

Un caso de interacción no asertiva

Lack of assertiveness in social interactions: a single-case study

Marta Ortega Otero y Ana Calero Elvira
Universidad Autónoma de Madrid, España

Resumen. El presente trabajo tiene como objetivo describir la aplicación y resultados de un entrenamiento en asertividad. Se expone el caso de S. (nombre ficticio), varón de 24 años con un estilo de comunicación agresivo, tanto con su pareja como con su padre y con los miembros de su grupo de iguales. Para disminuir la frecuencia de conflictos en los que S. responde de manera agresiva se llevó a cabo un entrenamiento en asertividad, cuya eficacia se evaluó principalmente con autorregistros semanales. Concretamente, se desarrollaron cinco sesiones de evaluación, una de explicación del análisis funcional, quince de tratamiento y tres de seguimiento. Los resultados muestran el cambio en el patrón de comunicación de S., habiendo aumentado las interacciones asertivas y habiendo disminuido, asimismo, la frecuencia de conductas agresivas.

Palabras clave: agresividad, asertividad, autocontrol, caso clínico, conflicto, experimento de caso único.

Abstract. The present study describes both the implementation and the results of a training in assertiveness. S. is a 24-years-old man with an aggressive communication style towards his father, his partner and his friends. In order to reduce the frequency of conflicts where S.'s response is aggressive, an assertiveness training is proposed. The effectiveness is assessed by self-report registries on a weekly basis. The psychological intervention was made up of twenty four sessions: five assessment sessions, sixteen cognitive-behavioral sessions and three follow-up sessions. The results, mainly based on self-reports, showed a change on his communication pattern that allowed him to significantly improve with an adaptive behavior.

Key words: aggressiveness, assertiveness, clinical case, conflict, self control, single-case study.

La asertividad fue descrita inicialmente en 1949 por Andrew Salter como un rasgo de personalidad que estaba presente en algunas personas pero no en otras. Más tarde fue definida por Wolpe (1958) y Lazarus (1966) como la manifestación de los derechos y sentimientos personales. Investigadores como Alberti y Emmons (1970) y Jakubowski (1977) comprobaron que las personas que mostraban una conducta poco asertiva creían que no tenían derecho a expresar sus sentimientos, creencias ni opiniones. A mediados de los años sesenta

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la primera autora al e-mail: marta.ortega.otero@gmail.com

aparece el entrenamiento asertivo como una técnica más de la terapia de conducta, evidenciándose su posible aprendizaje. Dicha posibilidad la confirma Alberti en 1977, al justificar que la asertividad es un conjunto de conductas y no un rasgo de personalidad.

Cuando surge un conflicto entre dos animales de la misma especie se suele distinguir una reacción de lucha o huida (Smith, 1975). También los seres humanos luchan y huyen unos de otros; dichas formas de conducta definen dos estilos de comunicación: el estilo agresivo y el estilo inhibido.

Las personas tendentes a la agresividad defienden en exceso los derechos e intereses personales sin tener en cuenta los de los demás. Suelen caracterizarse por un volumen de voz elevado, habla tajante, interrupciones, contacto ocular retador, postura que invade el espacio del otro, sensación de falta de control y excesiva honestidad emocional. Son ejemplos típicos de este tipo de conducta la pelea, la acusación y la amenaza. La ventaja de esta clase de conductas es que los demás, en muchas ocasiones, no humillan ni desprecian a la persona agresiva; la desventaja es, entre otras, el rechazo a largo plazo (Davis, McKay y Eshelman, 2007).

Por su parte, las personas inhibidas (sumisas, pasivas) no defienden sus propios derechos ni intereses; es más, anteponen los de los demás a los personales. Suelen tener un tono de voz bajo y usan muletillas en sus discursos; acostumbran a huir del contacto ocular y a exhibir movimientos que comunican tensión o duda. Estas personas sienten con frecuencia impotencia, culpabilidad y frustración. La ventaja de las personas que tienden a la pasividad es que raramente reciben rechazo directo por parte de los demás; la desventaja es que los demás “se aprovechan” y ellos acaban por acumular una pesada carga de resentimiento e irritación (Davis et al., 2007).

Ni el patrón de comunicación inhibido ni el agresivo suelen ser efectivos para lograr los objetivos que se proponen. Más bien, ocurre lo contrario: suelen generar conflictos interpersonales, aumentan la probabilidad de desarrollar una baja autoestima y, en definitiva, favorecen una baja tasa de reforzamiento a corto y/o a largo plazo. Partiendo de que el estilo de comunicación agresivo, al igual que el inhibido, tiene consecuencias negativas (personales, sociales, laborales, académicas) y dadas las ventajas de la asertividad, se hace especialmente relevante sustituir los estilos de interacción desadaptativos por el adaptativo.

Para lograr un afrontamiento eficaz, la alternativa es la conducta asertiva caracterizada por la defensa de los propios intereses, la expresión de las opiniones personales y el respeto de los derechos de los demás. A pesar de que no existe una definición universalmente aceptada de asertividad, Bellack (1979) indica elementos comunes a la mayoría de las definiciones propuestas a lo largo de la historia: (1) la ejecución adecuada de las situaciones interpersonales depende de componentes de respuesta verbales y no verbales, (2) la conducta asertiva es específicamente situacional, (3) los elementos que comprenden la conducta social adecuada son habilidades de respuesta aprendida, y (4) cuando se pueden identificar déficit en conductas sociales específicas, pueden ser puestos como objetivos y mejorados por el entrenamiento.

Las personas asertivas tienden a defender los derechos personales respetando al mismo tiempo los de los demás (Roca, 2007). Además, suelen mostrar seguridad en la comunicación verbal y no verbal, manteniendo contacto ocular directo pero no desafiante, relajación corporal y habla fluida; no se sienten ni inferiores ni superiores a los demás y tienen la sensación de control emocional. La ventaja de mostrarse asertivo es que se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado por ello. Igualmente, dejan de ser necesarias la docilidad extrema o la retracción, el ataque verbal o el reproche (Davis et al., 2007).

El entrenamiento en asertividad se ha señalado como uno de los tratamientos con apoyo empírico en las guías de tratamientos eficaces que se consideran a nivel nacional e internacional (Gorman, 2002; Pérez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003). Dicho entrenamiento favorece la autoobservación y el autoconocimiento, para tener en cuenta lo que se quiere, se piensa y se siente, defender los derechos, luchar por los propios objetivos y procurar ser fiel a uno mismo. Por otra parte, este entrenamiento potencia también la capacidad para estar pendiente de lo que esperan las demás personas de uno mismo, lo cual resulta de gran utilidad para no sufrir emociones negativas innecesarias y para tratar de fomentar en ellas actitudes positivas que les ayuden a sentirse bien consigo mismas y con los demás. En definitiva, el entrenamiento en asertividad trata de modificar las pautas de comunicación de tipo agresivo (e inhibido), favoreciendo que sean sustituidas por un patrón asertivo y facilitando el aprendizaje del respeto a uno mismo y los otros.

El entrenamiento en asertividad pretende que la persona adquiera habilidades asertivas, incluyendo algunas de comunicación verbal (habla fluida, mensajes en primera persona, verbalizaciones positivas, expresión de gus-

tos, intereses y emociones, petición de aclaraciones, aceptación de errores personales, defensa sin agresividad) y otras de comunicación no verbal (contacto ocular directo, relajación corporal, nivel de voz conversacional).

El entrenamiento en habilidades asertivas (Caballo, 2009) consiste en: (1) saber qué conductas es necesario desarrollar en una determinada situación, (2) poder observar y ejecutar la conducta, (3) saber cómo de eficaz puede ser esa conducta (retroalimentación), (4) mantener los éxitos logrados (reforzar), y (5) consolidar y generalizar las conductas aprendidas. Como propuso Linehan (1984), el entrenamiento implica el aprendizaje de un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales que, como sintetiza Caballo (1991, 2009), se pueden dividir en seis etapas: (1) el ensayo de conducta (representación por parte del paciente de cortas escenas que simulan situaciones de la vida real), (2) el modelado (exposición del paciente a un modelo), (3) instrucciones/aleccionamiento (aportación al paciente de información explícita sobre la naturaleza, el grado de discrepancia entre su actuación y el criterio y sobre una respuesta apropiada), (4) retroalimentación (aportación al paciente de información específica para el desarrollo y mejora de una habilidad) y reforzamiento (recompensa de aproximaciones sucesivas del paciente para adquirir nuevas conductas y/o para aumentar aquellas adaptativas), (5) tareas para casa (actividades del paciente cuando no está con el terapeuta que constituyen el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente natural), y (6) reestructuración cognitiva (información del terapeuta para modificar las expectativas, metas y otras ideas del paciente).

El presente trabajo describe un caso cuyo patrón de interacción es agresivo y cuyos conflictos con la pareja, el padre y los amigos son periódicos (dos o tres a la semana). El objetivo del artículo es exponer cómo se ha llevado a cabo el entrenamiento en asertividad, contraponiendo las ventajas del comportamiento asertivo (en términos de las ganancias a corto y largo plazo) frente al comportamiento agresivo (en donde las ventajas son sólo a corto plazo y no siempre). El componente psicoeducativo acerca de las ventajas de un estilo de comunicación asertivo resultará esencial en los resultados terapéuticos.

Se pueden resaltar varios aspectos del artículo que lo hacen novedoso. En primer lugar, el uso continuado de autorregistros como herramienta de evaluación de la efectividad del tratamiento, que supone una innovación metodológica en casos de asertividad. En segundo lugar, resulta también novedosa la descripción en sí misma del caso clínico, ya que se trata de un entrenamiento en asertividad a una persona con una tendencia de comunicación agresiva. Existen en la actualidad muy pocas publicaciones de este tipo de casos, y en la bibliografía es mucho más frecuente encontrar aquellos con un estilo de interacción inhibido (Buck y Dix, 2012; Muris et al., 2009; Pyhälä et al., 2009). Por último, la presente descripción evidencia la importancia del abordaje de los valores personales para rebajar las resistencias de las personas en tratamiento psicológico.

Identificación del paciente

S. (nombre ficticio) es un varón de 24 años de edad que acudió al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid refiriendo problemas de pareja. Según su discurso, tiene habituales conflictos con su pareja y también, aunque con menor frecuencia, con personas de su círculo de iguales y con su padre.

S. manifestó sentirse incomprendido y poco valorado por amigos y por su padre habiendo recibido, según su discurso, muestras verbales de desprecio. Con respecto a su pareja refirió celos por parte de ella, relacionados con su modo de interacción con otras chicas. En relación a las áreas laboral y académica, S. no explicitó tener dificultades.

Procedimiento de evaluación

La evaluación fue multimétodo y se realizó durante cinco sesiones con periodicidad semanal, en las que se utilizaron la entrevista y autorregistros.

S. afirmó en sesión sentirse inseguro cuando percibe que le faltan al respeto, preocuparse demasiado por la opinión de los demás y sentir malestar al admitir ignorancia. Además, con respecto a las críticas, confesó no

saber aceptarlas y sentir cierto malestar al discutir abiertamente con una persona que critica su trabajo, evitando solicitar recomendaciones de mejora o comentarios sobre su desempeño.

Por otro lado, para evaluar el problema en su ambiente natural, se pidió a S. que cumplimentara un autorregistro durante la semana, en el que tenía que registrar las interacciones conflictivas con su padre, con su pareja y con sus amigos. En la tabla 1 se muestran algunos ejemplos de situaciones en las que S. se mostraba agresivo.

Tabla 1

Autorregistro de interacciones con ejemplos de situaciones registradas

Situación	Qué haces/dices tú	Qué hace/dice él/ella
En una fiesta de un amigo le presto a mi amigo un gorro. Otro tío se lo quita y cuando se lo voy a pedir lo había perdido prestándoselo a otra persona.	Le digo que quién se cree que es para dejar algo que no es suyo.	Se pone chulo y violento.
Supuestamente una chica con la que me acosté hace como 3 años le manda un mensaje por facebook [a su pareja] contándoselo.	Pero qué coj...!! (y dudo de ello). Pregunto a mi amiga. Le digo que ni de coña voy a aceptar esa culpabilidad.	Se enfada, monta un pollo (la entiendo en parte). Dice lo de siempre: que si le cuento a todas lo mala que es... que en este momento sólo sufre conmigo...
Quedé con unos amigos a tomar algo (2 grupos). Uno de los grupos me dijo que si podían venir dos amigos suyos más y yo encantado. Estos amigos trajeron a sus novias y como el sitio estaba un poco lleno empezaron a quejarse y poner caras largas.	Me mosqueé porque quería estar con mis amigos y les dije a mis amigos que pasaba de "tristes".	Se fueron.
Mi padre se pone muy pesado.	Acabo perdiendo la paciencia y levantando la voz.	

Nota: Condición de registro aquellas interacciones que provoquen una angustia o malestar subjetivo de igual o mayor a 6 en una escala de 0 a 10.

Con los autorregistros se observó la angustia por los conflictos interpersonales (con amigos, pareja y padre), así como la elevada frecuencia de las interacciones agresivas (una media de tres semanales).

A continuación, pasa a describirse la formulación clínica del caso. La tendencia de interacción de S. con los demás es agresiva, es decir, defiende en exceso los derechos e intereses personales sin considerar los de los demás. Se evidenció una carencia de las habilidades adecuadas para afrontar las situaciones en las que se siente "atacado" o criticado y en las que, consecuentemente, tiende a defenderse. En estas situaciones, al sentirse vulnerable y percibir que violan sus valores (honradez, justicia y lealtad), muestra un déficit de autocontrol y una tendencia a la agresividad verbal (insultos, amenazas, habla tajante, etc.). A nivel no verbal se evidenció volumen de voz elevado, interrupciones, contacto ocular retador y postura intimidatoria. En cuanto a las emociones, confesó sentir incomprensión, frustración y enfado. Además, S. manifestó excesiva honestidad emocional, expresando lo que siente y lo que piensa sin considerar las consecuencias de sus palabras en la otra persona.

Asimismo, S. presenta creencias irracionales relacionadas con exigencias personales y hacia otros que se hacen evidentes en frases como: “*a veces pienso que me preocupa demasiado lo que piensen de mí otras personas*”, “*no puedes exigir unas cosas si no das otras*”, “*yo doy lo que espero recibir*”, etc. S. tiende a imponer su criterio, creyéndose poseedor de las reglas que determinan lo que está bien y lo que está mal y criticando a aquellos que se alejen de su criterio.

En cuanto al origen de dicho patrón de interacción agresivo, se hipotetizó una ausencia de modelos de asertividad y de manejo de la ira adecuados en su entorno más cercano durante su desarrollo. Además, los constantes mensajes negativos por parte de su padre hacia su persona influyeron en la aparición de su miedo condicionado a la evaluación negativa y de sus elevadas exigencias personales.

Con respecto al mantenimiento, se remarcó que tanto el miedo a la evaluación negativa como la presencia de exigencias por parte de las otras personas llevan a actuar a S. de forma retadora, sobre todo con su padre y con sus iguales, para disminuir su malestar a corto plazo, reafirmarse y aumentar la seguridad en sí mismo. Las personas de su entorno, según cuenta S., reaccionan con resistencia, resentimiento, contraargumentaciones y defensividad, faltándole en ocasiones el respeto. Esto hace que S. experimente ira y trate de reafirmarse y sentirse respetado siendo agresivo (imponiendo, criticando, mandando) y creando así una espiral de interacción inadecuada entre imposición y defensividad.

Además del inadecuado manejo de la ira, S. parece exigirse metas elevadas y mostrar una baja tolerancia a los errores, variables que se relacionan directamente con sus ideas irracionales del tipo “debería”.

Por último, según el discurso de S., era frecuente que su pareja hiciese visible sus celos. Dado que la mejora de la relación no era considerado por S. un objetivo terapéutico y dada la distancia geográfica de la pareja, se decidió enseñar al paciente a manejar dichas conductas celotípicas desde el entrenamiento en asertividad, incluyéndose su explicación en el análisis funcional. Se puede consultar un esquema que resume el origen y el mantenimiento de las dificultades de S. en la *figura 1*.

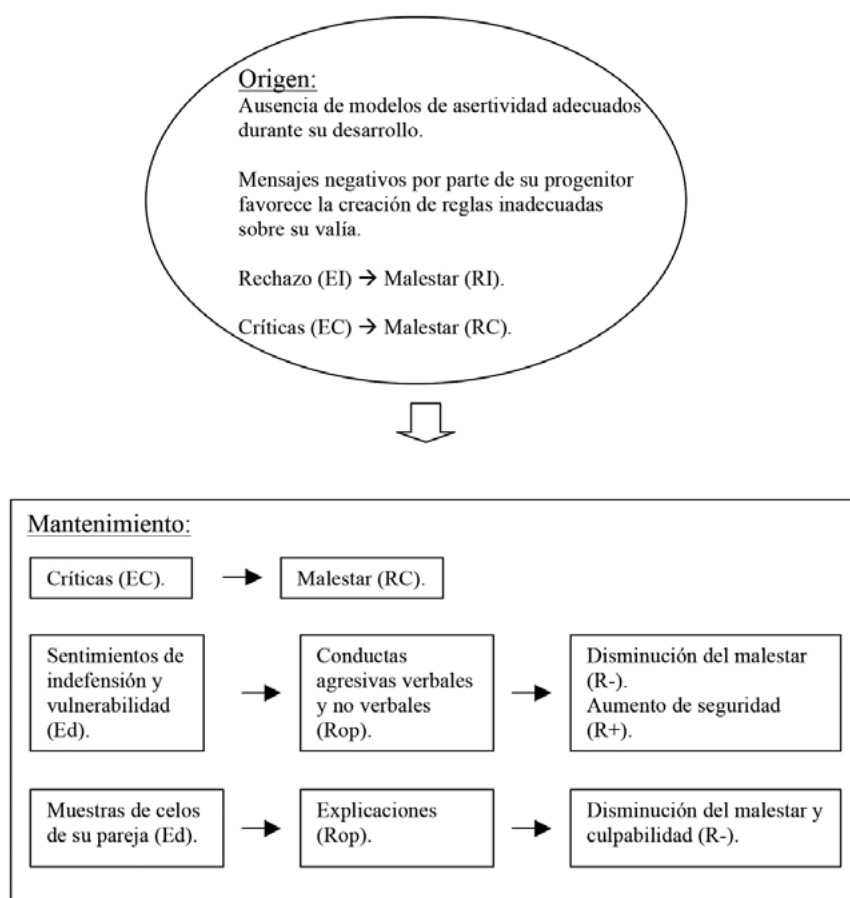


Figura 1. Origen y mantenimiento de interacciones agresivas. EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada; Ed: estímulo discriminativo; Rop: respuesta operante; R-: refuerzo negativo; R+: refuerzo positivo.

Tratamiento

Teniendo en cuenta cuáles son los tratamientos con apoyo empírico, y considerando el análisis funcional del caso, se comenzó el tratamiento como tal, cuya duración fue de quince sesiones.

El objetivo general fue aumentar la asertividad de S. y conseguir interacciones sociales adecuadas. Los objetivos específicos fueron: (1) disminuir los conflictos sociales, de pareja y los paterno-filiales, (2) disminuir el miedo a la evaluación negativa y (3) aumentar su autocontrol y adecuado manejo de la ira.

Para lograrlos, se optó por una intervención psicológica cognitivo-conductual, que se concentró en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas y en la modificación de ideas disfuncionales que dificultan su adecuada ejecución. Concretamente se propuso un entrenamiento en asertividad que consiguiese sustituir su patrón de interacción agresivo por otro asertivo. Se puede ver una síntesis de los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención utilizadas para cada uno de ellos en la *tabla 2*.

Tabla 2
Técnicas de intervención y objetivos terapéuticos

Objetivos	Técnicas
Disminuir los conflictos interpersonales, aumentar la seguridad en sí mismo, su autocontrol y el adecuado manejo de la ira.	Psicoeducación sobre el enfado y la asertividad.
Disminuir el miedo a la evaluación negativa.	Reestructuración cognitiva.
Disminuir los conflictos interpersonales.	Ensayo de conducta, modelado, retroalimentación y reforzamiento.
Aumentar su autocontrol y el adecuado manejo de la ira.	Entrenamiento en respiración diafragmática y entrenamiento en autoinstrucciones.

La estructura general de las sesiones de tratamiento consistió en una primera parte de revisión de tareas, tras la cual se dedicaba el tiempo al objetivo específico para esa sesión; al final, se proponían las tareas para la semana.

En la primera sesión de tratamiento, tras la explicación del análisis funcional y el acuerdo de los objetivos terapéuticos, se inició el entrenamiento en asertividad. Se comenzó por la psicoeducación sobre asertividad, específicamente por la explicación de los tres estilos de respuesta y de las habilidades verbales y no verbales que incluye el asertivo. Se trató, además, de que S. comprendiese la utilidad (por sus consecuencias positivas, a corto y largo plazo) del uso de dicho modo de comunicación. Para frenar la escalada de enfado con su pareja, se propuso también el uso de una frase como autoinstrucción (“*no quiero alimentar los celos*”). Entre las tareas para casa se pidió que continuase con el autorregistro de interacciones, para que la comparación de las situaciones registradas al finalizar el tratamiento permitiese evaluar su efectividad.

En la segunda sesión de tratamiento, se analizaron los estímulos discriminativos que desencadenaban los conflictos entre S. y su pareja. Se identificó como el más importante la lectura, por parte de ella, de e-mails de S. Se utilizaron el ensayo de conducta y el modelado para que S. le sugiriese que borrara dichos correos electrónicos sin leerlos previamente, impidiendo así el inicio del enfado y el consecuente conflicto. Además, se trabajó la responsabilidad de S. en las interacciones conflictivas, recordando su estilo agresivo.

La tercera sesión de tratamiento se dedicó a la reestructuración de algunas ideas irracionales de S. y se introdujeron los derechos y las responsabilidades asertivas (Roca, 2007). Asimismo, se hizo un repaso por los aspectos teóricos de la asertividad.

En la cuarta sesión se remarcó la importancia de no culpar al otro y de asumir parte de responsabilidad en las interacciones conflictivas. Además, se retomó la reestructuración cognitiva -concretamente las responsabilidades asertivas-, se instó a cuidar la comunicación no verbal y se comenzó con el ensayo de conducta y el modelado de la habilidad de recibir críticas.

La quinta, la sexta y la séptima sesión se dedicaron a reforzar sus logros y consolidar el aprendizaje de las responsabilidades asertivas y el uso del estilo de comunicación asertivo. Además, se finalizó el ensayo de conducta, el modelado, las instrucciones, la retroalimentación y el reforzamiento de la habilidad de recibir críticas.

En la octava sesión de tratamiento, se dedicaron varios minutos a analizar la conversación que S. mantuvo con su pareja sobre su relación. Se dio retroalimentación de los momentos específicos en que se mostró más agresivo y se reforzaron sus participaciones asertivas. Asimismo, se analizaron los autorregistros realizados por S. durante la semana, felicitándolo por los momentos en que respondió de manera asertiva a las críticas. Por último, se recordaron los objetivos inicialmente planteados y se analizó el grado de consecución de los mismos.

En la novena sesión de tratamiento, S. hizo explícito su enfado al comparar el esfuerzo que consideraba que él hacía con la voluntad que su pareja parecía mostrar para mejorar la relación. En cuanto al entrenamiento en asertividad, se hizo un ensayo de conducta y se modeló la habilidad de expresar críticas de forma asertiva, explicándola y practicándola en sesión.

La décima y undécima sesión se dedicaron a la reestructuración cognitiva, ajustando las expectativas de S. con respecto al entrenamiento en asertividad. En cuanto al objetivo del autocontrol y manejo de la ira, se incidió en la importancia de identificar los síntomas previos a la explosión del enfado y se comenzó con el entrenamiento en respiración diafragmática, instando a su práctica y registro diario.

La duodécima y decimotercera sesión se dedicaron a hacer un repaso por las habilidades asertivas entrenadas (hacer y recibir críticas). El tiempo restante se centró en el autocontrol, continuando con el entrenamiento en respiración diafragmática y entrenando en el uso de autoinstrucciones positivas.

La decimocuarta sesión se dedicó al ensayo de conducta, modelado, instrucciones, retroalimentación y refuerzo de las habilidades de expresión de emociones positivas y de manejo de conflictos. Además, se reforzaron los logros alcanzados y mantenidos hasta el momento.

La última sesión de tratamiento se centró, en un primer momento, en la reestructuración cognitiva del miedo de S. a la evaluación negativa. Asimismo, se continuó con el repaso de las habilidades entrenadas y de las estrategias aprendidas y se revisaron los objetivos de tratamiento acordados, confirmándose su cumplimiento. S. identificó en sí mismo características típicas del estilo de comunicación asertivo. Concretamente, se acepta, se respeta y se valora independientemente de la opinión de los demás; acepta sus limitaciones pero, al mismo tiempo, intenta realizar sus posibilidades; sabe comprender y manejar adecuadamente sus emociones y las de los demás; no exige las cosas que quiere y expresa sus opiniones y deseos asertivamente; y puede comunicarse con personas de forma abierta, directa y franca. Es importante destacar que S. reconoció que los objetivos terapéuticos se habían alcanzado y asumió como propia la responsabilidad de su logro. Para consultar el cronograma de las sesiones de tratamiento se remite al lector a la *tabla 3*.

Resultados y conclusiones

La eficacia de la intervención se evaluó mediante autorregistros, entrevista y observación en sesión.

Analizando los autorregistros semanales se observa, por una parte, una clara disminución de la frecuencia de los conflictos interpersonales en que participó de forma agresiva y, por otra, un aumento en la frecuencia de aquéllos en los que lo hizo asertivamente. En la *figura 2* puede verse reflejada la evolución al respecto.

En entrevista S. reconoció, en primera persona, haber alcanzado los objetivos terapéuticos: *“he aprendido a controlarme, a respetar más a los demás que piensan de forma distinta y a no tener por qué imponerles mi forma de pensar, a ver la parte de razón que tienen los otros, a escuchar mejor, a expresarme de forma más asertiva, a respirar; en general, a tener una mejor relación con la gente y sobre todo con la gente con la que podría discrepar más, ahora soy más feliz, soy más alegre”*.

Tabla 3
Cronograma de sesiones de tratamiento

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1	Explicar el concepto de asertividad así como los estilos de respuesta.	Psicoeducación y reestructuración cognitiva.	Autorregistro de interacciones. Biblioterapia (asertividad). Ejercicios para identificar habilidades asertivas que no domina. 1% de la razón*.
2	Interrumpir la cadena de celos de la pareja de S. Explicar el estilo de comunicación agresivo.	Role-playings **. Psicoeducación y reestructuración cognitiva.	Ídem a sesión 1 excepto: Biblioterapia (responsabilidades asertivas). “No quiero alimentar los celos”
3	Introducir los derechos y las responsabilidades asertivas.	Psicoeducación y reestructuración cognitiva.	Ídem a sesión 2 excepto: Biblioterapia (asertividad y conflictos).
4	Aumentar la percepción de responsabilidad sobre la situación actual. Entrenar en la habilidad de recibir críticas de forma asertiva.	Reestructuración cognitiva. Role-playings.	Autorregistro de interacciones. 1% de la razón. “No quiero alimentar los celos”
5,6 y 7	Consolidar el aprendizaje de las responsabilidades asertivas. Mantener los avances. Entrenar en la habilidad de recibir críticas de forma asertiva.	Psicoeducación y reestructuración cognitiva. Reforzamiento. Role-playings.	Ídem a sesión 4 junto con: Pensar ejemplos de críticas: justificada, en parte justificada y no justificada. Biblioterapia (recibir críticas). Autorregistro de responder a una crítica.
8	Mantener los avances.	Reforzamiento y retroalimentación.	Ídem a sesiones 5, 6 y 7 junto con: Biblioterapia (asertividad en la pareja).
9	Entrenar en la habilidad de expresar críticas de forma asertiva.	Role-playings.	Ídem a sesión 8 junto con: Biblioterapia (hacer críticas).
10 y 11	Disminuir activación fisiológica. Conocer la dinámica del enfado.	Entrenamiento en respiración diafragmática. Entrenamiento en autocontrol y manejo de la ira.	Ídem a sesión 9 junto con: Autorregistro de responder/expresar una crítica. Autorregistro de respiración.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
			Biblioterapia (explicación sobre el enfado). Listar los pensamientos o cambios fisiológicos que anteceden a la explosión del enfado.
12 y 13	Repasar las habilidades asertivas entrenadas (hacer y recibir críticas). Conocer la dinámica del enfado. Mantener la práctica de la respiración diafragmática. Instaurar el uso de autoinstrucciones positivas (como estrategias de autocontrol).	Role-playings. Entrenamiento en autocontrol y manejo de la ira. Entrenamiento en respiración. Entrenamiento en autoinstrucciones	Ídem a sesión 10 y 11 junto con: Crear un listado de autoinstrucciones positivas y lectura diaria del mismo. Biblioterapia (autoinstrucciones).
14	Entrenar en la habilidad de expresar emociones positivas. Entrenar en la habilidad de manejar conflictos.	Role-playings. Role-playings.	Ídem a sesión 12 y 13 junto con: Lectura diaria del listado de autoinstrucciones positivas creado. Biblioterapia (expresión de emociones y manejo de conflictos).
15	Repasar estrategias y habilidades aprendidas y comprobar la obtención de los logros. Disminuir el miedo a la evaluación negativa.	Entrevista abierta. Reestructuración cognitiva.	Ídem a sesión 14.

* 1% de la razón: que durante las discusiones se fije en un uno por ciento de la razón que, como mínimo, tiene la otra persona. Permite flexibilizar su perspectiva y ponerse en el lugar del otro.

** Role-playings que incluyen ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento y retroalimentación.

Por otra parte, se observó una evolución positiva en la forma y contenido de su discurso, haciéndose evidente el autocontrol que S. mostraba en sesión, utilizando pensamientos realistas en lugar de creencias irracionales y disculpándose ante muestras conductuales de agresividad.

Las tres sesiones de seguimiento (a las dos semanas, tres semanas y un mes) sirvieron para obtener información sobre el mantenimiento del éxito de las estrategias tras el tratamiento. Concretamente, se comprobó, con los autorregistros semanales, que apenas se estaban produciendo interacciones agresivas entre S. y su padre, su pareja y sus amigos. Además, se retomó la reestructuración del miedo de S. a la evaluación negativa, lográndose al respecto sustituir sus pensamientos irracionales por otros alternativos y aceptarse a sí mismo independientemente de la opinión de los demás.

Los resultados presentados confirman la modificación de ideas irracionales del paciente y el uso efectivo de las habilidades entrenadas. En consecuencia, parece demostrarse el logro del objetivo principal inicialmente

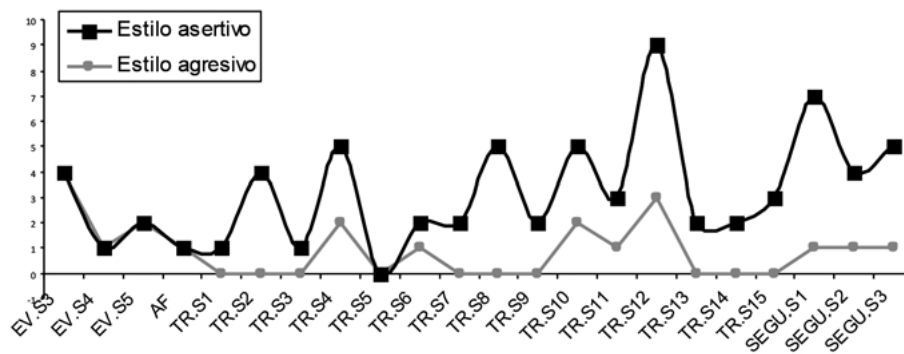


Figura 2. Registro de frecuencia de interacciones asertivas y agresivas semanales. EV: evaluación; S: sesión; AF: explicación del análisis funcional; TR: tratamiento; SEGU: seguimiento.

planteado (aumentar la asertividad de S. y conseguir interacciones sociales adecuadas), incluyéndose el cumplimiento de los objetivos específicos (disminuir los conflictos sociales, de pareja y los paterno-filiales; disminuir el miedo a la evaluación negativa; y aumentar su autocontrol y adecuado manejo de la ira).

En resumen, se puede decir que S. ha experimentado un importante cambio en su forma de interactuar con los demás, se muestra menos propenso a la agresividad y, concretamente, se muestra menos sensible a las críticas.

Como se ha indicado anteriormente, después del tratamiento S. tiende a situarse en una posición igualitaria respecto a las personas con las que interactúa, empatizando con ellas y teniéndolas en consideración. Tras la intervención parece haber adquirido las habilidades para afrontar críticas, expresar emociones positivas y para manejar el enfado de forma adecuada. Dichas habilidades adquirieron para él un valor reforzante mayor del obtenido con las antiguamente utilizadas, las agresivas.

Es de destacar el interés de S. por su mejora, y a esta motivación se puede atribuir una parte de la brevedad de la intervención y de sus logros. S. no faltó a ninguna de las sesiones y acudió a todas ellas a la hora establecida. Además, cada semana realizó las tareas propuestas y participó activamente en sesión. Por otro lado, la alianza terapéutica también influyó en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

A lo largo de todo el tratamiento y, especialmente en la evaluación, se dio gran importancia a la creación de dicha alianza para que S. no se sintiera atacado debido a su susceptibilidad. Conseguida esta sólida y fluida relación temprana de trabajo, el objetivo fue identificar sus problemas manifiestos y establecer la relación entre esas dificultades y las metas que S. tenía, facilitando la negociación de tareas clave para el tratamiento.

En todo momento se utilizaron las habilidades propias del terapeuta, como la escucha activa, la aceptación incondicional y el reflejo. Además, se trató de considerar el malestar de S., sin enjuiciar y adaptando el ritmo al suyo propio; se recogió gradualmente la información, se reveló el modelo explicativo y se negociaron los objetivos de tratamiento. El estilo terapéutico se caracterizó por su flexibilidad y sensibilidad a las necesidades individuales del paciente. Se proporcionó, además, un ambiente estable y constante.

Como aspecto destacable del presente artículo, se ha comentado que el entrenamiento en asertividad tuvo como objetivo transversal combatir las reglas que justificaban a S. la necesidad de tener comportamientos de expresión verbal que le llevaban a sufrir. Su forma agresiva de desenvolverse le suponía beneficios a corto plazo, justificándola con la defensa de sus valores (honradez, respeto y lealtad) y manteniendo dichas conductas agresivas en el tiempo. Por ello, se pretendió que comprendiese los efectos positivos que podría obtener a medio y largo plazo mostrándose asertivo, y que ello no era incompatible con defender sus valores; es decir, se puede ser honrado, leal y respetarse a sí mismo sin descuidar el respeto a los demás. Más allá de utilizar listas de conductas adecuadas o inadecuadas, se trató de exponer la funcionalidad de sus conductas y de las que se pretendían incorporar a su registro, lo cual facilitase su generalización a otros ambientes.

Como posibles mejoras de cara a una futura replicación de la intervención, podrían citarse las siguientes.

Por una parte, se recomendaría utilizar instrumentos baremados para poder tener información más precisa de la evaluación y de la eficacia del tratamiento. Por otra parte, y en cuanto a los aspectos clínicos del desarrollo

del tratamiento, sería recomendable abordar el manejo del enfado más al inicio de la intervención y también sería aconsejable hacer un seguimiento más largo (al año) para informar del mantenimiento de los logros a largo plazo.

A pesar de las mejoras señaladas, con el presente artículo parece confirmarse la eficacia del entrenamiento en asertividad: una intervención que trata de enseñar a los individuos a comportarse asertivamente en situaciones sociales y que incluye técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el modelado, la retroalimentación, el reforzamiento y el entrenamiento en respiración diafragmática y autoinstrucciones.

El entrenamiento en asertividad, como se ha comentado anteriormente, se ha señalado como uno de los tratamientos con apoyo empírico en las guías de tratamientos eficaces que se consideran a nivel nacional e internacional (Gorman, 2002; Pérez et al., 2003). A pesar de ello, es importante ilustrar con casos concretos esta eficacia para poder comprender procesos de cambio específicos. Especialmente, resulta relevante mostrarlo en casos de agresividad, que son particulares en cuanto a su susceptibilidad a la crítica y su resistencia a responsabilizarse del problema. El entrenamiento en asertividad da por supuesto que actuar de forma no agresiva ni inhibida aumenta la probabilidad de solucionar los problemas en muchas situaciones antes de que se vuelvan excesivamente ansiógenas (Caballo, 1991). Sin embargo, desde nuestro punto de vista este entrenamiento será efectivo siempre y cuando atienda y se ajuste a la individualidad de la persona y se haga de acuerdo a sus valores.

Dado que la forma de interactuar con los demás puede convertirse en una fuente de estrés, resulta de gran importancia tratar de reducirlo enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido (Davis et al., 2007). Dicha defensa de los derechos propios de modo que no queden violados los ajenos es lo que caracteriza a las personas asertivas.

Con todo lo expuesto en este trabajo, se ha pretendido cubrir una parte del vacío existente en la bibliografía científica sobre casos clínicos de agresividad en la comunicación. Se considera necesario, aún así, seguir investigando en este tema.

Con el caso presentado por el momento se confirma la efectividad del entrenamiento en asertividad en los casos de agresividad, siempre que este entrenamiento esté adaptado a cada caso y teniendo en cuenta el papel imprescindible de la creación de una adecuada alianza terapéutica y la consideración de los valores personales.

Referencias

- Alberti, R. E. (1977). *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. San Luís Obispo, Estados Unidos: CA: Impact.
- Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1970). *Your perfect Right*. San Luís Obispo, Estados Unidos: CA: Impact.
- Bellack, A. S. (1979). Behavioral assessment of social skills. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*, 75-105. Nueva York, Estados Unidos: Plenum Press.
- Buck, K.A. y Dix, T. (2012). Can Developmental Changes in Inhibition and Peer Relationships Explain Why Depressive Symptoms Increase in Early Adolescence? *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 403-413.
- Caballo, V.E. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid, España: Siglo Veintiuno.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (2007). *Técnicas de autocontrol emocional (6ª ed.)*. Madrid, España: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie PRÁCTICA.
- Gorman, N. (2002). *A guide to treatments that work (2ª ed.)*. Nueva York, Estados Unidos: University Press.
- Jakubowski, P. A. (1977). Assertiveness behaviour and clinical problems of women. En R. E. Alberti (Ed.). *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. San Luís Obispo, Estados Unidos: Impact.
- Lazarus, A. A. (1966). Behaviour rehearsal vs. Non-directive therapy vs. Advise in affecting behaviour change, *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Linehan, M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. En E. A. Bleechman (Comp.), *Behaviour modification with women*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

- Muris, P., Bos. A., Mayer, B., Verkade, R., Thewissen, V. y Dell'Awento, V. (2009). Relations among behavioural inhibition, Big Five personality factors, and anxiety disorders symptoms in non-clinical children. *Personality and Individual Differences*, 46, 525-529.
- Pérez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid, España: Pirámide.
- Pyhälä, R., Rääkkönen, K., Pesonen, A-K., Heinonen, K., Hovi, P., Eriksson, J.G. y Kajantie, E. (2009). Behavioral inhibition and behavioral approach in young adults with very low Barth weight- The Helsinki study of very low Barth weight adults. *Personality and Individual Differences*, 46, 106-110.
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional (3ª ed.)*. Valencia, España: ACDE Psicología.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. Nueva York: Creative Age Press.
- Smith, M.J. (1975). *Cuando digo no, me siento culpable*. Barcelona, España: Debolsillo.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, Estados Unidos: Stanford University Press.

Manuscrito recibido: 28/05/2014

Revisión recibida: 17/02/2015

Manuscrito aceptado: 25/02/2015