUTOAFIRMACIONES RACIONALES (Rational Self Statements)

Ellis, 1979/84/85, McMullin-Casey, 1975/76, McMullin, 1986, Dryden, 1984/85.

Cuando el cliente ya sabe hacer perfectamente discusión y también buscar alternativas racionales, podemos utilizar esta estrategia.

Consiste en construir pequeñas tarjetas, adecuadas para ser llevadas en carteras o bolsos, donde se escriben alternativas racionales a las propias creencias irracionales contra las que se está trabajando.

Por ejemplo, el texto de una de estas tarjetas podría ser: «cometer un error es desagradable, pero no es el fin del mundo ni demuestra que yo sea un estúpido».

Estas tarjetas las llevan los clientes durante todo el día y las usan leyéndolas ra-

zonadamente (no mecánica o fríamente), para acto seguido reforzarse usando el principio de Premack: fumar, comer algo apetitoso, leer el periódico, tomar un baño...

Esta técnica tiene como objetivo reforzar comportamiento cognitivo nuevo en el repertorio conductual del cliente, pensamientos racionales.

TECNICAS CONDUCTUALES

Tal y como afirma el propio Ellis, en R. E. T., se pueden usar todas las técnicas conductuales que se utilizan en Modificación de Conducta. Ejemplos de ellos serían: entrenamiento de habilidades sociales y asertividad (Lange-Jakubowski, 1976), habilidades sexuales (Ellis, 1971/83), habilidades maritales (Ellis, 1961/78).

Este tipo de entrenamientos conductuales serían idénticos a los llevados a cabo en un estricto paradigma conductual.

No obstante vamos a comentar una serie de técnicas conductuales R. E. T. Sería más acertado decir que son DISPUTAS CONDUCTUALES, y el objetivo consiste en colocar al cliente en la situación (A) para que surjan sus emociones negativas (C) que han sido precedidas y provocadas por sus pensamientos irracionales (B) para darle ocasión de aplicar «in vivo» sus habilidades de discusión (D).

Serían la versión R. E. T. de las técnicas de exposición conductual, y se utilizarían, obviamente, para distintos problemas de ansiedad.

1. PERMANECER ALLI (Stay in there exercises)

Grieger y Boyd, 1980.

Es una disputa conductual de las «catastrofizaciones» y la «horrorización». Consiste en permanecer en la situación productora de ansiedad y discutir los Bs que surgen hasta que la ansiedad desaparece por completo. Se puede hacer jerarquizadamente, pero lo habitual es hacerlo en ítems altos, como en la inundación.

Los tiempos de exposición son muy largos, tanto como sea necesario para que desaparezca la ansiedad.

La diferencia fundamental con la inundación conductual es que el cliente no permanece estático o pasivo esperando a que se produzca el fenómeno de extinción o descondicionamiento de la ansiedad, sino que favorece y crea tal fenómeno discutiendo, debilitando y eliminando la Respuesta

Cognitiva por medio de la Discusión Racional.

2. EJERCICIOS ARRIESGADOS (Risk-taking exercises)

Wessler-Wessler, 1980, Grieger-Boyd, 1980, Wessler, Walen, DiGuiseppe, 1980.

Este tipo de ejercicios o tareas conductuales se hacen con el mismo fin que los «stay in there», sólo que las situaciones suelen ser de tipo social.

Se anima al cliente a enfrentarse a situaciones de tipo social que ha evitado (probablemente después de un entrenamiento en Habilidades Sociales) e incluso a comportarse poco habilidosamente, para

Consisten en hacer cosas verdaderamente ridículas o estúpidas para comprender que hasta cuando nos equivocamos muy claramente, el mundo no se derrumba bajo nuestros pies.

Básicamente tienen como objetivo hacer que:

- El cliente discrimine entre conducta y valía personal.
- Y eliminar emociones como ansiedad social, vergüenza, culpa...

Algunos ejemplos podrían ser: hablar con un amigo en el autobús situados cada uno en un extremo, alquilar un vídeo porno y pedirle consejo al dependiente, dejar caer un plato en un restaurante, caerse es-

Las siguientes son genuinamente Re-tianas:

1. IMAGINACION RACIONAL EMOTIVA (Rational-Emotive Imaginery. R. E. I.)

Maultsby, 1975, Maultsby-Ellis, 1974.

La Imaginación Racional Emotiva es una técnica original de Maxie C. Maultsby, alumno de Ellis. Se puede aplicar de dos formas:

- De forma NEGATIVA. Los pasos son:

1. Pedir al cliente que se imagine la situación problema (A), tal como es.



que entienda que, aún «fallando», no ocurre nada catastrófico o irreparable.

Ejemplos podrían ser: pedir citas, llamar por teléfono a varias personas, devolver un plato en un restaurante, probarse ropa en varias tiendas sin comprar nada...

3. EJERCICIOS DE ATAQUE A LA VERGÜENZA (Shame-attacking exercises)

Ellis, 1969/71/72/73/79, Wessler-Wessler, 1980, Walen, Wessler, DiGuiseppe, 1980, Ellis-Becker, 1982, Ellis-Abrahams, 1978, Ellis-Grieger, 1977.

Este tipo de discusión conductual podríamos definirlo como el nivel extremo de los «Risk-taking exercises».

pectacularmente delante de mucha gente, hacer el tartamudo públicamente...

Conviene aclarar:

- Es muy aconsejable que el terapeuta particularice los ejercicios para cada cliente, más que utilizar ejercicios estándar y que además los modele previamente.
- Es importante preveer o calcular los posibles resultados de estas actividades para que no acaben en pérdida de empleo, expulsión de alguna institución o arresto por escándalo público.

TECNICAS IMAGINADAS

En R. E. T. también se utiliza cualquiera de las técnicas imaginadas de Modificación de Conducta.

2. Pedirle que experimente las emociones perturbadoras (C) tan intensa y aversivamente, como las suele experimentar.

3. Pedirle que baje la intensidad de la emoción perturbadora hasta un nivel soportable, aunque sólo sea por un instante. Que la depresión se convierta en tristeza, el pánico en miedo, la cólera en enfado.

4. Preguntarle qué cambió. La respuesta se referirá a cambio cognitivo; si lo ha conseguido, habrá modificado de alguna forma sus pensamientos.

El terapeuta reforzará estos pensamientos racionales alternativos, le ayudará a perfilarlos para aumentar su eficacia y le pedirá que pruebe de nuevo.

5. Se pedirá al cliente que practique R. E. I. cada día y se controlará operativamente.

Esta técnica es conveniente utilizarla en fase terapéutica de generación de alternativas.

• De forma POSITIVA. Los pasos son:

1. El cliente trae un autorregistro A-B-C-D-E perfectamente cumplimentado. Es decir, no sólo sabe hacer discusión, sino también buscar alternativas.

2. Le pedimos que se imagine la situación problemática (A).

3. Le pedimos que se esfuerce «trabajosamente» en no permitir que aparezcan los pensamientos irracionales (B), sino que directamente piense las alternativas racionales (E).

4. Le pedimos que siga pensando «enérgicamente» en términos E, perservando hasta que

5. La emoción negativa haya desaparecido.

6. Igualmente es necesaria la práctica diaria en casa durante 20-30 minutos.

Esta modalidad de R. E. I. se usa en fase avanzada de terapia y tiene como objetivo conectar las alternativas racionales (E), a las situaciones problemáticas (A). O lo que es lo mismo, en términos conductuales, condicionar nuevas respuestas cognitivas a determinados estímulos. Crear nuevos respondentes cognitivos más adaptativos.

2. INHIBICION CORTICAL VOLUNTARIA (Voluntary cortical inhibition)

McMullin-Casey 1975/76, McMullin 1986.

Los pasos secuenciales para aplicar Inhibición Cortical Voluntaria son:

1. Crear una jerarquía de las situaciones problemáticas (A) tan jerarquizadamente como para hacer D. S.

2. Desarrollar una lista de réplicas para cada una de las situaciones problema. (McMullin llama «réplicas» a las alternativas racionales).

3. Entrenar al cliente en Parada de Pensamiento.

4. Inhibición Cortical Voluntaria en sí:

a) Se le pide al cliente que imagine el primer ítem de la jerarquía.

b) Lógicamente aparecen sus pensamientos irracionales (Bs).

c) Aplicar Parada de Pensamiento.

d) Pensar las réplicas tan enérgica y poderosamente como el cliente pueda.

e) Seguir ensayando hasta que al imaginar el ítem no aparece B ni por lo tanto C, sino directamente E.

f) Seguir igual con el resto de ítems.

A destacar en este sentido, el parecido con la Desensibilización Sistemática (Wolpe, 1962).

3. EJERCICIOS DE AUTOCASTIGO Y AUTORRECOMPENSA PENSADOS (Self Punishment/Self Reward thinking exercises)

McMullin-Casey, 1975/76, Cautela, 1977/81/86.

Los pasos son los siguientes:

1. Crear una jerarquía.

2. Crear una lista de réplicas. Estos dos pasos son idénticos a los de la Inhibición Cortical Voluntaria.

3. El cliente se relaja (previamente si es necesario, se le ha entrenado en Relajación Muscular Profunda).

4. Se le pide que se imagine el primer ítem de la jerarquía (A).

5. Al hacer esto, piensa las cogniciones irracionales (B).

6. Se le pide que se autocastigue imaginándose de forma exageradísima las consecuencias negativas que tendría en su vida pensar de esa forma.

7. Se eliminan los pensamientos negativos (B).

8. Vuelve a imaginarse el mismo ítem (A).

9. Se dice a sí mismo los pensamientos racionales alternativos o réplicas (E).

10. Se imagina exageradísimamente las consecuencias positivas que tendrá en su vida pensar de esa nueva y racional forma.

11. Se repiten los pasos 8, 9 y 10, al menos tres veces. Y el procedimiento, hasta que al presentar A aparezca directamente E.

12. Se pasa al siguiente ítem, y así hasta el final de la jerarquía.

Esta técnica, junto con la Inhibición Cortical Voluntaria, que McMullin usa simultáneamente, se utiliza básicamente con el objetivo de adquirir el hábito de pensar racionalmente.

Revisando la literatura R. E. T. es fácil encontrar más técnicas de las que recoge este trabajo: aceptación incondicional, uso del humor, uso de parábolas y analogías...

Nosotros creemos que estas estrategias, más que técnicas psicológicas destinadas a conseguir cambio terapéutico en sí, son parte del estilo general de relación con el cliente. Más concretamente, parte del repertorio de habilidades sociales que debe poseer cualquier terapeuta conductual.

3. ESTATUS CIENTIFICO DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA

Antes de revisar la eficacia y el estatus científico de una técnica conviene clarificar con exactitud en qué consiste la técnica objeto de examen. Cumplir este objetivo en R. E. T. es verdaderamente difícil.

Como hemos visto, hablar de R. E. T. no es hablar de un procedimiento unívoco y simple. R. E. T. es una modalidad de terapia Cognitivo-Conductual y además incluye una filosofía y cosmovisión muy concreta.

Para complicar más las cosas, el propio Dr. Ellis (1980) distingue dos formas de hacer R. E. T. : R. E. T. inelegante y R. E. T. elegante. La R. E. T. inelegante sería sinónimo de Terapia Cognitivo-Conductual como la concibe Beck (1976), Goldfried (1975), McMullin (1975), Meichenbaum (1977) y otros grandes terapeutas. La R. E. T. elegante sería la practicada por Ellis y su grupo. Tendría como objetivo final conseguir verdadero cambio filosófico, auténtica modificación de conducta cognitiva y utilizaría una metodología más vigorosa.

La presente revisión sólo se centra en aquellos estudios donde se habla de R. E. T. y no de cualquier otra modalidad de Terapia Cognitivo Conductual, aunque como más tarde comentaremos esto en absoluto demuestra que sea realmente R. E. T., y menos R. E. T. elegante.

Siguiendo en la línea de Haya Y Davison (1989) los resultados de los estudios se presentan agrupados en áreas de aplicación y patologías concretas.

NIÑOS

1. Población no clínica

Cangelosi, Gressard y Mines (1980); Knaus-Bokor (1975); DiGuiseppe-Kassinove (1976); Miller-Kassinove (1978); Jasnow (1982).

Los programas psicoeducacionales basados en R. E. T. (Educación Racional Emotiva) aplicados a niños no clínicos se muestran eficaces en reducir: creencia en ideas irracionales, neuroticismo, ansiedad ante los exámenes, aumento de la auto-estima y ansiedad-rasgo.

2. Población clínica

Von Pohl (1982); Rose (1982).

No hay datos que sostengan que la Educación Racional Emotiva sea un tratamiento adecuado para ningún tipo en concreto de población clínica y sólo alguna evidencia para afirmar que es un tratamiento paralelo a otras terapias, adecuado para reforzar la auto-estima.

ADULTOS

(PROBLEMAS NO CLINICOS)

Ellis (1957), Klarriech, DiGuiseppe y Dimattia (1987); Gombatz (1983); Kassino-ve, Miller-Kalin (1980); Lipsky (1980); Smith (1983).

Se puede afirmar que:

- R. E. T. es más eficaz que terapia centrada en el cliente y que la intención paradójica en problemas como absentismo laboral, problemas maritales, abuso de alcohol, etc., en población no clínica.

- La biblioterapia puede ser un método auxiliar eficaz.

- R. E. T. es más eficaz que Relajación en problemas maritales, depresión, ansiedad y culpa.

(PROBLEMAS CLINICOS) ANSIEDAD

1. *Reducción de stress.* Wakefield (1982), Smith (1983), McGee (1984).

Hay evidencia todavía preliminar de que R. E. T. elimina o reduce el stress. Hay pocos datos.

2. *Ansiedad generalizada.* Walsh (1982); Stewart (1983).

Los estudios son criticables y contradic-

torios. Los sujetos no poseían niveles patológicos de ansiedad. R. E. T. no parece ser muy eficaz.

3. *Fobia social.*

Ansiedad a hablar. Karst-Trexler (1970), Trexler y Karst (1972), Lent, Russell y Zamostny (1981); Thorpe, Amatu, Blake y Burns (1976).

R. E. T. no es más eficaz que D. S. en el post tratamiento, sin embargo los logros obtenidos se mantienen mejor en el tiempo. Igualmente es menos eficaz que la relajación y la terapia del rol fijo en la ansiedad previa.

- Ansiedad ante los exámenes. Ricketts-Galloway (1984), Warren, Defenbacher y Bracling (1976), Hymen-Warren (1978), Primakoff, Epstein y Covi (1986); Wise-Haynes (1983), Goldfied, Linehan y Smith (1978); Arnkoff (1986).

R. E. T. parece ser eficaz para tratar ansiedad ante los exámenes; más eficaz que la exposición imaginada.

- Ansiedad interpersonal. Doppelt (1984), Shahar-Merbaun (1984), Malkiewich-Merluzzi (1980), Kanter-Goldfied (1979), Yn-Schill (1976) Diloreto (1971), Emmelkamp, Mersch, Wissia, Van Der Helm (1985); Emmelkamp, Mersch, Wissia (1985); Emmelkamp, Mersch, Wissia, Van Der Helm (1985); Emmelkamp, Mersch, Wissia (1985); DiGuiseppe, Sutton-Simon, McGowen, Gardner (en prensa).

R. E. T. parece ser más eficaz que la D. S. clásica en ansiedad interpersonal y al menos igual que la D. S. auto-control.

4. *Fobia simple.* Biran, Augusto, Wilson (1981); Biran, Wilson (1986).

R. E. T. es menos eficaz que exposición «in vivo».

5. *Agorafobia.* Emmelkamp y cols. (1978), Emmelkamp y Mersch (1982), Emmelkamp, Brillman, Kuiper y Mersch (1986).

R. E. T. sola es menos eficaz que Exposición «in vivo». También parece que R. E. T. añadida a Exposición «in vivo», no aumente la eficacia de esta última.

6. *Obsesiones.* Neuman (1985).

No se pueden sacar conclusiones a partir de este único estudio, pero parece ser que para obsesiones relativamente poco severas pueden ser, al menos, de utilidad.

- **ASERTIVIDAD.** Alden, Safra, Weideman (1978), Hammen, Jacobs, Mayal,

Cochran (1980); Tiegerman-Kassinove (1977), Levine-Welsh (1982), Wolfefodor (1977), Linehan, Goldfried y Goldfried (1979); Carmody (1978).

Parece ser que el trabajo cognitivo R. E. T. aumenta la aserción aunque no se generaliza a la reducción de la ansiedad social.

El trabajo cognitivo, aunque no está claro, añadido al entrenamiento asertivo conductual parece aumentar su eficacia.

- **DOLOR DE CABEZA,** Lake, Rainey-Papsdorf (1979); Finn-DiGuiseppe (en prensa).

R. E. T. no mejora la eficacia del entrenamiento en biofeedback de temperatura, pero se muestra tan eficaz como la relajación muscular para reducir la frecuencia de dolores de cabeza por tensión muscular.

- **TARTAMUDEZ.** Moleski-Tosi (1976).

El único estudio sugiere que R. E. T. puede ser más eficaz que la D. S. en el tratamiento de la tartamudez.

- **PROBLEMAS SEXUALES.** Munjack y cols. (1984), Everaerd y cols. (1982), Dekker, Dronkers, Staffelem (1985); Everaerd, Dekker (1985).

Los estudios parecen apuntar a la eficacia de R. E. T. dentro de paquetes más conductuales de intervención sexual. Sólo, parece útil en problemas de impotencia secundaria.

- **PATRON TIPO A.** Jenni-Wollersheim (1979), Thurman (1983), Later, Thurman (1985).

Parece ser eficaz en reducir creencias irracionales que favorecen el patrón tipo A.

- **ENFADO.** Thurman (1985), Conoley, Conoley, McConnell, Kimzey (1983).

R. E. T. es eficaz para reducir la ira o enfado excesivo.

- **OBESIDAD.** Block (1980).

Este único estudio indica que R. E. T. es un acercamiento muy prometedor al control de peso, sobre todo a la hora de mantener ganancias conseguidas.

- **DEPRESION.** Malouff (1984), Kelly (1982), Gardner, Oei (1981); McKnight, Nelson, Hayes-Jarrett (1984).

R. E. T. parece ser tan eficaz (aunque no más) en el tratamiento de la depresión como otras técnicas más conductuales, pro-

gramas de actividades, Habilidades Sociales y otras cognitivas como Resolución de problemas.

• **CONDUCTA ANTISOCIAL.** Solomon-Ray (1984), Block (1978).

Parece ser eficaz y prometedor para tratar conductas antisociales.

RESUMEN GENERAL DE LA REVISION

En niños la Reeducación Racional

R. E. T. parece ser más eficaz que la exposición imaginada.

En **ansiedad interpersonal**, R. E. T. es más eficaz que la D. S. clásica e igual que la D. S. de autocontrol.

En **agorafobia**, R. E. T. es menos eficaz que la exposición «in vivo» conductual. Ocurre lo mismo en fobias simples.

Hay evidencia, aunque no todavía sólidamente respaldada (pocos estudios), de que R. E. T. es eficaz para tratar **obsesiones, tartamudez, enfado excesivo y conducta antisocial.**

gicamente. Estos son los errores que más hemos encontrado:

1. Los grupos control utilizados en la mayoría de los casos eran inadecuados y en otros no existían.

2. En algunos trabajos no había otras condiciones experimentales (otras terapias) comparativas.

3. Como variable dependiente en muchos casos se utilizaron medidas de autoinforme y sólo en algunos medidas conductuales.



Emotiva parece ser eficaz en **poblaciones no clínicas** y a modo preventivo. En **problemas clínicos** no hay datos como para decir que es útil.

En **adultos** y en **poblaciones no clínicas** hay datos para afirmar que R. E. T. es eficaz en problemas como reducción del absentismo laboral, problemas de pareja, abuso de alcohol, depresión, culpa... Más eficaz que la relajación.

En **población clínica**, R. E. T. parece ser eficaz (aunque hay pocos datos) en **reducir el stress**. No ocurre lo mismo con la **ansiedad generalizada**.

En **ansiedad a hablar en público**, R. E. T. es menos eficaz que la D. S., pero mantiene en el tiempo mejor los resultados conseguidos.

En la **ansiedad ante los exámenes**,

En **depresión** es tan útil como otras terapias cognitivas y conductuales.

En **problemas sexuales** es eficaz integrada en intervenciones con técnicas propias de terapia sexual.

Tentativamente podría afirmarse que R. E. T. junto con otras terapias conductuales podrían aumentar la eficacia en el tratamiento de la **asertividad** y de las **mi-grañas tensionales**.

Por último, R. E. T. resulta prometedora (muy pocos estudios) en la generalización y el mantenimiento de los resultados obtenidos en el tratamiento de la **obesidad** y el **patrón tipo A**.

CRITICAS A LOS ESTUDIOS

La mayoría de los estudios que hemos comentado son muy criticables metodológicamente.

4. Los seguimientos muy cortos (siempre menos de 6 meses).

5. La duración del tratamiento muy escasa (siempre por debajo de 10 sesiones).

6. Utilización de un solo terapeuta para todas las condiciones experimentales en muchos estudios.

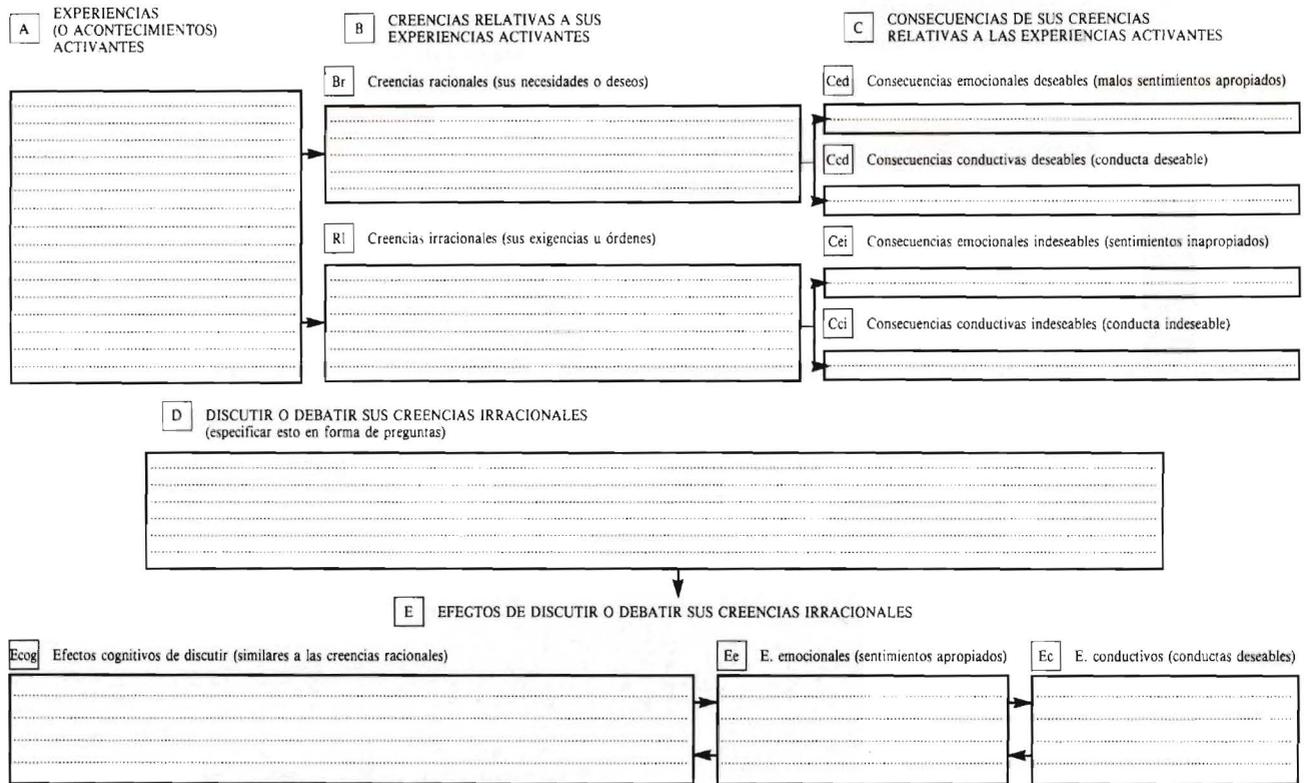
7. Utilización en muchos casos de estudiantes graduados para llevar a cabo las terapias en vez de auténticos expertos en R. E. T.

8. No sabemos con exactitud en qué consiste lo que los estudios denominan condición experimental R. E. T., porque en la mayoría de los casos no se publican los protocolos de intervención.

Podemos intuir que se iguala R. E. T. a una sola técnica de toda la terapia: dis-

FIGURA 2

INSTRUCCIONES: Cumplimente en primer lugar el apartado de consecuencias emocionales indeseables (Cei) y el apartado de consecuencias conductivas indeseables (Cci). Seguidamente rellene los apartados A-B-C-D-E. POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE. ¡SEA BREVE!



cusión cognitiva. Esto desde un punto Retiano sería erróneo, puesto que como comentábamos en la primera parte del artículo, una intervención R. E. T. siempre usa metodología cognitiva, conductual e imaginada.

En este sentido y citando a DiGUISEPPE (1977) y al propio ELLIS (1989), estaríamos ante una RET descafeinada o mutilada.

CONCLUSIONES

1. Hay pocos trabajos experimentales todavía en R. E. T. a pesar de que es la primera Terapia Cognitivo-Conductual en cuanto a antigüedad.
2. Los estudios son muy criticables metodológicamente, tanto en forma experimental como en contenido técnico.
3. A pesar de todo, creemos poder concluir que existe evidencia, aunque todavía débil, de que R. E. T. es eficaz para muchos problemas emocionales.
4. Deberíamos seguir investigando en R. E. T. mejorando las deficiencias enunciadas.

Fig. 1

¿COMO DISCUTIR TUS IDEAS IRRACIONALES (DIBS)?

Tome una de sus absolutistas ideas, uno de sus «DEBO», y trabaje en él sistemáticamente, con una serie de cuestiones, para discutirlo y rebatirlo.

Ejemplos de preguntas para discutir sus «DEBO»:

- 1.ª ¿Qué idea irracional quiero discutir y rebatir?
- 2.ª ¿Puedo apoyar este pensamiento racionalmente?
- 3.ª ¿Qué pruebas tengo de la verdad de esta idea?
- 4.ª ¿Qué pruebas hay de que mi creencia es falsa?
- 5.ª ¿Cuáles son las peores cosas que podrían pasarme si yo nunca consiguiera ser... tal y como yo pienso que debo ser? Discútalas.
- 6.ª ¿Qué cosas buenas podrían pasar o podrías hacer si yo nunca consigo... que yo creo que debe ser? Aunque nunca consiga eso, ¿qué puedo hacer para ser más feliz?

Fig. 3

AUTOANALISIS RACIONAL

Criterios de RACIONALIDAD:

1. Objetividad.
2. Defensa de la vida.
3. Obtención de metas.
4. Productividad interpersonal.
5. Productividad emocional.

- (A) Acontecimientos
- (B) Creencias acerca de los Acontecimientos
 - (1)
 - (2)
 - (3)
 - (4)
 - X
- (C) Consecuencias emocionales y/o conductuales
- (D_A) Comprobación de A, percepción de A (¿fue como lo vi?)
- (D_B) Discusión de B
- (E) Consecuencias emocionales deseables

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New American Library (Meridian), 1979.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB, 1983 (1979).
- BERNARD, M. E.; DIGIUSSEPE, R.: *Inside Rational-Emotive Therapy: a critical appraisal of the Theory and Therapy of Albert Ellis*. Academic Press, 1989.
- CARROBLES, J. A. I. y cols.: *Modificación de conducta cognitiva*. INAPP, 1974.
- CAUTELA, J. R.; KEARNEY, A. J.: *The covert conditioning handbook*. Springer, 1986.
- CAUTELA, J. R.; UPPER, D.: *Condicionamiento encubierto*. DDB, 1983.
- CLARK, D. M., BECK, A. T.: *Cognitive approaches*.
- DIMATTIA, D. J.; MENNEN, S.: *Rational effectiveness training: increasing personal productivity at work*. Institute for R.E.T., 1990.
- DOBSON, K. S.: *Handbook of cognitive behavioural therapies*. Guilford Press (Hutchinson), 1988.
- DRYDEN, W.: *Creativity in Rational-Emotive Therapy*. Gale Centre Publications, 1990.
- DRYDEN, W.: *Rational-emotive counselling in action*. SAGE, 1990.
- DRYDEN, W.: *Counselling individuals: The rational-emotive approach*. Whurr Publishers Ltd., 1990.
- DRYDEN, W.; ELLIS, A.: *Práctica de la terapia racional emotiva*. DDB, 1989 (1987).
- DRYDEN, W.; GORDON, J.: *What is rational-emotive therapy?* Gale Centre, 1990.
- DRYDEN, W.; TROWER, P.: *Cognitive psychotherapy*. Cassell, 1989.
- DRYDEN, W.; TROWER, P.: *Rational-Emotive Therapy: Recent developments in Theory and Practice*. Institute for R. E. T. (U. K.), 1986.
- D'ZURILLA, T. J.: *Problem solving therapy*. Springer, 1986.
- ELLIS, A.: *Growth through reason*. SBB, 1971.
- ELLIS, A.: *Razón y emoción en psicoterapia*. DDB, 1980.
- ELLIS, A.: *Overcoming resistance*. Springer, 1985.
- ELLIS, A.: *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything-YES, anything!* Lyle Stuart, 1988.
- ELLIS, A.: *Humanistic psychotherapy*.
- ELLIS, A.; BERNARD, M. E.: *Clinical applications of rational-emotive therapy*. Plenum Press, 1985.
- ELLIS, A.; BERNARD, M. E.: *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. DDB, 1990 (1985).
- ELLIS, A.; GRIEGER, R.: *Handbook of rational-emotive therapy*, vol. 2. Springer, 1986.
- ELLIS, A.; GRIEGER, R. y cols.: *Manual de terapia racional-emotiva*. DDB, 1981.
- ELLIS, A.; GRIEGER, R. y cols.: *Manual de terapia racional-emotiva*. Vol. II, DDB, 1990.
- ELLIS, A.; HARPER, R. A.: *Psicoterapia racional emotiva*. Herrero, 1962.
- ELLIS, A.; HARPER, R. A.: *A new guide to rational living*. Wilshire Book Co., 1975.
- ELLIS, A.; KNAUS, W. J.: *Overcoming procrastination*. New American Library, 1979.
- ELLIS, A.; WHITELEY: *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. 1979.
- FREEMAN, A.: *Cognitive therapy with couples and groups*. Plenum, 1985.
- GENDLIN, E. T.: *Focusing*. Bantam, 1988.
- MAULTSBY, M. C. (Jr.): *Help yourself to happiness*. Institute for R. E. T., 1975.
- MAULTSBY, M. C. (Jr.): *Rational behavior therapy*. Prentice-Hall, 1984.
- MCMULLIN, R. E.: *Handbook of cognitive therapy techniques*. Norton, 1986.
- MCMULLIN, R. E.; CASEY, B.: *Talk sense to yourself*, Counseling Research Institute, 1975.
- PERRIS, C.: *Cognitive Therapy with schizophrenic patients*. Guildford Press, 1989.
- SEGURA, M.: *Análisis y modificación del comportamiento cognitivo*. Centro Luria, 1984.
- SEGURA, M.: *La Terapia de Conducta hoy ¿una disciplina científica?* Revista del AETCO, 3, 2, 1985.
- SEVILLÁ, J.; PASTOR, C.: *La Terapia Racional Emotiva*. Informació Psicològica, número 30, 1987.



GRIEGER, R.: *A client's guide to rational-emotive therapy*. 1986.

GRIEGER, R.; BOYD, J.: *Rational-emotive therapy*. VNR, 1980.

GRIEGER, R.; GRIEGER, I. Z.: *Cognition and Emotional Disturbance*. Human Sciences Press, Inc., 1982.

GUTIÉRREZ-MOYANO, M.^a M.: *Terapias de solución de problemas: una revisión*. (Tesis).

KRANZELER, G.: *You can change how you feel. A rational-emotive approach*. Retc Press, 1974.

LABRADOR, F. G.: *La modificación de conducta en los años 80*, revista AETCO, número 3, 1984.

MAHONEY, M. J.: *Cognición y modificación de conducta*. Trillas, 1983 (1974).

MAHONEY, M. J.; FREEMAN, A.: *Cognición y psicoterapia*, Paidós, 1988 (1985).

SEVILLÁ, J.; PASTOR, C.: *Tratamiento Cognitivo-Conductual de una fobia social*, Informació Psicològica, número 36.

SEVILLÁ, J.; PASTOR, C.: *Intervención Conductual en un caso de Conductas obsesivo-compulsivas*, Informació Psicològica, número 37.

SEVILLÁ, J.; PASTOR, C.: *Entrevista con Mariana Segura*. Informació Psicològica, número 41.

SEVILLÁ, J.; PASTOR, C.: «Análisis Funcional de Conducta: un modelo práctico de intervención», Informació Psicològica, número 42.

TROWER, P.; CASEY, A.; DRYDEN, W.: *Cognitive-behavioural counselling in action*. Sage, 1989.