

COMUNALIDADES Y DIFERENCIA ENTRE LAS TERAPIAS DE ELLIS Y DE BECK

SERGIO VERÁTEGUI QUINTERO, col. P 19

Correo-e: sergiovq@cop.es

Publicado en Hojas Informativas de l@s Psicólog@s de Las Palmas nº
64 febrero de 2004.

Las **comunalidades** entre la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de ELLIS y la Terapia Cognitiva (TC) de BECK podría n concretarse en cinco puntos fundamentales:

1. La relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta.
2. El papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico.
3. La relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar adecuadamente sus dificultades.
4. La importancia de las tareas encomendadas al paciente.
5. La relevancia de la relación terapéutica terapeuta-paciente y del papel de las cogniciones en ella.

En cuanto a las **diferencias**, el basarse en el informe del paciente sobre el significado de sus pensamientos distingue a la TC de Beck de la de Ellis. En la TREC se emplea un acercamiento deductivo en el que el terapeuta infiere con cierta facilidad la naturaleza de los errores cognitivos del paciente sobre la base de su experiencia con otros pacientes o de su conocimiento de la teoría de la TREC. La Terapia Cognitiva puede sugerir al paciente que vea los pensamientos automáticos como un hábito y la terapia puede pretender eliminar el hábito o reemplazarlo por uno nuevo menos estresante. Las estrategias de cambio no deben utilizarse antes de que el paciente haya explorado a fondo el significado o implicaciones del pensamiento y haya decidido que el significado del pensamiento habitual no es verdadero. Para la Terapia Cognitiva el sistema de significados de cada paciente es idiosincrásico. En cuanto a las diferencias entre la TREC especializada y las TC en general, Ellis (1980) establece las siguientes características:

- La TREC tiene un énfasis filosófico distintivo: los humanos se valoran a sí mismos, a los otros y al mundo en términos de: a) filosofías racionales, preferenciales, flexibles y tolerantes; o en términos de b) filosofías irracionales, musturbatorias, rígidas, intolerantes y absolutistas.
- La TREC tiene un toque existencial-humanista que es intrínseco, lo que le lleva a ver a las personas como seres holistas, orientados a una meta, e importantes porque son seres humanos vivos.
- La TREC favorece los esfuerzos por conseguir cambios amplios y duraderos, más que cambios sintomáticos.
- La TREC enseña a las personas la auto-aceptación incondicional.

- La TREC ve los trastornos psicológicos como resultado, en parte, de tomarse la vida demasiado seriamente.
- La TREC insiste en el uso de métodos de disputa *antimusturbatorios* más que antiempíricos. Esto favorece ir al núcleo filosófico del trastorno emocional y cuestionar las creencias irracionales, más que disputar inferencias antiempíricas más periféricas.
- La TREC emplea métodos cognitivos paliativos, como la relajación, pero sólo para ayudar en el corto plazo. A largo plazo lo que hay que hacer es identificar, desafiar y cambiar las filosofías que apuntalan sus problemas psicológicos.
- La TREC concede un papel explicativo del trastorno psicológico, más central que otras formas de TC, al concepto de la ansiedad derivada de la pérdida de confort. Ansiedad de disconfort definida como una hipertensión emocional que se produce cuando las personas sienten que: a) su vida o confort está amenazado; b) no deben sentirse incómodos y tienen que sentirse a gusto; c) es terrible o catastrófico el no conseguir lo que supuestamente deben.
- La TREC enfatiza que los seres humanos frecuentemente se alteran por experimentar ciertos trastornos.
- La TREC tiene teorías precisas de la alteración y su tratamiento, pero es ecléctica o multimodal en sus técnicas.
- La TREC distingue entre emociones negativas saludables y no saludables. Considera a las emociones negativas como respuestas efectivas constructivas a deseos frustrados cuando se basan en una filosofía no adherida al deseo, y cuando no interfiere innecesariamente con las metas y los proyectos de las personas.
- La TREC aboga por que los terapeutas den a los clientes una aceptación incondicional más que calor y comprensión, ya que esto último podría fomentar la necesidad de amor y aprobación.
- La TREC remarca la importancia del uso del vigor y la fuerza en contrarrestar filosofías y conductas irracionales que descansan en predisposiciones biológicas.
- La TREC es más selectiva que otras formas de TC en la elección de métodos conductuales de cambio. Tiene reservas en el uso del refuerzo social porque considera que las personas son reforzables en exceso y que, a veces, hacen las cosas correctas por razones incorrectas. Además, en su deseo de fortalecer y hacer independiente a la persona, frente a una DS imaginaria aboga por la DS en vivo y por la inundación.
- El terapeuta que practica la TREC no es dogmático en el uso de la TREC especializada, o sea, no cree que siempre y en todos los casos deba ser la terapia a utilizar.

En el siguiente cuadro, U. S. M. Ubeda intenta resumir las diferencias entre Ellis (1990) y Beck (1979):

TREC (Ellis)	TC (Beck)
1. Las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico	1. Las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas

2. Se utiliza, sobre todo, el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales)	2. Se utiliza, sobre todo, el método de verificación de hipótesis en base a la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (apoyo de técnicas conductuales)
3. La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales	3. La dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente, y no las inducidas por el terapeuta, aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas para reunir datos sobre ellas.
4. Énfasis filosófico y humanista, junto al científico	4. Énfasis científico, aunque no antihumanista
5. Relevancia de la autoaceptación frente a la autovaloración	5. Autoevaluación realista frente a la distorsionada
6. Conceptos de “ansiedad del ego” y “ansiedad perturbadora”	6. Conceptos de “Supuestos primarios” y “Supuestos secundarios” o derivados
7. Concepto de “síntoma secundario” o “perturbación por la perturbación primaria”	7. Carece de ese concepto o similar
8. Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas	8. Trabaja las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva

Por último, otro aspecto diferenciador de estos dos terapeutas se manifiesta a la hora de la preferencia en la utilización de determinadas técnicas psicoterapéuticas:

Psicoterapeuta	Técnicas cognitivas	Técnicas emocionales	Técnicas conductuales
ALBERT ELLIS	<ul style="list-style-type: none"> - El debate filosófico - Tareas para casa: Formulario de Autoayuda de la TREC, biblioterapia, ... - La fantasía racional-emotiva - Refutación de creencias irracionales - Refutación con 	<ul style="list-style-type: none"> - El ejercicio para atacar la vergüenza - Aceptación incondicional - Métodos humorísticos - Inversión del rol racional - Ejercicios de riesgo calculado - Repetición de frases 	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas para casa: DS en vivo, la inundación, la implosión... - Premios y castigos y contratos conductuales - El rol fijo de Kelly - Entrenamiento en habilidades sociales y asertivas

	cintas magnéticas - Métodos semánticos - Proyección en el tiempo	racionales fuerte y apasionadamente	
AARON T. BECK	- Registro diario de los pensamientos funcionales - Tres cuestiones - La flecha ascendente - Errores cognitivos - Identificación de los esquemas - Cuestionamiento socrático y descubrimiento guiado		-La automonitorización - Programar actividades - La evaluación del placer y de la maestría - Trocear (chunking) - Graduar las tareas

BIBLIOGRAFIA

- DEL PINO, A. (2003). Terapias cognitivas. Curso de doctorado en Psicología Clínica, Universidad de La Laguna. Arrecife de Lanzarote, 4 y 5 de abril.
- BECK, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. International University Press.
- BECK, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. En P.M. Salkovskis (Ed.) Frontiers of cognitive therapy, (pp. 1-23). New York. The Guilford Press.
- CLARK, D.A. & BECK, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y en la práctica cognitiva. En I. Caro (Comp.), Manual de psicoterapias cognitivas (pp 119-127). Barcelona. Paidós.
- ELLIS, A. (1981). La teoría clínica básica de la terapia racional-emotiva. En A. Ellis & R. Grieger (Comps.), Manual de terapia racional-emotiva. Desclée de Brouwer.
- ELLIS, A. (1997). El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva conductual. En I. Caro, Manual de psicoterapias cognitivas. Barcelona. Paidós.