

ALBERT ELLIS (1913-2007): PIONERO DE LOS MODELOS MEDIACIONALES DE INTERVENCIÓN

Andrés M. Pérez-Acosta¹, Aydée Rodríguez Sánchez²
y María Claudia Vargas³

¹*Universidad del Rosario (Colombia)*; ²*Universidad Nacional de Tucumán (Argentina)*; ³*Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Tunja, Colombia)*

Resumen

El pasado 24 de julio de 2007 falleció uno de los gigantes de la psicología clínica: el Dr. Albert Ellis. Sus fructíferos 93 años lo llevaron a convertirse en una de las figuras más importantes de la psicología contemporánea, al punto que alguna vez fue declarado por sus colegas como más influyente que Sigmund Freud. En este artículo recogemos algunos datos biográficos del Dr. Ellis y le hacemos un homenaje académico recordando los fundamentos de su principal contribución: la terapia racional emotivo-conductual (TREC). Incluimos su teoría de la perturbación emocional, un recuento de las principales creencias irracionales, su modelo de intervención denominado A-B-C-D-E y una comparación con la terapia cognitiva.

PALABRAS CLAVE: *Albert Ellis, terapia racional emotivo-conductual, psicología clínica cognitivo-conductual, terapia cognitiva.*

Abstract

On July 24, 2007, Dr Albert Ellis, one of the giants of clinical psychology, died at 93 years of age. He was recognized as one of the most important figures of contemporary psychology, to the point of being considered by his peers to be more influential than Sigmund Freud. In this article we gather some biographical data of Dr. Ellis and we pay an academic tribute remembering the foundations of his main contribution: Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). His theory of emotional disturbance, a list of the main irrational beliefs, his intervention model denominated A-B-C-D-E, and a comparison with the cognitive therapy are included.

KEY WORDS: *Albert Ellis, rational emotive behavior therapy, cognitive-behavioral clinical psychology, cognitive therapy.*

El pasado 24 de julio de 2007 falleció uno de los gigantes de la psicología clínica: el Dr. Albert Ellis (Lega y Velten, 2008). Sus fructíferos 93 años lo llevaron a convertirse en una de las figuras más importantes de la psicología contemporánea, al punto que alguna vez fue declarado por sus colegas como más influyente que Sigmund Freud (Franklin, 2007). Lo que no es exagerado decir es que Ellis fue uno de los fundadores de la actual terapia cognitivo-conductual. Su modelo, la terapia racional emotivo-conductual (TREC) es un verdadero puente entre la filosofía antigua y la psicología científica actual aplicado al campo clínico. La TREC y la terapia cognitiva de Aaron Beck son consideradas como paradigmas en la psicología clínica cognitiva y cognitivo-conductual (véase Beck, 1980; Harrison, Beck y Buceta, 1994; Lega, Caballo y Ellis, 1997; Ferrer Botero *et al.*, 2003).

La TREC de Albert Ellis y la terapia cognitiva de Beck han convergido, tanto unidas como por separado, en modelos paradigmáticos de cualquier intervención que tenga por objetivo una modificación de patrones irracionales e desadaptativos de pensamiento. Después de presentar algunos datos biográficos de Albert Ellis, profundizaremos en la TREC y, finalmente, realizaremos un paralelo entre ambas terapias.

Albert Ellis (1913-2007)

Albert Ellis nació el 27 de septiembre de 1913 en Pittsburgh (Pennsylvania, Estados Unidos). Creció en la ciudad de Nueva York, donde recibió grado de maestría y doctorado en psicología clínica de Columbia University. Inicialmente se dedicó a la práctica privada especializada en psicoterapia sexual y matrimonial. A partir de su extensa experiencia profesional y académica publicó, como autor o como coautor, más de 60 libros, en los cuales se aprecia una gran influencia de los filósofos antiguos, griegos y romanos, además de algunos filósofos modernos.

En 1955 crea la terapia racional emotiva (TRE), como modelo alternativo y crítico de la práctica psicoanalítica que practicó entre 1947 y 1953. En 1960 fundó el Instituto Albert Ellis, con sede en Nueva York, del cual fue Presidente Emérito hasta su fallecimiento.

La TRE evolucionó posteriormente hacia la TREC (terapia racional emotivo-conductual; Ellis, 1993; Ellis, 1999). No obstante, en cualquiera de sus dos versiones, la contribución de Ellis es todavía aclamada como la aproximación pionera de las actuales terapias cognitivas y cognitivo-conductuales. En 2003, la American Psychological Association (APA) lo nombró como el segundo psicólogo más influyente del siglo XX, después de Carl Rogers.

Durante su carrera, el Dr. Ellis fue Presidente de la División de Psicología de la Consejería de la APA, miembro del Consejo de Representantes de la APA y miembro y Presidente de la Sociedad para el Estudio Científico del Sexo. Fue miembro de la Asociación Americana de Terapeutas de Matrimonios y Familias; también de la Asociación Americana de Ortopsiquiatría, la Asociación Americana de Sociología, la Asociación Americana de Antropología Aplicada y la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia.

Según informó su esposa, Debbie Joffe Ellis, Albert Ellis murió el 24 de julio de 2007 de un fallo cardíaco y renal, después de una larga enfermedad (Franklin, 2007).

La terapia racional emotivo-conductual de Ellis¹

Orígenes

Albert Ellis, inicialmente psicoanalista ortodoxo, comienza hacia 1955 a practicar la terapia racional emotiva (TRE; véase Ellis, Grieger y Marañón, 1981), que a la postre se convertiría en la terapia racional emotivo-conductual (TREC; Ellis, 1993; Lega *et al.*, 1997) y pronuncia su primera conferencia sobre el tema, en la que afirma que para llegar a dicha terapia se vio influenciado principalmente por la escuela estoica, es especial por Epícteto, quien señaló que la perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las *interpretaciones de esas situaciones*. Otra escuela que influenció a Ellis fue la freudiana, con la que está de acuerdo en unos aspectos, pero disiente en otros; acepta el determinismo psicoanalítico de que el hombre es innatamente irracional, considera, asimismo, que la enfermedad mental se origina en la infancia, consecuencia de situaciones traumáticas. Sin embargo, discrepa enérgicamente en dos aspectos fundamentales: uno relativo a la teoría y otro a la técnica o práctica terapéutica. Con respecto a la teoría, afirma que lo que mantiene la enfermedad no es el conflicto inicial reprimido e inconsciente, sino las autoverbalizaciones internas que el paciente generó en la situación conflictiva y que han venido repitiéndose de forma más o menos encubierta hasta ser, en el presente, las responsables de su perturbación.

Por otro lado y haciendo referencia a la técnica psicoanalítica, considera insuficiente para la curación el reencuentro emocional con la situación traumática por medio de la catarsis o abreacción y afirma, por tanto, que los métodos estrictamente psicoanalíticos (análisis de sueños, asociación libre) son ineficaces desde el punto de vista terapéutico. Por el contrario, la introspección del paciente debe dirigirse a los aspectos más cognitivos del problema, sin cuya transformación no sería posible la curación. Coherentemente con estas afirmaciones, la actitud pasiva y no directiva del terapeuta psicoanalítico, cuya misión es escuchar al paciente, adoptar los roles que este le adjudique y esperar la catarsis es, no sólo ineficaz, sino contraproducente. En este lugar propone un terapeuta activo y básicamente directivo, pues sólo así se ha de efectuar el cambio en la mentalidad del paciente.

Definición y características

La TREC es una terapia activo-directiva orientada hacia los factores cognoscitivos que median entre las conductas inadaptadas y las emociones, es decir, es una terapia cognitivo-conductual que tiene como premisa básica el hecho de que «las personas controlan gran parte sus propios destinos, creyendo y actuando según valores

1 Más información de la TREC en la página del Instituto Albert Ellis: <http://www.albertellisinstitute.org/>

y creencias que tienen». La TREC supone que los trastornos psicológicos surgen en su mayoría de patrones erróneos o irracionales del pensamiento (véase Ellis *et al.*, 1981; Ellis y Lega, 1993; Lega *et al.*, 1997).

El objetivo de esta terapia es, entonces, inducir a la persona a que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que las abandone y a que adopte otras nuevas y más apropiadas. El estilo terapéutico de Ellis es directo, nada sutil, autoritario y enérgico. El rol del terapeuta es el de ser un reeducador emocional que enseña al paciente cómo pensar de forma lógica.

Teoría A-B-C de la perturbación emocional

Ellis (en Ellis *et al.*, 1981) afirma que a causa de nuestras tendencias innatas y adquiridas, nosotros en gran medida (aunque no exclusivamente) controlamos nuestros propios destinos y especialmente los emocionales. Y lo hacemos así por nuestros valores básicos y creencias, según la forma en que interpretamos o consideremos los acontecimientos que ocurren en nuestras vidas y según las acciones que elegimos para que así sucedan. Por lo tanto, la teoría A-B-C mantiene que las personas directamente no reaccionan emocionalmente o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La teoría A-B-C se puede esquematizar de la siguiente manera: en el punto A (experiencia activadora o acontecimiento activador) ocurre algo. En el punto C (consecuencia emocional y/o conductual) la persona reacciona ante lo que ocurre en el punto A. Puesto que la consecuencia emocional y/o conductual sigue casi inmediata y directamente después de tener lugar la experiencia activadora, muchas personas tienden a pensar, erróneamente, que A causa C. En cambio, la TREC afirma que C no proviene automáticamente de A sino de B (sistema de creencias de la persona, innatamente predispuesto y aprendido), la creencia o idea o valoración de la persona sobre A.

Creencias irracionales

Las ideas anteriores sólo son algunas de las numerosas ideas irracionales que existen. Ellis (1980; Ellis *et al.*, 1981; Lega *et al.*, 1997), por ejemplo, ha recogido cerca de 259 ideas autodestructivas, pero ha proporcionado una lista de once creencias irracionales comunes a la cultura occidental, todas las cuales se derivarían de exigencias absolutistas y rígidas, los «tengo que» o «debo». Esas creencias serían las siguientes (véase Lega *et al.*, 1987):

1. *Tengo que* ser amado/a y aceptado/a por toda la gente que sea importante para mí.

2. *Tengo que* ser totalmente competente, adecuado/a y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
3. Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, *deben* ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
4. Es *tremendo y catastrófico* cuando las cosas no van por el camino que a mi me gustaría que fuesen.
5. La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
6. Si algo parece peligroso o temible, *tengo que* estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
7. Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
8. Las personas y las cosas *deberían* funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como *terrible y catastrófico*.
9. Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

Modelo A-B-C-D-E de intervención terapéutica

La terapia propuesta por Ellis incluye cinco elementos, que conforman el modelo A-B-C-D-E de la intervención (véase Ellis, 1980; Ellis *et al.*, 1981; Ellis y Lega, 1993; Lega *et al.*, 1997). «A» se refiere a cierto suceso real y objetivo al que el individuo se expone que, a su vez, origina «B», cadena de autoverbalizaciones o pensamientos, algunos de los cuales son irracionales y autoderrotistas, los cuales conducen a «C», emociones y conductas negativas. El punto «D» se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurren en B, ayudando a la persona a examinar las relaciones lógicas entre sus autoverbalizaciones, es decir, guiándola a examinar de una manera científicamente crítica, la validez o racionalidad de las declaraciones hechas por sí mismo en el punto B, a discriminar críticamente las declaraciones en B que son objetivamente verdaderas y aquellas que pueden ser irracionales. Esto conduce a «E», eliminación del pensamiento irracional (sustitución por uno racional, debate) y consecuentes emociones y conductas, presumiblemente benéficas.

El punto E, que es el resultado final de la TREC, consiste en que la persona consiga un nuevo efecto o filosofía que la capacite a funcionar semiautomáticamente sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una manera más sensata en el futuro. Con esta clase de efecto la persona llega al final del proceso, porque junto con el efecto cognitivo o nueva filosofía, si la persona verdaderamente cree en él y sigue lo que cree, llegará a tener un nuevo efecto emotivo y también un nuevo efecto conductual (Ellis *et al.*, 1981).

El método de la discusión o refutación

La TREC consiste, en gran parte, en el uso del método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente (Ellis, 1980; Ellis *et al.*, 1981; Ellis y Lega, 1993; Lega *et al.*, 1997). El debate basado en el diálogo socrático consiste en preguntas retóricas propuestas para discutir y deshacer la creencia falsa; implica una discusión dentro de la persona, entre sus creencias racionales e irracionales. El proceso de distinguir consiste en hallar las diferencias claras entre lo que la persona quiere y lo que necesita, entre sus deseos y sus imperativos, entre sus ideas racionales e irracionales. El proceso de definición consiste en atacar y abandonar los absolutos semánticos de suprageneralización que la persona tiende a usar.

En general, el método de la discusión consiste en varias clases de reestructuración cognitiva, incluyendo la averiguación de las irracionalidades, el debate contra ellas, la distinción entre el pensamiento lógico e ilógico y la definición y redefinición semántica que ayudará a la persona a detener la suprageneralización y a mantenerse más cerca de la realidad.

Comparación entre la terapia racional emotivo-conductual y la terapia cognitiva

Para concluir, presentamos un paralelo entre la TREC de Ellis y su contemporánea, e igualmente influyente, terapia cognitiva de Beck (Harrison *et al.*, 1984). Tanto en una como en otra terapia, se da una alternativa estructurada para el tratamiento de diversas alteraciones emocionales, como la depresión (Beck *et al.*, 1983; Caro, 1991), los estados de ansiedad no específica y los trastornos fóbicos; también casos de abuso de alcohol y otras sustancias, obesidad, disfunciones sexuales y alteraciones de tipo psicossomático (véase Dobson y Franche, 1991; Riso, 2006). Las diferencias entre los dos modelos son mínimas, pues básicamente se dirigen al mismo objetivo que es un cambio en los pensamientos o creencias disfuncionales a favor de otras más razonables y adaptativas que permitan una mejor calidad de vida de la persona. El lenguaje varía notablemente pero el enfoque permanece centrado en el objetivo anterior.

A continuación se explicarán algunas de estas diferencias y semejanzas entre los dos modelos, incluyendo la metodología y sus aplicaciones (profundizar en Beck, 1980; Caro, 1997; Ferrer Botero y colaboradores, 2003). Debe tenerse en cuenta previamente que para Beck las reacciones emocionales y las conductas de las personas vienen determinadas por la forma en que ellas construyen su mundo (procesamiento de la información), mientras que para Ellis, el problema radica en la interpretación errónea de las situaciones y lo que debe lograrse es un cambio de pensamiento para el individuo:

1. Para Beck su modelo es sólo cognitivo, mientras que para Ellis es cognitivo-conductual. Esto quiere decir que Beck concede una importante atención a la explotación y modificación de la estructura cognitiva de las personas; esto

abarca tanto el contenido consciente del individuo (imágenes, ideas, recuerdos) como también los procesos cognitivos mediante los cuales se deduce dicho contenido; por su parte, Ellis se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son un producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad.

2. Para Beck los pensamientos defectuosos se manifiestan al activarse los esquemas negativos que tienden a influenciar al individuo. Es probable que estos esquemas se formen poco a poco a través de diversas experiencias y, a medida que estas son más frecuentes, intensas y negativas, se convierten en características permanentes de la persona afectada. Para Ellis, los pensamientos defectuosos o creencias irracionales son innatos y aprendidos y esto lo sustenta afirmando que todas las culturas, independientemente de la edad, sexo y otros aspectos, presentan deformaciones en el pensamiento de sus individuos.
3. Tanto para Beck como para Ellis el proceso de cambiar los pensamientos defectuosos por otros más adaptativos se logra por medio de una educación, para Beck, y reeducación, para Ellis, del paciente, la cual pretende una delimitación de los pensamientos o creencias disfuncionales, comprobando posteriormente su validez.
4. Para Beck y Ellis la terapia debe ser corta y limitada en el tiempo. Beck propone que esta terapia se reduzca a 20 sesiones de 45 minutos, dos veces a la semana y orientada hacia objetivos concretos, mientras que para Ellis lo ideal sería una terapia de 26 sesiones, pero sin aclarar su distribución ni duración.
5. En cuanto a la colaboración terapeuta-paciente, Beck afirma que el terapeuta debe comprometer inicialmente al paciente en una investigación empírica activa acerca de sus pensamientos, inferencias, conclusiones y asunciones; esto requiere que el terapeuta sea capaz de responder al paciente que, por su parte, se comprometerá a sugerir y comentar el plan, valorando la trascendencia de cada tema y el tiempo disponible. Mientras que para Ellis, esta relación personal no debe ser tan cordial como para Beck; incluso recomienda tratar al paciente con «mano dura» para empujarlo más rápidamente al posible cambio. En este caso, el terapeuta también actuaría más como un modelo.
6. Juntos emplean el «método socrático» para obtener creencias racionales o pensamientos lógicos.
7. Utilizan el método científico, aunque para este método es diferente en ambos. Para Beck, el método científico es la metodología de su terapia y para Ellis es el debate o método socrático, la forma en que se lleva el método científico a la vida cotidiana, es decir, se formulan hipótesis sobre estas creencias y luego se comprueban en la vida real.
8. Tanto para uno como para otro, la terapia no se limita al consultorio sino que se extiende a otras situaciones (las tareas para la casa). Para Beck, estas estrategias aprendidas en las sesiones pueden ser asignadas dentro del trabajo a realizar entre sesiones, elevando de este modo la frecuencia. Para Ellis, estas terapias tienen como objetivo al generalizar el trabajo terapéutico de

la consulta. Estas ayudas incluyen formularios de autoayuda, técnicas como la biblioterapia, donde el paciente aprenda la TREC relacionada con su problemática en particular, además de cintas de audio que lo ayuden a practicar hábitos eficaces producto de su nueva filosofía racional. Sugiere también asistir a talleres y conferencias como trabajo terapéutico.

Referencias

- Beck, A. T. (1980). La terapia cognoscitiva: Su naturaleza y su relación con la terapia comportamental. En R. Ardila (dir.), *Terapia del comportamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caro, I. (1991). Tratamiento cognitivo/conductual de la depresión: El modelo de Beck. En G. Buéla-Casal y V. E. Caballo (dirs.), *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Caro, I. (dir.) (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Dobson, K. S y Franche, R. L. (1991). La práctica de la terapia cognitiva. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 493-525). Madrid: Siglo XXI.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1993). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *the Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- Ellis, A. (1999). Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior-therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 154-159.
- Ellis, A., Grieger, R. y Maraño, A. S. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Lega, L. I. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre sí mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual*, 1, 93-100.
- Ferrer Botero, A., Gómez Maquet, I., Castrillón Moreno, D., Lopera Rendón, M. et al. (2003). *Investigaciones en psicología clínica cognitivo-comportamental en la ciudad de Medellín*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Franklin, M. (2007, julio 25). Psychology giant Albert Ellis dies [boletín de prensa]. Nueva York: Associated Press.
- Harrison, R. P., Beck, A. T. y Buceta, J. M. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 39, 623-646.
- Lega, L. I. (1991). La terapia racional emotivo-conductual: Una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L. I. y Velten, E. (2008). Albert Ellis (1913-2007). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40, 189-193.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.