



**Universidad
Europea** MADRID

Abordaje conductual de un caso de dependencia emocional con presencia de autolesiones e ideación suicida

Trabajo de Fin de Máster
Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Patricia Cano Ferrándiz

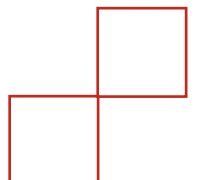
Tutora clínica: Lola Correa

Tutora académica: Tauana Matías Lago

28/02/2023

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Resumen

En el siguiente trabajo se describen los procesos de evaluación e intervención de un caso de dependencia emocional abordado desde una perspectiva conductual. Comenzaremos enmarcando el enfoque mediante el cual se ha llevado a cabo esta intervención, es decir, el análisis de conducta y hablaremos sobre la conceptualización, la prevalencia y las áreas comunes que se relacionan con la dependencia emocional. A continuación, expondremos el caso clínico de una mujer de 23 años que llega a consulta con un grado muy elevado de ansiedad, conductas autolesivas e ideación suicida. Observaremos a través del proceso de evaluación y la descripción del análisis funcional como estos comportamientos forman parte de un patrón de conductas propio de la dependencia emocional para, seguidamente, desarrollar los objetivos establecidos en base al análisis funcional y el proceso de intervención. Concluiremos con una valoración del tratamiento y con una discusión acerca de la pertinencia del uso del análisis funcional en la intervención de los problemas psicológicos, la importancia de realizar una derivación responsable y la influencia del contexto sociocultural en la dependencia emocional.

Palabras clave

Análisis funcional, autolesiones, dependencia emocional, derivación, estudio de caso, ideación suicida.

Abstract

In this study are described the process of evaluation and intervention in an emotional dependence case approach from a behavioural perspective. We will begin framing the perspective from where we approach this intervention, the analysis of behaviour, and then we will talk about conceptualization, prevalence and some common areas that are related to emotional dependence. Next, we will expose a case of 23-year-old women who comes to the clinic with a very high grade of anxiety, self-harm and suicidal ideation. We will observe through the process of evaluation and description of the functional analysis how these behaviours are a pattern common in cases of emotional dependence for, consecutively, develop the established targets based on the functional analysis and the intervention process. We will finalize with an assessment of the treatment and a discussion of the appropriateness of the used of functional analysis, the importance of a liable derivation and the influence of the sociocultural context in the emotional dependence.

Keywords

Deliberate self-harm, emotional dependence, functional analysis, referral, single case study, suicidal ideation.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducción | 5 |
| 1.1. Modelo de análisis de conducta | 6 |
| 1.2. Dependencia emocional | 6 |
| 1.1.1. Conceptualización..... | 6 |
| 1.1.2. Características de las personas con dependencia emocional | 7 |
| 1.1.3. Comorbilidad de la dependencia emocional | 9 |
| 1.1.4. Factores contextuales relevantes para entender la dependencia emocional..... | 9 |
| 2. Identificación de la usuaria y motivo de consulta | 10 |
| 3. Estrategias de evaluación..... | 12 |
| 4. Formulación clínica del caso | 13 |
| 4.1. Área de pareja | 13 |
| 4.1.1. Variables disposicionales..... | 13 |
| 4.1.2. Hipótesis de origen..... | 15 |
| 4.1.3. Hipótesis de mantenimiento..... | 15 |
| 4.1.4. Consecuencias a medio y largo plazo..... | 19 |
| 4.2. Área de malestar ante la sobrecarga de trabajo | 20 |
| 4.2.1. Variables disposicionales..... | 20 |
| 4.2.2. Hipótesis de origen..... | 21 |
| 4.2.3. Hipótesis de mantenimiento..... | 21 |
| 4.2.4. Consecuencias a medio y largo plazo..... | 23 |
| 5. Objetivos de intervención y planificación del tratamiento | 23 |
| 6. Tratamiento..... | 25 |
| 7. Valoración del tratamiento..... | 28 |
| 8. Discusión..... | 32 |
| 9. Referencias bibliográficas..... | 35 |
| 10. ANEXOS..... | 38 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Variables disposicionales del área de pareja | 14 |
| Tabla 2. Factores de protección con respecto al área de pareja | 15 |
| Tabla 3. Estímulos discriminativos relacionados con situaciones de pareja | 16 |
| Tabla 4. Verbalizaciones aversivas de interpretación del pensamiento y anticipaciones | 17 |
| Tabla 5. Autoverbalizaciones aversivas | 19 |
| Tabla 6. Variables disposicionales en el área de malestar ante la sobrecarga de trabajo | 20 |
| Tabla 7. Anticipaciones catastrofistas y autoverbalizaciones aversivas. | 21 |
| Tabla 8. Objetivos de intervención y técnicas | 24 |
| Tabla 9. Objetivo y técnicas añadidos por la terapeuta a la cual se derivó el caso | 25 |
| Tabla 10. Ejemplos de actividades agradables escogidas por Julia | 26 |
| Tabla 11. Ejemplos de pensamientos desajustados y pensamientos ajustados posteriormente | 29 |
| Tabla 12. Valoración de la consecución de objetivos por parte de la usuaria | 30 |
| Tabla 13. Retirada de la medicación a lo largo de la intervención terapéutica | 31 |

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Autorregistro de situaciones de malestar | 13 |
| Figura 2. Cadena clásica de estímulos condicionados aversivamente | 15 |
| Figura 3. Cadena operante de verbalizaciones aversivas y anticipaciones | 16 |
| Figura 4. Cadena operante de las conductas de comprobación y distracción | 18 |
| Figura 5. Cadena operante de la conducta problema bucle de autoverbalizaciones negativas | 18 |
| Figura 6. Cadenas clásica y operante para explicar autolesiones e ideación suicida | 19 |
| Figura 7. Cadena operante sobre la conducta de rumiación | 21 |
| Figura 8. Encadenamiento de verbalizaciones aversivas que hacen aumentar el malestar | 22 |
| Figura 9. Cadena operante de las conductas de distracción | 23 |

1. Introducción

El primer motivo por el cual el presente trabajo acerca de la dependencia emocional pudiera resultar relevante, es que la temática en torno al amor ha estado presente a lo largo de las diferentes civilizaciones y épocas de la historia del ser humano de una manera u otra. La universalidad y la complejidad de este sentimiento ha dado lugar a innumerables obras filosóficas y artísticas con el fin de intentar comprender las implicaciones tanto positivas como negativas del fenómeno amoroso (Yela, 2000). Pese a que este tema nos atraviesa desde siempre, tanto a nivel individual como a nuestra estructura social, la ciencia se ha mostrado reticente a abordarlo hasta hace unas pocas décadas. En cuanto a su estudio a nivel psicológico, que es lo que nos atañe, sabemos que el amor aparece como un componente muy relacionado con el bienestar y la felicidad (Argyle, 2001), pero al mismo tiempo, las implicaciones contrarias a la salud pueden llegar a ser muy graves y aquí es donde entraría la dependencia emocional como un patrón de conductas que pueden resultar verdaderamente perjudiciales para la salud del individuo.

En segundo lugar, encontramos que la investigación sobre la dependencia emocional es bastante escasa y confusa tanto a nivel de esclarecimiento del concepto como de sus características e implicaciones (Castelló, 2005). Sin embargo, los estudios de prevalencia y las graves consecuencias de esta problemática en la salud y bienestar nos indican la relevancia que tiene este tema y, por tanto, la necesidad de seguir investigando al respecto. Según la revisión realizada por González-Bueno y su equipo, la prevalencia en población general adulta oscilaría entre 24,60% al 38,12% (González-Bueso, et. al., 2018). En la misma revisión observan que la prevalencia en mujeres adultas oscila entre el 13,56% al 18,45%, y en hombres adultos estaría entre un 6,15% al 24,56% (González-Bueso, et. al., 2018). Es importante tener en cuenta que la mayoría de los estudios de esta revisión están realizados en población universitaria. En cuanto a la prevalencia en menores, se ha encontrado un total en mujeres del 6,72% y en hombres del 11,31% (González-Jiménez & Hernández-Romera, 2014). Varios autores consideran que la dependencia emocional es un factor de riesgo para sufrir violencia dentro de la pareja, por ejemplo, Aiquipa-Tello (2015) encontró que el 96% de mujeres de un servicio de psicología que habían sufrido violencia en el ámbito de la pareja presentaban los patrones de comportamientos propios de la dependencia emocional.

Este caso clínico presenta, además, la peculiaridad de sufrir una derivación en la undécima sesión, en plena fase de intervención, lo que nos brinda la oportunidad de ver como este hecho puede influir en el proceso terapéutico. Puesto que se valora que los resultados finales del proceso se deben al trabajo conjunto realizado por las dos profesionales que se hicieron cargo del caso, se ha considerado pertinente y enriquecedor el hecho de exponer el caso como un único proceso terapéutico en el que se incluye el trabajo de ambas terapeutas.

Por último, son muchos los autores que reclaman darle a la dependencia emocional un lugar dentro de los diferentes manuales diagnósticos y se ha debatido entre diferentes posibilidades como que sea parte de los trastornos de personalidad (Echeburúa & Del Corral, 1999) o dentro de las adicciones comportamentales (Bogerts, 2005; Riso, 2003). Mientras que deciden el apartado en el cual incluirán la

dependencia emocional en los diferentes sistemas de clasificación diagnóstica, personas con este patrón de comportamientos seguirán llegando a consulta y a veces, con conductas problema tan graves como son las autolesiones y la ideación suicida. Tenemos el deber como profesionales de elaborar planes de tratamiento individualizados y eficaces a pesar de la carencia de un apartado dedicado al tema en los diferentes manuales diagnósticos. A través de la evaluación conductual y el análisis funcional, podemos prescindir de estas categorizaciones y planificar e implementar una intervención basada en los procesos que explican las conductas problemáticas y mediante los cuales están funcionando las técnicas que vamos a aplicar.

1.1. Modelo de análisis de conducta

El modelo de análisis de conducta, respaldado por los principios del aprendizaje y siendo un modelo esencialmente psicológico y no una adaptación del modelo de otra disciplina, se propone como alternativa al modelo biomédico con el fin de solventar las limitaciones que presenta este último a la hora de plantear tratamientos psicológicos. Este modelo utiliza el análisis funcional como herramienta para comprender, explicar y/o modificar la conducta humana y ha de ser el punto de partida para llevar a cabo cualquier intervención psicológica (Froxán, 2020). Haynes y O'Brien (1990) definen el análisis funcional como "la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo" (p. 654).

Este modelo, quitaría el foco de lo orgánico (aunque lo sigue teniendo en cuenta) para ponerlo en la conducta en su totalidad, que es realmente el objeto de estudio de la psicología. Entender la conducta en su totalidad supone incluir tanto la conducta manifiesta como la encubierta. Además, la conducta es entendida como una interacción entre el organismo y el contexto. Es decir, la conducta no se da en la nada y de aquí la gran relevancia que tiene el contexto en el que esta aparece (Froxán, 2011).

Por tanto, desde esta perspectiva se pretende, a través de los procesos del aprendizaje, modificar las conductas ya sea reduciendo o eliminando las desadaptativas o bien adquiriendo y aumentando las más adaptativas. Estos procesos de aprendizaje tendrían lugar gracias, en parte, a la interacción verbal que se produce en el contexto terapéutico con el fin de promover y mantener los cambios en los contextos naturales del usuario (Froxán, 2011).

1.2. Dependencia emocional

1.1.1. Conceptualización

Tras una búsqueda de referencias acerca de la dependencia emocional, caemos rápidamente en la cuenta de que hay muy poco consenso, no solo a la hora de definir el término, sino que, además, encontramos varios conceptos diferentes para referirnos a esta problemática: dependencia afectiva, interdependencia, dependencia interpersonal, adicción al amor o ansiedad por separación entre otras (Castelló, 2015).

Autores como Echeburúa y del Corral (1999) entienden la dependencia emocional directamente como un trastorno de la personalidad. Por otro lado, muchos otros autores lo conceptualizan como una adicción comportamental (Castelló, 2000; de la Villa y Sirvent, 2008). De hecho, diversos estudios muestran las similitudes entre los síntomas de la dependencia emocional con los de otras adicciones comportamentales como el juego patológico (Timmreck, 1990).

Una de las definiciones más citadas en los diferentes estudios sobre el tema es la propuesta por Castelló (2005), quien define la dependencia emocional como “la necesidad extrema de carácter afectivo que una persona siente hacia su pareja a lo largo de sus diferentes relaciones” (p.17).

La definición de dependencia emocional más adaptada al modelo conductual sería la que describe este concepto como un “patrón de comportamientos llevado a cabo por una persona que afectan directamente las relaciones interpersonales o de pareja y cuya funcionalidad puede derivar en la obtención de atención, mantenimiento de la cercanía o evitación de ciertos eventos amenazantes tales como una discusión o la pérdida del vínculo afectivo” (Izquierdo-Martínez & Gómez-Acosta, 2013, p.89).

1.1.2. Características de las personas con dependencia emocional

A continuación, vamos a exponer las características más relevantes que se relacionan con la dependencia emocional. Si bien no es necesario que se tengan que dar todas ellas para considerar que una persona presenta dependencia emocional, es frecuente que aparezcan en mayor o menor medida y se considera que el grado de dependencia es mayor en la medida en que se presenta un mayor número de estas características al mismo tiempo (Castelló, 2005).

Una de las características principales sería el miedo y la intolerancia a la soledad. Castelló (2005) considera esta característica como fundamental y necesaria para decir que alguien sufre dependencia emocional. Podemos decir que la soledad, o la anticipación de esta, estaría asociada a una respuesta condicionada de malestar en las personas que sufren dependencia emocional, lo que dispararía respuestas operantes cuya función consistiría en evitar esa soledad y aliviar así el malestar. Este miedo puede manifestarse en forma de reglas verbales del estilo “no soportaría la sensación de estar solo/a”, “no puedo ser feliz sin mi pareja” o “si no consigo pareja seré un/a fracasado/a”. Castelló (2005) valora que este miedo a la soledad daría como resultado a la siguiente característica propia de las personas con dependencia emocional: la necesidad de acceso constante hacia la pareja. Este síntoma sería muy parecido a la sensación de craving en las adicciones y se puede traducir en conductas de demanda constante de afecto hacia la pareja y en comprobaciones excesivas con el fin de obtener reforzamiento en forma de atención y afecto.

El miedo a la ruptura y al abandono es otra de las características comunes en esta problemática (Castelló, 2005; Wingman, Graham-Kevaán y Archer, 2008). Este miedo a la disolución de la pareja puede dar lugar a conductas de comprobación constantes para asegurarse que la pareja está satisfecha con la relación, a seguir en la relación pese a las consecuencias negativas de la misma y/o a los intentos por volver

con la pareja en caso de haber terminado la relación. Las reglas verbales relacionadas con esta característica pueden ser del tipo “no podría soportar que me dejara”, “no voy a encontrar a otra persona como él/ella”.

A su vez, este temor a la ruptura también puede desencadenar en conductas de sumisión, pasividad o subordinación. Esto da lugar a cesiones y a una adaptación constante hacia las reglas y los deseos de los otros por encima de los intereses, derechos, opiniones y deseos propios (Roca, 2005). La necesidad de aprobación estaría muy ligada a estas conductas de sumisión. Según de la Villa y Sirvent (2009) esta característica tan común en los dependientes emocionales se podría definir como “una preocupación excesiva por agradar a la persona de la que depende” (p. 231). Teniendo en cuenta esta necesidad de aprobación y este temor a la ruptura es congruente con que las personas que sufren dependencia emocional presenten frecuentemente un déficit de habilidades sociales, más concretamente, de asertividad (Castelló, 2005).

Otra de las características de la dependencia emocional sería la priorización de la pareja sobre cualquier otro aspecto de la vida. Esta priorización de la pareja puede desencadenar en una reducción de la red de apoyo de la persona debido a conductas de desatención hacia ellos por dedicar la mayor parte de su tiempo a la pareja, así como una reducción de reforzadores por la reducción del tiempo dedicado a las cosas que disfrutaba antes de tener pareja y que la persona valoraba como importantes (Castelló, 2005).

Al hilo de esta priorización de la pareja, aparecen también los celos y el deseo de exclusividad, con la función de mantener la relación de pareja en una especie de burbuja hermética y poder mantener así el control y la seguridad. Los celos, aparecen dentro de este contexto cuando la pareja sale de esa burbuja y dedica tiempo a otras personas y a otros ámbitos de su vida. En personas con dependencia emocional este tipo de conductas y los pensamientos asociados a estas generan sentimiento de miedo e inseguridad lo que, a su vez, puede desencadenar en conductas de comprobación constantes y en demandas desproporcionadas de atención (Castelló, 2005).

En cuanto a las distorsiones cognitivas más destacables en las personas que sufren esta problemática estarían los “deberías” y la “falacia de control” (Lemos, Londoño y Zapata, 2007). Los autores de este estudio indican que los “debería” tendrían que ver con las creencias rígidas que encontramos en los mitos del amor romántico en la cultura occidental. Por su parte, la “falacia de control” se manifestaría en muchas de las conductas que se llevan a cabo con tal de asegurar la permanencia de la relación mediante la falsa sensación de control al respecto.

Patton, Stanford, & Barratt (1995), encontraron puntuaciones elevadas de impulsividad en las mujeres con dependencia emocional, es decir, tendrían dificultades para priorizar las consecuencias a medio o largo plazo de las contingencias apetitivas inmediatas, por ejemplo, de las conductas constantes de comprobación, subordinación, demanda compulsiva de afecto o verbalizaciones con el fin de reducir la incertidumbre propias de la dependencia emocional.

Por último, desde el análisis funcional, la autoestima se puede operativizar como un repertorio de verbalizaciones acerca de uno mismo que describen la existencia de una relación entre el propio patrón comportamental y una exposición frecuente a estímulos apetitivos (alta autoestima) o estímulos aversivos (baja autoestima) (Froxán, 2020). Con esta definición, las características y patrones de comportamiento propio de las personas con dependencia emocional (conductas de subordinación, cesión, aislamiento, etc.) son congruentes con el hecho de que se haya encontrado en diferentes estudios una correlación negativa entre autoestima y dependencia emocional (Santamaría et al., 2015; Urbiola et al., 2017).

1.1.3. Comorbilidad de la dependencia emocional

La dependencia emocional puede suponer graves afecciones para la vida de las personas que lo sufren. Varios autores han encontrado que los niveles de psicopatología de las personas con dependencia emocional suelen ser mayores que los de otros usuarios de los servicios de psiquiatría destacando en sintomatología obsesivo-compulsiva, ansioso-depresiva, hostilidad, psicoticismo, sensibilidad interpersonal e ideación paranoide (Santamaría, et al., 2015).

Las características de las personas con dependencia emocional presentadas en el apartado anterior coinciden con el hecho de que sea frecuente encontrar una disminución del estado de ánimo y/o un aumento de la ansiedad debido a los grandes temores que definen a esta problemática. Se ha encontrado que la dependencia emocional se asocia a un mayor riesgo de sufrir depresión mayor (Sanathara, et al., 2003). Por otro lado, el estudio de Urbiola, et al. (2017) llegó a la conclusión de que existe una correlación positiva entre dependencia emocional y sintomatología ansioso-depresiva. Estos mismos autores señalan que en el caso de la ansiedad, la variable predictora estadísticamente significativa fue “evitar estar solo”.

1.1.4. Factores contextuales relevantes para entender la dependencia emocional

Desde el modelo conductual siempre se ha hecho hincapié en la especial relevancia que tiene el contexto donde se dan las diferentes conductas a la hora de comprenderlas. En la dependencia emocional el contexto tanto cultural como familiar van a jugar un papel fundamental tanto en el origen como en el mantenimiento del problema. Bien es cierto que estos factores no van a causar ni a determinar las diferentes conductas propias de la dependencia emocional, pero sí van a favorecer o a dificultar que se originen y/o que se mantengan.

La cultura del amor romántico en occidente va a actuar como una variable disposicional en cualquier caso de dependencia emocional que se dé dentro de este entorno. Los comportamientos amorosos en occidente están marcados por una serie de creencias erróneas que se dan en gran parte de la población y que son perpetuadas a través de la educación, el arte, la cultura, la publicidad, la gestión política e incluso el sistema jurídico (Barrón et al., 1999). La prevalencia de estas creencias sobre el amor, conocidas como mitos del amor romántico en jóvenes españoles sigue siendo muy alta en la actualidad (Cerro y Vives, 2019). Muchos de estos mitos del amor romántico están estrechamente relacionados con la dependencia

emocional y, por ende, suponen una predisposición para que se lleven a cabo las conductas problemáticas propias de este patrón comportamental.

Muy ligado a la cultura del amor romántico estaría también la cultura patriarcal o patriarcado, el cual, es definido por Cristina Molina (2013) como “el poder de asignar espacios no sólo en su aspecto práctico colocando a las mujeres en lugares de sumisión, sino en su aspecto simbólico, es decir, nombrando y valorando esos espacios de las mujeres como “lo femenino”” (p. 124). Este contexto influiría favorablemente para que se dieran, las conductas de sumisión tan características dentro de los patrones conductuales de la dependencia emocional (Castelló, 2005). Esta diferenciación de los roles de género habría relegado a la mujer al ámbito doméstico, y negándoles cualquier ámbito público, lo que podría suponer el origen de la priorización del amor y la vida familiar por encima de cualquier otro ámbito en las mujeres, otra de las características propias de la dependencia emocional.

Por último, la interacción con el entorno familiar actuará como una variable importante a la hora de comprender la historia de aprendizaje de los usuarios con respecto a las relaciones sociales. El primero que se refirió a un patrón de comportamientos similares a los que se dan en lo que hoy llamamos dependencia emocional fue Bowlby al referirse al apego inseguro, caracterizado por el miedo a la pérdida de la figura de apego, la búsqueda constante de proximidad hacia dicha figura y el malestar por la separación de esta (Bowlby, 2003). A partir de las diferentes investigaciones sobre el apego concluyeron que las interacciones con las primeras figuras de apego tendrían influencia en como una persona se relaciona de adulto con su entorno social (Gillath, et al., 2006). Hazan y Shaver (1994), aplicaron la teoría del apego a las relaciones amorosas, las cuales también se verían influidas por estas primeras interacciones. Desde las teorías de aprendizaje se pueden explicar estas conductas de apego, donde las primeras figuras de referencia tendrán un papel importante a la hora de moldear y modelar el comportamiento del niño, aunque cabe aclarar que no serán los únicos que puedan moldear su conducta. A través de la generalización, ciertos patrones de conductas que le han resultado funcionales en su desarrollo serán puestos en marcha en diferentes situaciones, incluidas las relaciones sociales (Feeney, et al., 2008).

2. Identificación de la usuaria y motivo de consulta

Con el fin de mantener el anonimato de la usuaria del caso que vamos a exponer y de respetar la Ley Orgánica de Protección de Datos y el código deontológico, modificaremos los datos personales por otros ficticios. Por tanto, llamaremos con el pseudónimo de “Julia” a nuestra cliente en lugar de utilizar su nombre real.

Julia es una chica de 24 años, estudiante de cuarto curso del grado en psicología y que dirige varias asociaciones de estudiantes de la universidad. En el momento que llega a consulta, compartía piso en Madrid con tres compañeras. Mantiene relación con sus padres, aunque refiere no sentirse validada por

ellos ya que tienden a infravalorar e ignorar su malestar. Al comienzo del proceso terapéutico mantenía una relación desde hacía tres meses con un chico al que llamaremos con el pseudónimo de “Juan”, quien vive en Valencia y al que conoció a través de la asociación estudiantil.

Julia decide acudir a terapia debido a la elevada ansiedad que siente recientemente y que le está provocando somatizaciones frecuentes especialmente en el estómago (malestar, náuseas y vómitos) y mareos. Refiere ser muy perfeccionista, insegura y sufrir ansiedad desde siempre, pero en los últimos meses se ha incrementado notablemente. La usuaria relaciona su creciente ansiedad con los miedos e inseguridades acerca de su relación de pareja y a la sobrecarga de trabajo que sufre tanto por los estudios como por las responsabilidades asociadas a las diferentes asociaciones estudiantiles que dirige. Tiene problemas de sueño y dice haber perdido peso debido a la ansiedad. En los picos más altos de malestar aparece ideación suicida y llega a autolesionarse clavándose las uñas o haciéndose cortes en los brazos con una cuchilla. En ese momento tomaba medio Orfidal antes de dormir y Escitalopram por las mañanas bajo prescripción del psiquiatra. Julia espera de la terapia aprender a manejar sus constantes pensamientos intrusivos y rebajar la ansiedad.

En el plano de las relaciones sexoafectivas, observamos que Julia ha encadenado una relación con otra desde muy joven en las que constantemente se ha sentido invalidada y con la sensación permanente de estar cediendo ante los deseos y necesidades de sus parejas. La usuaria valoraba que la relación que mantenía con Juan era muy sana y satisfactoria, se sentía escuchada y valorada por su pareja, sin embargo, dice tener pensamientos intrusivos constantes de miedo e inseguridad acerca de que la va a dejar.

En cuanto al ámbito social, considera que no tiene problemas para relacionarse, tiene una buena red de apoyo entre sus compañeras de piso y los amigos de la asociación. Sin embargo, ha dejado de hacer muchos planes con ellos debido al nivel de sobrecarga de trabajo y a la sensación de que “los aburrirá” con sus constantes preocupaciones.

Julia ha ido intermitentemente a terapia desde los 14 años. La primera vez fue por motivos que desconocemos, posteriormente acudió a los 18 años y le dieron un diagnóstico de desorden afectivo estacional. A los 20 años fue diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad y con 21 años volvió a recibir terapia tras un intento de suicidio en Madrid. Desde los 21 a los 23 fue tratada por anorexia. Hace unos meses acudió a terapia sexológica por problemas de deseo con su anterior pareja, refiere haber conseguido mejorar tras la terapia. Hace unos meses, cuando la ansiedad empezó a empeorar acudió al psiquiatra y recibió tratamiento farmacológico que mantiene en la actualidad.

Entre sus aficiones Julia destaca ver series, leer, escribir fantasía y poemas, quedar con amigas, tocar el ukelele, practicar vóley y jugar a videojuegos. En la actualidad ha dejado de llevar cabo la mayor parte de estas actividades.

3. Estrategias de evaluación

El caso de Julia requirió inicialmente de tres sesiones de evaluación, aunque, tras ser derivada a otra terapeuta, ésta consideró necesario dedicar una sesión a contrastar la información obtenida de la primera psicóloga y a fomentar la alianza terapéutica, por tanto, la evaluación ocupó un total de 4 sesiones. La evaluación fue transversal a todo el proceso terapéutico con el fin de obtener información relevante que se haya podido pasar por alto, obtener información de nuevas circunstancias que puedan ir aconteciendo a lo largo del proceso y para comprobar los cambios que se van dando tras la intervención. Se consideró relevante ir evaluando la ideación suicida y las autolesiones a lo largo de todo el proceso. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la entrevista semiestructurada, el cuestionario semiestructurado acerca de la historia biográfica de la cliente, los autorregistros y la observación.

La entrevista semiestructurada permitió obtener información del desarrollo y el mantenimiento de las conductas problema, así como de su morfología. Este instrumento fue útil para recopilar información, general y específica, acerca de las conductas problema que se dan en el contexto natural de la usuaria tanto de manera manifiesta como encubierta. Además, facilitó la obtención de información sobre el contexto que rodea a Julia, las variables disposicionales que engloban a las diferentes conductas, las estrategias utilizadas previamente para solucionar el problema y el círculo de apoyo social con el cual cuenta la usuaria. La entrevista semiestructurada brindó, además, muchas oportunidades para trabajar la relación terapéutica.

La observación es la manera más directa de poder evaluar la conducta, principalmente si se puede hacer en el contexto natural del usuario. Las sesiones terapéuticas brindan muchas oportunidades de observar lo que la terapia analítica funcional denomina conductas clínicamente relevantes, es decir, aquellos comportamientos que lleva a cabo el cliente dentro del entorno terapéutico y que permiten una observación directa por parte del terapeuta, dotándole también con la oportunidad de manejar las contingencias de dicha conducta en tiempo real (Kohlenberg, 2005).

En la primera sesión se le pautó un cuestionario semiestructurado sobre su historia biográfica, el cual se puede encontrar adjunto en el Anexo B de este documento. Este instrumento permitió recoger información general de una amplia variedad de ámbitos de la persona con el fin de ahorrar tiempo de las sesiones y poder utilizarlo para filtrar la información más relevante que, posteriormente, se evaluaría en la sesión con más profundidad. Este instrumento, permitió identificar rápidamente la ideación suicida, las autolesiones y el intento previo de suicidio de nuestra cliente, lo que permitió llevar a cabo una intervención de urgencia sobre esta problemática en la segunda sesión.

Para la recogida de información acerca de las cadenas funcionales en el entorno extraclínico tanto de las conductas manifiestas como de las encubiertas, se utilizaron los autorregistros. Este instrumento facilitó la generación de las hipótesis de mantenimiento del problema. A través de esta herramienta se entrenó a la paciente para convertirse en observadora de su propia conducta y que pudiera así registrar los momentos inmediatos previos y posteriores a las diferentes conductas problema y permitir la elaboración de un

análisis funcional lo más ajustado posible. En la primera sesión se pauta un primer autorregistro de las situaciones de malestar que consistía en una tabla donde Julia debía registrar el día, la hora, una descripción de la situación, los pensamientos literales que le vienen en ese momento, sus emociones incluyendo la respuesta fisiológica asociada, las acciones que lleva a cabo inmediatamente después y el grado de malestar asociado (del 0 al 10). En la figura 1 se puede encontrar el autorregistro tal y como se le envió a Julia vía correo electrónico.

Figura 1

Autorregistro de situaciones de malestar

| DIA | HORA | SITUACIÓN | QUÉ SIENTO | QUÉ HAGO DESPUÉS | GRADO DE MALESTAR (0-10) |
|-----|------|-----------|------------|------------------|--------------------------|
| | | | | | |

Posteriormente, en la fase de intervención, se pautaron otros autorregistros que permitieron ir observando los cambios que se iban produciendo a medida que la usuaria iba poniendo en práctica las diferentes técnicas de intervención: autorregistro de reestructuración cognitiva, autorregistro de comprobaciones, autorregistro de exposición y autorregistro de respiración diafragmática. En el Anexo C aparecen estos autorregistros tal y como se le enviaron a Julia.

4. Formulación clínica del caso

En este apartado exponemos el análisis funcional realizado a partir de la información recogida en las sesiones de evaluación por la terapeuta que recibió el caso en primer lugar. La terapeuta a la cual fue derivado el caso confirmó este análisis funcional y continuó la intervención basándose en el mismo. Para llevar a cabo este análisis se comenzó delimitando las áreas problema que fueron motivo de intervención; por un lado, se analizó el área de manejo del malestar ante la sobrecarga de trabajo y, por otro lado, el área de pareja.

4.1. Área de pareja

4.1.1. Variables disposicionales

Para comenzar con el análisis de esta área problema se analizaron las variables disposicionales que podrían estar influyendo en el mismo, es decir, aquellas características del individuo y de su entorno que van a influir en las secuencias funcionales, pero que no explican ni son la causa del problema. La manera mediante la cual estas variables modificarían las contingencias sería aumentando o disminuyendo el valor

discriminativo de ciertos estímulos, aumentando o disminuyendo el valor reforzante de ciertos estímulos o haciendo más o menos probable una morfología de respuesta (Froxán,2020). En la tabla 1 podemos encontrar las variables disposicionales del caso de Julia con respecto al área de pareja.

Tabla 1

Variables disposicionales del área de pareja

| Variables disposicionales |
|---|
| - Ser mujer dentro de una cultura patriarcal podría influir en varios sentidos en esta problemática: la invalidación del malestar en la mujer, el amor como una de las grandes aspiraciones de la mujer, el papel sumiso y complaciente asociado al género femenino o el rol de cuidadora asociado también a este género. |
| - Adulta de 24 años, etapa vital de la cual se espera culturalmente que se empiece a encontrar una pareja estable. |
| - Estudia cuarto curso del grado en psicología y dirige varias asociaciones estudiantiles de la universidad, lo que supone para Julia una fuente importante de estrés diario. |
| - Historia de aprendizaje donde sus emociones han sido invalidadas tanto por sus padres como por exparejas, lo que favorece a la adquisición de la regla verbal “si comunico que estoy mal, no me van a creer ni me van a querer” |
| - Historial de relaciones conflictivas donde se han podido adquirir y consolidar patrones conductuales desadaptativos en pareja. |
| - Encadenamiento de unas relaciones con otras desde muy joven, lo que podría fomentar el miedo a quedarse sin pareja. |
| - Está saliendo con Juan desde hace 3 meses |
| - Mantiene con Juan una relación a distancia, él vive en Valencia, lo que dificulta las interacciones en persona. Esto unido al hecho de que la relación ha comenzado recientemente (hace 3 meses) podría fomentar las dudas e inseguridades con respecto a la relación. |
| - Cultura del amor romántico imperante en occidente que favorece a la adquisición de creencias irracionales como la priorización de la pareja o la visión de la ruptura de pareja como un fracaso, entre otros. |
| - Historia de aprendizaje de perfeccionismo y autoexigencia elevados con reglas verbales tales como “Tengo que estar siempre para el otro o me va a dejar” o “Que me quieran depende exclusivamente de lo que yo haga”. |
| - Regla verbal asociada al miedo al abandono “sería insoportable que me dejara” |

Dentro de las variables disposicionales es importante también destacar los factores de protección, que serían aquellas variables que podrían tener una influencia positiva a la hora de conseguir los objetivos terapéuticos. En la tabla 2 exponemos dichos factores.

Tabla 2

Factores de protección con respecto al área de pareja

| Factores de protección |
|---|
| - Conciencia del problema y motivación para el cambio |
| - Red de apoyo social sólida |
| - Estudiar cuarto grado de psicología podría facilitar una comprensión más detallada de su problemática |

4.1.2. Hipótesis de origen

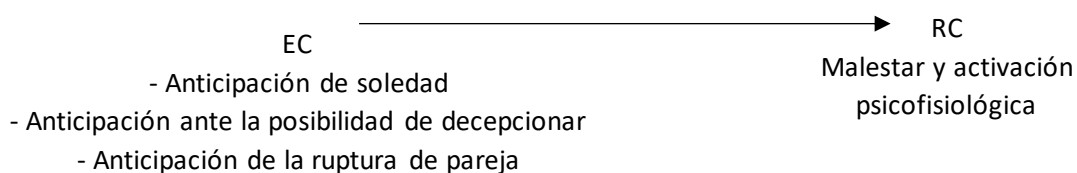
Aunque las historias clínicas de la primera terapeuta son bastante completas, no contamos con la información suficiente como para realizar una hipótesis de origen ajustada sin caer en inferencias innecesarias. Por esta razón, nos centraremos en explicar las hipótesis de mantenimiento.

4.1.3. Hipótesis de mantenimiento

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, en primer lugar, en la figura 2 se exponen los estímulos que han quedado condicionados a una respuesta de malestar y activación fisiológica tras la consolidación de las diferentes reglas verbales:

Figura 2

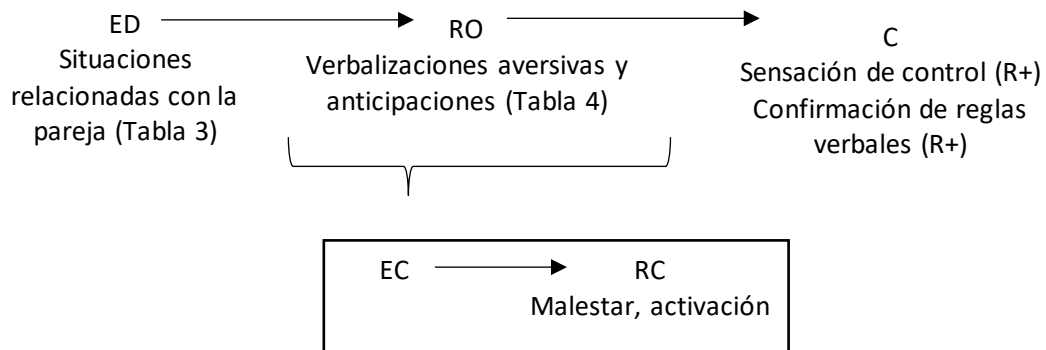
Cadena clásica de estímulos condicionados aversivamente



Tras la evaluación observamos como estos estímulos condicionados aversivamente (figura 2) van a favorecer que aparezcan verbalizaciones aversivas y anticipaciones (tabla 4) ante diferentes situaciones relacionadas con la pareja (tabla 3). En la figura 3 podemos ver como esas verbalizaciones estarían cumpliendo la función tener una falsa sensación de control en Julia. Esta cadena operante actuaría a su vez como un estímulo condicionado que elicitaba la respuesta condicionada de malestar y una fuerte activación fisiológica.

Figura 3

Cadena operante de la conducta problema: verbalizaciones aversivas y anticipaciones



En la tabla 3 se exponen las diferentes situaciones relacionadas con la pareja a los cuales nos referimos.

Tabla 3.

Estímulos discriminativos relacionados con situaciones de pareja

| Situaciones relacionadas con la pareja que actúan como estímulos discriminativos |
|--|
| - Juan no responde a los mensajes, pero sí contesta a otros grupos |
| - Cuando Juan tarda en contestarle |
| - Hablar de la ex de Juan |
| - Cuando Juan no responde a su historia de Instagram |
| - Ella está enferma y Juan no está pendiente de ella |
| - Cuando Juan no lo propone ir a ver una película como todas las noches |
| - Cuando Juan le dice que está mal |
| - Cuando Juan no le cuenta alguna información |
| - Cuando Juan no se muestra cariñoso |
| - Canciones relacionadas con la relación |
| - Escenas de series |
| - Hablando con amigos de la relación |
| - Si ella se ha puesto "atractiva" y él no le dice nada |

En la tabla 4 exponemos las diferentes verbalizaciones aversivas que actúan como respuesta operante ante los diferentes estímulos relacionados con la pareja expuestos en la Tabla 3.

Tabla 4.

Verbalizaciones aversivas de interpretación del pensamiento y anticipaciones

| Verbalizaciones aversivas |
|---|
| - “Juan se comporta de esa manera porque ya no me quiere” |
| - Comparación de la implicación de ella y la implicación de él en la relación |
| - “Juan pasa de mí” |
| - “Ya no quiere estar conmigo, se aburre, me quiere dejar y no sabe cómo” |

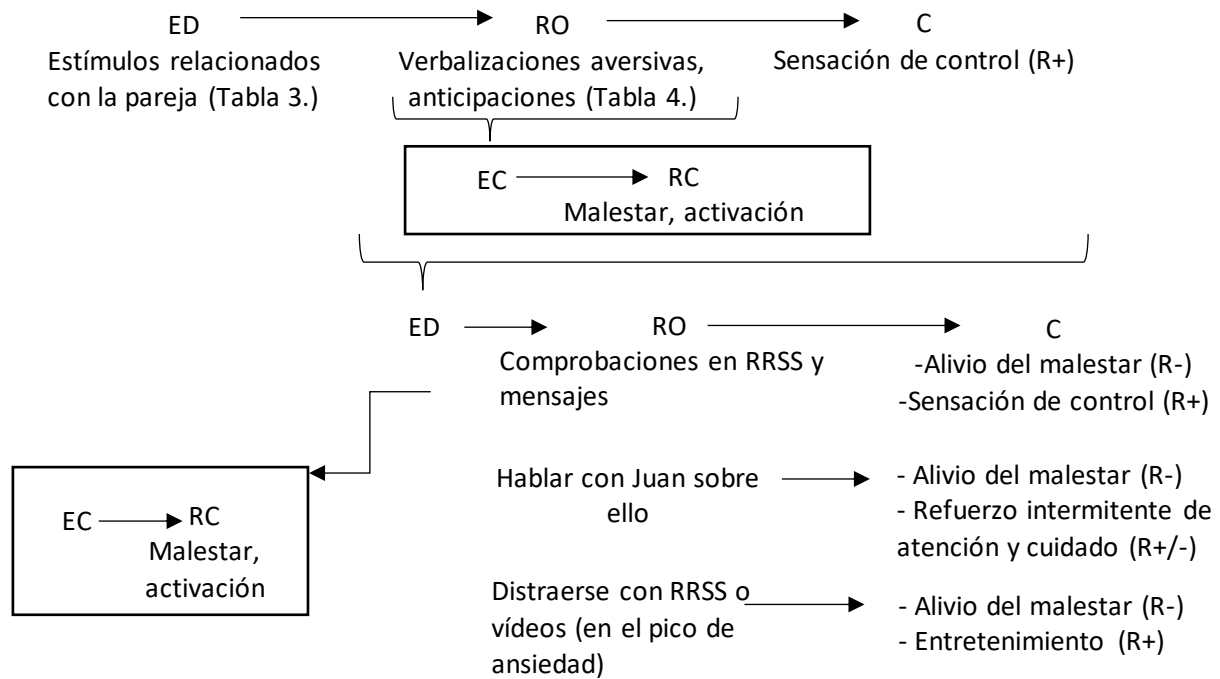
A continuación, en la figura 4, la cadena de la figura 3 actuaría como estímulo discriminativo para la respuesta operante de comprobar constantemente en mensajes y redes sociales si Juan le ha respondido o ha reaccionado a alguna de sus historias o publicaciones en las redes. Esta conducta se mantendría por la sensación de control (R+), por el alivio del malestar (R-) y al ser reforzada intermitentemente cuando Juan, alguna vez, responde o reacciona a sus publicaciones en redes sociales.

Por otro lado, cuando Julia tiene la oportunidad, habla con Juan para comprobar que este no la va a dejar y aliviar así su malestar. Esta respuesta operante se vería mantenida por un refuerzo intermitente debido a que, a veces, consigue atención y cuidado por parte de Juan.

Por último, cuando Julia se encuentra en el pico de la ansiedad, la respuesta operante consiste en buscar una distracción, ya sea viendo las redes sociales o videos de internet, lo que aliviaría el malestar (R) y proporcionaría cierto entretenimiento (R+).

Figura 4

Encadenamiento de cadenas para explicar las conductas de comprobación y distracción



Estas cadenas actuarían como estímulos discriminativos de autoverbalizaciones aversivas, las cuales, a su vez, serán estímulos condicionados de respuestas de malestar, tristeza y culpabilidad (figura 5).

Figura 5

Cadena operante de la conducta problema bucle de autoverbalizaciones negativas

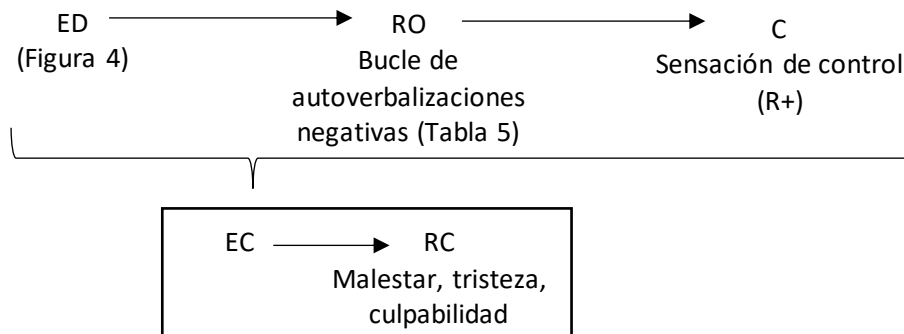


Tabla 5

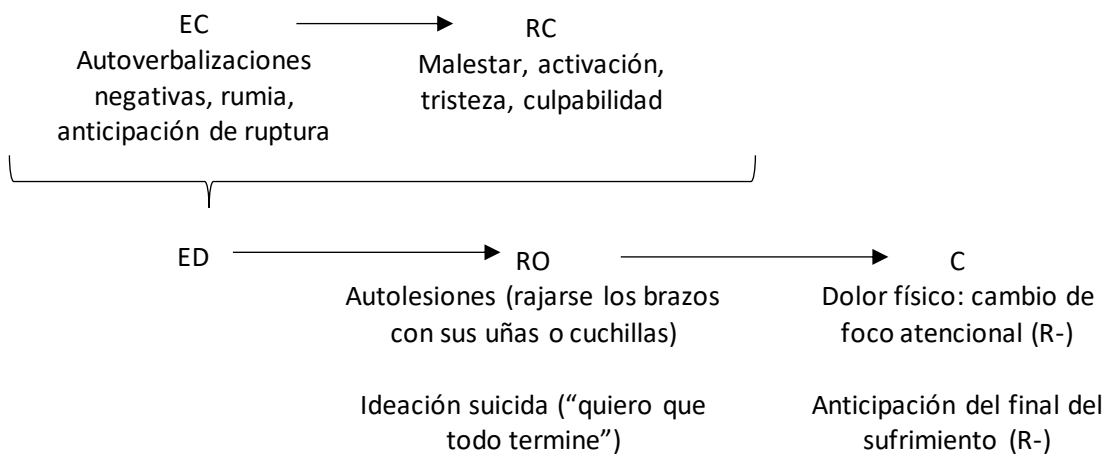
Autoverbalizaciones aversivas

| Verbalizaciones aversivas |
|--|
| - “No sirvo para nada, soy penosa” |
| - “Ya no quiere estar conmigo. Entendible, soy penosa” |
| - “Estoy sola, siempre lo he estado y siempre lo voy a estar. Todo el mundo me decepciona, nadie está de la misma forma en la que yo estoy para los demás” |
| - “Parece que está cansado de cuando estoy mal, me va a dejar” |
| - Comparaciones con otras chicas: “¿qué tengo yo que ofrecer?” |

Tras esta sucesión de cadenas, cuando el malestar llega al pico más elevado, aparecen la ideación suicida y las autolesiones como respuestas operantes. La ideación suicida tendría la función de anticipar el fin del sufrimiento (R-) mientras que el dolor físico resultante de las autolesiones funcionaría como distractor del foco de malestar principal (R-) (figura 6).

Figura 6

Cadenas clásica y operante para explicar autolesiones e ideación suicida



4.1.4. Consecuencias a medio y largo plazo

Tras establecer las diferentes cadenas se valoró que las consecuencias a medio y largo plazo que podrían derivar de estas conductas problemas serían:

- Aumento del malestar
- Aumento de la activación y las somatizaciones, posibles problemas psicofisiológicos asociados
- Incremento de las conductas de comprobación
- Aumento del malestar asociados a las autoverbalizaciones negativas y a la rumia por evitación
- Incremento de la ideación suicida y las autolesiones y, por ende, aumento del riesgo de suicidio
- Aumento de conflictos en la pareja
- Incremento de la probabilidad de repetir el mismo patrón conductual con posteriores parejas
- Disminución de la autoestima y autoconcepto desajustado

4.2. Área de malestar ante la sobrecarga de trabajo

4.2.1. Variables disposicionales

Las variables disposicionales que estarían influyendo en esta área problema serían las presentadas en la tabla 6.

Tabla 6

Variables disposicionales en el área de malestar ante la sobrecarga de trabajo

| Variables disposicionales |
|--|
| - Ser mujer dentro de un contexto donde impera la cultura patriarcal, que influye en varios sentidos: la invalidación emocional femenina que se da de manera estructural y/o la infravaloración de la capacidad y validez de las mujeres para desempeñar cualquier tarea profesional/intelectual (lo que implica un extra de dedicación y esfuerzo por parte de las mujeres para obtener la misma validación que un hombre). |
| - Adulta de 24 años, la juventud y la inexperiencia podría hacer aumentar las inseguridades de Julia. |
| - Estudiar psicología y dirige varias asociaciones estudiantiles, como responsabilidades a las cuales atender. |
| - Historia de aprendizaje donde sus emociones han sido invalidadas por sus padres y otras parejas, lo que favorece a la adquisición de la regla verbal “si hablo sobre que estoy mal, no me van a creer y no me van a querer”. |
| - Padre militar, Julia lo define como “Don perfecto”; perfección como única opción posible. |
| - Historia de perfeccionismo y autoexigencia elevados que favorecen a la adquisición de reglas verbales tales como “Tengo que hacer las cosas perfectas para no decepcionar”, “Si pido ayuda pensarán que no soy suficientemente válida”. |

En esta área, los factores de protección serían los mismos que los presentados en el área de pareja.

4.2.2. Hipótesis de origen

En este área problema tampoco contamos con la información suficiente como para poder elaborar una hipótesis de origen ajustada sin caer en inferencias innecesarias.

4.2.3. Hipótesis de mantenimiento

En cuanto a la hipótesis de mantenimiento, planteada en la figura 7, vemos como Julia, ante determinadas situaciones como puede ser tener exámenes cercanos, ante reuniones de la asociación o con mucha sobrecarga de trabajo tiende a rumiar anticipando que “todo va a salir mal” y a culparse con autoverbalizaciones negativas por esos supuestos “fracasos”. Estas verbalizaciones son mantenidas por una falsa sensación de control (R+). Esas verbalizaciones, a su vez, son un estímulo condicionado de malestar y aumento de la activación (somatizaciones).

Figura 7

Cadena operante sobre la conducta de rumiación

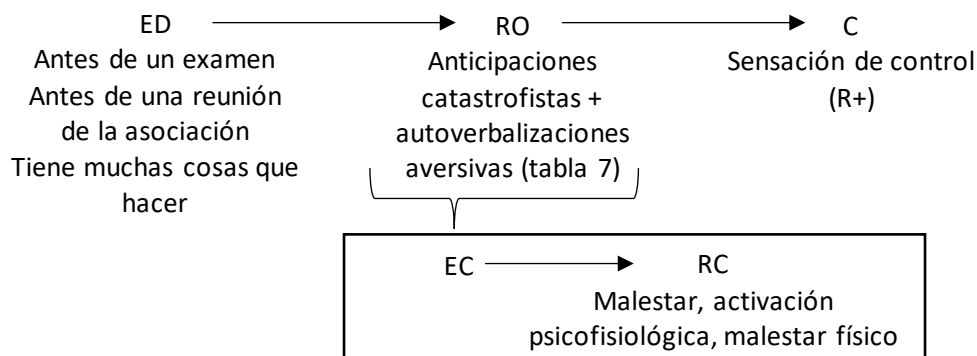


Tabla 7

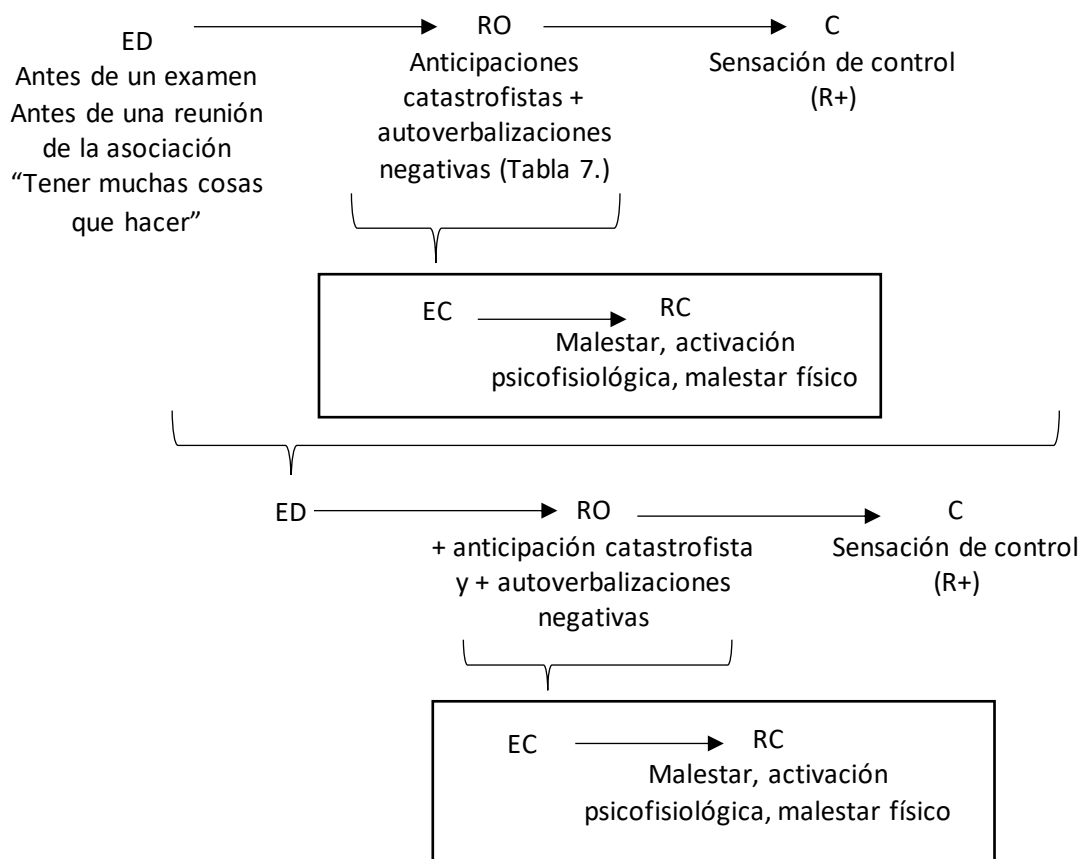
Anticipaciones catastrofistas y autoverbalizaciones aversivas

| Verbalizaciones aversivas |
|--|
| - “Voy a suspender, no he estudiado lo suficiente” |
| - “No me va a dar tiempo a todo lo que tengo que hacer” |
| - “Voy a suspender, no me lo sé, me va a ir mal y voy a ir a junio, voy a decepcionar a mucha gente” |
| - “No he hecho todo lo que he podido, debería haber estudiado más, haber hecho más tendría que haber sido mejor” |
| - “Soy un fraude, una decepción, no sirvo para nada” |

El aumento de la activación provoca en Julia dolores de estómago y náuseas, lo que hace incrementar las anticipaciones catastrofistas y las autoverbalizaciones negativas (“me encuentro fatal, no puedo estudiar así, voy a suspender...”) y, por ende, aumenta también el malestar y la activación (figura 8).

Figura 8

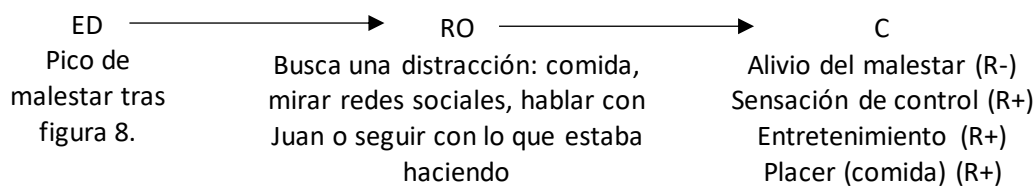
Encadenamiento de verbalizaciones aversivas que hacen aumentar el malestar



Cuando Julia se encuentra en el pico de la ansiedad y ante el bucle de rumiación opta por intentar distraerse con comida, sigue estudiando, con redes sociales o hablando con Juan. Estas conductas se mantienen debido a que disminuyen el malestar (R-), generan sensación de control (R+), suponen cierto entretenimiento (R+) y, en el caso de la comida, proporciona placer (R+) (figura 9).

Figura 9

Cadena operante de las conductas de distracción



4.2.4. Consecuencias a medio y largo plazo

- Aumento del malestar y la activación fisiológica
- Disminución de reforzadores por el tiempo excesivo dedicado a las responsabilidades
- Disminución de la red de apoyo por el tiempo excesivo dedicado a las responsabilidades
- Disminución del estado de ánimo
- Aumento de autoverbalizaciones negativas y, por ende, disminución de la autoestima y autoconcepto desajustado
- Bajo rendimiento académico

5. **Objetivos de intervención y planificación del tratamiento**

Tras la explicación del análisis funcional se consensuaron los objetivos terapéuticos con la usuaria, la cual se mostró de acuerdo con las sugerencias que iba haciendo la terapeuta. A continuación, en la tabla 8, se exponen los diferentes objetivos que se establecieron y las técnicas que la terapeuta consideró pertinentes para la consecución de cada uno de estos.

Tabla 8

Objetivos de intervención y técnicas

| Objetivos | Técnicas |
|--|---|
| Modificar y reducir pensamientos aversivos | - Restructuración cognitiva - Parada del pensamiento + autoinstrucciones + actividad distractora/agradable |
| Modificar las reglas verbales | - Restructuración cognitiva - Exposición con prevención de respuesta |
| Eliminar o reducir las respuestas operantes desadaptativas | |
| - Disminuir rumiaciones | - Parada del pensamiento + autoinstrucciones + actividad distractora/agradable |
| - Disminuir comprobaciones con Juan | - Parada del pensamiento + autoinstrucciones + actividad distractora/agradable |
| - Eliminar la conducta autolítica y pensamientos suicidas | - Explicación del análisis funcional, técnicas de relajación, parada del pensamiento + autoinstrucciones + actividad agradable/distractora, contrato suicidio |
| Disminuir activación conductual | - Entrenamiento en respiración abdominal |
| Aumento de reforzadores | - Activación conductual individual y social mediante aproximaciones sucesivas |
| Mejorar calidad del sueño | - Psicoeducación en higiene del sueño |
| Aumento de autoverbalizaciones proterapéuticas | - Moldeamiento verbal + pruebas de realidad + focalización en autoverbalizaciones agradables |

Es preciso indicar que tras la derivación en la sesión 11, la terapeuta que recibió el caso coincidía tanto en el análisis funcional como en los objetivos propuestos por la primera psicóloga, aunque, considero oportuno añadir un objetivo extra a la intervención (tabla 9):

Tabla 9

Objetivo y técnicas añadidos por la terapeuta a la cual se derivó el caso

| Objetivos | Técnicas |
|---|---|
| Adquisición de un estilo de comunicación asertivo y reducción del estilo pasivo | - Entrenamiento de habilidades asertivas + exposición mediante aproximaciones sucesivas |

6. Tratamiento

La intervención terapéutica duró un total de 19 sesiones de aproximadamente cincuenta minutos, con una frecuencia semanal y de forma presencial. La primera sesión de intervención con Julia fue de urgencia tras la detección de ideación suicida en la historia biográfica que se entregó a la paciente en la primera sesión. La terapeuta consideró oportuno dedicar toda la segunda sesión a evaluar e intervenir en esta problemática mediante moldeamiento verbal y el establecimiento de un contrato terapéutico. Tras completar la evaluación y devolver el análisis funcional en la cuarta sesión, se llevó a cabo la intervención desde la sesión 5 a la 24.

Como podemos ver en Anexo D, que muestra el cronograma esquematizado de sesiones de todo el proceso terapéutico, la reestructuración cognitiva se utilizó desde la primera sesión y siguió presente durante prácticamente todo el proceso de terapia con el fin de ir ajustando las numerosas reglas verbales que presentaba la usuaria. Se moldearon muchas verbalizaciones durante las sesiones, pero también se entrenó a Julia para que pudiera identificar esos pensamientos desajustados, los clasificara y los ajustara por sí misma en su contexto natural. Con el fin de poder ir evaluando los cambios debido a la aplicación de esta técnica fuera de sesión, se le envió un autorregistro de pensamientos (Anexo C).

El bajo estado de ánimo de Julia se explica debido a que había reducido al mínimo la mayoría de las actividades placenteras que solía disfrutar. Por esta razón y con el fin de aumentar los reforzadores, la activación conductual se empezó a utilizar en las primeras sesiones de intervención, empezando por actividades con bajo coste de respuesta para ir aumentando este coste de respuesta sucesivamente a lo largo del proceso. Se comenzó evaluando las diferentes actividades agradables para Julia y en cada sesión se fueron planificando diferentes actividades para que pudiera realizar a lo largo de la semana. En un primer momento, se fomentaron los planes en compañía con el fin de reforzar las redes de apoyo y posteriormente se priorizaron planes que pudiera disfrutar sola. En la tabla 10 se muestra un listado de las actividades agradables escogidas por Julia.

Tabla 10

Ejemplos de actividades agradables escogidas por Julia

| Lista de actividades agradables de Julia | |
|--|--|
| Actividades que solía disfrutar: | Actividades que nunca ha realizado y que le gustaría probar: |
| - Ver series y películas de fantasía y musicales | - Escalada |
| - Leer ficción, sobre todo si los personajes principales son mujeres | - Leer dragones y mazmorras |
| - Escribir fantasía y poemas | - Cantar |
| - Practicar voleibol e ir al gimnasio | - Tocar el bajo |
| - Tocar el ukelele | |
| - Jugar a videojuegos: Pokémon y Sims | |
| - Cocinar | |
| - Pasear | |
| - Escuchar podcast | |
| - Quedar con amigos/as | |
| - Escapadas y viajes con amigas | |
| - Ir de compras | |

El cansancio debido a la falta de sueño de calidad estaba interfiriendo en el resto de las áreas de la vida de Julia por lo que se trabajó en la primera sesión la higiene de sueño con el fin de empezar a mejorar este aspecto y facilitar el resto del proceso terapéutico.

Tras la ruptura con la pareja se produjo un aumento notable del malestar, las autolesiones y la ideación suicida. Por esta razón, la sesión 10 se dedicó exclusivamente a trabajar esta ideación a través del moldeamiento verbal y a restablecer el contrato terapéutico. Este aumento de la ideación dio lugar a que la terapeuta encargada del caso decidiera derivar a Julia por motivos de autocuidado, ya que contaba con varios clientes con ideación autolítica, a quienes prescribía contar con ella en situaciones de emergencia, lo cual le suponía demasiada carga de trabajo. Esta derivación se comunicó a Julia en la sesión 11, la cual se mostró comprensiva al respecto.

La terapeuta que recibió el caso tras la derivación utilizó la sesión 12 para confirmar la información recibida y para fomentar la alianza terapéutica con la usuaria. La siguiente sesión, con el fin de disminuir la activación de la usuaria y facilitar así el empleo de otras técnicas, se introdujo la respiración diafragmática a través de la psicoeducación sobre el tema y moldeando la técnica en sesión para que Julia pudiera entrenarla diariamente en casa, empezando dicho entrenamiento en situaciones de baja activación para ir aumentando la dificultad conforme avanzaba el proceso terapéutico. Para comprobar los cambios en el entrenamiento en respiración se pautó un autorregistro sobre la misma (Anexo C). En esta sesión, además, se hizo hincapié en psicoeducar a Julia acerca de la función de las comprobaciones y el mecanismo del

refuerzo intermitente con el fin de pautar la “no comprobación” en el contexto natural de la usuaria, acompañándolo de un autorregistro para ir valorando el cumplimiento de la pauta. También se le explicó la técnica del disco rayado con el fin de mantener y facilitar el contacto cero con su expareja.

En la sesión 14 se dedica principalmente a trabajar la ideación suicida y las autolesiones, en primer lugar, a través del moldeamiento verbal de la idea de “querer dejar de vivir” por la de “querer dejar de sufrir” y posteriormente facilitando una estrategia alternativa que le permita detener el bucle de rumiación: respiración diafragmática junto con parada del pensamiento y el cambio del foco atencional a una actividad distractora. Se pautan, además, actividades agradables para realizar durante la semana.

En la sesión 15 comienza a evidenciarse la mejoría tras una puesta en práctica de las pautas acordadas de manera exhaustiva por parte de Julia. Se dedica la sesión a reforzar la aplicación de todas estas técnicas y para motivar a seguir llevándolas a cabo. El tratamiento continua con un entrenamiento en gestión del tiempo, con el fin de ajustar las expectativas de Julia con respecto a su planificación de objetivos académicos y moldeando las reglas verbales relacionadas con realizar todas las tareas a la perfección. Se trabaja en conseguir una planificación semanal que incluya tanto unos objetivos académicos realista como las actividades gratificantes.

Con el fin de disminuir la ansiedad de la usuaria ante el hecho de tener que volver a ver a su expareja, se utilizaron exposiciones encubiertas. Se pautaron dichas exposiciones con una frecuencia de 3 veces por semana y acompañadas de un autorregistro para evaluar los cambios tras su puesta en marcha (Anexo C). Se llevó a cabo esta técnica durante tres semanas antes de tener que exponerse a ver a Juan en persona en una de las reuniones de la asociación de estudiantes.

Con el objetivo de modificar el patrón tan aversivo de autoverbalizaciones de la usuaria se pautó una redacción sobre sus cualidades y una prueba de realidad en la que debía pedir a sus allegados que le escribieran las cosas que más le gustaban de ella misma. Se implantó el hábito de escribir y fundamentar tres cualidades de sí misma cada día antes de acostarse.

A medida que se iban consolidando los cambios debido a las técnicas utilizadas hasta el momento, se fue introduciendo simultáneamente el entrenamiento en habilidades asertivas. Se comenzó con una psicoeducación de los estilos de comunicación para después evaluar la valoración de la dificultad de cada uno de los objetivos e ir exponiéndose progresivamente desde las pautas con menor coste de respuesta a las pautas que le resultaban más complicadas de llevar a cabo. Se acompañó de una lectura acerca de los estilos de comunicación (Anexo E) y una lista de derechos asertivos (Anexo F).

Los autorregistros de cada técnica se fueron reduciendo en la medida que iban consiguiéndose los objetivos. Se fue pautando, además, las visitas periódicas al psiquiatra, quien fue reduciendo la medicación progresivamente a lo largo del proceso terapéutico hasta la eliminación por completo del mismo.

De la sesión 24 a la 31 tuvo lugar la etapa de seguimiento donde se fueron espaciando las sesiones progresivamente y se trabajó en consolidar cada una de las técnicas trabajadas en ausencia de medicación, así como la prevención de recaídas. Tras 30 sesiones de proceso terapéutico, se dio el alta a la paciente en la sesión 31.

7. Valoración del tratamiento

En este apartado analizaremos las diferentes herramientas que se han utilizado para valorar el éxito de la terapia en el caso clínico que acabamos de describir. Veremos como la interacción verbal y la observación en las sesiones, los autorregistros, la valoración de la consultante en cuanto a la consecución de los objetivos terapéuticos, la adherencia, la retirada de la medicación y el correspondiente alta nos indican que la terapia ha resultado exitosa.

En primer lugar, tanto la observación como la interacción verbal en las sesiones resultaron una herramienta fundamental para ir evaluando los cambios en todas y cada una de las conductas que fueron objeto de intervención. En cuanto a la ideación suicida y las autolesiones, a partir de la intervención que se hizo sobre estas conductas en la sesión 14, se fue evaluando verbalmente en diferentes puntos de la intervención y la usuaria trasladó que las conductas autolesivas no habían vuelto a aparecer y tampoco se observaron marcas en los brazos. En cuanto a la ideación suicida, al principio seguían apareciendo, pero, tras la sesión 14, era capaz de reestructurar estas ideas y de ir ajustando su discurso, hasta que dejaron de aparecer al ir aplicando cada vez más sistemáticamente las pautas que se le propusieron al respecto y al ir modificando las conductas comprobatorias y la rumia que antecedían a las respuestas operante de ideación y autolesión.

También se evaluó de manera verbal la puesta en marcha y la satisfacción con respecto a las diferentes actividades gratificantes planificadas en cada sesión, las cuales eran valoradas por la usuaria como cada vez más satisfactorias y reforzantes, tanto aquellas de carácter social como los planes que hacía de forma individual. Esta herramienta permitió también ir evaluando los cambios tanto en la alimentación como en el sueño y se comprobó que la usuaria iba poniendo en marcha estrategias ajustadas para mejorar en este aspecto.

Otro de los cambios que se hicieron evidentes tras la interacción verbal en sesión fue la modificación de la conducta verbal de Julia, la cual iba mostrando un discurso cada vez más ajustado conforme iba avanzando el entrenamiento en reestructuración y se iban moldeando verbalizaciones desajustadas en sesión. Además, se pudo comprobar también la puesta en marcha de las diferentes pautas de comunicación asertiva que se le fueron proponiendo, ante lo cual, la usuaria refirió ir teniendo cada vez menos dificultades para llevar a cabo este estilo de comunicación.

Por otro lado, tal y como comentamos en el apartado de evaluación, los autorregistros, además de facilitar la generación de hipótesis tanto de origen como de mantenimiento del problema, han permitido ir evaluando de manera más directa el cambio en las diferentes conductas que han sido objeto de intervención. Gracias a los autorregistros se ha podido observar cómo iban remitiendo las conductas problema que se propuso eliminar y/o reducir, como es el caso de las comprobaciones y la rumiación. También se ha podido evaluar con los autorregistros como la usuaria ha ido identificando sus propios pensamientos irracionales y como los ha ido ajustando. En la tabla 11 se puede observar el cambio en el discurso de la usuaria con alguno de los ejemplos reales extraídos de los autorregistros de reestructuración.

Tabla 11

Ejemplos de pensamientos desajustados en el inicio de la terapia y pensamientos ajustados posteriormente

| Pensamiento inicial | Pensamiento ajustado |
|---|--|
| “Me quiero morir.” | “No quieres morirte, solo dejar de pasarlo mal” |
| “¿Ya está bien? ¿Ya no me echa de menos? ¿Tan poco le he importado? Soy muy olvidable, no merezco la pena. No le importo. Soy una mierda.” | “No sirve de nada pensar en todo esto porque no tienes ni idea de lo que él piensa o siente y te hace daño. Que alguien te deje de querer y que rehaga su vida no significa que no seas importante en general, tu valor y tu importancia no depende de una persona.” |
| “¿Qué estará haciendo, habrá posteado algo relacionado conmigo? Quiero saber de él y quiero que él sepa de mí.” | “Recuerda que las comprobaciones solo te van a hacer más daño, son solo el comienzo de la espiral de rumiación.” |
| “Lo echo de menos, ojalá estuviera conmigo. Me da mucho miedo no encontrar una relación como la que tuve con él al. Nadie me va a querer igual, me voy a quedar sola.” | “Recuerda, también, que la relación con Juan, aunque tuviera cosas bonitas, no era la relación que querías y no era una relación sana al final. Eres válida, y te mereces que te quieran y te traten bien y tener una relación sana y bonita.” |
| “No les importo, les molesto. Mis problemas no son lo suficientemente importantes. Me siento poco apoyada, como si no importara. Como si no mereciera la pena. ¿Les estoy molestando? ¿Les aburren mis problemas? Soy un incordio, una molestia.” | “Ayer puede que no estuvieran en su mejor momento para escucharte estar mal, y no pasa nada. Eso no significa que no te vayan a escuchar, ni apoyar. En realidad, lo han estado haciendo todo este tiempo. También es responsabilidad tuya decirles que querías hablar más del tema, o que no te había sentado muy bien cómo lo habían llevado. No te menosprecies por cómo las otras personas te tratan, no te define.” |

Con los autorregistros sobre la respiración diafragmática se pudo comprobar cómo iba avanzando el entrenamiento en esta técnica. Julia, cada vez conseguía rebajar su activación más rápidamente, con

mejores resultados y en situaciones de mayor dificultad. El autorregistro de exposición también permitió valorar la puesta en práctica de esta técnica y como el malestar fue descendiendo en cada exposición hasta conseguir eliminar por completo el malestar ante la posibilidad de ver a su expareja.

Además de las herramientas mencionadas, en las sesiones 24 y 29 se le pidió a Julia que puntuara en una escala del 0 al 10 (siendo 0 “nada conseguido” y 10 “totalmente conseguido”) cada uno de los objetivos terapéuticos trabajados con el fin de conocer la valoración subjetiva de la usuaria con respecto a la consecución de estos. Al ser una herramienta basada en la opinión subjetiva de la usuaria hemos de tener en cuenta que puede haber diferentes variables que estén influyendo en esta medida como, por ejemplo, el estado de ánimo en el momento en que se realiza esta valoración. Por esa razón, se consideró oportuno pasarlo en dos momentos diferentes procurando que el estado de ánimo fuera lo más parecido posible entre esos dos momentos de aplicación. Una vez que los demás indicadores mostraban que los objetivos estaban conseguidos en gran medida y con el fin de empezar con el espaciamiento de las sesiones se aplicó esta valoración en la sesión 24. En la tabla 12 aparecen las puntuaciones de Julia de cada objetivo en las dos sesiones que se le solicitó esta valoración. Como podemos observar, en la sesión 24, las dos conductas problema de mayor gravedad, es decir, la conducta autolítica y la ideación suicida habrían remitido por completo según la paciente. El resto de las conductas serían valoradas con una puntuación de 7 o superior. En la sesión 29, las conductas autolíticas y la ideación suicidas siguen siendo consideradas por Julia como completamente eliminadas y, salvo una puntuación de 8 en mejora del sueño y un 8.5 en activación conductual sola, el resto de los objetivos tendrían una puntuación de 9 o superior. Por tanto, podemos decir que la usuaria considera que se ha conseguido cumplir de manera muy satisfactoria con todos los objetivos propuestos.

Tabla 12

Valoración de la consecución de objetivos por parte de la usuaria

| Objetivos | Sesión 24 | Sesión 29 |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| Ajuste de pensamientos | 8-9 | 9.5 |
| Eliminar rumia | 8 | 9.5 |
| Eliminar comprobaciones | 7.5 | 9 |
| Eliminar conducta autolítica | 10 | 10 |
| Eliminar ideación suicida | 10 | 10 |
| Control de activación orgánica | 8.5 | 9 |
| Activación conductual sola | 7 | 8.5 |
| Activación conductual acompañada | 8.5 | 9 |
| Mejora del sueño | 8 | 8 |
| Mejora alimentación | 8 | 9 |
| Comunicación asertiva | 9 | 9.5 |

Otro de los factores importantes que permitieron valorar como exitoso el tratamiento fue la retirada completa del tratamiento farmacológico de forma progresiva a lo largo de la intervención psicológica sin que esto interfiriese de manera significativa en la consecución de los objetivos de intervención. Cuando Julia llegó a la primera sesión con la primera terapeuta, tomaba Orfidal (0.5 gr) para dormir y Escitalopram (1 gr) por las mañanas bajo preinscripción psiquiátrica. Durante las primeras sesiones hubo un aumento de la dosis de Orfidal, de 0.5 a 1 gr. No sabemos en qué momento exacto se aumentó esta dosis, pero cabe esperar que se diera tras la ruptura con la pareja, donde hubo un aumento significativo del malestar e incluso de la ideación suicida y las autolesiones. Sin embargo, a medida que iba avanzando la intervención con la segunda terapeuta, el psiquiatra comenzó a retirar progresivamente la medicación. En la tabla 13 se muestra como el psiquiatra fue disminuyendo las dosis conforme iba avanzando la terapia y llegando a su retirada por completo en las sesiones previas al alta por parte de la terapeuta. Esta retirada progresiva de la medicación no supuso grandes dificultades a la hora de seguir avanzando en los objetivos terapéuticos.

Tabla 13

Retirada de la medicación a lo largo de la intervención terapéutica

| Número de sesión | Dosis Orfidal | Dosis Escitalopram |
|------------------|---------------|---------------------------------|
| 1 | 0.5 | 1 |
| - | 1 | 1 |
| 24 | 0.5 | 0.5 (L y J), 1 (M, X, V, S y D) |
| 28 | 0.5 | 0.50 |
| 29 | 0.25 | 0.25 |
| 30 | 0.25 | 0 |
| 31 | 0 | 0 |

Es importante destacar que la fuerte adherencia a la terapia de la usuaria resultó fundamental para la consecución de los objetivos terapéuticos. Julia acudió a todas las sesiones y se mostró muy colaborativa a la hora de dar la información que se le solicitaba durante todo el proceso. Además, se mostraba atenta a las diferentes explicaciones acerca de su problemática, así como de las técnicas que se le fueron proponiendo. El bajo estado de ánimo de Julia en las primeras sesiones con la primera terapeuta pudo influir en que la usuaria tuviera dificultades para realizar las tareas propuestas y rellenar los diferentes autorregistros en un principio. Sin embargo, con la segunda terapeuta, quien utilizó un estilo más directivo e hizo hincapié en las consecuencias de llevar a cabo las tareas propuestas para motivar a la usuaria, esta comenzó a llevar a cabo las pautas solicitadas de manera sistemática y con notable dedicación. Ante las diferentes propuestas de la terapeuta para ir espaciando progresivamente las sesiones al final de la

intervención, Julia se mostró de acuerdo y muy contenta por la mejora y los cambios conseguidos que dicho espaciamento implicaba.

8. Discusión

En el presente trabajo se ha desarrollado un ejemplo de caso clínico exitoso de dependencia emocional abordado desde una perspectiva conductual, es decir, a través de una intervención basada en la identificación de las funciones de las conductas problema. El análisis funcional ha posibilitado entender los procesos mediante los cuales se estaban manteniendo ciertas conductas problemáticas en la consultante y ha permitido a las terapeutas a cargo del caso elaborar un plan de tratamiento específico para Julia. A diferencia de las intervenciones basadas exclusivamente en manuales de tratamientos protocolizados para una etiqueta diagnóstica, el abordaje conductual permite individualizar el tratamiento, al margen de la etiqueta, e incluir el contexto de cada sujeto atendiendo a los procesos que explican el problema y el cambio terapéutico tras la puesta en marcha del plan de intervención (Froxán, et al., 2018).

En cuanto a cómo se ha llevado a cabo la evaluación, es evidente que las herramientas utilizadas en este caso no permiten la obtención de unos resultados estadísticos, los cuales habrían resultado interesantes con el fin de contar con unas puntuaciones pre-post para realizar el presente trabajo. Sin embargo, de cara a optimizar el proceso terapéutico es preciso valorar el coste de respuesta que puede suponer la aplicación de los cuestionarios para la usuaria y si realmente aportan más información de la que ya estamos consiguiendo a través de los autorregistros para la planificación de la intervención. En el caso clínico desarrollado en este trabajo, una puntuación en dependencia emocional u en otras variables no habría resultado tan útil como lo ha sido el hecho de operativizar y analizar funcionalmente cada una de las conductas problema que es lo que realmente ha permitido desarrollar las hipótesis de mantenimiento de estas. Esto se debe, en parte, al perfil de Julia y a su implicación a la hora de rellenar los autorregistros, ya que, difícilmente unos cuestionarios iban a ofrecer una información más precisa y detallada que las descripciones que hacía la usuaria de su propia conducta, tanto manifiesta como encubierta. Además, el hecho de que la usuaria registrara en el momento inmediato en el que estas conductas ocurrían en su contexto natural, ha permitido establecer las relaciones causales que explican dichas conductas. Cómo posible mejora del proceso de evaluación, consideramos que habría sido oportuno añadir un autorregistro de actividades placenteras y otro de asertividad con el fin de tener más datos de cara a la consecución de estos objetivos.

La intervención llevada a cabo por ambas terapeutas se ha basado en el análisis funcional y ha permitido confirmar las hipótesis de mantenimiento formuladas al obtener los resultados esperados tras la aplicación de las técnicas escogidas. Pese a que ha sido un proceso largo, si tenemos en cuenta la complejidad del caso, la cantidad de conductas a modificar y el hecho de que se diera la derivación durante el proceso, podemos decir que el número de sesiones fue razonable. Además, el espaciamento de las sesiones se

realizó en el momento oportuno, basándose en la consecución en gran medida de cada uno los objetivos propuestos. Otra estrategia muy acertada por parte de la segunda terapeuta es la de esperar a que se diera la retirada total del tratamiento farmacológico por parte del psiquiatra para considerar los objetivos como conseguidos y dar entonces el alta, lo que permitió comprobar las posibles interferencias que este hecho pudiera suponer en los objetivos.

Una de las particularidades de este caso que merece la pena comentar es la derivación que se produce en la undécima sesión en plena fase de intervención del proceso terapéutico. La profesional que atendió en primer lugar a Julia decidió derivar debido a que en ese momento estaba llevando varios casos de ideación suicida y, dado que se incluía a sí misma como contacto de emergencia en el contrato terapéutico de suicidio, le resultaba inabarcable mantener un caso más de estas características. No conocemos las circunstancias que rodeaban a la terapeuta para plantearse esta derivación, pero entendemos que supone una decisión muy compleja por lo que puede suponer una derivación en un momento tan delicado para la consultante como el expuesto en este caso. Aunque una derivación en estos casos no está exenta de riesgos, es importante valorar hasta qué punto las consecuencias de no derivar y descuidar las propias necesidades de la profesional pueden resultar todavía más perjudiciales para la usuaria o incluso para el resto de los clientes con los que se esté trabajando en ese momento.

Cuando se toma la decisión de derivar es importante hacerlo de la mejor manera posible para facilitar el trabajo a la terapeuta que recibe el caso y para minimizar las consecuencias negativas que pueden afectar al proceso terapéutico. Considero que este caso es un buen ejemplo de una derivación adecuada por diferentes motivos. En primer lugar, la terapeuta que derivó el caso eligió a una profesional del mismo enfoque terapéutico lo que facilitaría la comprensión de la información recogida y el poder seguir trabajando en la misma línea sin necesidad de empezar de cero con todo el proceso. Por otro lado, la información traspasada a la segunda terapeuta a través de las historias clínicas, los autorregistros, el análisis funcional con los objetivos y el plan de tratamiento, se hizo de manera organizada, completa y comprensible, con la autorización previa firmada por parte de Julia para el intercambio de información entre centros. La segunda terapeuta, con el fin de ahorrar a la usuaria tiempo, dinero y coste de respuesta, continuó con el plan de intervención ya establecido por la terapeuta anterior tras haber comprobado la información recogida. Julia se mostró comprensiva ante la derivación y mostró una fuerte adherencia a la terapia como comentamos en el apartado anterior. A las pocas sesiones de comenzar la intervención con la nueva terapeuta se empezaron a observar los cambios y la mejoría en el estado de ánimo de la usuaria, hecho que probablemente se hubiera dilatado en el tiempo de no ser por el buen trabajo de derivación que se llevó a cabo.

Otro tema sobre el cual nos permite reflexionar este caso es la pertinencia de, como terapeutas, identificarnos como contacto de emergencia para nuestros clientes en caso de riesgo de autolesión o de suicidio. Esta forma de proceder es la que utilizaba la primera psicóloga que trabajó en el caso de Julia con todos sus usuarios. No conocemos las circunstancias ni el contexto por el cual esta terapeuta utilizaba este

procedimiento y, por tanto, no cabe hacer un juicio acerca de su decisión. Lo que sí que cabe valorar es la estrategia en sí misma y consideramos que las consecuencias derivadas de llevar a cabo este planteamiento pueden ser mucho más perjudiciales que beneficiosas tanto para los clientes como para los profesionales por diferentes motivos. En primer lugar, identificarte como contacto de emergencia supone tener una disponibilidad para tus pacientes de 24 horas al día, los 365 días del año, lo que resulta inviable para cualquier profesional. Esto puede llevar a situaciones como que un usuario intente contactar con el profesional en una situación de emergencia y que no reciba respuesta, lo que puede suponer consecuencias arriesgadas. Además, para el profesional, el hecho de no poder desconectar del trabajo y la sobrecarga laboral asociada puede aumentar el riesgo de sufrir patrones de respuestas típicas del Burnout o de la fatiga por compasión, lo que puede llegar a afectar gravemente a su rendimiento y al absentismo laboral y, por tanto, al bienestar de sus clientes (Simionato, Simpson y Reid, 2019).

Por otro lado, en la búsqueda de información acerca de la dependencia emocional para la elaboración del presente trabajo, nos ha sorprendido no encontrar estudios que relacionen directamente la ideación suicida y las autolesiones con la dependencia emocional. Las tasas de suicidio han aumentado en los últimos años en España, llegando a ser la primera causa de muerte externa en nuestro país. Teniendo esto en cuenta las características que presentan las personas con dependencia emocional y su relación con sintomatología ansioso-depresiva y con una baja autoestima, cabría esperar que esta variable estuviera relacionada tanto con ideación suicida como con conductas autolesivas. Sería interesante tenerlo en cuenta para futuras investigaciones sobre el tema.

Por último, nos gustaría resaltar la importancia de tener en cuenta las variables culturales que influyen en la dependencia emocional y que pueden tener un papel fundamental de cara a prevenir el problema a través de la educación. Como hemos visto en este trabajo una de las conductas más relevantes en las que se ha tenido que intervenir con Julia son los pensamientos desajustados, los cuales tienen mucho que ver con la cultura del amor romántico y la cultura patriarcal todavía imperantes en occidente. Sería de gran interés fomentar estudios que muestren como una educación sexoafectiva de calidad y con perspectiva de género en edades tempranas, mediante la cual se cuestionen los mitos que rodean a las relaciones de pareja y los roles de género, dificultaría que puedan llegar a darse patrones de conducta de dependencia emocional con consecuencias tan graves como en el caso de Julia.

9. Referencias bibliográficas

- Aiquipa, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-43.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S025492472015000200007&lng=es&tlnges
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315812212>
- Barrón, A., Martínez-Íñigo, D., De Paúl, P., & Yela, C. (1999). Romantic Beliefs and Myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2, 64-73. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005461>
- Bogerts, B. (2005). Delusional jealousy and obsessive love - causes and forms. *MMW Fortschritte der Medizin*, 147(6), 26-28.
- Bowlby, J. (2003). *Vinculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Castelló, J. (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. In I Congreso Virtual de Psiquiatría, 5(8).
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento* (1ra ed.). Alianza editorial.
- Cerro, M. y Vives, M. (2019). Prevalencia de los mitos del amor romántico en jóvenes. *Revista de ciencias sociales*, 14(2), 343-371. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7274431>
- de la Villa, M., & Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150-167.
<http://roderic.uv.es/handle/10550/22382>
- de la Villa, M., y Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: Perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Interamerican Journal of Psychology*, 43 (2), 230-240.
- Echeburua, E. & Del Corral, P. (1999). Avance en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (102), 585-614.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7065799>
- Feeney, B. C., Cassidy, J., & Ramos-Marcuse, F. (2008). The generalization of attachment representations to new social situations: Predicting behavior during initial interactions with strangers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(6), 1481-1498. <https://doi.org/10.1037/a0012635>
- Froxán, M. X., Alonso, J., Trujillo, C., y Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 55-62.

- Froxán, M. X., de Pascual, R., Ávila, I. y Alonso, J. (2020). Evolución histórica del análisis funcional. En M. Froxán (Coord.), *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones* (3ra. Ed., pp. 31-49). Pirámide.
- Froxán Parga, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos?. *Clínica y salud*, 22(3), 201-204.
- Gillath, O., Mikulincer, M., Fitzsimons, G. M., Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Bargh, J. A. (2006). Automatic Activation of Attachment-Related Goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(10), 1375–1388. <https://doi.org/10.1177/0146167206290339>
- González-Bueso, V., Santamaria, J. J., Merino, L., Montero, E., Fernández, D., & Ribas, J. (2018). Dependencia emocional en mujeres: una revisión de la literatura empírica. *Singlantana Psicosomática y Psiquiatría*, 5, 40–53. <https://www.researchgate.net/publication/326200847>
- González-Jiménez, A. J., & Del Mar Hernández-Romera, M. (2014). Emotional dependency based on the gender of young adolescents in Almeria, Spain. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 527-532.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1
- Izquierdo, S. A., & Gómez-Acosta, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 7(1), 81-91. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862013000100008&lng=en&tlng=es.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., García, R., Aguayo, L., Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750209>
- Lemos, M., Londoño, N. H., & Zapata, J. A. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes Psicológicos*, 9, 55–69. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/783>
- Molina, C. (2003). Género y poder desde sus metáforas. Apuntes para una topografía del patriarcado, En: S. Turbert (ed.) *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (pp. 123-159). Valencia Cátedra-Universitat de València.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768–74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8778124>
- Riso, W. (2003). El apego es adicción. En W. Riso (Ed.), *¿Amar o depender?: cómo superar el apego afectivo y hacer del amor una experiencia plena y saludable* (pp. 25-31). Grupo Editorial Norma. <http://www.worldcat.org/title/amar-o-de-pender-como-superar-el-apego-afectivo-y-hacer-del-amor-una-experien-cia-plena-y-saludable/oclc/5655545>
- Roca, E. (2005). *Cómo mejorar tus habilidades sociales* (4ta ed.). ACDE Psicología
- Sanathara, V., Gardner, C., Prescott, C., & Kendler, K. (2003). Inter-personal dependence and major depression: aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine, 33*(5), 927–931. <http://doi.org/10.1017/S0033291703007542>
- Santamaría, J. J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P. & Bueso, V. G. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 116*(1), 36-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288486>
- Simionato, G., Simpson, S., & Reid, C. (2019). Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy, 56*(4), 470–482. <https://doi.org/10.1037/pst0000261>
- Timmreck, T. C. (1990). Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychological Reports, 66*(2), 515-528. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.66.2.515>
- Urbiola, I., Estévez, A., Iruarrizaga, I., & Jauregui, P. (2017). Dependencia emocional en jóvenes: relación con la sintomatología ansiosa y depresiva, autoestima y diferencias de género. *Ansiedad y estrés, 23*(1), 6-11.
- Wingman, S. J. A., Graham-Kevaan, N. y Archer, J. (2008). Investigating sub-groups of harassers: the roles of attachment, dependency, jealousy and aggression. *Journal of Family, 23*(7), 557-568.
- Yela, C. (2000). *El amor desde la psicología social. Ni tan libres ni tan racionales* (3ra ed.). Pirámide.

10. ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento expreso solicitado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Expediente: _____

Madrid ____/____/____

A fin de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del Reglamento 2016/679 de la UE de 27 de abril de protección de datos de carácter personal y la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantías de los derechos digitales, le informamos de que:

IMPLICA PSICOLOGIA SL, con CIF B09663105 y domicilio social en C/ Zurbano 76, 1ª planta, oficina 1, para poder prestar el servicio terapéutico solicitado y proceder a su facturación, necesita que el usuario le proporcione los siguientes datos personales:

Nombre: _____ Apellidos _____

DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Provincia: _____ CP _____

Nº de teléfono: _____ Email: _____

- Los datos de carácter personal recabados en este documento se utilizarán por IMPLICA PSICOLOGIA SL para los siguientes fines:
 - **Prestación del servicio (1)**
 - Ficheros y bases de datos para la identificación del usuario y expediente
 - Prestación del servicio terapéutico, con apertura de expediente físico en soporte pape/digital, donde se incluirán los datos confidenciales aportados por el propio usuario que serán de exclusivo uso del terapeuta asignado, el cual se encuentra sujeto a la confidencialidad de los mismos por secreto profesional. No se realizará ningún tratamiento adicional de los mismos.
 - Medio de contacto con el usuario para la realización de comunicaciones relacionadas con el servicio.
 - Control de asistencia a las sesiones terapéuticas.
 - **Comunicaciones comerciales (2):** actividades, formación, cursos y news letters
 - **Uso de la grabación de voz de un registro audiovisual (3):** manteniendo el anonimato, para investigación y/o formación de los alumnos en prácticas del centro.
 - **Elaboración de estadísticas (4)**
- La licitud del tratamiento se basa en el consentimiento del usuario y en la ejecución del contrato de prestación del servicio terapéutico por parte de IMPLICA PSICOLOGIA SL, (Art. 6.1.a y b del Reglamento 2016/679/UE de 27 de abril). En caso de no facilitarlos no podrá prestarse el servicio.
- Los datos se mantendrán el tiempo que dure la prestación de servicio. Finalizado éste se conservarán durante 1 año. Pasado ese plazo se procederá al archivo y sellado de los datos manteniéndolos a los efectos de cumplimiento normativo obligatorio (facturación/contabilidad) y solicitud de autoridades competentes conforme plazos legales.



- IMPLICA PSICOLOGIA SL, garantiza la seguridad adecuada de los datos personales y confidenciales proporcionados por el usuario en todas las fases del tratamiento.
- El responsable del tratamiento de datos es IMPLICA PSICOLOGIA SL,
- En cualquier momento podrá solicitar al responsable del tratamiento el acceso a sus datos, su rectificación o supresión, así como la limitación u oposición a su tratamiento conforme a lo establecido en el Reglamento 2016/679 de la UE, para ello deberá dirigirse a IMPLICA PSICOLOGIA SL, mediante correo electrónico dirigido a info@implicapsicologia.com También, en cualquier momento, podrá retirar el consentimiento prestado, dirigiéndose la petición al mismo correo electrónico, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento antes de su retirada.
- Los datos no serán objeto de transferencias internacionales a terceros países u organizaciones ni servirán para la elaboración de perfiles.
- Asimismo, le asiste el derecho a presentar una reclamación, por el tratamiento de sus datos personales, ante la autoridad de control competente: Agencia estatal de protección de datos.

Leída la información anterior, D^a/D _____, haciéndose responsable de la veracidad de los datos y comprometiéndose a comunicar a IMPLICA PSICOLOGIA SL, cualquier modificación de los mismos, consiente el tratamiento de sus datos personales conforme a los términos anteriormente expresados para

Prestación de servicios (1)
 Grabación anónima (3)

Comunicaciones comerciales (2)
 Elaboración de estadísticas (4)

Firma:



CONDICIONES DE TERAPIA:

Para garantizar un buen funcionamiento de la terapia, ésta se rige por las siguientes normas:

- Cada sesión finaliza a la hora indicada y tiene una **duración aproximada de 50 minutos las sesiones individuales y 70 minutos las sesiones de pareja**. Por ello se ruega puntualidad con objeto del máximo aprovechamiento posible de cada tratamiento.

- En caso de **dificultad para asistir a una sesión confirmada** por causa justificada, deberá **avisarlo con al menos 24 horas** de antelación llamando al centro o escribiendo al correo electrónico. Se buscará una fecha con el terapeuta para recuperarla. La sesión se podrá recuperar en los próximos 30 días naturales.
En ausencia de aviso la sesión no será recuperable.

- **Existen dos formas de pago:**
 - o Pago mensual
 - o Sesiones aisladas

El pago mensual incluye 4 sesiones al mes. En el caso de querer tener más sesiones ese mes, se puede abonar por separado, a un precio reducido.

- El **pago se realizará del 1 al 5 del mes corriente en el que se realice la terapia**. Se podrá pagar en efectivo o por domiciliación bancaria. Se pasarán los recibos mensuales a la cuenta facilitada por el pagador. Un mes de retraso en el pago supone la paralización temporal de la terapia hasta su regularización.
Las sesiones aisladas se abonarán al finalizar la sesión en recepción en caso de abonarse en efectivo, o por adelantado en caso de realizarse por banco.

¿Cómo ha conocido el centro?

- ✓ A través de recomendación
- ✓ Redes sociales
- ✓ Página web
- ✓ Otros: _____

Nombre y Apellidos:

Leído y conforme,
(Firma)

3

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:

Identificador del acreedor:

Nombre del acreedor:

Dirección:

País:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

La devolución de un recibo conlleva el pago por parte del cliente de los gastos de gestión (10€). Por ello, es preferible avisar al Centro y pedir cancelar la orden de domiciliación, en vez de devolver el recibo.

La cancelación de la orden de domiciliación bancaria se puede hacer escribiendo al Centro info@implicapsicologia.com con al menos 5 días de antelación antes de comenzar el siguiente mes.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del cliente:

Dirección del cliente:

Código postal: Población: Provincia:

DNI/NIF:

Número de cuenta IBAN (en España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES)

Tipo de pago Pago recurrente o Pago único

Fecha:

Firma del deudor:

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.

ANEXO B. Historia biográfica



HISTORIA BIOGRÁFICA

Nº Exp: _____

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

¿Hay factores que las inician o **empeoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones

¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

- Personas

- Lugares

- Situaciones



¿Quién te aconsejó venir?

¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| 1. Dolores de cabeza | 7. Ataques de pánico | 13. Ideas de suicidio |
| 2. Dolores de estómago | 8. Fatiga | 14. Temblor |
| 3. Alteración del apetito (aumento / disminución) | 9. Dificultades para disfrutar | 15. Pensamientos negativos /repetitivos |
| 4. Tristeza y/o apatía | 10. Tensión muscular | 16. Ahogos |
| 5. Mareos y/o desmayos | 11. Pesadillas | 17. Miedos |
| 6. Alteración del sueño (aumento / disminución) | 12. Dificultades de concentración | 18. Tics |

19. Otros: _____



REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

| Fecha | Especialidad | Tratamiento |
|-------|--------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

- SÍ** (especifique cuál): _____
- NO**

Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

- ° Alcohol: Pasado _____ Actual _____
- ° Tabaco: Pasado _____ Actual _____
- ° Marihuana/Hachís: Pasado _____ Actual _____
- ° Otras sustancias (cocaína, etc.): Pasado _____ Actual _____



EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

¿En qué crees que puede ayudarte?

¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

DATOS FAMILIARES

Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

| | Edad | Descripción del carácter | Relación |
|------------------|------|--------------------------|----------|
| Padre: | | | |
| Madre: | | | |
| Hermanos: | | | |
| Hijos: | | | |
| Otros: | | | |

¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- SÍ*** especifica
- NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

¿Tienes pareja estable?

- SÍ** (fecha de inicio de la relación): _____
- NO**

¿Convives con tu pareja?

- SÍ** (¿desde cuándo?): _____
- NO**

Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- SÍ** (¿en qué?): _____
- NO**

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Pertenece a alguna confesión religiosa? ¿Cuál?

INFORMACIÓN ACADÉMICA

¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

INFORMACIÓN PROFESIONAL

¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

¿Qué aspiraciones laborales tienes?

El centro se compromete a mantener y preservar la confidencialidad de toda la información contenida en este documento, por lo que no será reproducido o divulgado bajo ningún concepto sin el consentimiento de la persona que lo cumplimente.

ANEXO C. Autorregistros

Registro de situaciones de malestar



REGISTRO DE SITUACIONES DE MALESTAR

| DÍA | HORA | SITUACIÓN | QUÉ PIENSO | QUÉ SIENTO | QUÉ HAGO DESPUÉS | GRADO DE MALESTAR (0-10) |
|-----|------|-----------|------------|------------|------------------|--------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Registro de comprobaciones

| DÍA y HORA | SITUACIÓN | QUÉ PIENSO | COMPRUEBO/NO COMPRUEBO (y cómo) | QUÉ HAGO DESPUÉS | NIVEL DE MALESTAR (0-10) | DIFICULTADES u OBSERVACIONES |
|------------|-----------|------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Registro restructuración cognitiva

REGISTRO DEBATE



| DÍA/HORA | SITUACIÓN | PENSAMIENTO IRRACIONAL | TIPO DE PENSAMIENTO (ETIQUETA) | NIVEL DE MALESTAR INICIAL | PENSAMIENTO RACIONAL | NIVEL DE MALESTAR FINAL |
|----------|-----------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Registro respiración diafragmática

AUTORREGISTRO: Entrenamiento Respiración Diafragmática

| DÍA/HORA | SITUACIÓN | GRADO DE RELAJACIÓN INICIAL (0-10) | TIEMPO INVERTIDO (5-20MIN) | GRADO DE RELAJACIÓN FINAL (0-10) | DIFICULTADES/OBSERVACIONES |
|----------|-----------|------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Registro exposición

| DÍA | HORA | SITUACIÓN A EXPONERME | GRADO DE ANSIEDAD INICIAL (0-10) | GRADO DE ANSIEDAD MÁXIMA DURANTE EXPOSICIÓN (0-10) | GRADO DE ANSIEDAD FINAL (0-10) | TIEMPO DE EXPOSICIÓN | OBSERVACIONES O DIFICULTADES DURANTE LA EXPOSICIÓN | GRADO DE SATISFACCIÓN TRAS LA EXPOSICIÓN (0-10) + CÓMO ME SIENTO Y/O QUÉ PIENSO TRAS HABERME EXPUESTO |
|-----|------|-----------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|----------------------|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ANEXO D. Cronograma de sesiones

| Sesión | Objetivos | Técnicas | Tareas |
|-----------|---|--|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Conocer el motivo de consulta y a la usuaria - Explicar el proceso de terapia psicológica y el marco teórico - Favorecer alianza terapéutica | <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Entrevista semiestructurada - Psicoeducación sobre la terapia | <ul style="list-style-type: none"> - Historia biográfica - Autorregistro (AR) de malestar |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar AR - Evaluar ideación suicida y establecer contrato terapéutico de suicidio | <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Entrevista - Moldeamiento verbal - Contrato terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con el AR de malestar |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar AR - Evaluar relación familiar, ocio y rutina diaria | <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Entrevista semiestructurada | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con el AR de malestar |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Explicación del análisis funcional para la comprensión de la usuaria de su problemática - Establecer objetivos - Introducir reestructuración cognitiva - Modificar regla verbal "No soy suficiente" - Evaluar actividades gratificantes | <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre el análisis funcional y la teoría del aprendizaje y devolución de análisis funcional - Psicoeducación sobre pensamientos racionales e irracionales - Moldeamiento verbal - Planificación de actividades agradables | <ul style="list-style-type: none"> - Resumen de lo comprendido acerca de la devolución del análisis funcional - Pauta de actividades agradables - Pauta conversación con Juan |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de pautas de la última sesión - Modificar verbalizaciones aversivas - Explicación y entrenamiento en pensamientos irracionales - Adquisición de conocimientos sobre higiene del sueño | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal - Psicoeducación y entrenamiento en detección de pensamientos irracionales - Psicoeducación sobre higiene del sueño - Planificación de actividades agradables | <ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos irracionales - Pauta de actividades agradables - Pautas higiene del sueño |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la última sesión - Explorar más actividades agradables - Modificar mitos del amor romántico | <ul style="list-style-type: none"> - Planificación de actividades agradables - Moldeamiento verbal | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con AR de pensamientos irracionales - Reflexión sobre amor como única fuente de satisfacción |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la última sesión - Reducir asociación entre que se rompa la relación y que sea su responsabilidad - Modificar mitos del amor romántico | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con AR de pensamientos irracionales |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> - Desahogo emocional por ruptura con Juan, validación emocional - Modificar pensamientos irracionales sobre la ruptura | <ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa - Moldeamiento verbal - Planificación de actividades agradables | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con AR de pensamiento irracionales - Pauta de actividades agradables |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la última sesión - Modificar pensamientos relacionados con la priorización de la pareja, proyección de vida sin Juan | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias de CCR - Moldeamiento verbal | <ul style="list-style-type: none"> - AR de pensamientos irracionales con pensamiento alternativo |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación aumento de ideación suicida - Modificar ideas irracionales sobre suicidio - Restablecimiento de contrato terapéutico. | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista - Moldeamiento verbal - Contrato terapéutico - Planificación de actividades agradables | <ul style="list-style-type: none"> - Continúa con AR de la sesión anterior - Pauta de actividades agradables - Pauta de hablar con su madre para pedirle apoyo emocional |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación de derivación | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> - Confirmar información recabada y conocer a la usuaria - Evaluación ideación suicida - Evaluar lo trabajado hasta ahora - Modificar pensamientos irracionales - Fomentar su papel activo en el proceso terapéutico | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada - Moldeamiento verbal - Psicoeducación acerca de la terapia y de la ideación suicida | <ul style="list-style-type: none"> - Pauta traer el contrato terapéutico de ideación suicida para la próxima sesión - AR de reestructuración cognitiva |
| 13 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Comprensión por parte de la usuaria acerca de la función de las comprobaciones - Explicación de la técnica del disco rayado ante insistencias de Juan - Comprensión por parte de la usuaria del funcionamiento de la respiración diafragmática. | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal - Manejo de contingencias de las CCR - Psicoeducación acerca de la función de las comprobaciones y del refuerzo intermitente - Técnica del disco rayado - Psicoeducación sobre técnica del respiración diafragmática y modelado en sesión | <ul style="list-style-type: none"> - AR de reestructuración cognitiva - AR de respiración diafragmática - AR comprobaciones - Redacción de lo que espera de una relación sana |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de ideación suicida y de autolesiones cometidas en la última semana - Comprensión de la función de la ideación y las autolesiones “querer dejar de sufrir vs. querer dejar de vivir” - Dotar de pauta para el manejo de los bucles de rumiación - Dotar de pautas para no comprobar | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal - Psicoeducación para el manejo de bucles de rumiación que disparan su ansiedad: parada del pensamiento y demanda atencional alternativa. - Psicoeducación acerca de estrategias alternativas a la comprobación - Planificación de actividades agradables | <ul style="list-style-type: none"> - Pauta para el manejo de bucles de rumiación: respiración diafragmática + parada del pensamiento + demanda atencional alternativa - AR reestructuración cognitiva - AR de respiración diafragmática - AR de comprobaciones - Relectura de qué espero de una relación sana |
| 15 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Incrementar conductas adaptativas llevadas a cabo en contexto natural | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias en sesión | <ul style="list-style-type: none"> - AR de reestructuración cognitiva - AR de comprobaciones - AR de respiración diafragmática |
| 16 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Modificar pensamientos irracionales - Motivar para que siga cumpliendo las pautas - Evaluar responsabilidades actuales y organización del tiempo | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal - Manejo de contingencias - Psicoeducación gestión del tiempo, principio de Premack - Activación conductual por aproximaciones | <ul style="list-style-type: none"> - Pauta: comprar agenda - AR de reestructuración - AR de comprobaciones - AR de respiración diafragmática - Redacción de cualidades personales |
| 17 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Modificar pensamientos irracionales - Planificación de la semana - Asentar técnica de parada del pensamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Moldeamiento verbal - Gestión del tiempo y planificación de objetivos - Psicoeducación en técnica parada del pensamiento y moldeamiento en sesión | <ul style="list-style-type: none"> - AR de reestructuración - AR de comprobaciones - AR de respiración diafragmática - Redacción cualidades personales - Pauta de cumplir horario planificado en sesión |
| 18 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Ajustar pautas a los cambios que se van dando - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Motivas a hacer planes sola, evaluación de posibles actividades - Planificación de la semana - Disminución de ansiedad al ver a Juan | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Planificación de actividades agradables - Gestión del tiempo y planificación de objetivos - Psicoeducación sobre exposiciones encubiertas | <ul style="list-style-type: none"> - AR respiración diafragmática. Pauta de empezar a practicarla en situaciones ansiógenas - AR de reestructuración - AR de comprobaciones - Redacción de cualidades personales - Pauta cumplir horario semanal - AR de exposición encubierta |
| 19 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Modificar pensamiento “miedo a estar bien” | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Moldeamiento verbal - Gestión del tiempo y planificación de objetivos | <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva, registrar solo si hay dificultades - Comprobaciones, registrar solo si hay dificultades - AR de respiración diafragmática |

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Modificar pensamiento “soy olvidable” - Planificación de la semana - Disminución de ansiedad al ver a Juan | | <ul style="list-style-type: none"> - Redacción de cualidades (preguntando a amigos) - Pauta cumplir horario semanal - AR de exposición encubierta - Anotar al final del día lo que más le ha gustado y leer al día siguiente |
| 20 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Establecer patrón de autoverbalizaciones positivas - Disminución de ansiedad al ver a Juan - Planificación de la semana - Evaluación de ideación suicida o autolesiones | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Gestión del tiempo y planificación de objetivos | <ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva, registrar solo si hay dificultades - Comprobaciones, registrar solo si hay dificultades - Respiración diafragmática solo si hay dificultades - Pauta cumplir horario semanal - AR de exposición encubierta - Anotar al final del día lo que más le ha gustado y una cualidad positiva sobre sí misma y leer al día siguiente |
| 21 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Establecimiento de estilo de comunicación asertivo y disminución del estilo pasivo | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Psicoeducación sobre estilos de comunicación y derechos asertivos | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas que la sesión anterior (excepto exposición encubierta) - Lectura de estilos de comunicación y derechos asertivos - AR de exposición asertividad (cuando lo haya sido y cuando no) |
| 22 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Modificar pensamientos desajustado | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas que la sesión anterior (excepto lecturas) |
| 23 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Modificar pensamientos desajustado - Prevenir patrón de conductas desadaptativo previo en nueva relación | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Moldeamiento verbal - Psicoeducación análisis funcional anterior para no repetir mismos errores en relación actual | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |
| 24 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Prevenir patrón de conductas desadaptativo previo en nueva relación - Aumentar valencia de actividades ajenas a la pareja - Mejora de relación con padres - Valoración de la consecución de objetivos - Comunicar inicio de la fase de seguimiento, espaciamiento de sesiones a dos semanas | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas - Psicoeducación sobre importancia de seguir llevando a cabo actividades gratificantes ajenas a la pareja - Comunicación con los padres a través de aproximaciones sucesivas - Cuestionario tipo Likert para valorar consecución de objetivos | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas - Añadir en el resumen del día lo que más le ha gustado que no tenga que ver con relación de pareja |
| 25 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Modificar pensamientos desajustados | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas - Moldeamiento verbal | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |
| 26 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir estilo de comunicación adecuado con su madre - Comunicar espaciamento de sesión a tres semanas | <ul style="list-style-type: none"> iniciativas propias proterapéuticas - Psicoeducación acerca de expresión de molestia | |
| 27 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Seguir reduciendo medicación | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas - Cita con psiquiatra para seguir reduciendo medicación |
| 28 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Evaluación de mantenimiento y satisfacción de las técnicas trabajadas | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |
| 29 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Evaluar reducción de medicación - Anticiparle que el alta será próximamente - Valorar la consecución de objetivos | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas - Lectura de afrontamiento de críticas |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Evaluar reducción de medicación | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |
| 31 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar pautas de la sesión anterior - Motivar a que siga cumpliendo las pautas - Evaluar reducción de medicación - Dotar de pauta de prevención para posible aumento de activación por la retirada completa de la medicación | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de contingencias: reforzamiento de ir llevando a cabo las pautas y otras iniciativas propias proterapéuticas - Psicoeducación higiene del sueño | <ul style="list-style-type: none"> - Mismas pautas |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación final de los cambios - Prevención de recaídas - Dar el alta | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista estructurada para valorar cambios - Psicoeducación prevención de recaídas | <ul style="list-style-type: none"> - Pautas para prevención de recaídas |

DIFERENCIANDO LAS CONDUCTAS ASERTIVA, NO ASERTIVA Y AGRESIVA

(Caballo, 1987)

En los programas de entrenamiento en habilidades sociales un ejercicio que se lleva a cabo durante las primeras sesiones consiste en enseñar a los participantes las diferencias entre asertividad, no asertividad y agresividad. Seguidamente exponemos una serie de características correspondientes a cada estilo de conducta y que puede constituir una ayuda suplementaria para dicha distinción.

DIFERENCIAS ENTRE CONDUCTA ASERTIVA, NO ASERTIVA Y AGRESIVA

Los participantes en un programa de EHS deben tener claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos propuestos. Hay personas que han hecho de la conducta asertiva una filosofía de la vida. No obstante, existen otros individuos que, al no estar conformes con sus patrones de actuación, dicen: «Yo soy así, ¡qué le vamos a hacer!», o «Muchas veces no actué como me gustaría, pero no puedo (quiero) cambiar», o «No quiero llegar a ser asertivo». La gente, en general, no conoce las ventajas (y los inconvenientes, que también los hay) de ser asertivo, no asertivo o agresivo.

Se dice que ser asertivo hace que la persona controle mejor su ambiente («Cuando la gente no piensa que su conducta puede producir un impacto en los demás —en otras palabras, cuando no se sienten efectivos interpersonalmente—, sus sentimientos resultantes de ira, inutilidad y sufrimiento pueden evolucionar hasta alcanzar una amplia variedad de problemas psicológicos», Jakubowski, 1977, p. 163), que se controle mejor a sí mismo, que se exprese franca y honestamente, sin sentimientos de ansiedad y culpabilidad. En definitiva, comportarse asertivamente supone que la persona esté más satisfecha consigo misma y con los demás. Haciendo una revisión de los seguimientos realizados con casos clínicos en los que el entrenamiento asertivo ha tenido éxito, vemos que los pacientes cuentan que después del entrenamiento han mejorado sus relaciones sociales, se sienten más satisfechos consigo mismos y con el mundo, desaparecen síntomas psicósomáticos (por ejemplo, dolores de cabeza, trastornos gástricos, fatiga general) que tenían antes del entrenamiento y en general se identifican más con la vida que viven.

Alberti y Emmons (1978) dan unas líneas generales de lo que podría ser la base de la conducta asertiva. Cuando sugieren la aserción a los individuos, resaltan el hecho de que nadie tiene derecho a aprovecharse del otro en un nivel de ser humano a ser humano. Igualmente, cada persona tiene el derecho de expresar opiniones tenga el grado de cultura que tenga u ocupe el puesto que ocupe. Todas las personas han sido creadas iguales en un plano humano y tienen el privilegio de expresar sus derechos innatos.

Hay personas que han aprendido a ser asertivas a través de la experiencia que les ha deparado la vida. También hay personas que han aprendido a ser no asertivas por medio de la experiencia y tienen que realizar un aprendizaje para llegar a ser asertivas. La conducta asertiva es susceptible de ser aprendida. Llegar a ser más asertivo es un proceso de aprendizaje. Uno de los primeros y más importantes pasos para que la gente trate de aprender a comportarse de forma asertiva consiste en motivarles. Una manera de lograrlo es enseñar a la gente las ventajas que supone actuar asertivamente y las desventajas que acompañan hacerlo de manera no asertiva o agresiva. Esto es lo que constituye el contenido del presente Apéndice, es decir, de las descripciones de una serie de características de las conductas asertiva, no asertiva y agresiva.

1. LA CONDUCTA ASERTIVA

La conducta asertiva implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. El mensaje básico de la aserción es: Esto es lo que yo pienso. Esto es lo que yo siento. Así es como veo la situación. El mensaje expresa «quién es la persona» y se dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo.

La conducta no verbal, como la mirada, la expresión facial, la postura corporal, la entonación y el volumen de voz, es también muy importante y puede apoyar o quitar valor a la conducta verbal. Estas conductas necesitan, por lo tanto, estar en armonía con el contenido verbal del mensaje asertivo.

La aserción implica respeto, no servilismo. El servilismo consiste en actuar de manera servil como si la otra persona estuviera en lo cierto, o mejor simplemente porque la otra persona es mayor, más poderosa, con más experiencia o con más conocimientos o es de una raza o sexo diferentes. Hay dos clases de respeto implicadas en la aserción: el respeto hacia uno mismo, es decir, expresar las necesidades propias y defender los propios derechos, así como el respeto hacia los derechos y necesidades de la otra persona.

El objetivo de la aserción es la comunicación y el tener y conseguir respeto, pedir juego limpio y dejar abierto el camino para el compromiso cuando se enfrenten las necesidades y derechos de dos personas. En estos compromisos, ninguna persona sacrifica su integridad básica y los dos consiguen que se satisfagan algunas de sus necesidades. Cuando la integridad personal está en juego, un compromiso es inapropiado y no asertivo. Si no llegan a un compromiso, pueden respetar simplemente el derecho que tiene el otro a no estar de acuerdo y a no intentar imponer sus exigencias sobre la otra persona. En último término, cada uno puede sentirse satisfecho de haberse expresado a sí mismo, al mismo tiempo que reconoce y acepta que su objetivo puede no haberse logrado.

La conducta asertiva no está planeada principalmente para permitir a un individuo obtener lo que él/ella quiere. Como acabamos de señalar, su propósito es la comunicación clara, directa y no ofensiva de las propias necesidades, opiniones, etc. Hasta el grado en que se cumpla esto, la probabilidad de lograr los propios objetivos sin negar los derechos de los demás es mayor.

La conducta asertiva se expresa con consideración de los derechos, responsabilidades y consecuencias. La persona que se expresa a sí misma en una situación tiene que considerar cuáles son sus derechos en esa situación y cuáles son los derechos de las demás personas implicadas. El individuo también tiene que estar enterado de sus responsabilidades en esa situación y de las consecuencias que resultan de la expresión de sus sentimientos. Por ejemplo, si un/a amigo/a no ha acudido a una cita previamente acordada y tampoco te ha llamado para anular la cita, tienes derecho a expresar cómo te sientes, pero también tienes que enterarte si había circunstancias atenuantes.

La conducta asertiva en una situación no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes. La ausencia total de conflicto es con frecuencia imposible. Hay ciertas situaciones en las que la conducta asertiva es apropiada y deseable, pero puede causar alguna molestia a la otra persona. Por ejemplo, devolver una mercancía o producto defectuosos al dependiente de una tienda de una manera asertiva —o quizá de cualquier otra— puede no ser recibido de forma amigable. De igual manera, expresar molestia legítima o crítica justificada de manera apropiada puede provocar una reacción inicial desfavorable. El sopesar las consecuencias a corto y a largo plazo para las dos partes es lo importante. Nos parece que la conducta asertiva da como resultado la maximización de las consecuencias favorables y la minimización de las consecuencias desfavorables, para los individuos, a largo plazo.

La conducta asertiva en una situación normalmente da como resultado consecuencias favorables para las partes que están implicadas. La persona que ha actuado asertivamente puede o no cumplir sus objetivos, pero generalmente se siente mejor por haber sido capaz de expresar sus opiniones.

La manifestación clara de la posición propia es posible que mejore la probabilidad de que esa persona respete dicha posición y actúe entonces en consecuencia.

Es probable que también se den consecuencias favorables para la persona que es objeto de la conducta asertiva en una situación. Esa persona recibe una comunicación clara y no manipulativa, en contraste con la comunicación implícita o no expresada que se transmite en la conducta no asertiva. Además, él/ella recibe una petición de nueva conducta o una manifestación de la posición de la otra persona en vez de la exigencia de una nueva conducta que es característico de la agresión. Como resultado, hay pocas posibilidades de una mala interpretación. Aunque la otra persona puede no estar de acuerdo, no aceptar o no gustarle lo que expresa la conducta asertiva («te quiero», «me gusta tu vestido», «estoy molesto porque te olvidaste de llamarme como me dijiste que harías»; «prefiero no prestarte mi coche»), la manera como se expresa no niega sus derechos, no le rebaja, y no le fuerza a tomar la decisión por otro o a tomar la responsabilidad por la conducta de otra persona.

El individuo que se comporta de forma asertiva suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo. Fundamental para comportarse asertivamente es darse cuenta tanto respecto a sí mismo como al contexto que le rodea. El darse cuenta sobre uno mismo consiste en «mirar dentro» para saber lo que quiere antes de mirar alrededor para ver lo que los demás quieren y esperan de uno en una situación dada. Sin embargo, como hemos señalado anteriormente, una vez que el individuo sabe lo que quiere, tiene que considerar las consecuencias de su conducta a corto y largo plazo y respetar los derechos de los demás.

En general, el resultado de la conducta asertiva es una disminución de la ansiedad, unas relaciones más íntimas y significativas, un mayor respeto hacia uno mismo y una mejor adaptación social.

Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, la utilidad personal de una aserción será de menor importancia que la utilidad de evitar la respuesta probable a esa aserción. Como señalan Alberti y Emmons (1978): «Es convicción nuestra que cada persona debería poder escoger cómo actuar. Si puedes actuar asertivamente bajo determinadas circunstancias, pero escoges no hacerlo, hemos cumplido nuestro objetivo (el de «enseñar a la gente a comportarse de forma asertiva»)... Si al contrario eres incapaz de actuar asertivamente (por ejemplo, no puedes escoger cómo comportarte, sino que te acobardas con la no asertividad o estallas en la agresión), te gobernarán los demás y tu salud mental se resentirá. Nuestro criterio más importante para tu bienestar es que tú haces la elección» (p. 100).

2. LA CONDUCTA NO ASERTIVA

La conducta no asertiva implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y por consiguiente permitir a los demás que violen nuestros sentimientos, o expresando los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacerle caso. En este estilo de conducta, el mensaje total que se comunica es: Yo no cuento; puedes aprovecharte de mí. Mis sentimientos no importan; solamente los tuyos. Mis pensamientos no son importantes: los tuyos son los únicos que merecen la pena ser oídos. Yo no soy nadie: tú eres superior.

Acompañando a la negación verbal suelen darse conductas no verbales no asertivas como la evitación de la mirada, un patrón de habla vacilante, un bajo volumen de voz, postura corporal tensa y movimientos corporales nerviosos o inapropiados.

La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. También muestra a veces una sutil falta de respeto hacia la capacidad de la otra persona para vérselas con las frustra-

ciones, llevar alguna responsabilidad, manejar los propios problemas, etc. El objetivo de la no aserción es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa. Incluso cuando la no aserción le cuesta a la gente su propia integridad, la consecuencia inmediata de permitir a los individuos evitar o escapar de los conflictos productores de ansiedad es muy reforzante.

Comportarse de forma no asertiva en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con quien está interactuando. La probabilidad de que la persona que está comportándose de forma no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que se comporta de forma no asertiva se sentirá a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritada hacia la otra persona. Él/ella puede sentirse mal consigo mismo como resultado de ser incapaz de expresar adecuadamente sus opiniones o sentimientos. Esto puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, y baja autoestima. La gente que normalmente se comporta de manera no asertiva a través de una serie de situaciones puede desarrollar quejas psicósomáticas tales como dolores de cabeza y úlceras de diversos tipos, debido a la supresión de sentimientos reprimidos. Además, después de numerosas situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. Desgraciadamente, en este punto, la cantidad de molestia o ira que se expresa no guarda a menudo proporción con la situación real que lo ha precipitado.

El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está «realmente diciendo» la otra persona o tener que «leer los pensamientos de la otra persona» es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración o de molestia o ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva. El preocuparse o sentirse culpable respecto a si te estás aprovechando de la persona que no está diciendo realmente lo que quiere decir es desagradable y puede dar como resultado un debilitamiento de posibles sentimientos positivos que puedas tener hacia esa persona. Finalmente, es una pesada carga tener la responsabilidad de tomar decisiones por otra persona y luego encontrarte con que él/ella puede no estar satisfecho/a con las elecciones que ha hecho.

El individuo que se comporta de manera no asertiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, y encontrará las relaciones con otros seres humanos fastidiosas o no demasiado cómodas. Esa persona estará frecuentemente haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe cómo relajarse. Se queja cuando se le critica en presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando está solo. La persona que teme a las multitudes también teme a los individuos. Tiene miedo continuamente de estar molestando a la gente y llamando la atención. Temen estar ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire.

Como dice Salter (1949), la persona que se comporta de forma no asertiva trata de ser todo para todo el mundo y acaba no siendo nada para sí misma. Son camaleones, y tratan de agradar a todo el mundo con quien están. Expresan todo excepto lo que sienten. Encuentran difícil decir «no». Son agradables. Tratan de ser amigables para todo el mundo y cuando son rechazados saben que es su propia falta. Se consideran a sí mismos de mente abierta, tolerantes y democráticos. Son honestos intelectualmente, pero emocionalmente son unos mentirosos. Su cortesía es un fraude. Uno no sabe nunca lo que sucede en su cabeza y esto no conduce a unas relaciones sociales cálidas. Están siempre analizando y planeando. Interactúa con su ambiente después de deliberarlo, porque no puede actuar automáticamente. No están seguros de los sentimientos que tienen sobre nada. Son personas pasivas.

3. LA CONDUCTA AGRESIVA

La conducta agresiva implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesto, normalmente inapropiada y siempre viola los derechos de la otra persona.

La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y anotaciones hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como el esgrimir el puño o miradas intensas, y ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. La víctima del individuo que exhibe regularmente agresión pasiva empezará, más tarde o más temprano, a sentir resentimiento y le evitará. Individuos que manifiestan patrones consistentes de conducta pasivo-agresiva no se espera que tengan muchas relaciones duraderas y satisfactorias (Rimm y Masters, 1974).

El objetivo usual de la agresión es la dominación y el vencer, forzando a la otra persona a perder. La victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar o dominar a las demás personas de modo que lleguen a volverse más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. El mensaje básico es: esto es lo que yo pienso —tú eres estúpido por pensar de forma diferente—. Esto es lo que yo quiero —lo que tú quieres no es importante—. Esto es lo que yo siento —tus sentimientos no cuentan.

La conducta agresiva es considerada a menudo como conducta ambiciosa, puesto que se intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, apartando a un lado a la gente y otros obstáculos en el proceso.

La conducta agresiva da como resultado a corto plazo a veces consecuencias favorables y a veces consecuencias desfavorables. Resultados positivos inmediatos incluyen la expresión emocional, un sentimiento de poder y el conseguir objetivos y necesidades sin experimentar reacciones negativas directas de los demás. Ya que la conducta es influida más fácilmente por las consecuencias inmediatas, el logro de los objetivos deseados por medio de la conducta agresiva es probable que refuerce este estilo de respuesta, con lo que el individuo seguirá comportándose de forma agresiva en el futuro, excepto que los sentimientos de culpa que puedan producirse sean excesivamente fuertes. Resultados negativos inmediatos pueden ser sentimientos de culpa, una enérgica contraagresión directa en la forma de un ataque verbal o físico o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o una mirada desafiante. Sin embargo, los efectos desfavorables de la conducta agresiva sobre el receptor son obvios. Se han negado sus derechos. Se puede sentir humillado, azorado o manipulado. Además, el receptor puede sentir resentimiento o ira y buscar venganza a través de medios directos o indirectos, como los señalados anteriormente.

Por otra parte, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos con ella.

Ya que la expresión de las necesidades, derechos y opiniones propias y la consecución de los objetivos propuestos pueden alcanzarse a corto plazo por medio de otro estilo de conducta más adecuado, que además minimiza los problemas a largo plazo, es preferible que las personas se comporten de forma asertiva y abandonen los patrones de conducta agresivos, pasivo-agresivos o no asertivos.

ANEXO F. Lista de derechos asertivos

LISTADO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA ASERTIVA

(Gambrill y Richey con modificaciones)

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva, incluso si la otra persona se siente herida, mientras no violes los derechos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
3. El derecho a rechazar peticiones sin sentirse egoísta o culpable.
4. El derecho a expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a parar y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar tus ideas.
7. El derecho a pedir lo que deseas.
8. El derecho a decir no.
9. El derecho a realizar menos de lo que humanamente es posible para ti.
10. El derecho a no depender de los demás.
11. El derecho a poder decidir lo que hacer con tu tiempo, cuerpo y propiedad.
12. El derecho a solicitar información.
13. El derecho a cometer errores y asumirlos.
14. El derecho a sentirte bien contigo mismo.
15. El derecho a tener tus propias necesidades y pedir (no exigir) a los demás que respondan a éstas.
16. El derecho a tener opiniones propias y a expresarlas.
17. El derecho a decidir si sigues los intereses de otras personas o tus propios intereses.
18. El derecho a hablar sobre un problema con la persona involucrada para aclararlo.
19. El derecho a exigir aquello por lo que pagas.
20. El derecho a elegir no comportarse de forma asertiva o socialmente habilidosa.
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a permanecer solo cuando así lo decidas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras no invadas los derechos de los demás.
24. El derecho a tener derechos y defenderlos.