



ISSN 2255-5609

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

EFICACIA DE UN ENTRENAMIENTO ASERTIVO COMO PROCESO DE REGULACIÓN EMOCIONAL: REPORTE DE CASO.

Horacio Balám Álvarez García
Instituto de Terapia Cognitivo Conductual, México.

EFFICACY OF ASSERTIVE TRAINING AS AN EMOTIONAL REGULATION PROCESS: A CASE REPORT.

Horacio Balám Álvarez García
Instituto de Terapia Cognitivo Conductual, México.

Dirección Postal:

Horacio Balám Álvarez García
Dirección: Yosemite No 29. Col. Nápoles. CDMX
Correo electrónico: hbgitcc@outlook.com

Eficacia de un entrenamiento asertivo como proceso de regulación emocional: reporte de caso.

Resumen

La regulación emocional (RE) representa un área de investigación relevante en la psicología clínica contemporánea. A pesar de los múltiples modelos de intervención en RE, no se cuenta con una intervención concordante con el modelo procesal de regulación emocional. El presente reporte de caso aborda la eficacia de un entrenamiento en asertividad en una mujer de la Ciudad de México con dificultades de regulación emocional que repercuten en el área familiar y laboral. Se realizó un estudio de caso con medidas pretratamiento y postratamiento, evaluado a través de 5 inventarios: BEQ, EES, EESH, DERS-E y RAS. La intervención tuvo un total de 9 sesiones semanales. De acuerdo con los resultados obtenidos en los inventarios, se logró mejorar la regulación emocional a través del entrenamiento asertivo, sin embargo se sugiere mejorar el diseño de investigación.

Palabras clave: Regulación emocional, asertividad, terapia de conducta.

Efficacy of assertive training as an emotional regulation process: a case report.

Abstract

Emotional regulation (ER) represents a relevant research area in contemporary clinical psychology. Despite the multiple intervention models in ER, there is no intervention consistent with the procedural model of emotional regulation. This case report addresses the effectiveness of assertiveness training in a woman from Mexico City with emotional regulation difficulties that affect the family and work areas. A case study was carried out with pre-treatment and post-treatment measures, evaluated through five inventories: BEQ, EES, EESH, DERS-E and RAS. The intervention had nine weekly sessions. According to the results obtained in the inventories, it was possible to improve emotional regulation through assertive training; however, it is suggested to improve the research design.

Key words: Emotional regulation, assertiveness, behavior therapy.

Eficacia de un entrenamiento asertivo como proceso de regulación emocional: reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La regulación emocional (RE) es un término que ha cobrado relevancia dentro de los campos de la psicología clínica (Sheppes, Suri, & Gross, 2015) y las neurociencias (Martin & Ochsner, 2016) debido a su implicación dentro de los denominados trastornos psicológicos (TP) (Tull & Aldao, 2015).

En el área de psicología clínica, la RE representa un constructo teórico que permite entender el origen de TP específicos como lo son: el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Reyes Ortega, Vargas Salinas, & Tena Suck, 2015) y trastornos de ansiedad (Picó-Pérez, Radua, Steward, Menchón, & Soriano-Mas, 2017). A pesar de ello, la falta de una definición consensuada ha generado modelos explicativos distintos, reflejando diferentes propuestas de intervención (Vargas Gutiérrez & Muñoz-Martínez, 2013; Reyes-Ortega & Tena-Suck, 2016).

Dentro de los modelos de intervención para regulación emocional, existen protocolos unificados que utilizan múltiples técnicas de orientación cognitivo-conductual con amplio nivel de evidencia (Barlow, y otros, 2019). Además de propuestas desde la óptica contextual como la terapia dialéctico conductual (TDC) (Boggiano & Gagliesi, 2018) y el modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) en México (Reyes-Ortega, 2016).

A pesar de que dichos protocolos han tenido un amplio nivel de eficacia, su marco teórico se aleja del propuesto por el MPRE. Un ejemplo, son los resultados observados de la regulación emocional desde la TDC, donde la expresión asertiva del enojo es resultado de las múltiples estrategias del entrenamiento tales como: validación, ejercicios de atención plena y estrategias de aceptación (Kramer, y otros, 2016)

Sin embargo, el modelo de procesamiento de regulación emocional (MPRE) menciona que la RE es una habilidad que implica la utilización de procesos que permiten monitorear, evaluar y cambiar el curso de las emociones con el fin de cumplir con los objetivos de manera apropiada de acuerdo al contexto (Gross, 1999).

Dentro del modelo, se propone una secuencia específica que genera la emoción, los componentes de esta secuencia se divide en, situación (lo que pasa en el ambiente o contexto), atención (los componentes que se discriminan en la situación), interpretación (como evalúo los componentes de la situación) y respuesta (como se expresa

fisiologicamente). Bajo este primer modelo, las estrategias de regulación se dividen en dos grupos, a) centrada en los antecedentes y b) centrada en la respuesta emocional (Gross, 2015).

Sin embargo, las revisiones subsecuentes hechas al modelo mostraron que los procesos se clasifican en: estrategias (por eje. Reevaluación cognitiva) y habilidades (por eje. Reconocimiento de emociones) y pueden ser adaptativos como desadaptativos de acuerdo a su impacto en la expresión emocional al incrementarlas o disminuirla (Gross, 2014).

Bajo esta clasificación, se analizaron los componentes del MPRE para observar su correlación con técnicas tradicionales de terapia de conducta, identificando que lo denominado tradicionalmente como asertividad, comparte elementos teóricos con la habilidad de reconocimiento de emociones. Es por ello que se hizo la hipótesis que el entrenamiento en asertividad sería una habilidad de regulación consistente con el MPRE.

Se denomina asertividad como la habilidad individual que permite la expresión de pensamientos, emociones y acciones de forma socialmente hábil, respetando los derechos de los demás distinguiéndose de la conducta pasiva y/o agresiva (Rimm & Masters, 1982). Dentro del campo de la terapia cognitivo conductual se ha enmarcado en las técnicas de habilidades sociales (Hutchings, 2019), contando con un nivel II de evidencia (Nezu & Nezu, 2008; Cuevas-Corona, Talallero, Villareal, & Ayala, 2017). Actualmente las principales aplicaciones han sido en; ansiedad social en pacientes con discapacidad auditiva (Ahmadi, Daramadi, Asadi-Samani, Givtaj, & Sani, 2017), ansiedad escolar en adolescentes (Mohebi, y otros, 2012), salud sexual para mujeres casadas (Sayyadi, y otros, 2019), nivel de funcionamiento en pacientes con esquizofrenia (Ustun & Kucuk, 2020) y depresión en adolescentes (Fuspita, Susanti, & Eka Putri, 2018)

Dentro de la literatura, se observa que solo en un estudio se utilizó el entrenamiento en asertividad como habilidad complementaria dentro de un programa de educación emocional en un contexto educativo. Sin embargo, el objetivo del entrenamiento asertivo fue el mejorar la resolución de conflictos entre los estudiantes, sin medir su función como regulación de emociones (Filella, Ros-Morente, Oriol, & March-Llanes, 2018).

Bajo estos antecedentes, la presente investigación tuvo por objetivo analizar la eficacia de un entrenamiento asertivo en una paciente de la Ciudad de México con dificultades en la regulación emocional.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del paciente.

C. es una mujer de 45 años de edad, su estado civil es separado. Es la madre de 3 hijos de 14 años, 15 años y 17 años. Vive en casa propia en las zonas suburbanas de la Ciudad de México. Actualmente tiene un empleo en una dependencia de gobierno donde realiza labores administrativas. Se ha desempeñado en labores similares desde hace 20 años aproximadamente. Al momento de la evaluación se mostraba tranquila y con adecuada orientación espacial, no se reportaron características médicas o ingesta de medicamento relevantes.

Motivo de consulta.

C. acude a consulta debido a frecuentes discusiones con sus hijos y compañeros de trabajo. Refiere que en cada uno de estos episodios tiene conductas agresivas hacia ellos al agredirlos verbalmente con insultos. Menciona que durante los episodios se percibía con mucha ira y no logra regresar a un estado de calma sino varias horas después de terminado el episodio. Esta situación la ha llevado a sentirse culpable sobre su actuar, por lo que ha disminuido su interacción social con hijos y compañeros de trabajo, generando distanciamiento en el hogar y una disminución en su productividad laboral.

Instrumentos de medicion.

Para analizar los niveles emocionales y de asertividad se aplicaron los siguientes cuestionarios:

•**Cuestionario de Expresividad de Berkeley (BEQ):** Cuestionario autoaplicable que mide el nivel de expresividad emocional a través de 3 factores, Intensidad del impulso, expresividad positiva, expresividad negativa. Consta de 16 preguntas en escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), teniendo un puntaje mínimo de 16 (expresividad positiva normal e intensidad de impulso bajo) y un máximo de 112 (expresividad negativa alta e intensidad de impulso alto). La interpretación se da a través del puntaje total obtenido de la suma de cada uno de los factores. El BEQ cuenta con una consistencia interna $\alpha=.86$ (Moreno & Jorge, 2006)

•**Escala de Expresividad Emocional (EES):** Escala autoaplicable que mide el nivel expresión emocional, consta de 17 preguntas en formato Likert de 0 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El puntaje mínimo es de 17 y máximo de 102. La escala presenta calificaciones medias para ambos sexos, siendo para hombres (61.15) y mujeres (66.60). La forma de interpretación se da comparando el puntaje total obtenido contra la media según el sexo, si el resultado es igual a la media, se tiene una expresividad emocional normal, si el resultado es mayor a la media se tienen una expresividad emocional es elevada, finalmente si el resultado es menor a la media la

expresividad emocional reducida. La EES cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.94$ (Piemontesi, 2012)

• **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en Español (DERS-E)** Escala autoaplicable que mide el nivel de regulación emocional a través de 6 factores: a) falta de aceptación emocional, b) interferencia en conductas dirigidas a metas, c) dificultades en el control de impulsos, d) falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación y e) falta de claridad emocional. Consta de 36 preguntas en formato Likert de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). La calificación se basa en el puntaje total obtenido de la sumatoria de los 6 factores, teniendo un mínimo de 0 y un máximo de 180. De acuerdo a ello, los puntajes elevados sugieren mayores problemas de regulación emocional. La DERS-E cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.88$ (Marín-Tejeda, Robles-García, González-Forteza, & Andrade Palos, 2012)

• **Escala para la evaluación de las habilidades sociales (EEHS).** Escala autoaplicable que evalúa diferentes áreas de habilidades sociales a través de 3 factores: a) Habilidades comunicativas o relacionales, b) Asertividad y c) Habilidades de resolución de conflicto. Consta de 12 preguntas en formato Likert de 1 (totalmente falsa) a 7 (totalmente verdadera). Se califica sumando los ítems correspondientes a cada factor obteniendo una puntuación bruta que se compara en el centil para el sexo y edad de la persona evaluada. Los centiles van del 5 al 90. Para su interpretación se toman centiles bajos (5-40) como personas con dificultades en la interacción social, centiles medio (45-55) como personas con habilidades sociales normales y centiles altos (56-90) con habilidades sociales sobresalientes. La EEHS cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.78$ (Olivia Delgado, y otros, 2011)

• **Test de Asertividad, Rathus (RAS)** Escala auto aplicada que mide asertividad a través de 6 factores; a) Demostrar disconformidad, b) Manifestación de sentimientos y creencias, c) Eficacia, d) Interacción con organizaciones, e) Expresión de opiniones y f) Decir no. Consta de 30 preguntas en formato Likert de -3 (muy poco característico de mi) a +3 (muy característico de mi). En la calificación se obtiene un puntaje mínimo de -90 y máximo de +90, la interpretación se lleva a cabo considerando que un signo positivo significa una mayor asertividad y un signo negativo una menor asertividad. La escala da los siguientes rangos: definitivamente inasertivo (-61 a -90), muy inasertivo (-31 a -60), inasertivo (-16 a -30), asertividad confrontativa (-15 a 15), asertivo (16 a 30), muy asertivo (31 a 60) y definitivamente asertivo (61 a 90). Finalmente, la RAS cuenta con una consistencia interna de $\alpha=.86$ (León Madrigal & Vargas Halabí, 2008)

Diseño de investigación.

Se utilizó un diseño de investigación de estudio de caso, con medidas pretratamiento y pos tratamiento (Ato-García & Vallejo-Seco, 2015).

Análisis funcional y diagnóstico.

Debido a que C. no cumple con criterios diagnósticos de algún trastorno propuestos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión (DSM.V) (American Psychiatric Association, 2013) no se realizó un diagnóstico nosológico y se optó por utilizar otra estrategia de evaluación de corte conductual (Durand, Barlow, & Hofmann, 2019).

Se realizó un análisis funcional de la conducta para identificar los componentes y su función en la problemática (Haynes, O'Brien, & Kaholokula, 2011). Tomando como ejemplo los episodios con los compañeros de trabajo, se identificó como antecedente (A) las situaciones donde el jefe hacía que todos fueran a la oficina para una reunión de trabajo, en el transcurso de la misma se presentaban comentarios negativos sobre el desempeño laboral de todo el equipo. Cuando esto sucedía C. presentaba respuestas (B) emocionales (miedo y enojo), cognitivas (pensamientos sobre la motivación de hacer comentarios negativos) y conductuales (quedarse callada y darle la razón al jefe). Estas respuestas tenían efectos a corto plazo de reconocimiento social a través de felicitaciones por parte de jefe y una aparente disminución de las respuestas emocionales. Sin embargo, se observó que los efectos a largo plazo generaban conflictos con los compañeros aumento en la intensidad de la respuesta emocional que desencadenaba en respuestas de agresión verbal (ver figura 1).

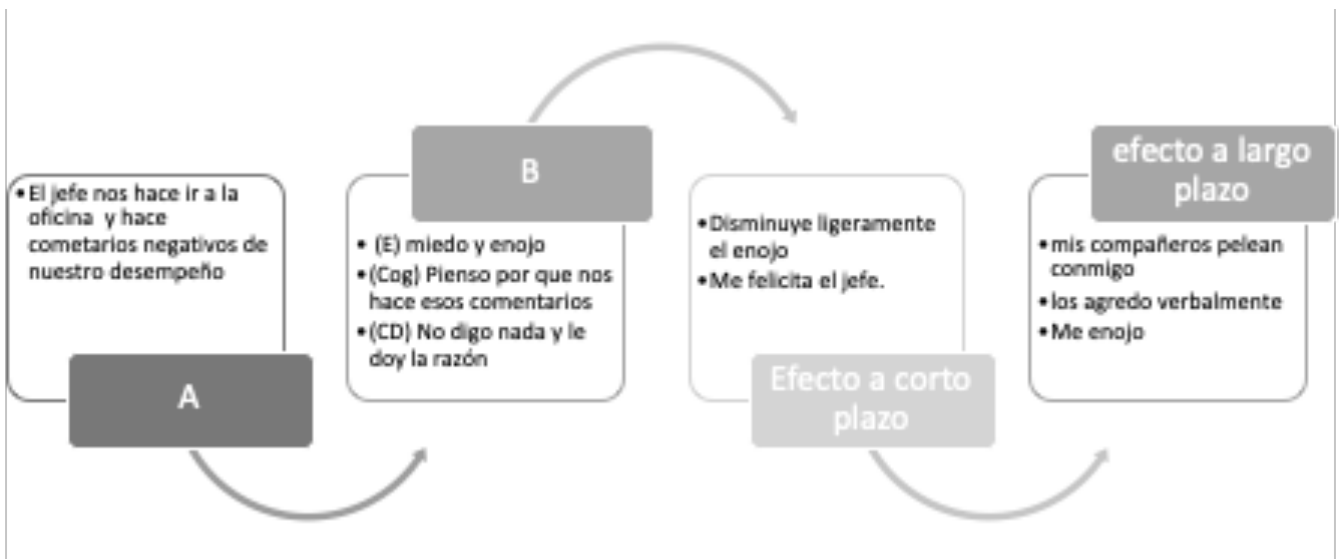


Figura 1.

Análisis funcional de la regulación emocional de C. Nota: A: situación, B: respuesta. E: emoción, Cog: cogniciones o pensamientos. CD: conductas.

Dentro del análisis funcional se observó que la respuesta de quedarse callada era reforzada positivamente por el jefe a través del elogio, sin embargo esta conducta no ayudaba a generar cambios estables en su emoción y generaba conflictos con los compañeros, es por ello que se debía de implementar una estrategia que le permitiera disminuir la intensidad de su respuesta emocional inicial y que a su vez fuera socialmente hábil para no generar conflictos con sus compañeros. Dicha respuesta debería de ser útil en múltiples contextos, como son el hogar, la pareja y actividades de ocio. Bajo este análisis se tomó como hipótesis que el entrenamiento asertivo sería una respuesta que cumpliría con la doble función de disminuir la intensidad de la emoción y ser una respuesta socialmente hábil. Con ello se buscaba fomentar una respuesta más adaptativa.

TRATAMIENTO.

Objetivos de intervención.

- A) identificar el nivel de intensidad de sus emociones en los episodios de pelea con sus compañeros de trabajo con sus hijos.
- B) dar una respuesta socialmente favorable (asertiva) en los episodios de pelea con sus compañeros de trabajo e hijos.
- C) identificar los resultados de la respuesta asertiva con sus compañeros de trabajo e hijos
- D) identificar los resultados de la respuesta asertiva sobre el nivel de intensidad de sus emociones en los episodios de pelea con sus compañeros de trabajo e hijos.

Descripción del tratamiento.

En la tabla 1 se resumen el trabajo con C, el cual fue de 9 sesiones en total, de una hora de duración, una vez por semana. La primera sesión se dedicó a realizar la entrevista semiestructurada, la aplicación de cuestionarios, entrega de autorregistro y consentimiento informado. La sesión 2 se enfocó al análisis de autorregistros, explicación del análisis funcional de su problema, recepción de cuestionarios, explicación de objetivos terapéuticos y psicoeducación sobre emociones. La sesión 3 se devolvió la información obtenida de los autorregistros y se implementó psicoeducación sobre asertividad (ver anexo 3). En las sesiones 4 a 8 se trabajó el análisis de autorregistros, modelamiento de conducta asertiva en sesión, role playing de la conducta asertiva en sesión y ejercicios de asertividad programados fuera de sesión con sus compañeros de trabajo e hijos. En la sesión 9 se analizaron los autorregistros, se aplicaron cuestionarios, se dio un repaso de las actividades realizadas en sesión, se revisaron los objetivos terapéuticos y se dio cierre a la intervención.

Tabla 1.

Resumen de sesiones del Entrenamiento en asertividad para C.

| Sesión | Actividades realizadas | Duración |
|--------|--|----------|
| 1 | Entrevista semiestructurada. Evaluación con cuestionarios BEQ, EES, DERS-E, EEHS, RAS. Autorregistro. Consentimiento informado. | 50 min. |
| 2 | Revisión de autorregistro. Explicación del Análisis Funcional. Definición de objetivos terapéuticos. Psicoeducación sobre emociones. | 50 min. |
| 3 | Devolución de información de autorregistros. Psicoeducación sobre asertividad. | 50 min. |
| 4-8 | Devolución de información de autorregistros. Modelamiento de conducta asertiva por el terapeuta. Role Playing de conducta asertiva por C. Programación de ejercicios asertivos fuera de sesión. | 50 min. |
| 9 | Revisión de autorregistro. Evaluación con cuestionarios BEQ, EES, DERS-E, EEHS, RAS. Repaso de actividades realizadas en sesión. Revisión de objetivos terapéuticos. Cierre de intervención. | 50 min. |

Es importante mencionar que el entrenamiento en asertividad pone énfasis en dos componentes; 1) modelamiento de la conducta asertiva por parte del terapeuta y 2) la puesta en práctica de la conducta asertiva por parte del paciente (Rimm & Masters, 1982). Es por ello que en el cuadro de dialogo 1 se expone como el terapeuta modelo la conducta asertiva en una situación de pelea entre C. y su hijo

Cuadro 1 dialogo

T: Bien C. como hemos revisado la sesión anterior, la asertiva es una forma de expresar nuestras emociones, nuestros pensamientos y nuestros deseos de tal forma que no incomodemos a los demás, ¿es correcto?

P: si así fue doctor.

T: bien, ahora que sabemos que es, debemos comenzar a practicarlo, ¿estás de acuerdo?

P:si claro

T: perfecto, tomare de ejemplo el problema con tu hijo, el cual mencionas que se molesta mucho cuando tú le gritas que deje el celular, por lo que te ignora y tu terminas gritando más, hasta que se encierra en su cuarto.

P: ok, sí, eso pasa.

T: bien, aquí voy. Estimado hijo, sabes, me molesta mucho que pases tanto tiempo en el celular, considero que solo pierdes el tiempo y podrías hacer algo más productivo. Además siempre que te digo nos enojamos y discutimos más veces, estás de acuerdo en no pasar tanto tiempo viéndolo en casa.

P: ok

T: que observas en esta explicación.

P: pues que digo que me molesta lo del celular y digo lo que pienso, y sobre todo que me enoja o molesta. Pero al final busco un acuerdo, ¿no?

T: correcto, como vez en este ejemplo que hice, expreso mi emoción, lo que pienso de lo que me enoja, pero busco llegar a un acuerdo. ¿Esto suena como la definición de asertividad?

P: si

T: bien, ahora pasamos a otra situación y veamos qué efectos tiene sobre nuestro enojo

Se extrajo el procedimiento usado para modelar la conducta asertiva en el caso de C. de la sesión 4

T: Terapeuta

P: Paciente

Como podemos observar, la implementación de la técnica no solo buscaba ejemplificar la forma en que podíamos ser asertivos, además se hizo énfasis en los componentes de identificación de disminución de la emoción y el resultado socialmente hábil que tiene la conducta asertiva en la situación con su hijo. Este énfasis estaba encaminado a que C.

logrará identificar los efectos a corto y largo plazo que tenía la conducta asertiva por lo cual sería una mejor alternativa en diferentes situaciones de conflicto.

Si bien el modelado es una parte importante del entrenamiento asertivo, la puesta en práctica por parte del paciente determinara el progreso obtenido y ayudará a mejorar las habilidades. En el cuadro de dialogo 2 se muestra como C. no había practicado la ejecución durante la semana, por lo cual se hizo retomo una de las situaciones y se ensayara en sesión.

Cuadro 2 dialogo

T: ¿Cómo te ha ido con la tarea C.?

P: más o menos doctor, a veces vuelvo a enojarme y para no discutir, no digo nada, pero eso me enoja más, y la verdad no sé qué hago mal

T: como toda habilidad debe practicarse, te parece si tomamos una situación que tu consideras que hicieras mal y la practicamos.

P: está bien, ¿Cuál sería?

T: tu dime, ¿cuál crees que hiciste mal?

P: mm., la vez que me regañó mi jefe

T: perfecto, ¿Qué paso?

P: estábamos en junta y como yo estaba escribiendo algo, comenzó a decirme que si no quería estar ahí me fuera, que no tenía que estarme soportando con mi indiferencia.

T: ¿cómo te sentiste?

P: muy enojada, pero no dije nada.

T: bien, ahora representaremos la misma situación y tú debes ser asertiva,

P: no sé como

T: recuerdas la definición

P: si

T: bien, léela de nuevo y me dice cuando estés lista

P: bien, listo, ya está.

T: perfecto, nuevamente, yo seré tu jefe y tu buscaras ser asertiva

P: bien

T: señorita C. veo que no me presta atención, si no quiere estar en la junta, por favor váyase de aquí, no tengo que estar soportando su indiferencia.

P: sabe, jefe, no estaba ignorándolo, estaba anotando lo que dice, disculpe si lo incomode, pero me molesta mucho que me diga que lo ignoro cuando es así, le pido por favor no lo haga y si considera que me debo retirar me retiro, pero no estoy de acuerdo y se me hace injusto que me acuse de algo que no hice. Con permiso.

T: muy bien, ¿Cómo se siente cuando expresa lo que siente?

P: más tranquila, creo que incluso es más justo para mi decirlo así.

T: perfecto, ahora volvamos a practicarlo, pero ahora con un tema de sus hijos.

Se extrajo parte del entrenamiento asertivo en el role playing del caso de C. de la sesión 6

T: Terapeuta P: Paciente

Como podemos observar al final del dialogo, C. comenzó a identificar los beneficios de aplicar la conducta asertiva sobre su emoción de enojo. A pesar de ello, se observa en el mismo que aún no se tenía muy clara la definición por lo cual se inició el ejercicio de role playing repasando la definición dada a C. en la sesión 3, una vez que se tenían claros los componentes de asertividad, el terapeuta y el paciente los trabajaron, sin embargo se debía hacer énfasis constante sobre la práctica fuera de la sesión. La programación de actividades se realizó con base en las situaciones potencialmente problemáticas observadas en los autorregistros en las áreas de trabajo e hijos. Lo único que debía realiza C. era leer la definición de asertividad dada en el material psicoeducativo de la sesión 3 (anexo 3), ponerla en práctica y registrar los resultados en su autorregistro.

Anexo 3

Material psicoeducativo sobre asertividad.

¿Qué es la asertividad?

Definición: habilidad individual que permite la expresión de pensamientos, emociones y acciones de forma socialmente hábil, respetando los derechos de los demás y distinguiéndose de la conducta pasiva y/o agresiva.

¿Cuándo debo usarlo?

Cuando en una situación problemática noto que mi emoción es muy grande y no la podre controlar.

RESULTADOS.

Los puntajes iniciales obtenidos por C. pre tratamiento mostraban los siguientes parámetros: BEQ (91, expresividad negativa e intensidad de impulso alta), EES (56, expresividad emocional reducida) DERS-E (120, problemas de regulación emocional), EEHS (25, dificultades en interacción social) y RAS (-22, inasertivo). Una vez finalizada la 9 sesión y terminado el tratamiento se obtuvieron los siguientes puntajes BEQ (52, expresividad positiva e intensidad de impulso bajo), EES (67, expresividad emocional normal), DERS-E (75, sin problemas de regulación emocional), EEHS (56, habilidades sociales normales) y RAS (12, asertividad confrontativa) (ver tabla2)

Tabla 2.

Puntajes pre tratamiento y pos tratamiento de C.

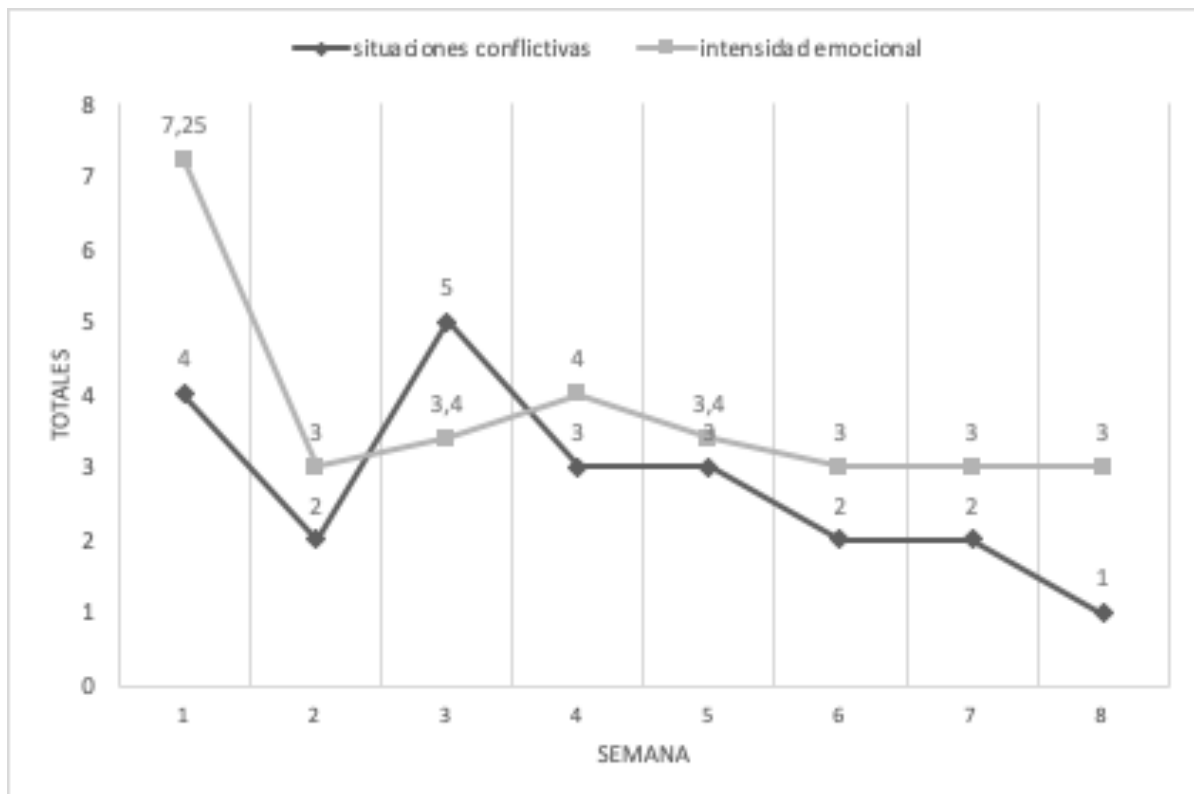
| Instrumento | Pretratamiento | Postratamiento |
|-------------|----------------|----------------|
| BEQ | 91 | 52 |
| EES | 56 | 67 |
| EEHS | 25 | 56 |
| RAS | -22 | 12 |
| DERS-E | 120 | 75 |

Se observó un decremento en los puntajes del BEQ y DERS-E. Mientras que se observó un incremento los puntajes del EES, EEHS y RAS.

En la figura 2 se observa el promedio registrado por C. de situaciones conflictivas (SC) e intensidad emocional (IE) durante la semana basado en el autorregistro. Se observa una disminución de la IE a partir de la segunda semana, por otra parte, se observa un incremento de IE en la semana 3 y 4 correspondiente a las sesiones 5 y 6, y teniendo una disminución en las últimas 3 semanas. De igual forma, se observa una disminución general de SC, salvo un incremento en la semana 3.

Figura 2.

Promedio semanal de situaciones conflictivas e intensidad emocional.



Se calculó el promedio de situaciones conflictivas con los hijos o compañeros de trabajo y la intensidad emocional durante las situaciones conflictivas.

DISCUSIÓN.

De acuerdo a los puntajes iniciales en el BEQ y EES, C. tenía niveles elevados de expresión negativa, expresión emocional reducida e intensidad del impulso, esto era concordante con los episodios de agresión mencionados al inicio de la evaluación. De igual forma, el puntaje elevado obtenido en el DERS-E, explica el nivel elevado de ira y la latencia prolongada para disminuir el nivel emocional. Por otra parte los resultados de las escalas EESH y RAS muestran un nivel bajo de competencia social asertiva para expresar emociones, que se manifiesta con las conductas de agresión verbal.

Bajo el marco de MPRE, C. Contaba con habilidades socialmente desadaptativas de expresión emocional de la ira, por lo cual la intensidad emocional se incrementa al ser retroalimentada por los hijos o compañeros de trabajo, teniendo una latencia prolongada de retorno a estados basales. (Sheppes, Suri, & Gross, 2015). La intervención tuvo objetivo incrementar la conducta asertiva como una habilidad socialmente adaptativa que disminuyera la expresión emocional de la ira en intensidad y retroalimentación por parte de hijos y compañeros de trabajo, lo cual sería una habilidad de regulación mas adaptativa. (Gross, 2014).

Las hipótesis teóricas se vieron cumplidas al finalizar la intervención al observar un aumento en los cuestionarios EES, EESH y RAS en conducta asertiva. Esta estrategia tenía un efecto regulatorio en la ira, al expresar dicha emoción de una forma adaptativa con los compañeros de trabajo e hijos. Esta conclusión se apoya por la disminución en los puntajes de BEQ, y DRES-E, que muestran una disminución de la expresión emocional desadaptativa y una disminución de SC con sus hijos y compañeros de trabajo.

Estos resultados muestran que el entrenamiento en asertividad es una técnica eficaz para generar estrategias adaptativas de regulación emocional. Sin embargo, existen consideraciones metodológicas importantes que deben puntualizarse. La primera es que faltó analizar el impacto del entrenamiento asertivo en la estrategia de reevaluación cognitiva, ya que esta estrategia ha sido una de las áreas de mayor investigación dentro del campo de la RE (Jamieson, Nock, & Mendes, 2012; Langeslag & Surti, 2017). El segundo es la limitación del alcance de un reporte de caso por lo cual los datos deben tomarse como una primera aproximación y en caso de replicarse la intervención, deben de hacerse diseños experimentales con mayor rigurosidad metodológica. (Ato-García & Vallejo-Seco, 2015).

Finalmente, el presente reporte de caso es una primera aproximación al abordaje clínico de la regulación emocional desde una perspectiva de terapia de conducta debido a su

nivel de eficacia comprobada y al ser una aproximación clínica más concordante con el MPRE, por lo que se sugiere replicar el entrenamiento asertivo en población clínica para analizar su eficacia.

REFERENCIAS.

- Ahmadi, H., Daramadi, P., Asadi-Samani, M., Givtaj, H., & Sani, M. (2017). Effectiveness of Group Training of Assertiveness on Social Anxiety among Deaf and Hard of Hearing Adolescents. *The international tinnitus journal*, 21(1), 14-20. <https://doi.org/10.5935/0946-5448.20170004>
- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ato-Garcia, M., & Vallejo-Seco, G. (2015). *Diseños de investigación en psicología.* Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T., Latin, H., Ellard, K., Bullis, J., . . . Cassiello-Robbins, C. (2019). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta.* Alianza Editorial.
- Boggiano, J., & Gagliosi, P. (2018). *Terapia Dialectico Conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional.* Argentina: Tres olas.
- Cuevas-Corona, P., Talallero, P., Villareal, A., & Ayala, M. (2017). Psicoterapia basada en la evidencia. Situación actual. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1), 32-38.
- Durand, V., Barlow, D., & Hofmann, S. (2019). Clinical Assessment, Diagnosis, and Research in Psychopathology. En V. Durand, D. Barlow, & S. Hofmann, *Essentials of abnormal psychology. 8th Edition* (págs. 69-116). Cengage Learning Inc.
- Filella, G., Ros-Morente, A., Oriol, X., & March-Llanes, J. (2018). The Assertive Resolution of Conflicts in School With a Gamified Emotion Education Program. *Frontiers in psychology*, 9, 2353. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02353>
- Fuspita, H., Susanti, H., & Eka Putri, D. (2018). The influence of assertiveness training on depression level of high school students in Bengkulu, Indonesia. *Enfermería clínica*, 28(Suppl 1), 300–303. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30174-8](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30174-8)
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. (2014). *Handbook of Emotion Regulation.* London.: The Guilford Press.

Álvarez García, H.

- Gross, J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Haynes, S., O'Brien, W., & Kaholokula, J. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. Wiley.
- Hutchings, S. (2019). *The Social Skills Handbook: Practical Activities for Social Communication*. Routledge; Edición: 2.
- Jamieson, J., Nock, M., & Mendes, W. (2012). Mind over matter: reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of experimental psychology General*, 141(3), 417-422. <https://doi.org/10.1037/a0025719>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., . . . Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 189–202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1956>
- Langeslag, S., & Surti, K. (2017). The effect of arousal on regulation of negative emotions using cognitive reappraisal: An ERP study. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 118, 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.012>
- León Madrigal, M., & Vargas Halabí, T. (2008). Validación y estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 187-207. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748706001>
- Marín-Tejeda, M., Robles-García, R., González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010&lng=es&tlng=es.
- Martin, R., & Ochsner, K. (2016). The Neuroscience of Emotion Regulation Development: Implications for Education. *Current opinion in behavioral sciences*, 10, 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2016.06.006>
- Mohebi, S., Sharifirad, G., Shahsiah, M., Botlani, S., Matlabi, M., & Rezaeian, M. (2012). The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(3 Suppl 2), S37–S41.
- Moreno, P., & Jorge, A. (2006). *Cuestionario de Expresividad de Berkeley. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross, 2000)*. Los Ángeles: Universidad de California.

- Nezu, A., & Nezu, C. (2008). *Evidence-based outcome research. A Practical Guide to Conducting Randomized Controlled Trials for Psychosocial Interventions*. Oxford University Press, Inc.
- Olivia Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M., Ríos Bermudez, M., Parra Jiménez, A., Hernando Gómez, A., & Reina Flores, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Picó-Pérez, M., Radua, J., Steward, T., Menchón, J., & Soriano-Mas, C. (2017). Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 79(Pt B), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.06.001>
- Piemontesi, S. (2012). Validación de la escala de expresividad emocional en una muestra de universitarios argentinos. *Suma Psicológica*, 19(1), 59-68. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v19n1/v19n1a05.pdf>
- Reyes Ortega, M. A., Vargas Salinas, A., & Tena Suck, A. (2015). Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología Iberoamericana*, 66 - 76.
- Reyes-Ortega, M. (2016). Impactos del modelo integrativo de regulación emocional grupal en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(1), 9-20. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29248180002>
- Reyes-Ortega, M., & Tena-Suck, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica. Una guía para terapeutas*. El Manual Moderno.
- Rimm, D., & Masters, J. (1982). Entrenamiento asertivo. En D. Rimm, & J. Masters, *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. (págs. 101-145). Trillas.
- Sayyadi, F., Golmakani, N., Ebrahimi, M., Saki, A., Karimabadi, A., & Ghorbani, F. (2019). Determination of the Effect of Sexual Assertiveness Training on Sexual Health in Married Women: A Randomized Clinical Trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 24(4), 274-280. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_17
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Tull, M., & Aldao, A. (2015). New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 1-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.009>

Álvarez García, H.

Ustun, G., & Kucuk, L. (2020). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in psychiatric care*, 56(2), 297–307. <https://doi.org/10.1111/ppc.12427>

Vargas Gutiérrez, R., & Muñoz-Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128932003>