



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en clínica

Intervención cognitivo-conductual en un caso de problemas
para debatir, argumentar y de asertividad

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Karen López Fuentes

Director: Mtra. Brenda Estela Hernández Lima

Vocal: Dr. David Javier Enríquez Negrete



Los Reyes Iztacala Tlalnepanitla, Estado de México, 03 de junio de 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Resumen	3
Introducción.....	3
Informe de práctica.....	5
Identificación del paciente	5
Motivo de consulta	6
Historia del problema	6
Análisis de la conducta.....	7
Objetivos terapéuticos.....	8
Selección- aplicación de técnicas de evaluación.....	8
Tratamiento.....	8
Aplicación del tratamiento.....	9
Resultados.....	12
Conclusiones.....	14
Referencias	16
Anexos	17

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE PROBLEMAS PARA DEBATIR, ARGUMENTAR Y DE ASERTIVIDAD.

Resumen

En este trabajo se presenta la intervención en el caso de Elisa, una joven de 19 años que presentaba problemas de asertividad, argumentación y debate, esta tuvo una duración de 12 sesiones con periodicidad semanal. La evaluación se realizó mediante una entrevista individual semiestructurada y el llenado de dos autorregistros, enfocados en la frecuencia e intensidad de sus respuestas motoras, fisiológicas y pensamientos negativos. Se realizó un tratamiento cognitivo-conductual basado en el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS) que incluyó las técnicas de modelado y ensayo conductual mediante role playing, feedback y reforzamiento, detención del pensamiento, y reestructuración cognitiva. Tras la aplicación del tratamiento se cumplió de manera satisfactoria con los objetivos terapéuticos planteados, estando entre ellos el mejorar sus habilidades de asertividad y argumentación y disminuir la frecuencia de sus respuestas motoras y fisiológicas y pensamientos negativos.

Introducción

Las habilidades sociales son conductas manifiestas verbales y no verbales, observables en las distintas situaciones de interacción que tiene una persona con otra. A su vez, son respuestas específicas, dado que su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que en ella se activan. Estas se adquieren principalmente por medio del aprendizaje, de carácter incidental o bien como consecuencia de un entrenamiento específico (Tapia-Gutiérrez & Cubo-Delgado, 2017).

Dentro de las habilidades sociales se encuentra la asertividad, que según Puchol (2010), es la capacidad de expresar necesidades, opiniones, sentimientos, deseos y creencias de forma directa, apropiada y honesta, permitiendo así satisfacer los deseos y necesidades propios sin la necesidad de menospreciar los derechos o intereses de las demás personas.

Complementario a esto, Díaz (2011), señala que la asertividad es la forma de expresión consciente, congruente, clara y equilibrada, cuya fin es comunicar las ideas y sentimientos propios así como defender los legítimos derechos sin la intención de herir a otros, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia, siendo así una respuesta intermedia entre una actitud pasiva, (la cual es la incapacidad para expresar las opiniones y sentimientos y ante la amenaza de conflicto se acepta la oposición del otro) y una actitud agresiva, (en la que hay incapacidad para escuchar y negociar, basando el resultado de la comunicación en expresar su punto de vista acompañado de amenazas implícitas o explícitas), frente a otras personas que además de reflejarse en el lenguaje hablado se manifiesta también en el

lenguaje no verbal, como en la postura corporal, los ademanes o gestos del cuerpo, la expresión facial y en la voz.

Con esto se puede entender que la asertividad brinda la capacidad de comunicar, expresar, argumentar y defender de manera efectiva y respetuosa lo que opinamos, sentimos, creemos, etc., sin ofender o atentar contra los demás, satisfaciendo así las partes que estén inmersas en la interacción o situación que se este llevando acabo.

De acuerdo a lo mencionado por Gaeta y Galvanovskis (2009), desde un punto de vista conductual, la propuesta de un aprendizaje asertivo se basa en los conocimientos generados por Ivan Pavlov, quien en el estudio de la adaptación al medio ambiente de personas considera que si dominan las fuerzas excitatorias, se sentirán orientadas a la acción y emocionalmente libres, enfrentándose así a la vida según sus propios términos y por el contrario si los dominan las fuerzas inhibitorias, se mostraran desconcertadas, acobardadas, sufrirán la represión de sus emociones y frecuentemente terminaran haciendo lo que no quieren hacer.

Desde un enfoque cognitivo, se considera incorporar en el adiestramiento asertivo el enseñar las diferencias entre pasividad y agresividad, identificar y aceptar los derechos propios y de los demás, reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos y disminuir las ideas irracionales, ansiedades y culpas para poder actuar de manera asertiva.

Salter (1949 citado en Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012) influido por la concepción pavloviana de excitación - inhibición cortical, mencionada anteriormente, publica la "Terapia de reflejos condicionados" donde hace referencia a la personalidad excitatoria y las ventajas de la conducta expresiva. Allí sugiere que las personas con problemas de relaciones sociales pueden tener un predominio de procesos inhibitorios, lo cual explicaría el déficit de expresión emocional que presentan y para contrarrestarlo propone un tratamiento psicológico mediante técnicas de role-playing que potencie los efectos excitatorios.

Posteriormente Wolpe, tomando las ideas de Salter, publica "Psicoterapia por inhibición recíproca" en donde utiliza por primera vez el término "asertividad" y la inhibición de la ansiedad en las relaciones interpersonales asertivas.

Fue entonces que a partir de los años, surge el Entrenamiento en Habilidades Sociales como un procedimiento de intervención ligado a la terapia de Conducta. El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se ha utilizado en el ámbito educativo, laboral, clínico, salud física y mental e incluye distintas técnicas y procedimientos de intervención dependiendo del problema de habilidades a los que va dirigido. Por lo general abarca cinco componentes básicos, siendo estos la justificación e instrucciones del entrenamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback y reforzamiento y puede acompañarse de otras técnicas como la técnica de exposición, parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, etc. (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Bueno, Durán y Garrido (2013), en su estudio preliminar sobre el entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de educación primaria hicieron uso del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) por tratarse de un procedimiento simple, cómodo, de fácil utilización y con resultados desde el primer momento.

Para el tratamiento en casos de problemas con habilidades sociales y asertividad, García-Grau, Fusté, Ruiz, Arcos, Balaguer, Guzmán, & Bados, A. (2019), elaboraron un manual práctico efectivo en el que incluyeron psicoeducación y técnicas como modelado, ensayo de conducta, además de retroalimentación y práctica en situaciones reales.

Informe de práctica

El proceso psicoterapéutico y la intervención cognitiva-conductual que se presenta a continuación estuvo bajo la supervisión y guía del Dr. David Javier Enríquez Negrete.

Identificación del paciente

Elisa, paciente de 19 años de edad, reside, en el momento de la intervención, en el pueblo mágico “Zacatlán de las Manzanas”, estudia la licenciatura en Administración Turística en una universidad pública y trabaja como ayudante en una cafetería.

La paciente pertenece a una familia de nivel sociocultural y económico medio-alto, es la mayor de 3 hijos, con una hermana de 16 años y un hermano de 4 meses, su padre (43 años) es optometrista y su madre (42 años) es ama de casa y suele ayudar en la óptica, ambos tienen una relación positiva y “amorosa” y viven en unión libre desde hace 20 años.

En cuanto a la relación con su familia, la paciente confía mucho en su hermana y ambas se apoyan mutuamente, en el caso de su madre, pese a que menciono que en general tienen una buena relación, en las pocas ocasiones en las que discuten o se molestan la una con la otra pueden dejar de hablarse hasta por una semana, respecto a su padre tiene una buena relación con él y rara vez discuten.

Respecto a su círculo social, al comienzo de la terapia, menciono tener solo un “amigo” en este nuevo lugar en el que vive, a quien conoció primero en el trabajo y luego se percató de que estudiaban en la misma universidad, siendo el trabajo el lugar en el que comenzaron a formar su amistad. Este amigo ha sido su principal soporte, siendo él también la persona que le informó de la oportunidad de recibir terapia y finalmente la convenció de hacerlo.

Motivo de consulta

El motivo que expone la paciente inicialmente es que es una persona “tímida e insegura” consigo misma y sus decisiones, lo cual ha provocado que pierda muchas oportunidades en el ámbito laboral, escolar, e incluso en el personal, además de tener dificultades para iniciar conversaciones y expresar sus opiniones, puntos de vista e ideas.

De manera que, cuando se presenta alguna situación en la que tiene que llevar a cabo alguna de estas acciones, se generan respuestas en los siguientes niveles:

- Motor: juega con las manos, se muerde las uñas, aprieta sus puños, juega con su cabello.
- Fisiológico: sudoración y temblor de manos, se le corta la voz, se le forma un nudo en su garganta.
- Cognitivo: pensamientos y auto verbalizaciones como “No seas cobarde” “Deja de ser tan tímida” “Habla más fuerte” “Si no hablas nadie te va a tomar en cuenta”.

Historia del problema

Aunque siempre se ha considerado una persona “tímida y de pocos amigos”, Elisa solía ser una persona más “platicadora y amigable” de lo que es actualmente pero tras repetidas ocasiones en las que personas minimizaron e incluso ignoraron el como se sentía y lo que decía, le generaron inseguridad sobre lo que los demás pensarían de ella si intentaba hablarles o expresar su punto de vista por temor a recibir la misma reacción y prefirió quedarse solo con las amigas que tenía en ese entonces y dejar de expresar sus opiniones, dejándose guiar por las decisiones que los demás tomaran.

Si bien esto no le afectó durante su paso por la secundaria y preparatoria ya que sus amigas, con quienes compartió escuela desde la primaria, se encargaban de integrarla a sus conversaciones y actividades tanto escolares como sociales, así como de respaldarla cuando era necesario, esto se agravó y comenzó a considerarse un problema cuando “cansado de la inseguridad de la ciudad”, después de que ella, su hermana y madre fueron víctimas de asaltos a mano armada, su padre tomó la decisión de mudarse de la Ciudad de México al estado de Puebla, por lo que tuvo que separarse de sus amigas, a quienes considera su principal apoyo.

Por lo tanto, al llegar a un lugar nuevo en donde no tenía en quien apoyarse como lo había estado haciendo por un gran periodo de tiempo, se percató de que en el momento en que tenía que iniciar o unirse a una conversación, dar su opinión e ideas para trabajos escolares en equipo o parejas o bien en las juntas en su trabajo, comenzaron a presentarse y se vio afectada por las conductas y pensamientos mencionados anteriormente, impidiéndole así interactuar correctamente con su entorno.

Análisis de la conducta.

De acuerdo a los datos recabados en la entrevista se identifico la dificultad para iniciar y mantener conversaciones así como para expresar y defender sus opiniones e ideas como el problema a tratar.

Esto ocurre principalmente en su escuela y trabajo, en el momento en que tiene que integrarse a una conversación que se este llevando a cabo, brindar ideas para los proyectos o actividades que realizan en equipos o parejas y en las juntas semanales de su trabajo en la cafetería en las que se sugieren cambios al menú entre otros aspectos para mejorar las ventas, de tal forma que, cuando sabe que alguna de estas situaciones esta por presentarse, empiezan a aparecer a lo que ella se refiere como “pensamientos negativos” los cuales incluyen: “¿Y si a nadie le importa lo que dices?” “¿Y si dices algo malo?” “¿Qué tal que no les agrada lo que dices?”.

Estos pensamientos se generaron a raíz de malas experiencias en su pasado con lo que surgieron sus creencias irracionales “No a todos les interesa o importa lo que tienes que decir solo finges que es así” y “Las personas se pueden molestar fácilmente si las contradices o mencionas algo que no es de su agrado por lo que en ocasiones es mejor seguir la corriente o no decir nada para evitar situaciones innecesarias”.

La exposición a las situaciones previamente mencionadas, junto con la aparición de sus pensamientos negativos, desencadenan en ella una serie de respuestas, a nivel motor la paciente juega con sus manos y cabello, se muerde las uñas y aprieta sus puños, a nivel fisiológico le sudan las manos, se le corta la voz o forma un nudo en su garganta y a nivel cognitivo tiene pensamientos como “no seas cobarde”, “deja de ser tan tímida”, “habla más fuerte” y “si no hablas nadie te va a tomar en cuenta”.

Estas respuestas se presentaran con menor frecuencia únicamente si la paciente esta en compañía de su antiguo grupo de amigas o de alguien en quien confía ampliamente y con quien se siente segura de poder interactuar sin preocuparse por su reacción.

Como factores de mantenimiento la paciente realiza conductas de escape como retirarse del lugar en el que se este llevando a cabo la situación, seguir con lo acordado por los demás aun cuando no este completamente de acuerdo, ignorar los comentarios respecto a su forma de comportarse o bien pretender que estos no le importan, las cuales no solo mantienen, sino que también aumentan el problema ya que no le permiten mejorar sus habilidades debido a la ausencia de práctica y entrenamiento ni le permiten corroborar la veracidad de sus creencias al no interactuar ni relacionarse con los demás.

Por lo tanto, se establece como hipótesis de tratamiento que ya que las creencias irracionales y pensamientos negativos la han llevado a adquirir un estilo de comunicación pasivo, el problema de la paciente para iniciar y mantener conversaciones así como para expresar y defender sus opiniones e ideas se

mantenga y agrave en un futuro cercano, así como también provoque el deterioro de sus demás habilidades sociales, si no se trabaja en la reestructuración cognitiva de sus creencias irracionales y en el entrenamiento de sus habilidades de asertividad, argumentación y debate.

Objetivos terapéuticos.

Se estableció como objetivo general del tratamiento mejorar sus habilidades de asertividad, argumentación y debate como objetivos específicos:

- Reducir la frecuencia e intensidad con la que le afectan sus pensamientos negativos.
- Sustituir sus creencias irracionales por creencias racionales.
- Disminuir la frecuencia de sus respuestas motoras y fisiológicas.
- Eliminar las conductas de escape en las situaciones problema.

Selección- aplicación de técnicas de evaluación.

La principal técnica de evaluación que se utilizó fue la entrevista individual semiestructurada a través de la cual se obtuvo la información necesaria para poder realizar el Modelo Secuencial Integrativo (ver anexo 1) y el análisis funcional.

Otras técnicas empleadas fueron la observación de la conducta en las sesiones y autorregistros, de los cuales se ha mencionado que cuando se emplean para la obtención de datos, no solo proporcionan la frecuencia de la conducta sino que también pueden originar cambios en la misma (Herbert y Nelson-Gray, 1997).

Se enseñó a la paciente como hacer uso del autorregistro y lleno a partir de la tercera sesión dos autorregistros por semana, uno enfocado en las respuestas motoras y fisiológicas en el que se registro su frecuencia y otro enfocado en sus pensamientos negativos, en donde además de la frecuencia se registro también la intensidad con la que estos le afectaban por día (ver anexo 2).

Tratamiento.

Tomando en cuenta las técnicas utilizadas en el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de las habilidades con las que cuenta la paciente, se decidió hacer uso del modelado, ensayo conductual mediante role playing, retroalimentación y reforzamiento para trabajar en su asertividad, habilidades de debate y argumentación. Para modificar sus creencias irracionales se empleo la técnica de reestructuración cognitiva, diseñando así un tratamiento de corte cognitivo-conductual enfocado en los siguientes componentes:

- Detención del pensamiento.
- Reestructuración cognitiva: discusión y debate de creencias.
- Psicoeducación.

- Entrenamiento en habilidades sociales: justificación e instrucciones, modelado y ensayo conductual mediante role playing, retroalimentación y reforzamiento.
- Práctica de las habilidades en las situaciones reales.
- Reforzamiento de logros.

Aplicación del tratamiento.

El proceso terapéutico abarcó un total de 12 sesiones, incluyendo la evaluación y tratamiento, llevándose a cabo una sesión por semana con duración de una hora aproximadamente. En la tabla 1 se muestran las técnicas de tratamiento que fueron usadas para trabajar con cada uno de los objetivos terapéuticos específicos.

Tabla 1. Técnicas empleadas en cada objetivo específico.

Objetivos específicos	Técnicas de tratamiento
Reducir la frecuencia e intensidad con la que le afectan sus pensamientos negativos.	Detención del pensamiento. (Sesión 6 en adelante).
Sustituir sus creencias irracionales por creencias más racionales.	Reestructuración cognitiva a través de la discusión y debate de creencias. (Sesión 8 en adelante).
Disminuir la frecuencia de sus respuestas motoras y fisiológicas.	Psicoeducación. Modelado, ensayo conductual mediante role playing, retroalimentación y reforzamiento. (Sesión 9, 10 y 11).
Eliminar las conductas de escape en las situaciones problema.	

El tratamiento se llevo a cabo de manera cronológica de la siguiente manera:

Detención del pensamiento.

Se hablo sobre la importancia de los pensamientos y como estos afectan e influyen en las emociones, el estado de ánimo así como el comportamiento de una persona, por lo que en su caso, era importante aprender a manejar sus pensamientos negativos como parte del proceso para poder adquirir las habilidades necesarias para poder cumplir de manera satisfactoria con sus metas de tratamiento.

Se explicó también que el propósito de la técnica era interrumpir los pensamientos que tiene cuando surgen situaciones en las que tiene que iniciar o integrarse a conversaciones y expresar opiniones e ideas y con esto, disminuir la intensidad en que estos le afectan. Se acordó trabajar con los pensamientos escritos en el autorregistro (ver anexo 3); se escogió “Basta” como la palabra clave y jalar de la liga que siempre trae en la muñeca como estímulo de parada.

Se brindaron dos formas de llevar a cabo la técnica con el fin de permitirle usar la que más se ajuste a ella, la paciente opto por la alternativa dos, cuyas instrucciones brindadas fueron las siguientes:

“Cuando se presenten los pensamientos, retírate a un lugar tranquilo, usa el estímulo de parada junto con la palabra clave “Basta”, una vez hecho esto y que se hayan interrumpido los pensamientos negativos, enfoca la atención en otra actividad y haz uso de pensamientos tranquilizadores.”

Después se modeló la forma de ejecutar la técnica y se practicó en varias ocasiones para que le quedara claro la forma de ejecutarla.

Discusión y debate de creencias.

Las creencias irracionales centrales que fueron identificadas y con las que se trabajaron fueron “las personas se pueden molestar fácilmente si las contradices o mencionas algo que no es de su agrado por lo que en ocasiones es mejor seguir la corriente o no decir nada para evitar situaciones innecesarias” y “No a todos les interesa o importa lo que tienes que decir solo fingen que es así”.

Las técnicas didácticas de persuasión que se utilizaron fueron apelar a consecuencias negativas, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica y apelar a consecuencias positivas.

Primero se hizo uso de la apelación de consecuencias negativas para remarcar como el tener dichas creencias estaban afectando su funcionamiento social y vida en general, se mencionaron varias de las situaciones que había comentado anteriormente como la pérdida de oportunidades de trabajo, el no tener amigos y como se sentía excluida por ello, el no poder estudiar la carrera que quería, el descontento con sus calificaciones y resultados por no poder proponer ideas diferentes en los trabajos grupales, etc.

Posteriormente se hizo uso de la reducción al absurdo y análisis y evaluación empírica, llevando al extremo a través de situaciones hipotéticas ambas creencias para que ante lo absurdas que pueden resultar sus consecuencias viera la necesidad de reformularlas, así como mencionar que esta generalizando y es ilógico pensar que todas las personas se comportaran de la misma manera.

Para finalizar se continuo con la apelación de consecuencias positivas, resaltando los beneficios que le traería el adoptar creencias más racionales, como el encontrar personas que tengan los mismos gustos que ella, como por ejemplo su banda favorita, los instrumentos musicales, aprender idiomas, etc., con los que podría terminar compartiendo pasatiempos e incluso llegar a expandir su círculo de amigos no solo en su escuela, sino también en su ciudad y así sentirse más cómoda en la misma; de igual forma se menciono también lo creativa que es y el cómo podría no solo compartir sus ideas y proyectos con alguien más, sino también llevarlos a cabo

y traer beneficios para su trabajo y estudios. Se estuvo trabajando con el debate y discusión de creencias hasta la última sesión del tratamiento.

Psicoeducación.

Se explico primero brevemente que son las habilidades sociales y como la asertividad en específico es la habilidad que nos permite expresarnos de manera consciente, honesta y directa a la vez que se respetan los pensamientos y creencias de los demás y se defienden los propios, siendo esta el punto medio entre la pasividad y la agresividad. Posteriormente se explico que en su caso presenta una conducta pasiva ya que no se expresa y antepone las decisiones y opiniones de los demás a las suyas aún si no esta completamente de acuerdo para evitar conflictos o consecuencias negativas, por lo que se le enseñaría como comunicarse asertivamente así como habilidades de debate y argumentación para que pudiera defender mejor sus ideas, pensamientos y puntos de vista de ser necesario.

Modelado y ensayo conductual mediante el role playing.

Estás técnicas se usaron para trabajar con su asertividad y habilidades de argumentación y debate, para ello se le pidió a la paciente crear una lista en la que anotara situaciones relevantes con las cuales se estarían trabajando, siendo estas:

- Brindar ideas y opinar en las reuniones que hacen en el trabajo.
- Aportar ideas en los proyectos escolares grupales o en pareja.
- “Contradecir” las decisiones de sus compañeros de escuela y trabajo cuando considere que estas son inoportunas o se pueden modificar para bien.

Se agrego a la lista el poder argumentar el por qué de sus opiniones e ideas. El procedimiento que se siguió en cada una fue explicar la situación que se va a representar y establecer el o los objetivos a lograr, posteriormente se dieron las instrucciones y se hizo la demostración de las conductas a través del modelado, haciendo énfasis en el volumen, velocidad y tono al momento de hablar así como la postura y demás lenguaje corporal, luego se paso al ensayo conductual mediante role playing, en donde se tomo el papel de compañero de escuela o trabajo de acuerdo a la situación en curso, tras terminar con el ensayo, se hizo la evaluación de su desempeño y se brindo retroalimentación, la cual se centro en las primeras ocasiones en su forma de hablar, de igual forma se hizo el reforzamiento de su desempeño recalcando sus mejoras y avances en cada uno de los ensayos.

Además del modelado y ensayo conductual realizado en las sesiones, la paciente decidió usar también como modelo a su amigo, mencionando que este es alguien “sabe defender muy bien sus ideas y puntos de vista cuando es necesario sin necesidad de crear conflictos o comportarse de manera agresiva o grosera”, observando su forma de comportarse en el trabajo con el fin de “aprender comportamientos” que le podrían ser útiles y practicando también con el las situaciones anteriormente mencionadas.

A lo largo del tratamiento y con el fin de facilitar el mantenimiento y la generalización de las habilidades aprendidas se le asignó como tarea principal y la misma paciente tomó la iniciativa de ponerlas en práctica en situaciones reales, lo que a su vez brindó información de que aspectos hacía falta que se trabajaran más y cuáles ya dominaba para hacer los ajustes necesarios en cada una de las sesiones.

Parte de la novena y penúltima sesión se utilizaron para evaluar los efectos de la intervención cognitivo-conductual haciendo uso de las metas que pretendía lograr, siendo estas:

- Poder iniciar y participar en conversaciones con los demás.
- Ser capaz de expresar opiniones e ideas.
- No preocuparse por lo que pueda pasar al interactuar con los demás,

preguntando por el porcentaje que consideraba había alcanzado en cada una de ellas. En la penúltima sesión dio un 85% a todas las metas, por lo que tomando en cuenta esto, la disminución de las frecuencias en los autorregistros y que la paciente ya había adquirido habilidades y conductas alternativas que le permitían interactuar con su entorno de manera satisfactoria se decidió concluir con el proceso terapéutico.

Finalmente la última sesión se usó para consolidar y reforzar los logros obtenidos a lo largo de la intervención, repasando las habilidades y técnicas adquiridas durante la terapia y el cómo estas habían cambiado su forma de comportarse y con ello había aumentado también su percepción de autoeficacia.

Como tarea final se le pidió continuar poniendo en práctica todo lo aprendido y se le brindó la oportunidad de solicitar una sesión en caso de que surja una recaída importante.

Resultados.

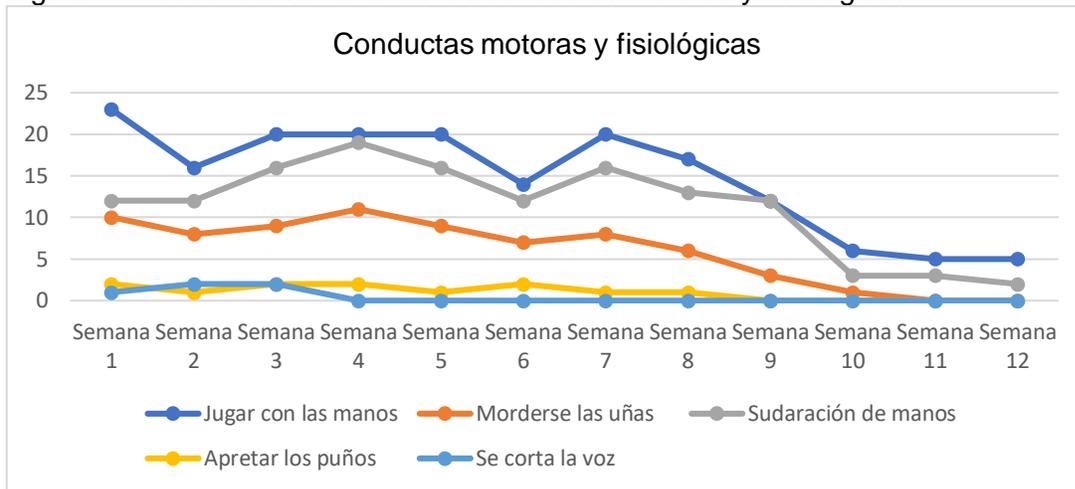
A nivel cuantitativo, al observar la figura 1, se observa que las frecuencias semanales más altas registradas previas al tratamiento, fueron 23 para jugar con las manos, 11 para morderse las uñas, 19 para sudoración de las manos y 2 para apretar los puños y se corta la voz. Esta última respuesta dejó de presentarse por completo desde la cuarta semana con autorregistros, en la cual comenzó la suspensión indefinida de clases.

Es a partir de la quinta semana que comienza el llenado de los autorregistros con la intervención, habiendo un ligero aumento en las frecuencias en las semanas 7 y 8, en las cuales no se llevaron a cabo sesiones por el periodo vacacional y un problema familiar que sucedió con la paciente.

Para las semanas 11 y 12, últimas de la intervención, se registraron únicamente las conductas “jugar con las manos” y “sudoración de las manos” con una frecuencia de 5 y 3 y 5 y 2 respectivamente. Con esto se puede notar una clara disminución en

la frecuencia de todas las respuestas motoras y fisiológicas que la paciente presentaba.

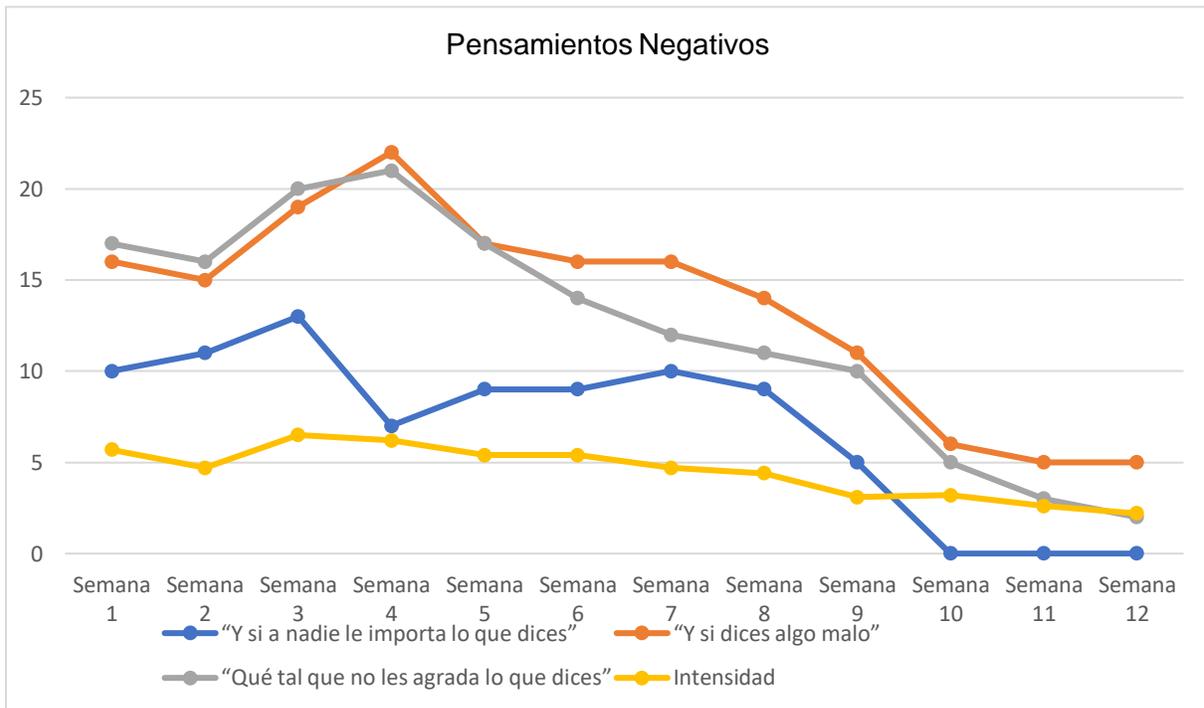
Figura 1. Frecuencia semanal de las conductas motoras y fisiológicas.



En la figura 2, se muestra que 13 fue la frecuencia más alta registrada para “y si nadie le importa lo que dices”, 22 para “Y si dices algo malo” y 21 para “Qué tal que no les agrada lo que dices”, en cuanto a la intensidad, la puntuación más alta registrada fue durante la semana 3, en la cual se obtuvo 6.5 como promedio semanal, ubicándose todas antes del comienzo del tratamiento.

De igual forma se puede observar una notoria disminución en la frecuencia de aparición de sus pensamientos negativos, en donde a partir de la semana 10 el pensamiento “y si a nadie le importa lo que dices” dejó de presentarse por completo y para las semanas 11 y 12, el pensamiento “Y si dices algo malo” solo apareció 5 veces en ambas semanas y “qué tal que no les agrada lo que dices” 3 y 2 veces respectivamente. Respecto a la intensidad, en este último par de semanas, el promedio fue de 2.6 y 2.2.

Figura 2. Frecuencia e intensidad semanal de los pensamientos negativos.



Seguimiento

Se pretende realizar el seguimiento del caso después de tres meses de la fecha en la que se tuvo la última sesión de intervención cognitivo-conductual.

Conclusiones.

Tomando en cuenta los datos obtenidos en los autorregistros y el cambio en el comportamiento de la paciente, se puede concluir que se cumplieron de manera satisfactoria con los objetivos terapéuticos específicos y con ello, el objetivo principal el cual era mejorar sus habilidades de asertividad, argumentación y debate.

Asimismo, se verificó la hipótesis inicial, ya que al hacer uso del tratamiento cognitivo-conductual para trabajar en la reestructuración cognitiva de sus creencias irracionales y en el entrenamiento de sus habilidades de asertividad, argumentación y debate, se logró que la paciente pudiera iniciar y mantener conversaciones y expresar y defender sus opiniones e ideas, disminuyendo con ello la frecuencia de sus pensamientos negativos y respuestas motoras y fisiológicas.

Al término de la intervención, la paciente ya era capaz de iniciar conversaciones con otras personas así como integrarse a conversaciones en curso, en su trabajo podía participar en las juntas semanales brindando sus sugerencias para el cambio en el menú, argumentando el por qué de las mismas y debatiendo cuando consideraba que una sugerencia hecha por sus compañeros no era del todo adecuada en base a la preferencia general de los clientes que asisten a la cafetería, exponiéndose así

y siendo parte de las situaciones en las que antes no sabía como expresarse y de las cuales solía escapar.

Respecto a sus creencias irracionales, al interactuar más con sus compañeros de trabajo y poner en práctica las habilidades aprendidas, entendió que estas generalizaban de manera errónea a todas las personas y no eran del todo correctas, ya que si bien podría haber personas que fingieran interés, había otras que eran genuinas y que valía la pena conocer.

También comprendió que no expresarse no era la única forma de evitar posibles conflictos o “situaciones innecesarias”, sino que por el contrario tenía tener la capacidad de expresarse de manera apropiada y “asertiva” y tener el conocimiento y las herramientas para argumentar y defender sus opiniones o ideas de ser necesario.

Entre las principales limitaciones al momento de realizar el tratamiento se encuentra el cambio de sesiones presenciales a sesiones en línea, ya que se considera que se pudieron haber aprovechado mejor las técnicas y el tiempo de las sesiones de llevarse de forma presencial como se había estado realizando en las primeras cuatro semanas. Complementario a esto, la suspensión de clases ocasiono el dejar incompletos algunos aspectos como la práctica de las conductas y habilidades aprendidas en el contexto escolar, ambas limitaciones están relacionadas con la contingencia sanitaria por el COVID-19.

Con este trabajo se muestra la eficacia de las técnicas de intervención cognitiva-conductual del Entrenamiento en Habilidades Sociales. Se considera apropiado resaltar la importancia de ajustar los tratamientos a usar a las necesidades específicas del paciente y caso en cuestión para aumentar las probabilidades de éxito.

Referencias

Bueno, M., Durán, M., & Garrido, M. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología*. 31 (1) 85-91. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/301/287>

Díaz, M. (2011) Habilidades de comunicación para la vida cotidiana. Managua, Artes Gráficas, 73 p. Recuperado de: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16939/Manual%20de%20Habilidades%20sociales%20ISBN.pdf?sequence=1>

Gaeta, L., & Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 14 (2), 403-425. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>

García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. & Bados, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales: Barcelona. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO, document de treball. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/ENTRENAMIENTO%20EN%20ASERTIVIDAD%20Y%20HABILIDADES%20SOCIALES.pdf>

Herbert, J. Y Nelson-Gray, R. (1997). La Autoobservación. En G. Buela y J. Sierra (dirs.). *Manual de Evaluación Psicológica*. Madrid: Siglo XXI. (Cáp.16).

Puchol, L. (2010). *El libro de las habilidades directivas*. Díaz de Santos, S. A., Madrid.

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.

Tapia-Gutiérrez, C., & Cubo-Delgado, S. (2017). Habilidades sociales relevantes: percepciones de múltiples actores educativos. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 9 (19), 133-148.

Anexos

Anexo 1. Modelo secuencial integrativo.

MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO				
A	O	R	K	C
Antecedentes (Antecedentes funcionales)	Organismo	Respuestas (Conductas de interés)	Contingencias	Consecuencias
<p>EXTERNOS Donde: Escuela y trabajo. Cuando: En el momento en que tiene que iniciar una conversación, integrarse a una que ya esta en curso o bien dar su opinión respecto a algún tema o dar ideas para su trabajo o actividades escolares. Con quien: Compañeros de escuela y trabajo, personas desconocidas. Como: En el momento en el que se presenta alguna de las situaciones mencionadas o sabe que se presentará comienza a morderse las uñas o a jugar con sus manos, posteriormente tiene pensamientos "negativos", lo que provoca que le sea difícil hablar o expresarse, en este punto sus manos empiezan a sudar y en ocasiones se le corta la voz y aprieta sus puños hasta que no sale de la situación, cuando es algo que en verdad le molesta o la lastima le dan ganas de llorar.</p> <p>INTERNOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Cognitivos: "¿Y si a nadie le importa lo que dices?" "Y si dices algo malo" "Qué tal que no les 	<p>BIOLÓGICO / FISIOLÓGICO: Mujer de 19 años de edad sin ninguna discapacidad física ni enfermedad, tampoco esta bajo ningún tratamiento medico ni tiene adicciones. HABILIDADES PRESENCIA: Buena memoria Aprende muy rápido Paciente Creativa Habilidad para dibujar y tocar instrumentos. CARENCIA: Asertividad. Argumentación.</p> <p>PRÁCTICAS INDIVIDUALES SOCIALES CULTURALES: Sus días consisten en asistir a la escuela, el trabajo y apoyar en la óptica de su familia si tiene tiempo o necesitan su ayuda. Además esta aprendiendo a tocar piano y coreano por su parte a lo que le dedica una o dos horas diarias a cada actividad en la noche.</p> <p>Pertenece a un Fanclub de la banda que le gusta en la cual ayuda a traducir información de la misma, canciones, y contenido diverso, lo cual ocupa gran parte</p>	<p>Motora: Juega con las manos, se muerde las uñas, aprieta sus puños, juega con su cabello. Fisiológica: le sudan y tiemblan las manos, se le corta la voz, se forma un nudo en su garganta. Cognitiva: "No seas cobarde" "Deja de ser tan tímida" "Habla más fuerte" "Si no hablas nadie te va a tomar en cuenta"</p>	<p>Incrementan Ignora los comentarios y se retira del lugar. Sigue con lo que hayan acordado los demás. Finge que no le importan los comentarios y sigue como si nada.</p> <p>Depcrementan Cuando esta en compañía de sus amigas se siente en confianza y segura por lo que disminuyen sus malos pensamientos y comportamientos. Si tiene alguien en quien apoyarse o que sienta que pueda "defenderla / respaldarla" también disminuirán las conductas de interés.</p>	<p>Descontento con sus calificaciones y resultados de actividades escolares. Exclusión en la participación de las actividades de la escuela. Continuar perdiendo oportunidades en el ámbito escolar y laboral. No contar con apoyo fuera del de su familia en caso de ser necesario.</p> <p>EXTERNOS: Ser aislada por sus compañeros. No tener amigos. No hacer lo que en verdad quiere hacer.</p> <p>INTERNOS: Impotencia, frustración, cansancio, pena.</p>

agrada lo que dices”
“Qué pasa si...”

de su tiempo libre y es
su principal
distracción.

**ACONTECIMIENTOS
HISTORICOS**

Aunque siempre ha sido
alguien tímida y de
pocos amigos menciono
que antes solía ser un
poco más “platicadora y
amigable” pero tras
varias ocasiones en las
que personas
minimizaron e incluso
ignoraron el como se
sentía y lo que decía
comenzó a generarle
inseguridad sobre lo que
los demás pensarían de
ella si intentaba
hablarles por temor a
recibir la misma reacción
y prefirió continuar solo
con las amigas con las
que sabia que podía
contar y seguir con las
decisiones que los
demás tomaran aun
cuando ella no estuviera
completamente de
acuerdo.

VALORES:

Empatía
Respeto
Tolerancia
Honestidad

CREENCIAS:

No a todos les interesa
o importa lo que tienes
que decir solo fingien
que es así.

Las personas se
pueden molestar
fácilmente si las
contradices o
mencionas algo que
no es de su agrado por
lo que en ocasiones es
mejor seguir la
corriente o no decir
nada para evitar
situaciones
innecesarias.

Variable
Independiente
2

Variable
Independiente
4

Variable
dependiente
1

Variable
Independiente
5

Variable
Independiente
3

Anexo 2. Formato empleado para los autorregistros.

AUTORREGISTRO

El siguiente formato es para registrar la frecuencia (número de veces que ocurre al día) e intensidad (grado en que afecta en una escala del 1 al 10) de lo mencionado en cada una de las tablas, favor de registrar diariamente.

Número de semana: _____

	FRECUENCIA							INTENSIDAD						
	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
“Y si a nadie le importa lo que dices”														
“Y si dices algo malo”														
“Qué tal que no les agrada lo que dices”														

	FRECUENCIA						
	J	V	S	D	L	M	M
Jugar con las manos							
Morderse las uñas							
Sudoración de manos							
Apretar los puños							
Se corta la voz							