

# MÁSTERES de la UAM

Facultad de Psicología  
/ 14-15

Psicología  
General Sanitaria



**Terapia Racional  
Emotivo Conductual  
en un caso de  
Ansiedad por  
Ruptura de Pareja  
y Déficit de  
Asertividad**

*Santiago Montero Ruiz*



**Terapia Racional Emotivo Conductual en un  
caso de Ansiedad por Ruptura de Pareja y  
Déficit de Asertividad**

Santiago Montero Ruiz

Trabajo Fin de Máster

Bajo la dirección del Doctor Juan Manuel Serrano Rodríguez

Dpto. Psicología Biológica y de la Salud

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Facultad de Psicología**

**Universidad Autónoma de Madrid**

**2015**



## Resumen

El presente trabajo muestra el caso clínico de una persona que acudió a consulta por el alto grado de ansiedad que padecía. El principal malestar que presentaba se debía a la ruptura de la relación de pareja, sufrida hace año y medio, que no había conseguido superar. Por otro lado, las consecuencias adversas derivadas de sus dificultades para manejar asertivamente las relaciones interpersonales incrementaban su estado de ansiedad. La información obtenida de la evaluación mostró un alto nivel de ansiedad, un estilo de relación interpersonal fundamentalmente pasivo, así como una variada muestra de creencias e ideas irracionales. Durante la intervención se abordaron de forma paralela dos objetivos: cambiar la experiencia emocional a través de la modificación del pensamiento irracional por el racional; y, modificar el estilo de relación interpersonal y las creencias irracionales. Las principales técnicas utilizadas para alcanzar estos objetivos fueron la reestructuración cognitiva, llevada a la práctica desde el modelo de la Terapia Racional Emotivo Conductual, el entrenamiento en asertividad y la psicoeducación.

**Palabras clave:** ansiedad, asertividad, emoción, ideas irracionales, pensamiento, reestructuración cognitiva, ruptura de pareja.

## Abstract

This paper presents the case of a person who consulted by the high level of anxiety that suffered. The main discomfort had was due to the relationship breakup couple, suffered last year and half, and that she had failed to overcome. On the other hand, the adverse consequences of their difficulties assertively handle interpersonal relationships, increased their state of anxiety. Information obtained from the evaluation showed a high level of anxiety, interpersonal style essentially passive, as well as a varied selection of beliefs and irrational ideas. During the operation were addressed two aims in parallel: to change the emotional experience through the modification of irrational thinking by rational; and modify the style of interpersonal relationship and irrational beliefs. The main techniques used to achieve these objectives were cognitive restructuring, practiced from the model of Rational Emotive Behavior Therapy, assertiveness training and psychoeducation.

**Keywords:** anxiety, assertiveness, cognitive restructuring emotional, irrational ideas, relationship breakup couple, thought.



### **Grado de participación**

El autor de este trabajo intervino como único terapeuta del caso clínico que se describirá a continuación, realizó el diseño y aplicación de la evaluación, la formulación del caso, el diseño y aplicación del tratamiento, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), bajo la tutela profesional de Marta Ortega Otero.

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi agradecimiento:

Al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. Por la confianza y oportunidad otorgadas para poder ejercer como terapeuta en el caso clínico sobre el que se fundamenta este trabajo. Al fin, por facilitar ese primer paso sin el cual no es posible recorrer ningún camino.

Al profesor Juan Manuel Serrano, tutor académico del Trabajo Fin de Máster (TFM). Por leer y releer las correcciones con la paciencia necesaria. Por ver el bosque que no ve quien está dentro de él, por aportar luz en los apartados y párrafos más oscuros, por su disponibilidad y acertado consejo. Gracias al él este trabajo tiene la estructura y la coherencia argumental requeridas.

A mi tutora profesional, Marta Ortega Otero. Por sus sugerencias en el ámbito clínico y por las correcciones y propuestas de mejora durante la realización de este TFM. Por su total implicación, por su entrega y apoyo constante.

A mis compañeros de máster. Por las múltiples aportaciones que cada uno de ellos realizaron durante el visionado de las grabaciones de las sesiones clínicas. Y, especialmente, a Beatriz Manzano, por su implicación en lo relativo al entrenamiento en asertividad.

A todos, gracias.

Entiendo que todos son parte de este trabajo. No obstante, en nada eximo mi responsabilidad, tan solo muestro mi reconocimiento.

## ÍNDICE

Resumen .....	iii
Grado de participación.....	v
Agradecimientos .....	vi
Introducción .....	3
Terapia Racional Emotivo Conductual.....	5
Habilidades sociales y Asertividad .....	9
Presentación del caso .....	12
Identificación de la Paciente y Motivo de Consulta .....	12
Diseño del estudio.....	12
Estrategias de Evaluación .....	12
Resultados de la evaluación.....	15
Formulación Clínica del Caso y Objetivos del tratamiento.....	18
Análisis Funcional .....	18
Objetivos de tratamiento.....	23
Tratamiento.....	24
Elección del Tratamiento .....	24
Aplicación del Tratamiento .....	24
Propuesta para la continuación del tratamiento .....	29
Factores relacionados con el terapeuta .....	29
Resultados.....	31
Efectividad y eficiencia de la intervención.....	31
Discusión .....	36
Referencias bibliográficas .....	39





## Introducción

Habitualmente, la ruptura de la relación de pareja es seguida de dolor y aflicción. Para resolver la situación de malestar, la persona suele buscar apoyo en sus amistades y otras personas cercanas o en algún programa terapéutico, se entrega plenamente a su trabajo, comienza una nueva relación o, simplemente, el paso del tiempo le concede consuelo (Hall, 1989). Sin embargo, el consuelo que otorga el paso del tiempo no suele constituir una vía de solución a los problemas que la persona puede padecer tras la ruptura de pareja. Por el contrario, la persona puede ir engendrando y acumulando ansiedad cuando percibe que el malestar no desaparece con el paso del tiempo.

En el proceso que se desarrolla tras la ruptura de la relación de pareja, pueden intervenir diferentes factores que faciliten o dificulten la adaptación de la persona a su nueva realidad. Por ejemplo, la red social en la que se relaciona la persona, normalmente, constituirá un punto de apoyo y ayuda. Otros factores, como la historia de aprendizaje, la orientación sexual, la situación económica y laboral, el momento del desarrollo vital, los valores personales, o cualquier característica inherente al individuo, tendrán efectos distintos dependiendo de cada persona y de las actuaciones que esta lleve a cabo en el proceso de afrontamiento de la nueva situación (Simpson, 1987).

Si bien las amistades suelen ser el principal punto de apoyo para la persona, una determinada amistad podría formar parte del conflicto. Cuando la relación de pareja deriva de una íntima relación de amistad, la ruptura puede experimentarse como una doble pérdida: la pareja y la persona que fue soporte y confidente de los asuntos personales más íntimos. En este caso, podría haber malestar por la pérdida afectiva y por la pérdida de la conexión interpersonal (Greenberg, 2012).

La orientación sexual podría ser, en el caso de la homosexualidad, una dificultad añadida. Los prejuicios y la discriminación social podrían hacer que la relación de pareja no se viviera con total normalidad y, tras la ruptura, resultar complicado compartir con otras personas el dolor por la separación. En estas circunstancias, y hasta cierto punto, la persona podría permanecer socialmente aislada tras la ruptura (American Psychological Association, 2008).

De los factores citados, la historia de aprendizaje será, probablemente, el de mayor peso en la toma de decisiones que la persona habrá de realizar para resolver su situación. Es en la historia de aprendizaje donde se van gestando los modos preferentes de actuación, entendiendo estos modos como la tendencia a emitir una determinada respuesta en los niveles motor, fisiológico y cognitivo (Fernández-Ballesteros, 2009).

A lo largo de los años, la experiencia se va sintetizando como variable disposicional, la persona desarrolla un “estilo, regla o modo de actuar en la medida en que tal modo sea consistente y estable” (Santacreu, 2005, p. 61). Este estilo, generalmente, tendrá un efecto determinante tanto en el comportamiento cognitivo como en el conductual.

En definitiva, todos estos factores muestran la presencia e influencia mutua de los procesos de pensamiento distorsionados y las respuestas afectivas negativas (aflicción, ansiedad), que pueden producir y desarrollarse en la persona, en situaciones como las de ruptura de relaciones de pareja. En la tesitura de intentar resolver propositiva y “racionalmente” el malestar tras la separación, hay que considerar la influencia de los procesos emocionales; particularmente, el efecto que tienen las emociones negativas y primarias en procesos cognitivos como la toma de decisiones, tal y como diversos estudios han demostrado, (Damasio, 2006a; Simón, 1997).

La influencia de la emoción sobre el pensamiento se puede ver en la representación que se hace de la emoción en el cerebro. La emoción se ha identificado como un patrón de activación capaz de producir cambios biológicos que supondrían la modificación tanto del estado corporal como del estado cognitivo. Los procesos emocionales podrían desencadenar la secreción de sustancias químicas que causarían diferentes alteraciones en algunas funciones del cerebro. Estas alteraciones podrían estar relacionadas con cuestiones tan dispares como la inducción de conductas específicas encaminadas a generar vinculación emocional, o con el cambio en la forma de procesamiento cognitivo de imágenes auditivas o visuales (Damasio, 1999).

La capacidad de la emoción para intervenir de forma clara o incluso determinante en la toma de decisiones tiene el respaldo científico actual: “Trabajos recientes en neurociencia cognitiva y la psicología cognitiva tienden a confirmar que una importante base para decidir es el sentimiento y la emoción, y no simplemente las reglas de la lógica o la razón” (Damasio, 2006b; Masmoudi, 2012).

Por tanto, si las emociones constituyen un aspecto básico en el proceso de toma de decisiones, es posible que conocer las características de la interacción entre pensamiento y emoción sea una cuestión fundamental para intervenir adecuadamente desde el punto de vista terapéutico. En algunos casos clínicos, intervenir en la relación pensamiento-emoción puede ser la vía para modificar la conducta del individuo. Una persona que sufre una situación de malestar emocional puede, además, sentirse incapaz de llevar a cabo la toma de decisiones necesaria para mejorar su situación.

## **Terapia Racional Emotivo Conductual**

Dentro del enfoque Cognitivo-Conductual, una de las teorías psicoterapéuticas donde se relacionan pensamiento, emoción y conducta es la que da soporte a la Terapia Racional-Emotiva, originalmente denominada Terapia Racional y, finalmente, Terapia Racional-Emotivo Conductual (TREC), propuesta por Albert Ellis en 1955 (Ellis, 2004). Ellis consideraba que pensamiento y emoción no solo no eran dos procesos diferentes, sino que estaban totalmente interrelacionados, de modo que no era posible considerar el uno sin el otro. Más aun, en 1956 ya había señalado que el pensamiento, el sentimiento y el comportamiento humano están claramente relacionados entre sí, de modo que la intervención en cualquiera de estos tres aspectos tendrá efectos sobre los otros dos. Pensamiento y emoción, dijo Ellis, suelen ir acompañados y actúan en una relación circular de causa efecto (Ellis, 2004). De este modo, Ellis considera que la TREC, como prácticamente toda la terapia de conducta, es cognitiva, emotiva y conductual, si bien, según el modelo terapéutico se pondría más énfasis en uno u otro aspecto.

Aunque Ellis admite que lo cognitivo se ve influenciado por lo que la persona siente y hace, el principal planteamiento de su modelo se basa en la relación entre pensamiento y emoción, y, concretamente, la que se establece desde el pensamiento hacia la emoción. Ellis considera que las perturbaciones emocionales de las personas, en gran parte, son el resultado del pensamiento ilógico e irracional. Emociones y comportamientos humanos serían el resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen, respecto a sí mismas, otras personas o sobre el mundo en general. Desde este planteamiento, las personas difícilmente podrían cambiar sus emociones y modo de actuar si no cambiaran previamente sus creencias (Ellis, 2004).

El pensamiento ilógico e irracional, causante del malestar de la persona, solo sería uno de los dos polos de una dimensión imaginaria que iría desde lo adecuado o racional a lo inadecuado o irracional. Así, las ideas y creencias irracionales, rígidas, inconsistentes con la realidad, ilógicas y contraproducentes para relacionarse consigo mismo y con los demás, son consideradas el centro de las perturbaciones psicológicas de las personas (Dryden, 2005; Davis, 1985). Este tipo de pensamiento puede desencadenar estados de malestar por presentarse en forma de exigencias, de catastrofismos, o por conllevar en su planteamiento una baja tolerancia a la frustración (MacInnes, 2004; Lega, 2002).

Por el contrario, las creencias racionales serían aquellas que se caracterizan por ser flexibles, consistentes con la realidad, lógicas y que permiten a la persona una mejor

relación consigo misma y con los demás. El modelo de la TREC asocia este tipo de creencias e ideas racionales a la salud psicológica.

Las ideas racionales e irracionales también pueden calificarse de funcionales (racionales) si son útiles en el desarrollo vital de la persona, o disfuncionales si dificultan el funcionamiento eficaz de la persona en relación consigo misma, con el medio donde se desenvuelve y con los demás (Lega, 2002). Asimismo, pueden considerarse adaptativas o desadaptativas en función de las consecuencias que tengan para la persona. Probablemente como consecuencia de la historia de aprendizaje, en cada persona predominará un tipo u otro de pensamiento (Ellis, 2006).

La base teórica que contempla, para la mayoría de los casos, el pensamiento irracional como la causa del malestar emocional, justifica que el modelo terapéutico de Ellis destaque la importancia de alcanzar ciertos cambios cognitivos como medio de ayudar a las personas a superar sus perturbaciones. La TREC, dentro de las terapias cognitivo-conductuales, utiliza la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para alcanzar estos cambios.

En la reestructuración cognitiva no solo es considerable la modificación de ideas o creencias sino, también, la influencia que la cognición tiene en la emoción y en el comportamiento de las personas. Por otro lado, estas cogniciones pueden ser identificadas de forma relativamente sencilla, mediante entrevista, cuestionarios o autorregistros. La técnica de reestructuración cognitiva, mediante la detección y modificación de las cogniciones inadecuadas, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de problemas de ansiedad y de conductas no asertivas, entre otros (Bados 2010; Cormier, 2000).

El principal método utilizado durante la reestructuración cognitiva es el debate. Para sustituir las creencias e ideas irracionales por otras más racionales, se debaten las ideas y se cuestiona la validez de las teorías que subyacen a esas ideas (Lega, 2002). El terapeuta muestra al paciente el pensamiento ilógico y las verbalizaciones autodestructivas, llamando la atención sobre ellas. Además, señalará cómo causan y mantienen su perturbación emocional y, posteriormente, le enseñará a pensar de una forma nueva, de modo que llegue a verbalizar pensamientos lógicos y eficaces. De esta manera, si las personas aprenden a maximizar su pensamiento racional y a minimizar el irracional, pueden llegar a liberarse de su perturbación emocional (Ellis, 2006).

Para articular este proceso, el terapeuta se apoya en el modelo explicativo conocido como modelo ABC, si bien, en su forma completa se describe como ABC/DE.

Ellis propone como primer paso del proceso de reestructuración cognitiva, la explicación del modelo ABC, al cliente. Las siglas ABC se refieren a los acontecimientos activadores (A), a las creencias (B, *Beliefs*) sobre esos acontecimientos, y a las consecuencias (C) emocionales o conductuales que conllevan esos pensamientos (Lega 2002).

En el aprendizaje del modelo ABC/DE, el terapeuta destaca las consecuencias negativas (C) que originan las creencias irracionales (B) que se desencadenaron ante determinadas situaciones activadoras (A). De este modo, se incide en que las emociones negativas, generalmente, no aparecen como consecuencia inevitable de la situación, sino que son creadas por las actitudes y expectativas irreales e ilógicas de la persona.

El paciente será entrenado para detectar las ideas irracionales. Por una lado, habrá de estar atento a las emociones desagradables, ya que las ideas irracionales, por ser algo aprendido, se disparan de forma automática y tras ellas, normalmente, aparecerá una emoción inadecuada (Beck, 1991). Otro posible indicador de irracionalidad lo constituyen algunos términos lingüísticos absolutistas o exigentes, como “todo”, “nunca”, “necesito que...”, “tienes que...”, etc.

Previamente al cuestionamiento de las ideas irracionales del cliente, éste tiene que haber entendido y aceptado la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta. Después, ha de comprender la influencia que el pensamiento tiene sobre la emoción y el comportamiento. Por último, ha de considerar al pensamiento como el principal origen de sus perturbaciones psicológicas y emocionales, y reconocerse a sí mismo capaz de modificar esas perturbaciones (Lega, 2002; Ellis, 2006).

Llegado a este punto, la terapia se centra en debatir (D, *Disputing*) activa y enérgicamente las creencias irracionales. En esta segunda fase (D-E), el terapeuta anima al paciente para que piense de nuevo sobre la situación que causó su malestar, y a que se permita desafiar y contradecir los pensamientos irracionales. El debate comprende la prueba práctica de la evidencia (v. g.: ¿dónde está la evidencia de esta creencia? ¿es cierta?) y el análisis lógico que busca apreciar la magnitud del pensamiento (v. g.: ¿realmente es tan grave, se acaba el mundo? ¿esta creencia tiene sentido lógico?). También se evalúa de forma pragmática para ver las consecuencias últimas del pensamiento (v. g.: ¿cómo te afectará si mantienes estas creencias? ¿Qué gano pensando así, para qué me sirve?).

Poder cuestionar lo irracional permite a la persona tener la posibilidad de comprender la falta de funcionalidad del pensamiento irracional y lo perjudicial que es para su persona, por la perturbación emocional e infelicidad que le causan.

Este debate, normalmente, conlleva discutir sobre diferentes situaciones y emociones relativas a distintos ámbitos (familiar, laboral, social, etc.), de modo que se puedan detectar no solo ciertas ideas irracionales, sino también los patrones o creencias irracionales asentadas en el modo de pensar de la persona.

Otra cuestión que el paciente ha de poner en práctica es afrontar sus pensamientos como hipótesis a comprobar, y no como hechos tácitos, lo cual facilitará ver en qué medida el pensamiento realmente es ajustado a la realidad (Bados, 2010).

En un último paso, se solicita al paciente que proponga pensamientos alternativos más lógicos y eficaces (Ellis, 2006). Estos pensamientos alternativos (racionales) han de ser funcionales y estarán contruidos desde la filosofía de la flexibilidad y la preferencia (“estaría bien”; “me gustaría”), lejos de la rigidez y la exigencia (“tengo que...”; “debería...”; “necesito...” (Lega, 2002).

Quizá, lo más importante de todo este proceso es que, tras el último paso, el paciente aprecie el nuevo estado emocional (E, Emotinal state), consecuencia de haber sustituido las ideas irracionales por racionales (Overholser, 2003).

Es destacable que el modelo ABC no solo plantea que la persona pueda perturbarse emocionalmente por sus ideas irracionales, sino que, además, puede perturbarse por encontrarse perturbada. Lo cual quiere decir que las consecuencias (C) se convierten en los acontecimientos activadores (A) de la siguiente cadena ABC.

Gracias al trabajo en sesión, y como primer paso para cambiar la actitud rígida por una de mayor flexibilidad, el paciente aprende a considerar la importancia de diferenciar entre preferencias y exigencias. Aprende a diferenciar, para luego cambiar, las expresiones correspondientes a los “debería” y “tengo que” por los “estaría bien” y “me gustaría”. Conseguida cierta flexibilidad, aprenderá a evaluar las situaciones como desagradables en lugar de como horribles, o como malas en lugar de catastróficas, lo cual redundará en una valoración de las situaciones más ajustada a la realidad, menos dañina para la persona, más racional (Ellis, 2006).

Este trabajo tiene como consecuencia añadida el desarrollo de una mayor tolerancia a la frustración, a valorar los beneficios de aceptarse y aceptar a los demás en lugar de culparse a sí mismo y a los demás, y a que sus deseos no se conviertan en exigencias (Overholser, 2003).

En una fase más avanzada, y mediada por la experiencia que supone la puesta en práctica del modelo ABC/DE, el paciente progresaría desde el nivel intelectual (el cual le permite el conocimiento teórico del procesamiento que lleva a cabo, especialmente, en el ámbito de la lógica) hasta el nivel emocional. De modo que el ejercicio práctico le permita asimilar la nueva forma de pensamiento, llegando a constituir una nueva filosofía de afrontamiento existencial (Ellis, 2006).

No obstante, Ellis señala que para que se produzca el “insight emocional” (percepción o conocimiento a nivel emocional), previamente, el paciente debe:

- Admitir que está molesto por su conducta irracional.
- Haberse dado cuenta de que su comportamiento actual tiene unas causas y no surge de la nada.
- Admitir que adquirió ciertas ideas irracionales, aceptar su falsedad y determinarse a eliminar sus falsas creencias y a cambiar sus patrones de pensamiento y su filosofía.
- Darse cuenta de que su malestar emocional, en gran medida, puede estar bajo su control, ya que puede pensar y actuar para resolverlo.
- Admitir completamente que no hay manera de estar y permanecer imperturbable sino mediante el propio trabajo y la práctica.

En definitiva, el paso al “insight emocional” implica una secuencia de pensamiento y acción, se parte del conocimiento intelectual y se continúa con una cadena de comportamientos que, advierte Ellis, si se corta, no permitirá superar el nivel intelectual. Alcanzado este nivel emocional, la persona realmente cree en las ventajas de cambiar sus creencias e ideas irracionales por otras más lógicas y racionales, además, se ha comprometido y, por tanto, actúa (Ellis, 1963).

### **Habilidades sociales y Asertividad**

Pensamientos racionales e irracionales, emociones y conductas observables son aspectos fundamentales para el desarrollo de las habilidades sociales en las personas. Estas habilidades nos permiten mantener relaciones interpersonales satisfactorias y procurar que los demás respeten nuestros derechos y no impidan que logremos nuestros objetivos. Algunos de los componentes fundamentales que constituyen las habilidades sociales son la comunicación verbal y no verbal; hacer o rechazar peticiones; la resolución de conflictos interpersonales; o, la respuesta eficaz a las críticas y al comportamiento irracional de otras personas.



Una parte esencial de las habilidades sociales es la asertividad, entendida como la “*actitud de auto afirmación y defensa de nuestros derechos personales*”<sup>1</sup>, que incluye la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada; respetando, al mismo tiempo, los de los demás” (Roca, 2014, p. 13).

El concepto de asertividad fue descrito por Andrew Salter, en 1949, como un rasgo de personalidad, si bien, posteriormente, en 1958 Wolpe y Lazarus en 1966 lo definen como “la expresión de los derechos y sentimientos personales”. Además de la defensa de los derechos propios, sin que ello conlleve violar los derechos ajenos, la conducta asertiva permitiría expresar los gustos e intereses personales de forma espontánea. Asimismo, permitiría hablar sin sentirse cohibido, aceptar cumplidos sin sentirse incómodo, discrepar con otras personas abiertamente, pedir aclaraciones e, incluso, posicionarse en la condición que niega la propuesta de otro, diciendo, si se considera necesario, “no” (Davis, 1985; Lega, 2002).

Determinados pensamientos, emociones y comportamientos son característicos de la persona asertiva. La persona asertiva se conoce a sí misma y suele ser consciente de lo que siente y lo que desea en cada momento, comprende y maneja adecuadamente sus sentimientos y los de los demás. Se acepta incondicionalmente, se siente responsable de su vida y sus emociones. No exige las cosas y suele expresar de forma adecuada sus opiniones, deseos y sentimientos. Además, puede comunicarse en todos los niveles (amigos, familiares, extraños), estableciendo una comunicación que tiende a ser abierta, directa, franca y adecuada; elige (Roca, 2014).

La disposición que una persona adopte ante un evento estará determinada por sus creencias y el contenido emocional que conlleven esas creencias respecto al evento. Así, cuando las creencias de una persona tienen un contenido emocional, y tanto su actitud como su comportamiento son de defensa de los derechos personales, e incluye la expresión de los propios sentimientos considerando los derechos y sentimientos de los demás, entendemos que se trata de una conducta asertiva (Roca, 2014).

Dentro de los estilos o modos de relación interpersonal, y como si fueran los dos extremos de una dimensión, destacan los modos pasivo y agresivo. El modo pasivo, o de inhibición, está caracterizado por la sumisión, el retraimiento y la tendencia a adaptarse excesivamente a las reglas externas o a los deseos de los demás, sin tener en cuenta los propios intereses, sentimientos, derechos, opiniones y deseos.

---

<sup>1</sup> La cursiva es de la autora.

Por su parte, el estilo agresivo se distingue, fundamentalmente, por una falta de respeto de los derechos, sentimientos e intereses de los demás.

Ambos estilos de relación interpersonal tienen consecuencias negativas tanto para la persona que los ejerce como para quienes se relacionan con ellas, especialmente en el caso del estilo agresivo. Por el contrario, el estilo de comunicación asertivo presenta consecuencias positivas, como facilitar la comunicación y reducir la ambigüedad de los mensajes, lo que permite mantener relaciones interpersonales más satisfactorias. Además, incrementa la probabilidad de que la persona consiga lo que desea, aumenta las satisfacciones y reduce las molestias y conflictos que se pueden derivar de la convivencia. Por último, favorece una autoestima sana, fomenta emociones positivas en uno mismo y en los demás, y permite que las personas que se relacionan con una persona asertiva se sientan respetadas (Roca, 2014). Para Carroble (1986), el entrenamiento en asertividad constituye el método más eficaz para eliminar la ansiedad que algunas personas pueden experimentar como consecuencia de ciertas relaciones interpersonales.

Para el entrenamiento en asertividad, el primer paso sería la evaluación del estilo de interacción de paciente. Para ello, pueden utilizarse preguntas abiertas de modo que el paciente exprese qué haría en una situación determinada (v. g.: “Usted ha pedido un filete poco hecho, y el que le traen le agrada solo a medias. Haría lo siguiente:...” Davis, 1985). Después, mediante psicoeducación y, si es necesario, reestructuración cognitiva, sería adecuado proceder a la explicación del concepto “asertividad”, desarrollar conceptualmente los tres estilos de relación interpersonal, y trabajar los derechos y responsabilidades asertivos. Por último, mediante ensayos de conducta y el modelado del terapeuta, siguiendo el procedimiento correspondiente, se ejercitarían las diferentes situaciones (rechazar peticiones, recibir críticas, etc.).

El presente trabajo muestra el proceso de evaluación, el planteamiento de la intervención y las primeras 12 sesiones de un caso de malestar por ruptura de la relación de pareja y por las dificultades derivadas del déficit de asertividad. La persona fue atendida en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid. Dentro de las condiciones que se plantearon y con el acuerdo de los objetivos de tratamiento que se realizó, en el caso se destaca la adaptación del proceso de intervención, mediante la aplicación simultánea de la TREC y el entrenamiento en asertividad, con la finalidad de lograr la adecuada y pronta recuperación de la paciente.

## **Presentación del caso**

### **Identificación de la Paciente y Motivo de Consulta**

M. P. es una mujer de 27 años de edad, licenciada en Ingeniería de Materiales. En el momento de realizar la consulta cursaba su cuarto y último año de doctorado y, como parte de su tesis doctoral, trabajaba en un equipo de investigación. Convivía con sus padres en el domicilio familiar, no había estado anteriormente en terapia y ahora lo hacía por sugerencia de un familiar. No tomaba medicación ni consumía sustancias tóxicas.

Durante la primera sesión de terapia, M. P. explicó que el malestar emocional que sufría se debía a la ruptura de su última relación de pareja, mantenida durante cerca de tres años con la mujer que fue una de sus mejores amigas hasta que pasó a ser su pareja. Si bien M. P. mencionó algunas cuestiones que le inquietaban, como las dificultades ante ciertas relaciones interpersonales, declaró que su principal problema consistía en que tras la separación y transcurrido un año y medio seguía sin ser capaz de superar la ruptura y sin poder evolucionar como persona.

### **Diseño del estudio**

El estudio lo constituye un caso único ( $n=1$ ), en el cual se describe la intervención con un sujeto. El diseño, del tipo AB, establece inicialmente la línea base con los valores de las variables que serán objeto de tratamiento y, tras su aplicación, se evalúan de nuevo estos valores para su contrastación. De este modo es posible, según el caso, apreciar una determinada tendencia, una variabilidad en la conducta o un determinado grado de mejoría, todas ellas situaciones frecuentes en los contextos de terapia (León, 2012).

### **Estrategias de Evaluación**

Para llevar a cabo la evaluación, establecer la naturaleza de la demanda y realizar la formulación de hipótesis sobre el caso se utilizaron diferentes procedimientos durante las tres primeras sesiones. La entrevista fue la principal técnica utilizada para recabar información sobre las condiciones tanto históricas como actuales en los ámbitos personal, familiar, económico y laboral. También se evaluaron las condiciones físicas y biológicas, los comportamientos, las situaciones problemáticas, las percepciones, los sentimientos, y los intereses y motivaciones de M. P. (Cormier, 2000; Fernández-Ballesteros, 2009).

Como apoyo a esta primera recogida de información general, también se utilizó el modelo de Historia biográfica desarrollado por el CPA (2012), para recabar información sobre el motivo de consulta, tratamientos anteriores, expectativas sobre la terapia y motivaciones. Asimismo se recaban datos sobre familiares, relación de pareja / sexualidad, aspectos sociales e intereses, información académica e información profesional. No obstante, la persona puede añadir cualquier otro aspecto que considere relevante aunque no se haya solicitado de forma específica.

Por otro lado, se utilizaron cuatro pruebas objetivas para evaluar el nivel de ansiedad, las habilidades sociales, la asertividad y el temor a la crítica negativa, por ser estos los aspectos relacionados con los motivos de consulta. Estas pruebas, además, permitirían realizar un retest tras finalizar la intervención y, con ello, una valoración de efectividad del tratamiento.

Para medir el nivel de “ansiedad” se utilizó el State Trait Anxiety Inventory (STAI; adaptación española de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982). Este cuestionario comprende dos escalas separadas, de 20 elementos cada una, para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como estado (A/E) y la ansiedad como rasgo (A/R).

La ansiedad estado, que puede variar con el tiempo y en intensidad, es definida como aquella “condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, 1988, p. 6). Por su lado, la ansiedad rasgo se entiende como una variable, relativamente estable, definitoria de la tendencia que una persona puede tener a considerar las situaciones como amenazadoras.

En su adaptación española, este instrumento presenta una buena consistencia interna (0,90 para la A/E; y 0,84 para A/R) e, igualmente, una buena fiabilidad (0,94 para la A/E; y 0,86 para A/R) (Spielberger, 1988).

El Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura (Segura, 1981) se utilizó para conocer cómo se sentía M. P. ante las interacciones personales y qué dificultades podía encontrar en distintas situaciones de interacción social. A través de las respuestas que el sujeto da a las 20 situaciones planteadas en el cuestionario (presentarse, mantener conversaciones, hacer peticiones, etc.), se evalúan diversos aspectos de la competencia social, que son englobados en cuatro bloques: conducta adecuada, inhibición de conducta, ansiedad e inhabilidad.

La conducta asertiva fue evaluada mediante el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973. Adaptación: J. A. I. Carrobbles; 1986). Este cuestionario consiste en una serie de preguntas (30) relacionadas con la forma en la que la persona se comporta en situaciones que requieren de un proceder asertivo. Las respuestas están codificadas en una escala, tipo Likert, de 6 puntos (-3 a +3), en la que +3 equivale a “muy característico en mí”, y, -3 a “muy raro en mí”. La puntuación del sujeto se obtiene sumando los valores elegidos por la persona para cada ítem, invirtiendo previamente la puntuación de los ítems 1, 2, 4, 5, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30.

El temor que M. P. parecía tener a la crítica negativa de los demás se evaluó mediante la Escala de Temor a la Evaluación Negativa (Watson y Friend, 1969). Este auto informe, centrado en aspectos cognitivos de la ansiedad social, está formado por 30 elementos con formato dicotómico para su respuesta (sí / no), evalúa el grado en que una persona experimenta temor cuando prevé que va ser evaluada negativamente por los demás. La fiabilidad test-retest en población española es de 0,84 y el coeficiente de consistencia interna de 0,85 (alfa de Cronbach), según recoge el estudio de Zubeidat et al. (2007)

Además de las pruebas objetivas, y con la finalidad de disponer de información procedente de la vida real de M. P. fuera de sesión, se solicitaron autorregistros semanales. Además, los autorregistros fueron útiles para conocer los términos que utilizaba M. P. para expresar sus experiencias de malestar (el lenguaje utilizado).

En el primer tipo de autorregistro (ABC) se recogía la información relacionada con las situaciones causantes de malestar, los pensamientos asociados a esas situaciones y la respuesta emocional consecuente.

Posteriormente, a partir de la sesión nueve, se solicitó el autorregistro (ABC/DE) de las diferentes situaciones de malestar relacionadas con las dos cuestiones principales que eran origen de la ansiedad que sufría: la relación con su ex pareja y las relaciones interpersonales.

En este segundo autorregistro se añadieron los apartados D y E, que M. P. debía elaborar tras la situación experimentada con malestar. De este modo, en los autorregistros se recogía, además de la fecha, la situación de malestar (A), los pensamientos derivados de esa situación (B), las consecuencias y emociones (C), los pensamientos (racionales) alternativos (D) y el nuevo estado emocional tras el pensamiento racional (E).

### Resultados de la evaluación

Como resultado de las entrevistas y de la información recabada en la historia biográfica (CPA, 2012), se apreciaron algunos aspectos con información relevante para el tratamiento.

Por un lado, algunas expresiones escritas en la historia biográfica mostraban ciertas ideas irracionales (v.g.: “¿Cree que perdería algo si solucionara sus dificultades? - Dejar de sentir.”).

Por otro, durante las entrevistas, fueron frecuentes las verbalizaciones de M. P. referentes a cuestiones emocionales desagradables:

- “una tontería me causa dolor, dolor de corazón”.
- “los recuerdos de ella me causan tristeza”.
- “mi madre nunca me ha dicho <te quiero>”.
- “no sé si lo que siento por mi padre es <rencor>”.

Otras expresiones eran utilizadas para justificar o racionalizar las cosas que le molestaban, restando importancia a los hechos:

- “no, si es una tontería, incluso me da vergüenza contarlo”.
- “yo no debería estar aquí, habiendo gente que tiene problemas de verdad, con cáncer y esas cosas”.

En cualquier caso, las más abundantes fueron las verbalizaciones que mostraban creencias e ideas irracionales:

- Absolutistas: “yo soy así, y eso no se puede cambiar”, “nunca volveré a tener una relación así”; “esto me pasa porque yo soy así, hay cosas que no se aprenden”.
- Exigentes: “me comparo con ella y me veo súper pequeña”; “eso es porque soy muy insegura”; “soy una pringada”; “mi madre es una borde”; “me estresa que piense que lo que hago (tesis) es raro”; “me culpabilizo porque soy idiota perdida”
- Acientíficos: “si cambiara dejaría de ser yo”, “yo creo que eso no se aprende (a responder de otra manera)”; “es injusto, va a por mí” (compañero de trabajo).
- Catastrofistas: “si a mí me dicen eso, me hunden”; “lo peor es lo de (ex pareja), lo llevo fatal, fatal, no lo puedo soportar”; “cuando ella está bien con su novio yo estoy mal, y cuando ella está mal con él yo estoy tranquila. La verdad es que es horrible”.

En el autorregistro de situaciones de malestar (Tabla 1) aparecen registrados los temores y deseos de M. P. en relación a su ex pareja. Del ámbito laboral registra situaciones de malestar en relación con un compañero con el que no sabe cómo actuar, y ante el que se siente impotente.

A (Situación)	B (Pensamiento)	C (Consecuencias)
Voy a la ópera, todo me recuerda a ella.	Me encantaría volver atrás y disfrutar estas cosas con ella.	Tristeza.
Le envió una foto del teatro y no le llega, no se conecta.	Estará con su novio, desconectada del mundo.	Dolor de corazón, angustia, celos, envidia, impotencia.
En el coche, escucho una canción que nos gustaba.	Qué pena que no podamos disfrutar de estas cosas.	Nostalgia.
Le escribo y le cuento que... dice que nunca me olvidará.	No puedo evitar contarle estas cosas.	Angustia.
Mi compañero ha falseado unos datos y lo sé.	Es un tramposo, no soporto que manipule a la gente.	Impotencia. No sé qué hacer.
Mi compañero me lía para ir tercera en un artículo.	Tiene un morro que se lo pisa y es muy injusto.	Impotencia, no sé cómo hablar con él, ni qué hacer.

Tabla 1. Ejemplo de situaciones de malestar registradas (autorregistro ABC).

Mediante la información de las entrevistas se operativizaron las conductas relativas a la relación de M. P. con su ex pareja (llamar, escribir o quedar con ella). Estas conductas las realizaba con una frecuencia –media- semanal de un encuentro y dos o tres comunicaciones a través del teléfono móvil (llamadas, WhatsApp).

Los resultados de las pruebas objetivas permitieron establecer la línea base respecto al nivel de ansiedad, las habilidades sociales, la conducta asertiva y el temor a la crítica negativa. Las pruebas reportaron valores negativos suficientemente extremos como para poder apreciar, una vez finalizada la intervención y tras la recogida de los datos post-test, la posible efectividad del tratamiento.

STAI: Los resultados pre-tratamiento que obtuvo M. P en esta prueba, con unas puntuaciones directas de 41 en A/E, y 39 en A/R; lo que en su caso equivale a los percentiles 90 en A/E y 89 en A/R, son claros indicadores de un alto nivel de ansiedad, tanto circunstancialmente en el momento actual, como en su tendencia a evaluar las situaciones como amenazantes (Figura 1).

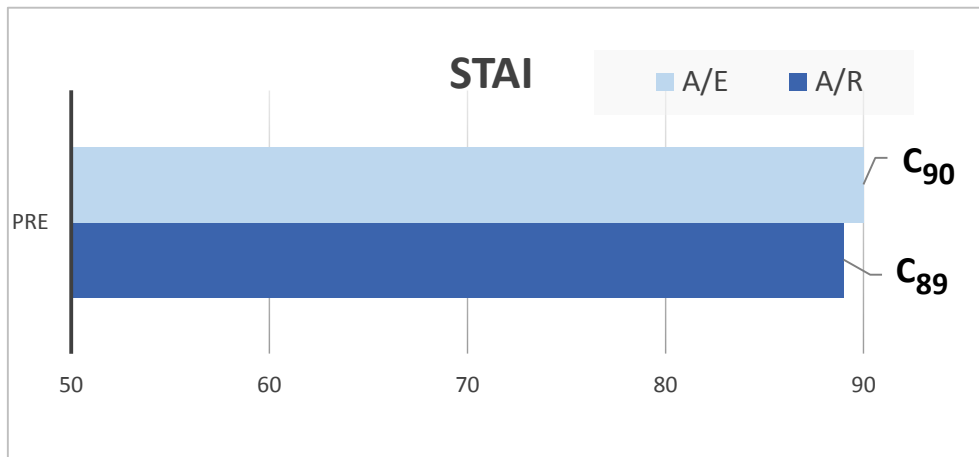


Figura 1. Resultados pre-tratamiento del cuestionario STAI.

De las respuestas al Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura se deduce un déficit en habilidades sociales relacionados con iniciar conversaciones, mirar directamente a las personas o actuar como desearía (Segura, 1981). Además, presenta sentimientos de culpabilidad y nerviosismo ante las interacciones sociales en general. Si bien la puntuación en inhabilidad no es alta (2 sobre 14) y la de inhibición de la conducta parece moderada (7 sobre 20), la puntuación en ansiedad es muy alta (8 sobre 9) y la correspondiente a la conducta adecuada, muy baja (3 sobre 20) (Figura 2).

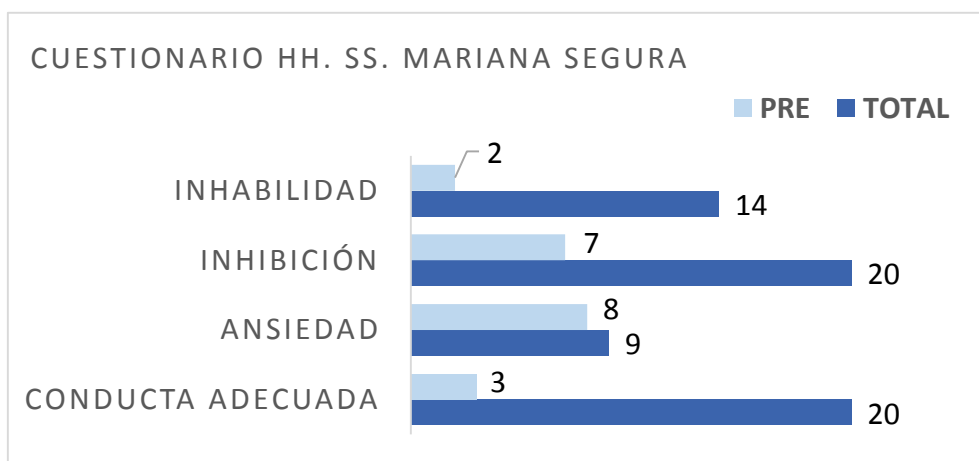


Figura 2. Resultados de Cuestionario de Habilidades Sociales (Mariana Segura).

En el Inventario de Asertividad de Rathus (Rathus, 1973. Adaptación: J. A. I. Carrobes; 1986), M. P. obtuvo una puntuación directa de -20 puntos, siendo la dimensión de - 90 a + 90. Este resultado señala la carencia en un estilo de comunicación asertivo, apuntando el estilo de interacción pasivo que generalmente muestra M. P. en sus interacciones sociales.



En la Escala de Temor a la Evaluación negativa, la puntuación directa de M. P. fue de 25 puntos, sobre un máximo de 30. De este resultado se deduce un alto nivel de ansiedad social. Hay que tener en cuenta que, para la población de mujeres, la puntuación habitual es aproximadamente 16, considerándose que se sufre temor a la valoración negativa cuando se obtienen 18 o 19 puntos (Girodo, 1980).

Con todo, los resultados de la evaluación permitieron comprobar las creencias e ideas que dificultaban a M. P. resolver la ruptura de la relación de pareja, el déficit de asertividad y el alto nivel de ansiedad.

### **Formulación Clínica del Caso y Objetivos del tratamiento**

Mediante la información de las entrevistas y los autorregistros se pudo establecer una hipótesis de origen, así como las cadenas funcionales que explicaban el desarrollo de los hechos y, consecuencia de ello, porqué los problemas se mantenían en el tiempo.

### **Análisis Funcional**

#### Variables disposicionales:

Historia de condicionamiento (interacciones con la ex pareja, condicionadas):

La historia de condicionamiento se construyó como resultado de la integración de las experiencias que M. P. vivenció mientras mantuvo relación con su ex pareja, tanto durante el periodo de amistad, que duró unos tres años, como posteriormente durante la relación de pareja, a lo largo de más de dos años. La relación de pareja, según refirió enfáticamente M. P., fue “una experiencia extraordinariamente buena y sexualmente aún más increíble”.

Posteriormente a la relación, el estímulo altamente gratificante (reforzante) que constituyó la relación afectiva y sexual, favorecería la intensa respuesta emocional ante el simple hecho de pensar en la ex pareja. A este respecto, es importante considerar el tipo de condicionamiento (clásico) que se estableció; la intensidad de la respuesta – calificada de “increíble”-; y, el programa de refuerzo –intermitente- (Segura, 1995).

De forma concomitante a la historia de condicionamiento, las creencias e ideas irracionales que subyacen al pensamiento de M. P., dificultaban la superación de la ruptura. Las creencias respecto a la imposibilidad de cambiar su forma de ser o de alcanzar la felicidad a no ser con su ex pareja, así como la idea de dejar de sentir en caso de cambiar, interferían en su comportamiento y en su capacidad para plantear opciones de salida a su situación (Haynes, 2011; Lega, 2002; Wilson, 2012).

Historia de aprendizaje (creencias e ideas irracionales):

La historia de aprendizaje, o condiciones ambientales históricas, podrían explicar algunos comportamientos y variables de personalidad de M. P., como el temor a los cambios, los sentimientos de culpabilidad, las verbalizaciones auto degradantes y las creencias e ideas irracionales (Fernández-Ballesteros, 2009).

Probablemente, uno de los aspectos de gran influencia en la historia de aprendizaje de M. P. fue la experiencia vivida, durante toda su infancia y primera adolescencia, con la enfermedad de su padre. En la historia biográfica M. P. declara que su padre fue diagnosticado, a la edad de 22 años, de trastorno psicótico, y que sufrió brotes hasta que ella tuvo 12 años de edad. En esa época, y debido a la severidad de los brotes, su padre fue ingresado en un centro de salud mental, en el que permaneció durante algo más de dos años. Según refiere M. P., su padre salió estable, pero “perdió muchas facultades mentales”.

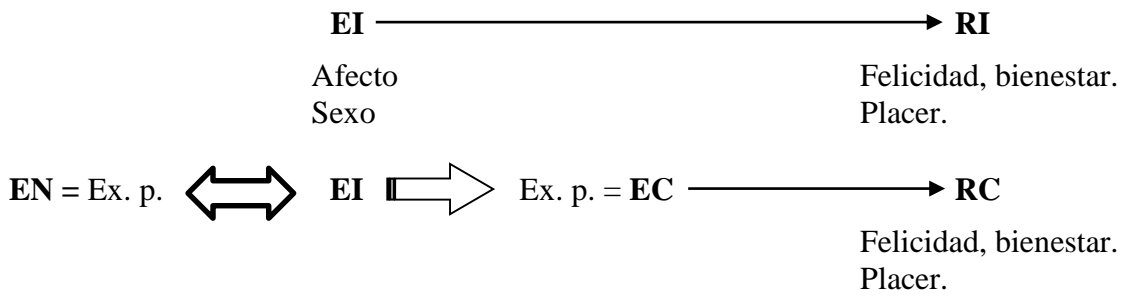
En relación con esta otra situación generadora de malestar, también se consideraron las creencias e ideas irracionales de M. P. como variables disposicionales que interferían en la adecuada conducta social.

No obstante, en este caso estaban relacionadas con sus ideas sobre ser inferior a los demás (a su ex pareja, a su compañero de trabajo, etc.), considerarse “insegura para todo”, o considerarse culpable por no conseguir que todo en su vida fuera según ella consideraba que debía ser (en el trabajo, en sus relaciones de pareja, en las interacciones personales, etc.).

### Hipótesis de origen 1

La hipótesis de origen para los problemas derivados de la relación con su ex pareja se fundamenta en el aprendizaje por condicionamiento clásico. Sin descartar que el aprendizaje pudiera haber ocurrido tras un solo ensayo, la ex pareja de M. P. fue asociada en repetidas ocasiones a una relación afectiva y sexual capaz de generar unas respuestas altamente reforzantes.

Las respuestas que M. P. obtenía cuando se relacionaba con ella eran de felicidad y placer; respuestas que son evocadas de forma natural (incondicionada) ante estímulos como el afecto y el sexo, entendido este último como placer venéreo o deleite sexual.

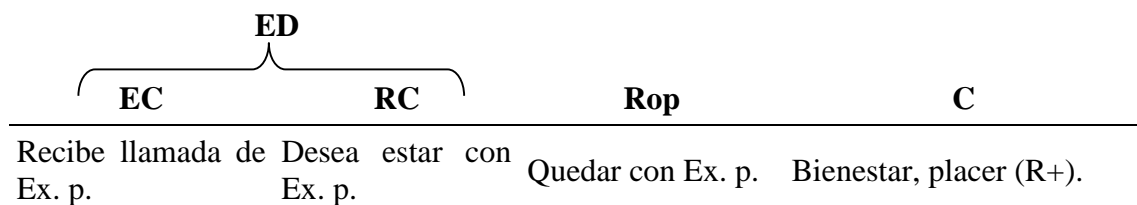


Significado de las siglas: **C.:** Consecuencias; **EC.:** Estimulo Condicionado; **ED.:** Estimulo discriminativo; **EI.:** Estimulo incondicionado; **EN.:** Estimulo neutro; **Ex. p.:** Ex pareja; **RC:** Respuesta Condicionada; **RI:** Respuesta Incondicionada; **Rop:** Respuesta operante; **R+:** Refuerzo positivo; **R-:** Refuerzo negativo.

Hipótesis de mantenimiento 1

Ejemplos de cadenas funcionales:

- Cuando la ex pareja (EC) llamaba a M. P. para quedar, ésta respondía de forma automática (respuesta condicionada; RC), deseando establecer relación con su ex pareja. De modo que la respuesta (operante; Rop) que realizaba era concertar un encuentro con su ex pareja para poder estar juntas. Como consecuencia de lo anterior, M. P. obtenía el bienestar deseado y la gratificación (C) por haber conseguido lo que deseaba (refuerzo positivo; Rf+) estar con su ex pareja. De esta forma, las consecuencias gratificantes (a corto plazo) obtenidas gracias a esta respuesta podrían justificar que el problema (a largo plazo) siguiera manteniéndose.



- Cuando M. P. trataba de comunicarse, por ejemplo mediante WhatsApp, con su ex pareja (EC), si no lo conseguía en un plazo breve de tiempo, temía que su ex pareja acabara olvidándose completamente de ella. Cuando el deseo (RC) de estar o comunicarse con su ex pareja no era satisfecho, su ansiedad iba creciendo según pasaba el tiempo, hasta llegar a sentir lo que ella definía como “dolor de corazón” (ansiedad). De modo que, para tratar de calmarse, M. P. consultaba (Rop) constantemente su WhatsApp, hasta que conseguía establecer comunicación con su ex pareja y confirmaba que no se había olvidado de ella. La consecuencia de este comportamiento, además de la gratificante atención (C) que recibía de su ex pareja una vez que conseguía comunicar con ella, era el alivio de la ansiedad (C) acumulada.

<b>ED</b>			
<b>EC</b>	<b>RC</b>	<b>Rop</b>	<b>C</b>
Enviar WhatsApp a Ex. p.	Ansiedad.	Consultar WhatsApp	el Atención de Ex. p. (R+). Deshace incertidumbre, (R-);

Como teoría sobre el caso, se plantea la hipótesis que contempla las conductas de comunicación y relación de M. P. con su ex pareja como el principal impedimento para superar la separación (Fernández-Ballesteros, 2009). No obstante, funcionalmente, la dificultad para superar la ruptura tenía asociadas dos emociones. Por un lado, el deseo insatisfecho de reestablecer la relación con su ex pareja y, por otro, el temor derivado de considerar que su ex pareja se olvidaría totalmente de ella. M. P. refería estar encallada en una situación de ambivalencia, ya que su comportamiento, por un lado, no lograba la deseada recuperación de la relación de pareja y, por otro, no le permitía la también deseada evolución con nuevos planteamientos de vida no dependientes de su ex pareja. La ambivalencia, en la que el deseo racional y el emocional se oponen, fue manifestada por M. P. en repetidas ocasiones a lo largo del tratamiento. Desde la ruptura de la relación, M. P. refirió haber utilizado expresiones como “sé que no debería hacerlo, pero lo hago”, refiriéndose a comportamientos para los que no tenía una justificación lógica o, incluso, eran contrarios a lo que ella misma consideraba como adecuado para sus objetivos. A pesar de ser consciente de su comportamiento incongruente, parecía que el impulso fundamentado en el valor de refuerzo que adjudicaba a su ex pareja compelia su comportamiento. De forma similar, expresaba el juicio “me siento bien cuando ella está mal”, refiriendo que, aunque consideraba inmoral su pensamiento, por entender que no está bien disfrutar con el sufrimiento ajeno, la realidad era que ella lo sentía así y, aunque por una parte se sentía bien, por otra no.

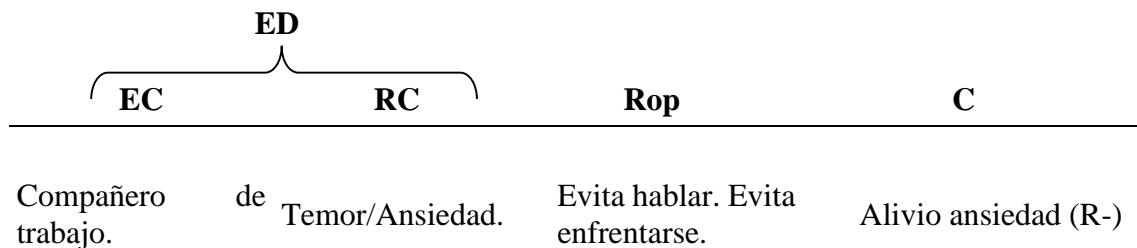
Hipótesis de origen 2:

Con la información disponible tras la evaluación, no fue posible establecer una hipótesis de origen, con respaldo suficiente, respecto al origen de las dificultades que presenta M. P. ante ciertas relaciones interpersonales. No obstante, la historia de aprendizaje (ver: variables disposicionales), concretamente la vivencia en el ambiente familiar durante sus primeros 12 años, pudo ser el escenario donde aprendiera su estilo de relación interpersonal.

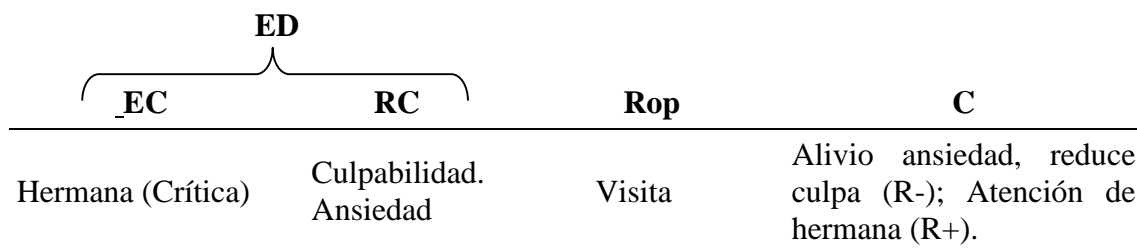
Hipótesis de mantenimiento 2

Ejemplos de cadenas funcionales:

- Las circunstancias en las que M. P. siente inseguridad, sobre todo cuando no sabe cómo actuar o cuando teme enfrentarse a alguien (EC), son situaciones que le generan ansiedad (RC). Esto se produce en el ámbito laboral cuando tiene que hablar con su superior o recriminar a un compañero por un comportamiento injusto. En estas circunstancias, la conducta de M. P. consiste en la evitación (Rop), de modo que al no enfrentarse a las personas deshace la ansiedad (C) creada al anticipar el conflicto.



- En el ámbito familiar, concretamente en relación con su hermana mayor, M. P. tiene sentimientos de culpa (RC) derivados de los comentarios que recibe de su hermana (EC) (“cuando vengas tus sobrinas no te van a conocer”; “te recuerdo que tienes dos sobrinas”...). Para paliar este sentimiento de culpa y la ansiedad que le produce pensar que volverá a recibir las críticas de su hermana, M. P. realiza visitas (Rop) a casa de la hermana, calmando así su ansiedad y sentimiento de culpa (C).



En relación con la falta de la habilidad necesaria para resolver situaciones de interacción social, en las que es necesaria una conducta asertiva para su adecuado manejo, M. P. presentaba, con carácter general, un estilo de relación interpersonal pasivo. En muchas ocasiones no era capaz de expresar sus sentimientos, reivindicar su posición o defender sus derechos. Por otro lado, excepcionalmente, podía cambiar completamente de estilo y pasar a interactuar de un modo agresivo (cuando alguien le gritaba). Consecuencia de este estilo de relación interpersonal, M. P. sufría ansiedad y rabia ante sus respuestas pasivas, así como ansiedad y culpabilidad ante las agresivas.

En definitiva, las dificultades de M. P., tanto para superar su separación como para afrontar determinadas relaciones interpersonales complicadas para ella, parecían tener como base dos experiencias de aprendizaje. Éstas han sido referidas como la historia de condicionamiento (clásico), capaz de provocar una respuesta automática, y la historia de aprendizaje, facilitadora de una determinada tendencia de pensamiento (creencias e ideas irracionales) y actuación (pasiva).

Por otro lado, las conductas operantes, tanto activas como evitabas, que M. P. llevaba a cabo para paliar sus deseos insatisfechos y su malestar (ansiedad) eran las responsables de que los problemas se mantuvieran a largo plazo. Si bien estas conductas le funcionaban a corto plazo, dando satisfacción y alivio a M. P. (función adaptativa para ella), a largo plazo no solucionaban ninguno de sus problemas.

### **Objetivos de tratamiento**

Tras la evaluación y la explicación del análisis funcional a M. P., se propusieron los siguientes objetivos de tratamiento:

- 1) Eliminar las conductas que mantienen la relación y ampliar relaciones sociales.
- 2) Desarrollar un estilo de comunicación asertivo.

En cuanto a la relación con su ex pareja, el planteamiento no solo era reducir (hasta llegar a eliminar) las conductas que estaban manteniendo el problema (llamar, escribir o quedar con su ex pareja) sino, de forma paralela, ampliar su red de amistades.

Con ello se pretendía incrementar tanto las actividades reforzantes dentro de su tiempo de ocio como las relaciones sociales, de manera que, además, se facilitaría la práctica de las habilidades asertivas.

También se estimó necesaria una reestructuración cognitiva para resolver los problemas derivados de sus exigencias afectivas (pareja, madre, hermana), el temor a los cambios y, en general, de aquellas ideas que dificultaban la superación de la ruptura pareja.

Por otro lado, en cuanto a las conductas de evitación y los sentimientos de culpabilidad, de inseguridad e inferioridad, se consideró necesaria la reestructuración cognitiva de creencias e ideas irracionales relacionadas con estos sentimientos, junto con el entrenamiento en asertividad.

## **Tratamiento**

De los dos objetivos que se plantearon como susceptibles de tratamiento, M. P. solo acordó trabajar el entrenamiento en asertividad (Norcross, 2011). Mediada por una fuerte ambivalencia, M. P. no afrontó el objetivo de eliminar las conductas que mantenían la relación. Aunque deseaba “evolucionar”, mostraba interés por superar su dificultad y era plenamente consciente del malestar que le causaba la relación, consideraba que no sería capaz de relacionarse con su ex pareja.

### **Elección del Tratamiento**

Dadas las características de M. P., en cuanto a su capacidad intelectual, el gran valor que tenía para ella la experiencia emocional (“si cambiara dejaría de sentir”; “siento dolor de corazón”) y las creencias e ideas irracionales que mostraba, se consideró apropiado aplicar el modelo de terapia racional-emotivo (TREC). Por un lado, por su capacidad para el razonamiento, facilitadora en el tratamiento mediante psicoeducación y reestructuración cognitiva, hacía pensar que este modelo le resultaría accesible y adecuado. Por otro, el tratamiento mediante TREC permitiría favorecer la relación entre sus pensamientos y la emoción subyacente. Es decir, se pretendía que M. P. pudiera llegar a considerar su pensamiento como factor determinante de muchas de sus emociones desagradables y, tras ello, facilitar el cambio de pensamiento y en consecuencia las respuestas emocionales desadaptativas.

Con estas condiciones iniciales, se consideró adecuado comenzar el tratamiento con el entrenamiento en asertividad y, de forma paralela, la reestructuración cognitiva necesaria para resolver las creencias e ideas irracionales que eran factor común a sus dos dificultades. De este modo, el tratamiento se fundamentó en los planteamientos propuestos por Albert Ellis sobre la Terapia Racional Emotivo Conductual (Ellis, 2006; Lega, 2002), y en el entrenamiento para el aprendizaje del estilo de interacción asertivo, mediante los procedimientos descritos por Elia Roca (Roca, 2014).

### **Aplicación del Tratamiento**

Hay que hacer constar que si bien en este trabajo se refieren doce sesiones, la intervención en el caso clínico no había finalizado cuando se concluyó este trabajo. El tratamiento realizado se llevó cabo a lo largo de 12 sesiones, con una duración de 50 minutos cada una (resumen de sesiones en Tabla 2). Las ocho primeras sesiones tuvieron una periodicidad semanal y las cuatro siguientes quincenal.

Los aspectos fundamentales relativos a la reestructuración cognitiva contemplaron los siguientes aspectos:

1. Comprender que la gran mayoría de las emociones son consecuencia de los pensamientos.
2. Considerar que cuando las emociones son negativas previamente suele haber un pensamiento que es ilógico o irracional.
3. Aprender a detectar los pensamientos irracionales (emociones, términos absolutistas...), y observar sus consecuencias.
4. Aprender a cuestionar y sustituir los pensamientos irracionales por racionales.
5. Avanzar, mediante la experiencia, desde el nivel intelectual al nivel emocional.
6. Experimentar, tras el pensamiento racional, el nuevo estado emocional.

En el entrenamiento en asertividad se desarrolló mediante una primera parte de psicoeducación y a continuación una de exposición (ensayos de conducta), con aproximaciones sucesivas, reforzadas. Para generalizar, lo que se trabajaba en sesión se solicitaba que se ejercitara en su ambiente natural, comenzando por las situaciones más fáciles hacia las más complicadas (Carrobles, 1986).

Al comenzar la primera sesión, y siguiendo el protocolo del CPA, M. P. fue informada respecto a la confidencialidad de las sesiones y sobre la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, dando la oportunidad para realizar las consultas que deseara o para resolver las dudas que pudiera tener en relación con estos temas.

**Sesiones 1, 2 y 3.** El objetivo de estas sesiones fue identificar y definir los problemas que traían a M. P. a consulta, además de fomentar una relación terapéutica efectiva. Para ello, el trabajo de evaluación con los instrumentos descritos anteriormente se desarrolló dentro de un marco de empática, respeto y congruencia (Cormier, 2000).

**Sesión 4.** El primer objetivo de la cuarta sesión fue explicar el análisis funcional. Con el apoyo de la información recabada a través de la historia biográfica y los autorregistros, se presentó la hipótesis de origen respecto a la dificultad para superar la ruptura y las cadenas funcionales de las diferentes conductas problema (relación con ex pareja; evitaciones). En segundo lugar, se confrontaron las cuestiones más relevantes, como su ambivalencia, el reconocimiento de sus dificultades y las excusas ante sus responsabilidades.



**Sesión 5.** En la quinta sesión el objetivo fue confirmar que M. P. había comprendido plenamente cada una de las explicaciones del análisis funcional, la relación que se daba entre pensamientos y comportamiento, así como las consecuencias a corto y largo plazo. Esta comprobación y la discusión hasta alcanzar un acuerdo sobre los objetivos de tratamiento se realizaron mediante entrevista.

**Sesión 6.** Los objetivos de la sexta sesión fueron explicar en qué consiste la conducta asertividad y cuáles son las características de los tres estilos básicos de interacción: pasivo, agresivo y asertivo. Para ello, se procedió mediante psicoeducación y con un ejercicio práctico (ensayo de conducta sobre cómo iniciar una conversación).

**Sesión 7.** Esta sesión tuvo dos objetivos: (1) comprobar que M. P. había comprendido los conceptos trabajados en la sesión anterior, para asentarlos y ampliar el entrenamiento en asertividad; y (2) señalar la importancia de eliminar el lenguaje negativo hacia uno mismo, sustituyéndolo por otro que permita auto reforzar los logros. El trabajo se realizó mediante psicoeducación y ejercicios prácticos; tales como el de señalar qué tipo de interacción (pasiva/agresiva/asertiva) desarrolla un personaje en una situación (v.g.: una conversación entre una pareja, en la que ella le pide ayuda a él para lavar los platos) (Davis, 1985).

**Sesión 8.** Durante la octava sesión se introdujeron los conceptos y características de los pensamientos racionales e irracionales, así como las consecuencias que se derivan de cada tipo de pensamiento (inicio de la reestructuración cognitiva). Para ello, se le explicó a M. P. el modelo ABC de Ellis (Lega, 2002) y, posteriormente, se utilizó la anotación de uno de los autorregistros (“si a mí me dicen eso me hunden”) y un comentario realizado en sesión (“es que mi madre es una borde”) para ejemplificar y desarrollar la explicación del modelo. Se trabajó de nuevo la relación entre el lenguaje y la emoción.

**Sesión 9.** El objetivo de esta sesión fue afianzar la comprensión del modelo ABC. Para ello se planteó el marco teórico que constituye la dimensión rigidez-flexibilidad del pensamiento. La idea fundamental consistía en desplazar, sobre esta dimensión, desde lo irracional hacia lo racional (introducción al modelo ABC/DE).

Gran parte del trabajo consistió en desplazar o sustituir las creencias irracionales (rígidas) consistentes en exigencias del tipo “debería...”, “tengo que...”, por aquellas otras más racionales (flexibles) como “estaría bien si...”, o “me gustaría que...”.

Este trabajo se realizó mediante psicoeducación, con el soporte de la información sobre los derechos y responsabilidades asertivas y con la información de los autorregistros.

**Sesión 10.** Para la décima sesión se planteó como objetivo explicar la segunda parte (DE) del modelo ABC/DE, que incluye el procedimiento para detectar los pensamientos irracionales y el proceso para cuestionarlos. Para alcanzar este objetivo se utilizó psicoeducación y lo aprendido en sesiones anteriores sobre pensamientos racionales e irracionales y flexibilidad de pensamiento. El principal trabajo consistió en determinar en cada caso por qué el pensamiento era irracional (catastrofista, acientífico, exigentes, absolutistas...) y en hacer la propuesta de un pensamiento alternativo que fuera más ajustado a la realidad (v. g.: ante “mi madre no me quiere” –*catastrofista*- porque su madre le dijo “déjame, ahora no puedo”, proponer “mi madre está muy liada, se lo preguntaré más tarde”).

**Sesión 11.** El objetivo de esta sesión fue trabajar en base a la información recogida en los autorregistros y lo verbalizado en las sesiones, el modelo ABC/DE. Se destacó el proceso llevado a cabo con los pensamientos (detección, cuestionamiento, sustitución...), la funcionalidad (“¿de qué te ha servido pensar que tu madre no te quiere?” – “Ya. Lo entiendo. De nada, solo para sentirme mal-”) y las consecuencias de lo racional frente a lo irracional (“¿cómo te sientes cuando piensas que tu madre puede estar liada o cansada y que es mejor hablar con ella en otro momentos? - Bueno, más tranquila, sí.”). Fundamentalmente, se trabajó la reestructuración cognitiva.

**Sesión 12.** Dado que M. P. demostraba conocer la teoría sobre asertividad, el objetivo de esta sesión fue practicar las interacciones personales que resultaban problemáticas para ella. Esto se hizo mediante ensayos de conducta, desde las menos complicadas hacia las más difíciles de afrontar para M. P., escenificando interacciones sobre cómo iniciar una conversación, hacer una crítica en el ámbito familiar (con su hermana mayor) o en el laboral (con su superior y con un compañero).

<b>SESIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>TÉCNICAS</b>
1 <sup>a</sup>	Evaluar.	Entrevista; historia biográfica y A. R. de Situaciones de malestar.
2 <sup>a</sup>	Evaluar.	A. R. de pensamientos sobre ex pareja; STAI, y, Test de Rhatas.
3 <sup>a</sup>	Evaluar.	Enunciar adjetivos de sus cualidades positivas y derechos como persona.
4 <sup>a</sup>	Explicar análisis funcional (A. F.).	Explicación (A. F.). Confrontación.
5 <sup>a</sup>	Acordar los objetivos de tratamiento.	A. R.: Balance decisonal.
6 <sup>a</sup>	Asertividad. Estilos de interacción. Modificar de ideas irracionales.	Psicoeducación. Ensayo de conducta. Entrenamiento en asertividad.
7 <sup>a</sup>	Comprobar ideas sobre asertividad. Modificar ideas irracionales.	Entrenamiento en asertividad. Psicoeducación: Lenguaje.
8 <sup>a</sup>	Enseñar modelo ABC. Modificar ideas irracionales.	Reestructuración cognitiva. Psicoeducación: Lenguaje.
9 <sup>a</sup>	Enseñar modelo ABC/DE. Modificación de ideas irracionales.	Psicoeducación. Reestructuración Cognitiva. Entrenamiento asertividad.
10 <sup>a</sup>	Cuestionar lo irracional y ver las alternativas (Consecuencias).	Psicoeducación. Reestructuración cognitiva.
11 <sup>a</sup>	Modificar ideas irracionales.	Reestructuración cognitiva. Lenguaje.
12 <sup>a</sup>	Asertividad. Hacer críticas.	Ensayos de conducta.
13 <sup>a</sup>	Asertividad. Recibir críticas.	Ensayos de conducta.
14 <sup>a</sup>	Asertividad. Rechazar peticiones.	Ensayos de conducta.
15 <sup>a</sup>	Asertividad. Negociar.	Ensayos de conducta.
16 <sup>a</sup>	Asertividad. Dificultades.	Ensayos de conducta.
17 <sup>a</sup>	Recapitulación.	Psicoeducación.
18 <sup>a</sup>	Evaluar cumplimiento de objetivos.	Entrevista y pruebas objetivas.
19 <sup>a</sup>	Prevenir recaídas; y, alta.	Ensayos de conducta. Psicoeducación.
20 <sup>a</sup> -22 <sup>a</sup>	Realizar seguimiento (1, 4, 9 meses).	Entrevista telefónica.

Tabla 2. Cuadro resumen de las sesiones clínicas.

### **Propuesta para la continuación del tratamiento**

Si bien el trabajo posterior a la sesión 12<sup>a</sup> dependerá, en gran medida, de cómo se desarrolle el aprendizaje durante los ensayos de conducta del entrenamiento en asertividad, a continuación se hace una propuesta para la continuación del tratamiento.

Se han programado:

- Tres sesiones de entrenamiento en asertividad (ya se ha realizado una) para trabajar mediante ensayo de conducta las diferentes habilidades de interacción personal asertiva (hacer-recibir-rechazar críticas, cumplidos, peticiones; y, negociar).
- Una sesión para tratar las dificultades específicas que surjan durante el entrenamiento en asertividad (conducta no verbal, situaciones difíciles, etc.).
- Una sesión, a modo de recapitulación, para repasar las cuestiones más importantes trabajadas durante el tratamiento (conceptos de racional/irracional; modelo ABC/DE; el lenguaje adecuado con uno mismo; los derechos y responsabilidades asertivas; la relación pensamiento, comportamiento y emoción).
- Una sesión para cumplimentar las pruebas objetivas (post-test) y evaluar el cumplimiento de objetivos.
- Una sesión de prevención de recaídas ante la posible incursión de su ex pareja, y para dar el alta del tratamiento.
- Tres sesiones telefónicas de seguimiento: al mes, a los cuatro meses y a los nueve meses tras el alta.

El seguimiento, además de para comprobar la esperada estabilidad de las mejoras alcanzadas con el tratamiento, formaría parte de la evaluación de la intervención, como fuente de información respecto a la efectividad del programa de tratamiento.

### **Factores relacionados con el terapeuta**

Debido a las dificultades que M. P. tenía para hablar sobre su relación homosexual, a su negativa para que se grabaran en video las sesiones (aunque en la pre-evaluación firmó el consentimiento informado) y a las resistencias que presentaba para reconocer sus dificultades, durante las primeras sesiones fue muy importante su acogimiento. Especialmente, en los momentos más complicados para ella, tanto al hablar sobre su relación homosexual como al tratar la pobre relación afectiva que había tenido con sus padres.

Para fomentar la alianza terapéutica se hizo hincapié en la escucha activa y en la actitud empática, además de normalizar su orientación sexual y demostrar aceptación

incondicional hacia su persona (Costa, 2008). Posteriormente, en la cuarta sesión, gracias a este acogimiento pudo superarse el conflicto derivado de la confrontación realizada en el tema de su ambivalencia respecto a no desear perder la relación y, a la vez, lograr superar la ruptura de pareja (Miller, 1999).

Aunque M. P. puso de manifiesto diversas fuentes de malestar, simultáneamente, presentaba resistencias para reconocer su situación (“no sé si tendría que estar aquí”; “¿tú crees que está justificado que venga la psicólogo?”). Se normalizó el hecho de asistir a terapia aunque no tuviera un grave problema psicológico y se reforzaron, a lo largo de todo el tratamiento, los diferentes logros que fue alcanzando. De forma sistemática se reforzó la detección tanto de ideas irracionales como de interacciones pasivo-agresivas, y, también, el trabajo realizado entre sesiones, tanto la cumplimentación de autorregistros como la implementación en su ambiente natural de lo trabajado en terapia. De forma específica se reforzó el cambio de actitud ante la relación con su ex pareja (cuando rechazó una invitación de ésta) y la realización de actividades gratificantes con otras personas.

A lo largo de las sesiones, cuando se trataba un tema que suponía un cambio, cuestión que no le resultaba agradable, M. P. intentaba evadirse de los planteamientos que se le señalaban (evitaba), justificaba las actuaciones inadecuadas (v.g., llamar a su ex pareja) o se auto descalificaba de forma desproporcionada (“soy una idiota perdida”; “soy una inútil”), probablemente con la intención de desviar la atención del tema que se estaba trabajando. Para M. P., según ella consideraba, cambiar sus sentimientos suponía ir en contra de sí misma, de su esencia, lo cual, además de ser una traba para el desarrollo de la terapia, suponía carecer del factor motivador para el cambio que conlleva apreciar la autoeficacia como capacidad para alcanzar objetivos (Miller 1999).

En la primera sesión, y ante la negativa de M. P. a que se grabaran en video las sesiones, se le explicó la funcionalidad formativa que tenían las grabaciones, así como la privacidad y protección a la que, por ley, estaban sometidas. Se destacó que si bien se grabaría el audio, su imagen no sería grabada, grabando tan solo la imagen del terapeuta. Finalmente, aceptó que se llevaran a cabo las grabaciones.

M. P. se mostró muy tensa y nerviosa durante toda la primera sesión. Progresivamente, durante las tres primeras sesiones, fue reduciendo su expresión tensa e inquieta, aunque movía y frotaba sus manos con gran frecuencia.

Durante la primera parte de la cuarta sesión estuvo bastante tranquila, hasta que llegó el momento de la confrontación, en el que se puso tensa, mostrando su malestar con

una dura y seria expresión en su rostro. En la séptima sesión ya se mostraba cómoda (se arimaba y apoyaba en la mesa; sonreía...). Durante el resto de sesiones se mostró tranquila y centrada en el trabajo. No obstante, en los ensayos de conductas para trabajar asertividad, se tensaba de forma evidente (se retorció las manos).

Con el fin de afianzar la alianza terapéutica, en alguna ocasión se usaron auto revelaciones. También, en algunos debates y explicaciones se utilizaron términos relacionados con la Energía, aprovechando que para M. P. este era un mundo por el que dijo sentir verdadera pasión. Con la intención de poder usar términos o ideas que le fueran familiares, se indagó en el tema de su tesis doctoral en curso (AIMME, 2012). Así, por ejemplo, cuando se le explicaron las cadenas del análisis funcional, se observó que M. P. mezclaba la solución al problema con el proceso que habría que seguir para obtenerla. En una cadena funcional concreta (p.ej., un problema de evitación; no hablar con su compañero de trabajo) la solución buscada podría ser el afrontamiento directo, pero la forma de llevarlo a cabo (estilo de interacción) sería una cuestión muy importante. Para explicar esta diferencia entre la solución y el proceso utilizó un paralelismo con el término “eficiencia energética”. La eficiencia energética (la solución, que es el resultado de un cociente) es algo distinto al proceso que se sigue manipulando variables como la temperatura, conductividad térmica o conductividad eléctrica (estilo pasivo, agresivo, asertivo), para obtener ese rendimiento / eficiencia.

En otra ocasión, para el proceso de cuestionamiento de las ideas irracionales (ABC/DE) se utilizó una regla nemotécnica constituida por términos  $E = M C^2$  (donde: E= Evidencia; M= Magnitud; C= Consecuencias –positivas y negativas-), de modo que facilitara el recuerdo y, a su vez, la puesta en práctica del proceso de cuestionamiento.

## **Resultados**

### **Efectividad y eficiencia de la intervención**

Cuando se está ante un problema estable, y el caso que se presenta lo era desde hacía un año y medio, lo más probable es que, salvo que se intervenga, el problema siga estando presente. A su vez, si al aplicar una intervención la situación se modifica, podría inferirse que los cambios se deben a la intervención y no a que otros factores sean los responsables de los cambios (Kazdin, 2001).

Partiendo de la situación en la que se encontraba M. P. cuando comenzó el tratamiento, de sus intentos previos de mejora y del tiempo transcurrido sin conseguir avanzar, es posible plantear la efectividad del tratamiento considerando sus posibles

cambios comportamentales. Así, si tras finalizar la intervención se obtienen resultados que demuestren una reducción de su nivel de ansiedad y la mejora en la conducta asertiva, se podría conceder validez interna a la reestructuración cognitiva y al entrenamiento en asertividad como vías de solución a los problemas que mostraba M. P.

Debido a que la intervención en el caso clínico no había finalizado cuando se ultimó este trabajo, quedó pendiente obtener los resultados cuantitativos y cualitativos post-tratamiento que permitieran evaluar la efectividad del tratamiento. No obstante, se dispone de alguna información sobre las variaciones en las conductas objeto de intervención, a partir de la comparación entre las primeras y las últimas sesiones del tratamiento. En particular, se pueden avanzar ciertas valoraciones respecto a cambios en el nivel de ansiedad, la conducta asertiva y la independencia personal de M. P. respecto a su ex pareja (Fernández-Ballesteros, 2009).

En cuanto al grado de ansiedad, tanto su manifestación al inicio del tratamiento como lo observado con el STAI y el Cuestionario de Habilidades Sociales, indicaron que éste era muy alto. No obstante, en la sesión 12ª M. P. refirió una disminución de su estado de ansiedad ante las diferentes situaciones de su vida (“ya no salto a la primera como antes”), y sentirse más tranquila y capaz. Esto mismo, se ha podido apreciar según se sucedían las sesiones, aunque en la sesión 12ª todavía tenía temor de enfrentar ciertas situaciones conflictivas de interacción personal. Es posible aventurar que estos cambios son consecuencia, al menos en parte, de la mayor concienciación acerca de los factores intervinientes –pensamientos irracionales- sobre los principales problemas referidos (relación con ex pareja; asertividad).

Las verbalizaciones de las creencias e ideas irracionales que se apreciaban en las primeras sesiones, y que en gran medida dificultaban su adecuada interacción social, fueron disminuyendo en frecuencia. No obstante, en la sexta sesión aún seguían estando presentes verbalizaciones como “yo soy así”; “eso no se aprende”; o “es mi esencia”. Este tipo de verbalizaciones, además de dificultar los aprendizajes necesarios en cuanto a la conducta asertiva, mostraban que no se había alcanzado, todavía, el cambio buscado en las cogniciones: “...los cambios en las cogniciones (ya sea a un nivel “superficial”, pensamientos automáticos, o a un nivel más “profundo”, esquemas mentales) hemos de medirlos por cambios en las verbalizaciones” (Froján, 2011a, p. 664; Froján, 2011b).

Por esta razón, en las sesiones séptima y octava se incluyó psicoeducación sobre el uso del lenguaje (hablado e interno). Se realizó una aproximación al lenguaje utilizado y su influencia en el patrón de conducta. Se rechazó el estilo de comunicación rígido y

auto-exigente (“soy una pringada”) frente al flexible que permite una actitud de preferencias (no exigente). Así mismo, se mostraron los planteamientos y las consecuencias que se derivan de estos estilos (filosofía de vida) ante cualquier situación (Wilson, 2012). Posteriormente, se apreciaron los resultados favorables de esta intervención, con una ausencia casi total de verbalizaciones negativas desde la séptima sesión (solo una auto-descalificación, en la sesión novena).

En lo referente al comportamiento que M. P. realizaba para mantener relación con su ex pareja, cuando comenzó la terapia manifestó que quedaban, habitualmente, una vez a la semana, y se comunicaban mediante teléfono, WhatsApp, Facebook, etc. varias veces cada semana. En la sesión 12ª, M. P. refirió que de vez en cuando se escribían, y que desde hacía tres meses no había vuelto a quedar con su ex pareja. M. P. explicitó que, a su entender, se encontraba mucho mejor gracias a que no se veían. En esta misma sesión, M. P. valoró su estado general de ánimo, en una escala de 0 a 10, con una puntuación de 7.

Aunque lo habitual es realizar la evaluación durante las primeras sesiones, esto no implica que no se siga evaluando a lo largo del tratamiento, aunque sea de forma más específica. De igual manera, aunque lo es habitual comenzar la intervención después de la evaluación inicial, esta norma no obliga a que no se pueda intervenir antes de finalizar la evaluación inicial. Por ejemplo, en este caso clínico, no se dejó pasar la oportunidad de intervenir, aun sin haber finalizado la evaluación previa a la formulación del caso, cuando se presentó la ocasión y se consideró viable y potencialmente favorable para M. P. -como posteriormente se confirmó-. Respecto a la preocupación de M. P., sobre su futuro en el trabajo, en la 2ª sesión se le explicó mediante instrucciones, y se modeló en ensayo de conducta, cómo podría abordar esta situación con su superior en el ámbito laboral (Froján, 2007). En la entrevista de la 3ª sesión M. P. relató cómo gracias a lo trabajado en la sesión anterior había conseguido hablar con su superior y resolver la incertidumbre respecto a su futuro en el trabajo. Este comportamiento y el avance que supuso se le reforzaron y sirvió de estímulo para otros aprendizajes.

En todo caso, para que los cambios alcanzaran estabilidad, tras los primeros avances en la modificación de creencias e ideas irracionales, se fue haciendo hincapié en la importancia de ir creando una nueva actitud o filosofía de pensamiento.

Esto significaba sustituir el anterior marco de referencia del pensamiento que tenía M. P. (rígido), por otro más flexible y racional. De este modo, con una nueva filosofía de afrontamiento de la realidad, se lograría no solo un cambio de pensamientos sino de la



estructura de pensamiento, que será válido para cualquier ámbito en que se relacione la persona y, por supuesto, para consigo misma (Ellis, 2006).

Hasta la sesión ocho, la paciente mostraba su lucha y sus dudas en el intento de comprender por qué las cosas sucedían de la forma en que lo hacían, por qué ella pensaba de esa forma, por qué se sentía de ese modo. Sin embargo, a partir de la sesión nueve, M. P. comenzó a reportar las primeras experiencias en detectar pensamientos irracionales y en modificar algún comportamiento. Se apreciaban los primeros cambios desde la comprensión teórica e intelectual hasta la experimentación que permitiría asimilar y asentar nuevas formas de pensamiento. M. P. avanzaba desde el *insight* intelectual hacia el *insight* emocional, probablemente como consecuencia de hacer hincapié, a lo largo del tratamiento, en la importancia no solo de comprender racionalmente porqué suceden las cosas de una determinada manera, sino, también, de experimentar lo que se estaba planteando (Ellis, 1963).

Experimentar las diferentes consecuencias emocionales y funcionales derivadas de los distintos tipos de pensamiento racional e irracional es una de las clave en este aprendizaje, pero no la única (Ellis, 2006). El trabajo realizado entre sesiones es de gran importancia, tanto para la detección de los posibles problemas en la implementación de lo aprendido, como para su asimilación y mantenimiento.

Por otro lado, y en el caso de las relaciones interpersonales son especialmente importantes, las vivencias experimentadas fuera de la sesión, ya que permiten la exposición real ante las distintas circunstancias a las que se enfrentará la persona. Además, la diversidad de situaciones y ámbitos en los que la persona se desenvuelve permitirán, tras la experimentación de lo aprendido, la deseada generalización, desarrollando y afianzando los aprendizajes.

En la Tabla 3 se muestran algunos ejemplos de lo registrado, por M. P, a partir de la sesión 10ª, en el autorregistro ABC/DE. En él se puede apreciar cómo comenzó a plantear alternativas (D) a los pensamientos que le causaban malestar (B), con pensamientos menos radicales, más lógicos y ajustados a la realidad y, también, a considerar las nuevas consecuencias del pensamiento racional (E).

<b>A</b> Situación	<b>B</b> Pensamiento	<b>C</b> Consecuencias	<b>D</b> Pensamiento racional	<b>E</b> Nuevas consecuencias
Mi compañero quiere hablar conmigo pero me dice de qué se trata.	Algo está manipulando no contra mí.	Tengo mucha ansiedad, me pongo muy nerviosa.	Quizá no tiene maldad, o no es consciente.	No me pone nerviosa hablar con él.
Mi hermana quiere que vaya a su casa. Le digo que no puedo.	Soy una mala hermana, ella no me entiende.	Malestar, preocupación. Me siento culpable.	Iré cuando tenga hueco. Ella lo puede entender.	Le podría decir que “no” sin sentirme culpable.
Mi amiga quiere que viajemos, y yo no tengo dinero.	No quiero ir, ella no me entiende.	Siento agobio, estoy nerviosa. Me gustaría ir.	Ella lo va a entender, sabe que estoy en el paro.	Me sentiría liberada y tranquila, a gusto con ella.
Estoy de vacaciones con mis amigas y me pongo mala.	Es mi culpa, no se merecen esto. Les he fastidiado las vacaciones.	Me siento mal, culpable y nerviosa.	No soy responsable de enfermarme. Son cosas que pasan	Me sentiría más relajada.
Salgo con mis amigas y yo veo horrible, me como siempre.	Soy un andrajo, me visto mal, me queda bien, soy fea.	Me siento mal, insegura, me hace ser más introvertida.	Soy como soy y ya está.	Seguridad.
Hice un modelo matemático pero no sé si está bien.	No puede estar bien, seguro que hay algo que estará mal.	Inseguridad.	Puede que esté bien. Buscaré a alguien que lo compruebe.	Me daría calma y quitaría la ansiedad.

Tabla 3. Ejemplo de situaciones de malestar registradas (autorregistro ABC/DE).

### Discusión

Después de conocer el caso se plantearon las siguientes cuestiones: si M. P. deseaba cambiar su situación y después de año y medio no lo había conseguido ¿qué es lo que dificulta el cambio? ¿Por qué, aun sabiendo que su comportamiento era inadecuado, le resultaba inevitable actuar como lo hacía? ¿En qué medida se veía afectada su conducta por la historia de aprendizaje? ¿Estaban las creencias e ideas irracionales de M. P. impidiéndole superar la ruptura de pareja?

Tras el análisis funcional, la respuesta a la primera cuestión parecía sencilla: el hecho de seguir manteniendo una relación altamente reforzante e intermitente con la ex pareja constituía la principal dificultad para que M. P. pudiera superar la ruptura de la relación de pareja. En cuanto a la segunda cuestión, muy relacionada con la primera, se podría argumentar que en la lucha ambivalente que M. P. tenía consigo misma la emoción estaba ganando la batalla a la razón, es decir, la respuesta automática (condicionada) estaba impidiendo el adecuado razonamiento de M. P. Por lo demás, parece que tanto la historia de aprendizaje en general, como las creencias e ideas irracionales en particular, estaban afectando negativamente al comportamiento de M. P.

Al comenzar el tratamiento, además de las resistencias que M. P. presentaba para aceptar sus dificultades y para trabajar en terapia, mostró varias creencias e ideas irracionales relacionadas con la fuerte convicción respecto a la imposibilidad de cambiar o de aprender. Asimismo, se hicieron patentes sus sentimientos de inseguridad, temor y culpabilidad, además de la minusvaloración y la crítica negativa hacia sí misma. En este sentido, fue necesario enseñarle a diferenciar el “comportamiento” como hecho en sí, de “la persona” que lo realiza. De igual manera, se reparó en la importancia de diferenciar entre ver el “error” como una oportunidad de aprendizaje, a considerarlo razón suficiente para calificar de “fracasada” a la persona que lo comete.

Junto con las resistencias, los pensamientos irracionales y los sentimientos adversos, otros aprendizajes previos obstaculizaron el avance terapéutico. Destacó el sesgo mediante el cual M. P. situaba la causa de su malestar fuera de ella, habitualmente en otras personas, en lugar de en sus pensamientos (Cormier, 2000). Fue habitual el uso de trabas auto impuestas para boicotear la conducta solicitada (v. g.: para no iniciar una conversación, “es que no le he visto nunca”; “es que es un súper jefazo”; “es que le conozco, pero seguro que no se acordará de mí”...). De forma especial, M. P. mostró una tendencia a desviar la conversación cuando se trataba de un tema cuyo afrontamiento no le resultaba agradable, tratando de evitarlo indirectamente.

Un último obstáculo se presentó durante el acuerdo de los objetivos del tratamiento cuando, debido a su ambivalencia, M. P. no accedió a intentar dejar de relacionarse con su ex pareja.

En esta situación, y al considerar las creencias e ideas irracionales factor común de las dificultades que M. P. presentaba tanto para superar la ruptura como para las relaciones interpersonales, se planteó una intervención conjunta en ambos aspectos. El planteamiento fue que el trabajo que se realizara en reestructuración cognitiva estuviera encaminado principalmente, aunque no exclusivamente, a resolver las carencias asertivas en el ámbito de las interacciones sociales. Así, la idea era ampliar la reestructuración cognitiva para facilitar que M. P., pudiera llegar a plantearse sus dificultades y el malestar emocional con unos criterios más ajustados a la realidad (menos irracionales). En definitiva, el problema de la relación con su ex pareja se planteaba como una extensión (generalización) del entrenamiento en asertividad. Con esta idea, se trabajó ampliamente sobre los derechos y responsabilidades asertivos, no solo respecto a las relaciones interpersonales sino, también, entrando directa o indirectamente en la relación de pareja (Lega, 2002).

Considerando que es posible conseguir la efectividad de la terapia cognitiva, para un determinado caso clínico, por diferentes vías, se abordaron tres aspectos a lo largo del tratamiento. Por un lado se realizó la reestructuración cognitiva de algunas creencias e ideas irracionales que interferían en las dificultades que presentaba M. P. Por otro lado, se intervino sobre las emociones desadaptativas, mediante la articulación de procesos cognitivos o a través del cambio hacia un lenguaje más adaptativo, en términos de Ellis, más racional. Finalmente, se trabajó la importancia que tiene el lenguaje sobre los pensamientos y, por ende, en la emoción y el comportamiento (Cormier, 2000; Ellis, 2000; 2006).

Probablemente, además de la circunstancialmente inevitable carencia de datos post-test, una limitación de este estudio fuera la ausencia de una evaluación del pensamiento irracional mediante pruebas objetivas, lo que hubiera permitido la adecuada operativización de esta variable y su contrastación post tratamiento. En este sentido, se podría decir que el caso clínico está es una primera fase, ya que es necesaria una cantidad suficiente de práctica supervisada que permita asentar y generalizar las modificaciones realizadas en el ámbito del pensamiento (creencias e ideas irracionales) y del comportamiento (estilo de interacción asertivo).

En cualquier caso, con la información recogida a lo largo de las sesiones, se puede inferir que tanto la reestructuración cognitiva como el entrenamiento en asertividad han facilitado un cambio en algunas tendencias de la conducta (cognitiva y de comportamiento) de M. P. Este cambio parece haber facilitado una visión de la realidad más favorable para ella, con una mayor capacidad para pensar en los intereses propios, sin que la emoción determine de forma automática las decisiones que pudieran ser contrarias a lo que ella desee para sí misma. Así, con el caso clínico presentado puede apreciarse la importancia que tiene la interacción pensamiento-emoción en la toma de decisiones y en el desarrollo de procesos perturbadores para el bienestar de las personas.

### Referencias bibliográficas

- AIMME. Unidad de materiales y tratamiento de superficies (2012). *Aproximación a los materiales termoeléctricos*. Recuperado el 31 de enero de 2015, de: [observatorio.aimme.es/otea\\_document.asp?id=10519&n=1](http://observatorio.aimme.es/otea_document.asp?id=10519&n=1)
- American Psychological Association. (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington, DC: Author. [Obtenido de [www.apa.org/topics/sorientation.pdf](http://www.apa.org/topics/sorientation.pdf).]
- Bados, A., y García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46 (4), 368-375.
- Carrobbles, J. A. I. (1986). *La práctica de la terapia de la conducta: Teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica*. Valencia: Promolibro.
- Cormier, W. H., y Cormier, L. S. (2000). *Estrategias de Entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Costa, M., y López, E. (2008). *Consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Damasio, A. R. (2006a). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. R. (2006b). *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.
- Davis, M.; McKay, M; Eshelman, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dryden, W. (2005). Rational emotive behavior therapy. (pp. 321-324). Boston, MA: Springer US.
- Ellis, A. (1963). Toward a more precise definition of “emotional” and “intellectual” insight. *Psychological Reports*, 13, 125-126.
- Ellis, A. (2000). Rational emotive behavior therapy as an internal control psychology. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 18 (1), 19-38.
- Ellis, A. (2004). Why rational emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22 (2), 85-92.
- Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2009). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Froján, M. X.; Montaña, M., y Calero, A. (2007). Why do people change in therapy? A preliminary study. *Psychology in Spain, 11* (1), 53-60.
- Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011a). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual, 19* (3), 659-682.
- Froján-Parga, M. X., Calero-Elvira, A., & Montaña-Fidalgo, M. (2011b). Study of the socratic method during cognitive restructuring. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18* (2), 110-123.
- Girodo, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. (2012). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Hall, M. (1989). Reviews. *NWSA journal, 1* (4), 713 – 716.
- Haynes, S. N., Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- James, W. (1950). *The principles of Psychology*. New York: Dover.
- Kazdín, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson educación.
- Lega, L., Caballo, V., y, Ellis, A (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI de España.
- León, O. G., y Montero, I. (2012). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill.
- MacInnes, Douglas. (2004). The theories underpinning rational emotive behaviour therapy: where's the supportive evidence? *International Journal of Nursing Studies, 41*, 685-695.
- Masmoudi, S., Yun Dai, D., y Naceur, A. (Ed). (2012). *Attention, representation, and human performance: integration of cognition, emotion, and motivation*. Portland: Ringgold Inc.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Overholser, J. C. (2003). Rational-emotive behavior therapy: An interview with Albert Ellis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33* (3), 187-204.

- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE.
- Santacreu, J. (2005). La síntesis de la historia de aprendizaje: Perspectiva conductual sobre la personalidad. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 13 (1), 53-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274520138005>
- Segura, M. (1981). *Cuestionario de habilidades sociales*. En: Ficha de Evaluación Conductual, ponencia libre presentada en el Primer Congreso de la AETCO. (Congreso Fundacional de la Asociación Española de Terapia de Comportamiento). Málaga, 29 de Abril a 2 de Mayo.
- Segura, M., Sánchez, P., y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta*. Granada: Universidad de Granada.
- Simón, V. M. (1997). La participación emocional en la toma de decisiones. *Psicothema*, 9 (2), 365-376.
- Simpson, J. A. (1987). The Dissolution of Romantic Relationships: Factors Involved in Relationship Stability and Emotional Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (4), 683-692.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1988). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (4), 448-457.
- Wilson, K. G., & Luciano Soriano, M. C. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Zubeidat, I., Salinas, J. M., & Sierra, J. C. (2007). Escala de miedo a la evaluación negativa y escala de evitación y malestar social: Fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud*, 18 (1), 57-81.