



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

*Psicoeducación con técnicas cognitivo-
conductuales para el entrenamiento en habilidades
de comunicación asertiva*
Estudio de caso

Reporte de práctica de servicio

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ARTURO YEDRA PEDROZA



Director: Lic.: Aleida Isela Rubiños Martínez
Vocal: Mtra.: María Soledad Olazo Pérez
Secretaria: Mtra.: Eva Norma Ortiz García

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, estado de México,

4 de junio de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en este Reporte de Práctica de Servicio está 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.

Muerte

Sensible, frágil y ligera, a veces,
nos da la posibilidad de intuir,
sentir y pensar que quizás:
podríamos estar vivos.

AYP

Dedicatoria:

A los positivistas que, con escepticismo, nos han hecho explorar el *mundo mecánico*,
y con ello, nos han afianzado la Fe.

Agradecimientos:

Miguel Yedra: Acto creador.

Antonia Pedroza: Valor de volar.

A ambos: El milagro, la VIDA.

A mi abuela Maximina: Fortaleza inquebrantable.

A mi esposa Lupita que, con firme dulzura, me ha posibilitado a transitar por misteriosos senderos.

Árbol del amor:

Alegría y música, compañeras en Diego.

Creatividad y profundidad espejo en Arturo.

A mis hermanos:

"Better Life" Bertha.

José Juan, sensibilidad.

Humberto, constancia.

Antonieta, el alma.

Mario, caleidoscopio.

¡Y... a todos juntos por tantas horas de juegos, peleas, reflexión y aprendizaje invaluable!

A mis amigos:

Edgar Villavicencio y familia, eterno agradecimiento.

David Chávez y Vero Carrillo, por apoyarme cuando más lo necesité.

Gerardo Barba, por su generosidad.

Carlos Elizalde, por su profundo sentido del humor.

Especial agradecimiento a Olivia Alba, por compartir su *ser con esplendor*.

Gilberto Pinzón, que ayudó a encontrar la luz de la *sombra*.

La doctora Areli Magaña, que contribuyó a sanar mi alma.

Ángeles Sánchez, por su protección y compañerismo incondicional en este maratón académico.

A Mary Zamudio, Edhesea Anaya y Miriam Semhan que me apoyaron sin reservas.

Al personal administrativo e intendente de la FES Iztacala, por ser héroes anónimos.

A Los tutores y maestros que me guiaron más allá de lo académico.

A la tutora Christian Sandoval Espinoza, por su guía en la práctica.

Al sínodo, que sin conocerme tomaron con amor este proyecto.

A la maestra María Soledad Olazo Pérez, por su conocimiento.

A mi directora de tesis: Aleida Isela Rubiños Martínez, por su franqueza.

...A los surrealistas, por dibujar sueños.

Resumen:

Desde el modelo de la perspectiva cognitivo-conductual se aborda un caso que ilustra el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento conductuales, de una persona cuyo tipo de comunicación es pasiva. Se detalla el análisis funcional y su relación con las estrategias de intervención, así como los elementos más relevantes de técnicas, como: asertividad, relajación, reestructuración cognitiva y manejo de contingencias, entre otras. El entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva es el eje de este trabajo y consistió en la evaluación de un análisis comparativo de los cambios en la conducta de la paciente en dos momentos básicos (antes y después), enmarcándose en un diseño experimental pre test y post test; para ello se utilizaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario de Rathus*, (León y Vargas 2009), Escala Multidimensional de *Asertividad de Lazarus* y *El Cuestionario de Asertividad de Antonio Núñez* (1973). Asimismo, como complemento se aplicó el Test Proyectivo: *Persona bajo la lluvia* y el Test de Inteligencia *de Dóminos*. (Anstey, 1995). La intervención tuvo una duración 10 sesiones de hora y media cada una y a través de indicadores concretos como: decir no sin sentir culpa, aceptar sentimientos propios y ajenos y por último el derecho a pedir lo que se desea, se midió la evolución de la intervención, para tal efecto se dotó al paciente de herramientas de habilidades de comunicación asertiva, por medio de entrenamiento, buscando una modificación del enfoque de vida.

Palabras clave: Asertividad, comunicación, cognitivo conductual, estrategias de afrontamiento y psicoeducación.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria:	3
Agradecimientos:	3
TABLA DE CONTENIDO	6
Tabla de Ilustraciones.....	8
Introducción	9
1. Marco teórico.....	12
1.1. Modelo Cognitivo Conductual.....	12
2. Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	15
2.1 Terapia Racional Emotiva (TRE)	15
2.2. Técnicas de Reforzamiento	17
2.3 Reestructuración Cognitiva	18
2.4. Técnicas de Respiración y Relajación	19
2.4.1. Modelos de Efectos de la Relajación	20
2.5. Entrenamiento en Solución de Problemas	21
2.6. Desensibilización Sistémica	24
2.7. Técnica de Modelado.....	26
2.8. El Entrenamiento en Habilidades Sociales	27
3. Asertividad.....	28
3.1 Características de la persona asertiva	29
3.2. Proceso para para ser asertivo	29
3.3 Derechos Asertivos	31
4 Informe de la Práctica	33
4.1. Antecedentes del problema.....	33
5. Objetivo de la práctica de servicio.....	35
6. Método.....	35
6.1 Diseño Pretest y Postest.....	35

6.2. Diseño de un grupo o individuo con pretest-postest	35
6.3 Amenazas.....	35
6.4. Técnicas o instrumentos de evaluación.	36
7. Análisis Funcional de la Conducta	39
7.1. Análisis del motivo de conducta.....	39
7.2. Descripción de conductas problema	41
7.3. Hipótesis	41
7.4. Objetivos terapéuticos	41
8. Procedimiento o tratamiento	42
9. Técnicas de intervención	46
10. Resultados	47
10.1 Autobiografía	47
10.2 Test de asertividad de Rathus	52
10.3 Test persona bajo la lluvia.....	54
10.4. Test Dóminos Inteligencia	55
10.5. Test de asertividad de Antonio Núñez	55
10.6. Test de asertividad de Rathus.	57
10.7. Test de asertividad de Lazarus.	58
11 Discusión y conclusiones	60
11.1 Discusión.....	60
11.2 Conclusiones	62
11.3 Competencias desarrolladas	63
11.4 Elementos significativos en el proceso de cambio	68
11.5. Consideraciones éticas y de responsabilidad social	70
11.5.1. <i>Estándares éticos y procedimientos de seguridad</i>	71
11.6. Limitaciones de la Práctica de Servicio.....	71

Referencias.....	73
Anexos.....	78

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Anexo 1 Resultados test Rathus, pre evaluación.....	78
Ilustración 2 Anexo 2 Hoja 1 test Lazarus (pre evaluación).....	79
Ilustración 3 Anexo 3 Hoja 2, Test Lazarus (pre evaluación).....	80
Ilustración 4 Anexo 4 Hoja 1 test de Antonio Núñez (preevaluación).....	81
Ilustración 5 Anexo 5 Hoja 2, test Antonio Núñez (preevaluación).....	82
Ilustración 6 Anexo 6 Test proyectivo (pre evaluación).....	86
Ilustración 7 Anexo 7 hoja 1, test dominos (pre evaluación).....	87
Ilustración 8 Anexo 8 Autorregistro (línea base).....	90
Ilustración 9 Anexo 9 Tests de personalidad bajo la lluvia (pre evaluación).....	91
Ilustración 10 Anexo 10 Hoja 1 test Rathus (post evaluación).....	92
Ilustración 11 Anexo 11 Hoja 2, test Rathus (post evaluación).....	93
Ilustración 12 Anexo 12 Hoja 3, test Rathus (post evaluación).....	94
Ilustración 13 Anexo 13 Hoja 1 test de Lazarus (post evaluación).....	95
Ilustración 14 Anexo 14 Hoja 2 Test Lazarus (post evaluación).....	96
Ilustración 15 Anexo 15 hoja 1 test Antonio Núñez (post evaluación).....	97
Ilustración 16 Anexo 16, Hoja 2, test Antonio Núñez(post evaluación).....	98
Ilustración 17 Anexo 17 Consentimiento informado.....	99

Introducción

El presente texto tiene por objetivo lograr el grado de licenciatura en Psicología, este trabajo documental es fundamental para dejar un testimonio expreso de que se han cumplido las metas trazadas inicialmente al inicio de esta empresa académica. Para tal efecto, se enfocó en una práctica de servicio realizada en octavo semestre, guiado de la tutora: Christian Sandoval Espinoza; en ese momento se tuvo el propósito de identificar un paciente que no tuviera adicciones o intentos suicidas, de tal forma, que se cumpliera con una triple intención, la primera, solventar la problemática de acuerdo al enfoque cognitivo conductual, la segunda, que al dotar al paciente de elementos prácticos, él mismo fuese capaz de encarar esa y otras circunstancias de orden psicológico en un futuro y la tercera que el psicólogo en formación, tuviese sentido de logro claro.

Así es, que en este estudio de caso, se detectó que la paciente tenía un tipo de comunicación pasiva, misma que no le permitía afrontar asertivamente los retos de su vida cotidiana; para tal efecto, abordamos factores fundamentales de la comunicación, como a continuación se describen: El hombre, como ser social, está en constante interacción con otras personas, puede observarse que no todos los individuos pueden relacionarse con los demás de manera adecuada, para que las relaciones fluyan positivamente destacan distintos factores como el carácter, el temperamento y la personalidad, mismos que son influenciados por el ambiente, contexto económico, cultura, creencias personales, familia, entre otros. Por ello, no todas las personas se conducen de manera apropiada cuando comunican ideas, conceptos y sentimientos. En este contexto la comunicación se convierte en una herramienta crucial para el logro de objetivos de la vida.

Además, tener relaciones interpersonales sólidas y flexibles es importante, ya que nos facultan a incrementar las probabilidades de poseer un equilibrado bienestar psicológico, y por ello, contar con mejores recursos psicoafectivos en diversas circunstancias. En ese sentido el *entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva*, pueden ser un recurso asequible y concreto para reafirmar la comunicación intra e interpersonal; para manifestar intenciones, deseos, pensamientos, sentimientos, emociones e intereses, también es útil para defender los derechos propios y al hacerlo no dañar la integridad de los demás, ni herir sus sentimientos.

En este sentido, Caballo (1993, p.19) sostiene que la asertividad:

- 1) Es una característica de la conducta, no de la persona.
- 2) Es una característica específica a la persona y a la situación, no es universal.
- 3) Debe contemplarse en el contexto cultural de un individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- 4) Está basada en la capacidad de un individuo de elegir libremente su accionar.
- 5) Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina. Es característico en las personas asertivas que suelen defenderse bien en sus relaciones interpersonales.

Cabe señalar que los seres humanos tenemos la posibilidad de lograr ser más asertivos, puesto que es una habilidad, en consecuencia se puede desarrollar a través del tiempo de manera natural, o con una guía psicopedagógica adecuada, o por el contrario, de no trabajar en desarrollarla, se puede convertir en una limitación que se acrecentará en la etapa adulta; se observan conductas poco asertivas, por ejemplo: cuando una persona se queda callada ante una situación que puede llegar a pasar y que considera injusta, por encima de la propia dignidad, o cuando disiente de las ideas de otros y no es capaz de expresar clara y oportunamente su pensar

o sentir, lo que a la larga, puede afectar de alguna manera su estado de salud. En contraparte aquellas personas que muestran más conductas asertivas pueden contribuir a presentar mejores estados de salud física, emocional y psicológica.

Por lo antes mencionado, en este manuscrito recepcional, se orientará describir el proceso de entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva, para tal efecto, se partirá del marco conceptual en los conceptos del Modelo Cognitivo Conductual (MCC), sus fases y técnicas como los tipos de respiración, funciones y fases del modelado, asimismo se revisará el Entrenamiento en Habilidades Sociales; enseguida, el concepto de asertividad y las características de la persona asertiva y el proceso para lograr ser asertivo. también abordará el concepto de bienestar psicológico y los enfoques. Posteriormente se revisará el informe de la práctica, por tanto, se señala el aspecto metodológico, guiado por un diseño experimental pre test y post test, asimismo se realizó un análisis funcional de la conducta, para finalizar se redactaron los resultados obtenidos en la intervención.

1. Marco teórico

1.1. Modelo Cognitivo Conductual

El Modelo Cognitivo Conductual (MCC) se apoya en cuatro pilares teóricos básicos los cuales son los del aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. Es un modelo de tratamiento psicoeducativo y una forma de interacción psicoterapéutica a corto plazo que busca ser activo, directivo, estructurado y dinámico (Arturo, 2004) y busca tomar en cuenta tres cosas que el ser humano hace de forma constante y natural como es “el hacer, pensar y sentir” (Mahoney, 1991). Está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen el estado de ánimo, para tener un mayor control sobre los sentimientos.

El MCC es un auxiliar de los tratamientos de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales, por otras más adaptativas para combatir sus problemas. Este modelo está conformado por un grupo de intervenciones que se ponen en práctica luego de una exhaustiva evaluación de las características biopsicosociales del paciente, y que tiene en cuenta el visto bueno, compromiso y colaboración de éste y sus allegados.

Ahora bien, el MCC es estructurado, activo y centrado en el problema, los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas. En primera instancia se guía inicialmente a los individuos a monitorear y a reconocer los pensamientos automáticos,

averiguar cómo estos pensamientos dan lugar a pensamientos conductas y sensaciones somáticas desagradables e inadecuadas. Luego, se ilustra a los pacientes acerca de cómo examinar la exactitud y la utilidad de dichos pensamientos, a ponerlos a prueba empíricamente, a arriesgarse para encontrar un nuevo tipo de refuerzo y a generar cogniciones más equilibradas y adaptativas; además de aprender a modificar estas cogniciones distorsionadas se exhorta a los pacientes a caracterizar y modificar creencias centrales e intermedias, que son la base de esos pensamientos automáticos.

El caso presentado en este trabajo está matizado por varias cogniciones distorsionadas, así como por emociones asociadas a estos pensamientos como el hecho de que “Si me niego a su petición, pensarán que soy una mala persona” “Si reclamo voy a hacer sentir mal, a la otra persona, y no tiene caso”; por ello se consideró al MCC como el enfoque más indicado para promover cambios significativos.

1.1.1. Fases de una Terapia Cognitivo-conductual (TCC)

En todo tipo de terapia se necesita llevar un orden en el desarrollo terapéutico de un paciente, y la terapia cognitivo conductual no es la excepción; algunas de estas fases a seguir que son de gran importancia, y las cuales se ocuparon en la presente investigación son los siguientes: evaluación, intervención y seguimiento. A continuación, se comentan brevemente estas fases:

En la primera fase de evaluación se plantean entrevistas, cuestionarios, juegos y aplicación de test, entre otras actividades; que se consideraron de importancia, tanto para desarrollar un buen rapport con el paciente dentro de la terapia, como para la obtención de datos y

características importantes, que pueden ser útiles para desarrollar un mejor plan de trabajo (punto de partida) y así obtener mejores resultados.

En la segunda fase de intervención se realizan objetivos de trabajo y se utilizan técnicas terapéuticas que se aplican entre sesión y sesión de la terapia, con el fin de lograr una mejoría o un cambio en el paciente y alcanzar los objetivos planteados con anterioridad.

En la tercera fase de seguimiento, cuando se han alcanzado los objetivos planteados anteriormente y se ha observado una mejoría o un cambio en el paciente; se hacen los mismos test aplicados al inicio con el fin de realizar la comparación de los cambios experimentados en las variables a medir, se hace sesiones de seguimiento para evaluar el mantenimiento de los cambios y así hacer los ajustes que sean necesarios. LA (TCC) trata de que en esas tres fases terapéuticas, el paciente pueda modificar el pensamiento, ya que según esta teoría, no son las cosas que nos pasan las que nos hacen sentir mal, sino la interpretación que hacemos de las cosas que nos pasan; por lo cual este tipo de terapia busca que el paciente aprenda a identificar los pensamientos que están generando sufrimiento, celos, enojo, entre otras, para que luego de identificarlas hacer que éste descubra las creencias irracionales, falsas o incorrectas de estos pensamientos, para luego sustituirlos, por pensamientos que, sean más adecuados y ajustados a la realidad, y así poder acceder a la modificación conductual. También según lo requiera el caso, se puede utilizar técnicas de relajación, las cuales ayudan, a que el paciente pueda controlar sus impulsos y contribuir a generar paz interna. (Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists, 2007).

2. Técnicas Cognitivo-Conductuales

Las técnicas terapéuticas o recursos que se utilizan en la terapia cognitivo conductual no son rígidas, sino más bien son personalizadas; dependiendo de la situación de cada paciente y de la edad de éste; sin embargo, sea de una u otra forma es necesario y de vital importancia que el paciente y los involucrados (padres, hermanos etc.) se sientan a gusto en el desarrollo de la terapia, y que, brinden su colaboración y compromiso para conseguir resultados satisfactorios. Algunas de las técnicas terapéuticas que se tomaron como base en la presente intervención para el desarrollo de una terapia cognitiva conductual son las siguientes: (En orden de aplicación)

2.1 Terapia Racional Emotiva (TRE)

Su creador (A. Ellis en 1955) menciona que en el funcionamiento humano existen tres aspectos psicológicos principales los cuales son el pensamiento, sentimiento y conducta. Estos tres aspectos están interrelacionados de modo que los cambios en uno puedan cambiar en otro. En esta técnica, el pensamiento es el principal determinante de las emociones por lo cual hay que identificar el pensamiento deformado que el paciente posee para luego modificarlo; para lograr esto se puede ocupar la técnica de ABC, misma que se explica como el ABC propuesto por Albert Ellis, en 1960 dentro de la TRE.

Según Caballo (1991), la TRE presenta las siguientes caracterizaciones del análisis psicológico, y por lo tanto de la intervención clínica:

La letra (A): representa todos los acontecimientos de la vida que están relacionados con determinadas consecuencias emocionales y conductuales que definen un problema o trastorno psicológico.

La letra (B): representa al sistema de creencias, las imágenes y los pensamientos que se tienen sobre los acontecimientos y demás circunstancias de la vida incluyendo el contenido del sistema cognitivo.

La letra (C): representa la consecuencia o reacción producidas por (A) y (B) las cuales pueden ser de tipo emotivas, conductuales o mixtas. De acuerdo con este esquema, el análisis psicológico o evaluación conductual empieza por determinar el problema en términos conductuales (lo que se hace o deja de hacer) y de las reacciones emocionales. En todo caso, el terapeuta trata de relacionar estos problemas con acontecimientos y circunstancias actuales y pasadas de la vida del paciente (situaciones angustiosas, de ansiedad, pérdida de algo significativo, fracaso, rechazo). Sin embargo, el principal interés, y la mayor dificultad, está en identificar las creencias y pensamientos derivados de estos posibles antecedentes y, en definitiva, resultantes en las consecuencias A: Acontecimiento activado (situaciones) B: Sistema de creencias (pensamiento) C: Consecuencias (emociones, conductas) problemáticas en cuestión. El proceso de acuerdo, con este esquema supone una relación colaboradora entre el terapeuta y el paciente.

2.2. Técnicas de Reforzamiento

Los refuerzos son las consecuencias específicas de una respuesta que hace que ésta aumente su frecuencia, intensidad o su duración y existen dos tipos de refuerzo el positivo y el negativo.

A) Reforzamiento Positivo

Thorndike formalizó la *Ley del efecto*, la cual afirmaba que, si a un estímulo lo sigue una respuesta y luego un estado placentero, se fortalecerá la conexión estímulo respuesta. Más tarde (B.F. Skinner en 1938) denominó a este estado placentero como reforzador positivo.

El reforzamiento positivo es una forma de aprendizaje que ocupa el condicionamiento operante para la ejecución y desarrollo de nuevas conductas en función de su consecuencia. Este reforzamiento positivo es cualquier estímulo, premio o consecuencia que incremente la probabilidad de que la respuesta o conducta deseada se repita o vuelva a ocurrir. Es el aumento en la frecuencia de una conducta cuando se presenta un evento favorable inmediatamente después de esa conducta, buscando motivar al sujeto de alguna manera. Uno de los métodos donde se puede ocupar el reforzamiento positivo, y el cual, es muy eficaz para la modificación de la conducta, es la economía de fichas, misma que se explica más adelante.

B) Reforzamiento Negativo

Esta técnica consiste en incrementar la frecuencia de una acción deseable, eliminando algo, que resulta molesto al sujeto, siempre que obre correctamente. Como medio para llevar a cabo el refuerzo negativo se encuentra entre otros, quitar o suprimir alguna cosa que le resulte desagradable, ruidos molestos, olores desagradables; entre otros.

2.3 Reestructuración Cognitiva

Es una técnica con base en nuestros pensamientos, mediante la misma, se enseña a las personas a cambiar aquellos pensamientos desadaptativos por otros que nos ayuden a no sufrir tanto. Así pues, la Reestructuración Cognitiva (RC) es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de un psicólogo. Si cambiamos determinados pensamientos, cambiaremos las emociones asociadas a éstos, con lo cual nos sentiremos mejor y está basada en tres postulados.

La forma en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan, así como en las reacciones físicas que tienen. Se pueden identificar los pensamientos de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistro.

El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores (p.ej. Ellis, 1979). Las tres letras se refieren a lo siguiente:

“A” se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real.

“B” se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación. Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información.

Dentro del contenido, se han distinguido los siguientes tipos de cogniciones (Beck, 2005; Beck y Emery con Greenberg, 1985; Edelman, 1992; Rouf et al., 2004): RC - 4 - Productos

cognitivos. Son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de auto verbalizaciones o imágenes y, que muchas veces, son automáticos e involuntarios. resultado de la interacción entre los supuestos y creencias cognitivos (véase más abajo), los procesos cognitivos y los elementos situacionales. Este tipo de cogniciones son de más fácil acceso. Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas y actitudes. Los supuestos condicionales están a medio camino entre los productos cognitivos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Creencias nucleares. Se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo y de los otros.

Finalmente “C” se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta sobre una cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.

2.4. Técnicas de Respiración y Relajación

De acuerdo con Grau E., Fuste A. y Bados A. La relajación es la técnica más utilizada en intervenciones psicológicas, y son muy pocos los problemas donde no se puede usar. Dentro del ámbito de la TCC, son dos los procedimientos estructurados que han cobrado mayor relevancia: el Entrenamiento en Relajación Progresiva y el Entrenamiento en Relajación Autógena.

Fundamentación teórica. - Los cambios debido a la relajación están mediados por su influencia en el equilibrio de las dos ramas del Sistema Nervioso Autónomo (SNA): la rama simpática (funciones de alerta, temperatura, ritmo cardiaco, respiratorio, circulación de la sangre), y la del Sistema Nervioso Parasimpático (SNP) que regula funciones de ahorro y reposo. Algunos de los efectos de la relajación son: disminución de la presión arterial parcial de O₂ y aumento de la de CO₂, aumento de serotonina, disminución de adrenalina y noradrenalina, disminución de colesterol y ácidos grasos en plasma. (Pp. 9 y 10)

2.4.1. Modelos de Efectos de la Relajación

De acuerdo con el modelo propuesto por Benson (1975), la relajación produciría una respuesta única de desactivación de la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que es responsable de los efectos de esta técnica. Por otro lado, el modelo integrativo de la respuesta de relajación (Schwartz) plantea dos efectos, uno específico y otro general de reducción de la respuesta ante el estrés. Ahora bien, para elegir la técnica de relajación es útil distinguir los efectos cognitivos, fisiológicos y somáticos de cada procedimiento (el entrenamiento autógeno está indicado en problemas vasculares, Raynaud y cefaleas migrañosas). Se recomiendan las siguientes consideraciones generales para aplicar las técnicas de relajación:

En algunos trastornos como la hipocondría, la agorafobia, o sensaciones físicas intensas, la relajación pone en contacto al paciente con sus sensaciones internas, produciéndole una reactividad fisiológica aún mayor. En estos casos la relajación será más progresiva, con un proceso más o menos largo de habituación. Ahora bien, durante el entrenamiento en relajación

es frecuente que se den calambres musculares, espasmos, sensación de mareo, etc. Se debe informar al paciente sobre esta posibilidad.

2.4.1.1. El Control de la Respiración

De acuerdo con Benson 1975. La respiración es un proceso con las siguientes fases: a) inspiración, b) pausa inspiratoria, donde se produce el intercambio gaseoso (entra O₂ y sale CO₂), c) espiración, donde el CO₂ penetra en los alvéolos y es expulsado, y d) pausa espiratoria, reposo de los pulmones. Un patrón respiratorio adecuado produce en estado de reposo un aumento del control parasimpático (mayor nivel de CO₂ en sangre). El control respiratorio modula voluntariamente la acción del SNA e incrementa el tono vagal reduciendo la sobre activación simpática.

Los tipos de respiración De acuerdo con Benson, 1975 son:

Respiración costal. La respiración costal superior o clavicular es el patrón respiratorio más superficial, el más frecuente, a la vez que el menos saludable. El aire se concentra en la parte superior de la caja torácica y el diafragma permanece con baja actividad.

Respiración diafragmática. Gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El tipo de respiración fisiológicamente más adecuado.

Respiración abdominal. El tórax permanece inmóvil y es el abdomen el que demuestra una extraordinaria movilidad.

2.5. Entrenamiento en Solución de Problemas

Labrador f., (2000) cap. 13, nos explica, que el Entrenamiento en Solución de Problemas (SP) es una intervención cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas (experiencias estresantes de la vida) y poner en marcha opciones de

afrontamiento más eficientes, por ello en el proceso, los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas, generando actitudes y destrezas, por tanto, más que representar una estrategia concreta de afrontamiento, se refiere a una meta como proceso de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos estresantes, asume que la sintomatología psicopatológica puede entenderse como la consecuencia negativa de un afrontamiento ineficaz o no adaptativo. La presencia de un afrontamiento activo puede hacer una diferencia notable a la hora de enfrentarse a problemas médicos crónicos.

El concepto de SP se refiere al proceso de solución de problemas tal y como ocurre en el contexto social (proceso de aprendizaje, estrategia de afrontamiento y método de autocontrol).

La solución de problemas sociales se define como un proceso cognitivo-conductual autodirigido mediante el que un individuo intenta identificar soluciones efectivas para problemas específicos (actividad consciente y racional que exige esfuerzo). El objetivo es mejorar una situación problemática o reducir el estado emocional negativo generado por la situación. Es un meta proceso de comprensión que trata con todo tipo de problemas: impersonales (financieros), intrapersonales (ideación suicida) o interpersonales. Un problema se define como un desequilibrio o falta de balance entra las demandas de adaptación y la disponibilidad de recursos o respuestas efectivas de afrontamiento. Los obstáculos para la puesta en marcha de una respuesta efectiva pueden deberse a la novedad de la demanda, la ambigüedad, la imposibilidad de predecir un resultado, demandas que entran en conflicto, déficit de habilidades o carencia de recursos. Un problema puede ser un hecho aislado, hechos similares que se repiten, o una situación crónica. Caballo V. (2007) Facultad de Psicología (2018)

Una solución es una respuesta específica que es el resultado del proceso de solución de problemas. Una solución efectiva es aquella que consigue el objetivo del SP maximizando las consecuencias positivas y minimizando las negativas.

La puesta en práctica de la solución no debe ser confundida con el proceso de solución de problemas. La SP se refiere al proceso de describir soluciones, la implementación de la solución (puesta en práctica) se refiere sólo a llevar a cabo la solución. La SP y la puesta en práctica no siempre correlacionan. Es frecuentemente necesario en la terapia de solución de problemas el entrenamiento en habilidades de solución de problemas, junto con el entrenamiento de habilidades sociales o conductuales.

El concepto de competencia social es un constructo integrativo que se refiere a la habilidad para generar y coordinar respuestas adaptativas y flexibles en el afrontamiento de situaciones sociales. Este concepto tiene una clara referencia conductual, primando las habilidades y destrezas que el individuo ponga en marcha por encima de otras definiciones que tienen en cuenta la construcción de la identidad social. La competencia social es aquí tal y como la definió Sócrates.

La SP cuenta con un proceso sistematizado que se adapta al paciente, es una terapia de carácter breve, entre cuatro y doce sesiones de tratamiento, focalizada en aspectos muy concretos y de carácter directivo. El proceso de intervención incluye la psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas interactivos, tareas entre sesiones, etc. La terapia puede realizarse individualmente, o en grupo, o pareja, administrarse a través de Internet, o sea un complemento a otras terapias (la SP es flexible).

2.6. Desensibilización Sistemática

Las técnicas de exposición proceden del procedimiento desarrollado por Wolpe denominado Desensibilización Sistemática (DS) primera Técnica de Exposición en (TC) primera generación. La técnica consiste en inducir al sujeto una respuesta de relajación mientras se le expone en imaginación a una jerarquía de estímulos que incrementan su intensidad. Cabe señalar que se han cuestionado algunos de los principios básicos como la necesidad de inducir la relajación, pero su efectividad está fuera de toda duda. (Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, 2016).

Acercas de los fundamentos teóricos de la DS concebida por Wolpe está basada en el condicionamiento clásico, dando lugar a que la presentación de un estímulo ansiogénico (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Esta forma de revertir el condicionamiento clásico fue denominada contra condicionamiento por inhibición recíproca (no pueden darse dos estados fisiológicos incompatibles). La idea básica de la DS es que la respuesta de miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad (inhibición recíproca), tradicionalmente la respuesta de relajación, dando lugar al debilitamiento de la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad que provoca (inhibición recíproca).

Ayala Zavala Perla, en su Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales refiere que: las aseveraciones de Wolpe sobre el papel del sistema nervioso simpático y parasimpático en la eliminación de la ansiedad, donde la Desensibilización Sistemática, concebida por Wolpe, está basada en el condicionamiento clásico, dando lugar a que la presentación de un

estímulo ansiógeno (EC) cuando no puede producirse la respuesta de ansiedad (RC) facilitaría la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Esta forma de revertir el condicionamiento clásico fue denominada contra condicionamiento por inhibición recíproca (no puede darse dos estados fisiológicos incompatibles) han mostrado ser erróneas, ya que, la relajación no funciona como un mecanismo inhibitorio, sino que permite que el paciente se mantenga en contacto con el estímulo temido más tiempo, lo que da lugar a la extinción. La relajación no es un elemento esencial, sino que facilita la permanencia del individuo y reduce el malestar. El índice de abandono debido al malestar es similar en la DS y en la terapia de exposición. (Rev. electrónica de estudiantes Esc. de Psicología, 2016), posteriormente se consideraron los aspectos cognitivos, autoobservación de mejoría por el cliente y creación de expectativas.

Ahora bien, las condiciones de aplicación de la DS son las siguientes:

Dicha terapia está orientada por ejemplo a: Miedos fóbicos (fobia específica y problemas de ansiedad) en aquellos casos en que existe un estímulo condicionado de ansiedad. La elección de la DS como técnica de tratamiento deberá tener en cuenta que es más eficaz en fobias que en problemas de ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia o TOC; será más exitosa cuando el problema no se deba a un déficit de habilidades que esté siendo el problema de ansiedad, sin haber estudiado suficiente da lugar a una demanda que excede los recursos (DS no indicada), si se ha estudiado y se siente ansiedad por los exámenes entonces si está indicada la DS). Los problemas fóbicos no deben estar sustentados por las creencias del paciente, es decir, tiene que saber que su ansiedad es irracional y saber a la situación que se expone. Si es un problema de creencias es necesario un trabajo previo psico educativo y de reestructuración cognitiva para eliminar dichas creencias.

2.7. Técnica de Modelado

De acuerdo con Bandura (1987) en el aprendizaje observacional están implicados cuatro procesos básicos: a) atención, b) retención, c) reproducción y d) motivación. En este sentido:

Atención: En este proceso atencional de la conducta influyen varios factores. Uno de ellos es la relevancia para el observador de la conducta que se desea modelar. A mayor complejidad de la conducta a observar, mayor dificultad de observarla. La prevalencia y el valor funcional influyen en la atención. (Existen valencias positivas y negativas) y también son un factor en el proceso atencional.

Retención: Para que se produzca el aprendizaje vicario de la conducta del modelo es necesario que el observador tenga capacidad de codificar simbólicamente la información relevante para la adquisición y posterior ejecución. La representación verbal y en la imaginación se ha de complementar con la práctica cognitiva y motora de la conducta del modelo para que el proceso de retención se lleve a cabo correctamente.

Reproducción: Es necesario que el observador tenga la capacidad de atender, retener, almacenar, recuperar y fundamentalmente reproducir la información relevante de la conducta a realizar.

Motivación: Es necesario que a la conducta del modelo le sigan unas consecuencias, bien reforzamiento directo o vicario o auto refuerzo o extinción.

Ahora bien, el modelado tiene cinco funciones que son: Aprender nuevas conductas; Promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo; Incitar conductas; Motivar y finalmente Modificar la valencia emocional.

Con relación a los factores que influyen en el modelado serían: Características del modelo; Factores relacionados con las características del modelo que pueden influir en el aprendizaje observacional como la similaridad con el observador, valor afectivo para el observador, eficacia al realizar la conducta, características del observador, capacidades cognitivas y atencionales no deterioradas, nivel de ansiedad que no interfiera la capacidad atencional y de retención, nivel de competencia y habilidades que permitan iniciar o incrementar la conductas que se desea aprender o imitar.

2.8. El Entrenamiento en Habilidades Sociales

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) es un tratamiento cognitivo conductual para mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales. El déficit en habilidades sociales está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación (problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia, depresión, ansiedad social, o problemas de pareja). Es un procedimiento ampliamente utilizado y que incide directamente en muchos ámbitos de la vida de las personas.

En los años 50 surge el EHS como procedimiento ligado a la TCC. Salter, A- (1949) sugiere que las personas con problemas de relaciones sociales pueden tener un predominio de procesos inhibitorios que explicarían el déficit de expresión emocional. Propone una técnica de role-playing, para hablar de uno mismo, defender opiniones contrarias, etc. Wolpe publica "psicoterapia por inhibición recíproca" utilizando por primera vez el término asertividad y la inhibición de la ansiedad en las relaciones.

3. Asertividad

Riso (2008) refiere que la asertividad es la capacidad de defender y ejercer derechos personales sin traspasar los ajenos. La persona asertiva es idónea para defender los derechos personales y asimismo expresar desacuerdos, dar una opinión inversa y expresar sentimientos negativos, evita manipular y dejarse manipular por los derechos de los demás. La asertividad refleja el estilo de comunicación que se utiliza con las personas con quien se tenga determinado grado de relación, por lo que es sumamente importante en jóvenes por considerarse esta como uno de los pilares para que las relaciones sean satisfactorias. Hare (2003) refiere que la asertividad no es un rasgo del carácter que posea una persona cuando nace y desde la concepción la haya adquirido o no. Debe definirse como la habilidad que un individuo tiene para poder comunicarse y por tanto puede ser aprendida durante su crecimiento y desarrollo. El ser humano debe diferenciar lo que es asertividad con la no afirmación y agresividad.

En los conceptos anteriormente mencionados el ser humano puede reflejarse en sus relaciones con distintos sujetos, ya que su manera de actuar denota debilidad para expresar ideas, sentimientos u objeciones, o contrariamente mostrar actitudes duras, los individuos no serán al cien por ciento de una manera u otra, ni totalmente asertivos, si así lo han decidido aun cuando la decisión sea tomada inconscientemente. Por su parte, García (2010) define la Asertividad como la habilidad de expresar deseos de una manera abierta, directa, amable, franca y adecuada, al lograr decir lo que se quiere sin atentar contra los demás.

La asertividad es saber pedir, negar, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, al respetar los derechos del otro y expresar sentimientos de forma clara, a su vez consiste en recibir y hacer cumplidos, el elemento básico es perder la ansiedad y el miedo hasta el punto

de que dificulta o impiden expresar los sentimientos, algunos aspectos que pueden contribuir a la pérdida de la ansiedad o miedo que los individuos puedan experimentar al momento de relacionarse con otros.

3.1 Características de la persona asertiva

Castanyer (2000) expone que las personas asertivas conocen los propios derechos y los defienden, respetan a los demás, es decir no van a ganar sino a llegar a un acuerdo, así, las características de una persona asertiva son: De acuerdo con Laura; Galvanovskis Kasparane, Agris: en su artículo asertividad de un análisis teórico empírico.

Comportamiento externo: el cual incluye aspectos como habla fluida, mantener una relajación corporal, comodidad en la postura.

Patrones de pensamiento: el individuo conoce y cree en los derechos para sí y para los demás, sus convicciones son en su mayoría “racionales” es decir que tienen lógica, coherencia y no se apartan de la realidad objetiva en la cual los beneficios no son individuales sino colectivos, en la producción del pensamiento no se percibe como víctima de las circunstancias.

Sentimientos y emociones: los sujetos poseen buena autoestima apreciándose a sí mismos como personas que tienen valor y merecen ser apreciados por otros como tales, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, saben respetarse a sí mismos y a los demás, tienen sensación del control emocional.

3.2. Proceso para para ser asertivo

Schuler (2012) menciona que el asertividad es encontrar el punto en que se quiere decir algo, valorar previamente si es oportuno o no y buscar la forma adecuada para expresarlo,

además verbalizar sentimientos propios y tener la capacidad de crear espacios adecuados para poder escuchar al otro. Así pues, puede manejarse como una competencia por trabajar y aprovechar las situaciones que brinda la vida día a día y asimismo descubrir y aplicar estrategias y procedimientos desarrollados para entrenarla.

Por otro lado, Riso (2008) argumenta dos beneficios específicos: Fortalece el amor propio y la dignidad, “Para exigir respeto debe existir auto respeto”, una consideración personal de ser particularmente valioso, la persona debe quererse y tener reconocimiento de que se es merecedor de lo mejor. Existen ocasiones en que es imposible producir un cambio en el entorno, entonces el comportamiento asertivo se dirige a la emoción y no al problema, la expresión del sentimiento de insatisfacción o de ira es beneficiosa para la autoestima. La conducta asertiva no necesariamente debe generar un cambio en los demás, la sola expresión propia de la emoción ya es importante en sí misma.

Castanyer (2000) argumenta que asertividad representa un camino hacia la autoestima y la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, la persona que posee una autoestima alta podrá relacionarse con los demás, reconoce a los que son mejores sin sentirse inferior o superior a otro. Por último también debe considerarse que la conducta asertiva puede ser elegida, es decir, que aunque se cuente con la información sobre que es asertividad puede decidirse entre la manera en que se desea adoptar una conducta, y discernir la situación para comportarse de la manera deseada, ya que el ser asertivo, es un comportamiento que se adquiere gradualmente, en cada situación de la vida probablemente hayan ocasiones en las que se piense de la siguiente manera: si hubiera hecho, si hubiera dicho tal cosa o simplemente se hubiese quedado con la sensación de insatisfacción, influencia de la asertividad en la salud.

Alberti y Emmons (2006) refieren que si las personas logran ser asertivas tendrán la habilidad de controlar estados emocionales, ansiedad o reacciones negativas en el momento de relacionarse con otras personas. Científicamente se ha demostrado que es posible disminuir el estrés e incrementar la autoestima, resultado que se logra si se promueve la habilidad de exteriorizar y darle valor a lo que la persona cree, además de actuar por dirección propia aun cuando esto implique ser o no ser asertivo.

Retomando la ideas planteadas por los anteriores autores se concluye que, si se desea contrarrestar los síntomas debe entrenarse para ser una persona asertiva, puesto que el poner esta habilidad en práctica evitará síntomas que deterioren la salud de manera que reflejará y vivirá físicamente con mayor salud, psicológicamente poseerá mayor seguridad en sí mismo, y por tanto, será catalogado como apto en distintas tareas, tendrá la capacidad para manifestar la espontaneidad para comunicar mensajes de manera que tiene probabilidad incluso de ser admirado por quienes le rodean.

3.3 Derechos Asertivos

¿Qué son los Derechos Asertivos? De acuerdo con Manuel J. Smith en su libro “Cuando digo que no, me siento culpable”

Son unos derechos no escritos, que todos poseemos, pero que muchas veces olvidamos a costa de nuestra autoestima. No sirven para “pisar” al otro, pero sí para considerarnos a la misma altura que todos los demás. Te presentamos la lista de los principales derechos asertivos que todos poseemos. Si te los lees, seguramente pensarás: “ya, claro, eso ya lo sabía yo”, pero párate a reflexionar un momento. ¿Realmente haces uso de tus derechos, te acuerdas de ellos en momentos puntuales?

Derechos asertivos básicos:

01. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
02. El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
03. El derecho a ser escuchado y tomado en serio.
04. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
05. El derecho a decir "NO" sin sentir culpa.
06. El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta de que también mi interlocutor tiene derecho a decir "NO".
07. El derecho a cambiar.
08. El derecho a cometer errores.
09. El derecho a pedir información y ser informado.
10. El derecho a obtener aquello por lo que pagué.
11. El derecho a decidir no ser asertivo.
12. El derecho a ser independiente.
13. El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
14. El derecho a tener éxito.
15. El derecho a gozar y disfrutar.
16. El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
17. El derecho a superarme, aun superando a los demás.

4 Informe de la Práctica

Demanda del usuario y antecedentes del problema

La usuaria que será denominada "O" manifiesta asistir a terapia ya que no puede poner límites, ni decir no a las personas cercanas, manifiesta dedicar su tiempo a los demás y estar presionada por la cantidad de compromisos que tiene, en su mayoría no son su responsabilidad directa.

4.1. Antecedentes del problema.

Sobre la estructura familiar de la paciente:

"La paciente O" Vive con su esposo de 52 años, con ocupación botones de un hotel, él dejó la secundaria inconclusa. Ella manifiesta que su relación con él no es buena, a decir de lo que comenta, recibe poco apoyo de su parte, sin embargo, también define la relación marital como cordial. Su hija, la mayor tiene 23 años, es estudiante de nivel superior. Su hija mediana tiene 19 años, trabaja y estudia una licenciatura, su relación con ella es buena. Su hijo más pequeño de 12 años está diagnosticado con parálisis cerebral severa.

Con relación a sus hábitos de vida y formas de interacción nuclear, se identificó que:

"La paciente O" se alimenta deficientemente con predominio de grasas e hidratos de carbono simples, ella está consciente del daño, pero lo minimiza o ignora. Duerme poco, intermitentemente y mal, aproximadamente 6 horas, los fines de semana duerme menos, ya que va por sus hijas al trabajo por la noche. Las hijas dependen de ella de manera sistemática. El hijo por su condición requiere una atención ininterrumpida. Su esposo, es solvente, pero poco solidario.

Otro factor que no contribuye a su bienestar es que se ha convertido en una persona sedentaria, sin embargo, en algunos momentos de su vida ha practicado deportes, pero por ahora solo tiene como pasatiempo tejer.

La paciente se considera entusiasta, analítica, responsable, pero le cuesta trabajo delimitar los aspectos que no son su responsabilidad directa. Incluso se descuida ya sea en tiempo o recursos financieros por apoyar a otras personas, como a sus hermanos, cuñadas y primos; esto factor también se manifiesta en el trabajo, ya que, no delega, suficientes actividades a sus subalternos.

Acercas de los antecedentes patológicos y psicopatológicos se obtuvo la siguiente información:

Refiere no cuidar su alimentación y tiene algunos problemas de movilidad por sobrepeso, además tiene, ideas irracionales, radicadas en como la percibirán las personas de su familia, si no colabora en actividades o realiza los favores que le piden.

Finalmente, en cuanto a eventos traumáticos mencionó que se ve a sí misma como una persona, con demasiada responsabilidad familiar, y que no cuenta, con suficiente apoyo de su esposo, manifiesta que el nacimiento de su hijo con parálisis fue algo que la marcó de diversas formas.

5. Objetivo de la práctica de servicio

De acuerdo con los datos pretest, y una vez que se analizó la información, se planteó el siguiente objetivo a alcanzar en la práctica de servicio:

Dotar al paciente de una serie de habilidades que le permitan expresar y recibir de forma adecuada las ideas, solicitudes y sentimientos, que la faculten para comunicarse de manera asertiva.

6. Método

6.1 Diseño Pretest y Posttest

Para medir los resultados se optó por un diseño Pretest – Posttest, pues este diseño permite comparar el mismo grupo antes y después de la modificación de las variables (Hernández, et. al, 2014).

6.2. Diseño de un grupo o individuo con pretest-postest

En este diseño de investigación se utiliza un solo grupo o individuo al cual se le aplica un pretest, luego se procede a la intervención y finalmente se analizan los resultados de la aplicación a través de un posttest. Ambos instrumentos tanto el pretest como el posttest son los mismos, pero aplicados en momentos diferentes.

6.3 Amenazas

Este tipo de estudio presenta tres amenazas a la validez interna las cuales son la historia la cual es la más seria al no existir un grupo de comparación, el pretest y la maduración. Mientras que las posibles amenazas a la validez interna son la selección, la

regresión estadística, la instrumentación, la maduración, los efectos del experimentador, las repeticiones del tratamiento y los efectos del sujeto. Sin embargo, a este tipo de estudio no aplica la difusión del tratamiento como amenaza a la validez interna. Este tipo de diseño permite al investigador obtener una medida de cambio; sin embargo, su diseño permite que entre variables intervinientes que presentan hipótesis alternativas verosímiles.

6.4. Técnicas o instrumentos de evaluación.

6.4.1. Entrevista inicial.

Técnica de evaluación más utilizada en psicología, en concreto en el ámbito clínico y en la modificación conductual, por ello se decidió aplicar en este caso, ya que su utilización justifica la eficacia, tanto para obtener contenidos no observables como para servir de guía y orientación, sobre qué contenidos deben ser evaluados con otros procedimientos; fue de gran ayuda para obtener información de forma directa con el paciente ya que se pudo observar, posturas, gestualizaciones y velocidad y tono de voz. etc. Apoya en la elaboración de diagnóstico y tratamiento. Esta técnica brindó información relevante sobre la problemática.

6.4.2. Autobiografía

Fue muy útil para conocer la historia de la vida de la usuaria y del desarrollo de su personalidad. Reflejó su pasado, su presente y lo que desea conseguir de su vida, se logró observar cómo organiza y registra no solo los hechos que ha vivido, si no la imagen que tiene de si, en relación con los objetos y las personas implicadas en estos hechos.

6.4.3. Autorregistro

Este instrumento brindó los datos para crear la línea base, que nos permite identificar los cambios que se dieron en la “paciente O”, ya que, en la narración de los acontecimientos relacionados con la problemática, nos permitió identificar los cambios de sus conductas.

6.4.4. Cuestionario de asertividad de Rathus.

Objetivo: evaluar los problemas de asertividad de una persona y los cambios producidos por el tratamiento.

Se utilizó este instrumento ya que, al aplicar la entrevista y la autobiografía, brindó información sobre la problemática a tratar, sin embargo, existía duda sobre el tema de la comunicación asertiva, por ello se decide aplicar este instrumento, para que brindará información y se ratificará el diagnóstico.

6.4.5. Test Dominós

Nombre: Test *D48- El test de Dominós*.

Objetivos: Medir CI / Facultades Lógicas.

Características del Test: Mide el factor G de la inteligencia de los sujetos (capacidad de inteligencia general) en función de sus facultades lógicas. se trabaja con números, pero no requiere de conocimientos matemáticos, ni habilidades especiales. Simplemente hay que tener presente que las fichas siguen un orden cíclico.

Este instrumento fue aplicado con la finalidad de contar con más información sobre la usuaria, se pretendió identificar su nivel de inteligencia para contar con elementos para elaborar la forma del tratamiento. Si bien este test no pertenece al método empleado en el tratamiento, pudo contribuir a tener un panorama más amplio de la paciente.

6.4.6 Test de persona bajo la lluvia.

Nombre: *Persona bajo la lluvia.*

Autor: Silvia Mabel Queroz y María Chávez Paz.

Contenido: es una prueba proyectiva, útil para analizar determinados rasgos de personalidad, como nuestra actitud ante una situación de estrés. Son útiles como técnicas complementarias para recabar más información sobre la personalidad de un paciente o de un candidato en una prueba de selección.

Esta prueba fue aplicada con el fin de identificar en la usuaria algunos rasgos de su personalidad ya que en su autobiografía no era suficiente la información brindada de manera espontánea.

6.4.7. Escala Multidimensional de Asertividad de Lazarus.

Nombre: Escala Multidimensional de Asertividad de Lazarus.

Autor: Richard Stanley Lazarus.

Propósito: Presentar habilidades sociales, principalmente la asertividad.

El modelo desarrollado por Richard Lazarus (Lazarus, 1996; Lazarus y Cohen, 1977; Lazarus y Folkman, 1984) se centra básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Técnicas o instrumentos de evaluación (Con validez, confiabilidad y estandarización para población mexicana.

Se aplicó instrumento pre y post test.

7. Análisis Funcional de la Conducta

Con base en los elementos en la entrevista inicial, la autobiografía y los instrumentos aplicados, se identificaron, las conductas consideradas indeseadas que globalmente se relacionan al tema de asertividad.

La “paciente O” presenta las características que ejercen un tipo de comunicación pasiva, donde no sabe negarse a las peticiones de los demás, no opina ya que considera que su opinión es menos importante que la de los demás, no defiende sus derechos y hace lo que le dicen, sin importar sus sentimientos, llegando a almacenar una gran carga de resentimiento, rabia y ansiedad, no hace uso de la negociación, tiene una actitud pasiva, ya que, no siente tener herramientas para manejar el conflicto, por ello las conductas identificadas como problema se han desencadenado.

7.1. Análisis del motivo de conducta

Antecedentes:

La crianza de la usuaria fue en una estructura nuclear matriarcal, en donde aprendió que es su obligación era apoyar sobre todo a la familia, tuvo una infancia solitaria, donde la instrucción de sus padres era limitada, ya que trabajaban mucho y a ella le asignaron el cuidado de sus hermanos desde muy pequeña.

La comunicación que utiliza es de tipo pasiva, por tanto, no conoce sus derechos asertivos, no hace uso de la negociación, carece de herramientas para manejar el conflicto.

Por aprendizaje cognitivo ha creado creencias irracionales de baja valía, de un concepto de sí misma pobre, que la llevan a creer que las peticiones de los demás son más importantes

que las de ella, que no merece un buen servicio, ya que prefiere incomodarse ella, que incomodar a los demás, y siente, que no es merecedora de halagos, y por eso, también sus muestras de afecto hacia los demás son limitadas.

En lo que respecta a las respuestas fisiológicas se expresan de las siguientes formas: sonrojarse, sentir opresión en el pecho, caminar arrastrando los pies y encorvada.

Consecuencias:

- Opresión en el pecho, ruborizarse y respiración agitada, se identificó que van acompañadas de la conducta descrita (sobre negarse a una petición, reclamar algo, o expresar sus sentimientos).
- Aquello que refuerza la conducta, sentir bien cuando hace algún favor, sentirse necesaria y valorada.
- El hecho de que no tiene una imagen adecuada de ella misma, la lleva a no recibir halagos, ni comentarios que difiera de esta imagen.

Fortalezas de la persona:

- Sabe que necesita dedicarse tiempo a ella ya que se lo dedica a los demás.
- Sabe que es hora de poner un alto a su vida ajetreada ya que le está causando problemas de salud.
- Está solicitando el cambio, ya que se siente usada.
- Las cogniciones sobre su persona pueden cambiar, ya que manifiesta saber que su auto imagen no es adecuada, tiene una idea de los aspectos que quiere cambiar en su vida.

7.2. Descripción de conductas problema

1.-No saber decir no a las solicitudes de los demás y de manera más directa a sus familiares, sin sentirse mal consigo misma. El hecho de cumplir los deseos y necesidades de los demás al parecer siente que son su responsabilidad, la hacen sentir útil, pero también evitan confrontarse con otros, dando pie a considerar que las tareas de los otros son más importantes que las de ella.

2.-No aceptar sentimientos de parte de los demás hacia su persona ni tampoco emitirlos. Se apena al recibir comentarios positivos hacia su persona, no se siente merecedora de ellos, no expresa sus sentimientos ni agrado, ni de desagrado hacia los demás.

3.-Considerar que es mejor recibir un mal servicio o algo no solicitado, es mejor que conflictuarse con los demás (Evitar la confrontación) Evasión del conflicto, no ejerce sus derechos, no le gusta incomodar a los demás, por ello no exige, no confronta.

7.3. Hipótesis

Si la paciente O, trabaja activamente en mejorar las herramientas de comunicación para ser más asertiva, será capaz de delimitar con claridad sus propias responsabilidades y derechos por ende aprenderá a decir no sin sentir culpa y podrá aumentar su sentido de merecimiento personal.

7.4. Objetivos terapéuticos

1. La paciente expresará sentimientos tanto positivos como negativos, así como recibirlos de manera equilibrada y activa, mediante la reestructura cognitiva y el entrenamiento en autoestima, solución de problemas, habilidades sociales y empatía.

2. La paciente elegirá que peticiones de los demás no desea hacer, sin sentirse culpable, delegando responsabilidades, a través de la negociación y el entrenamiento en habilidades sociales.
3. La paciente demostrará su inconformidad respetando los derechos de los demás, utilizando la solución de problemas a través de la negociación y el manejo del conflicto.
4. La paciente potenciará sus habilidades de comunicación por medio de una escucha activa y evaluando las posibilidades más sanas de acuerdo con su carácter, mediante la modificación de creencias irracionales y de la comunicación asertiva.

8. Procedimiento o tratamiento

Se utilizó un modelo de Terapia Cognitivo Conductual, guiado por la profesora Cristian Sandoval Espinoza, del módulo 0908 Práctica Supervisada, del noveno semestre de la licenciatura en Psicología del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia de la Universidad Autónoma de México (UNAM) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En un primer momento se realizó la fase de evaluación previa al tratamiento o línea base, con los datos recogidos se llevó a cabo el análisis funcional; enseguida se implementó el tratamiento, dirigido a las habilidades de comunicación asertiva, para ello se utilizaron técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva y trabajo de creencias y emociones, conocimientos de derechos asertivos. Finalmente, en la fase de seguimiento y evaluación final, se evaluaron los cambios en las conductas problemas de la usuaria "O".

1. Primera fase (línea base)

En una primera fase se utilizaron 2 sesiones para recabar información necesaria, para identificar el problema y poder realizar un diagnóstico.

En la primera sesión de esta fase se aplicó una entrevista dirigida al usuario que sirvió para recolectar datos acerca de la sintomatología de la conducta que deseaba modificar. Con esta información, se diseñó un *Análisis Funcional Preliminar* identificando las conductas problema radicadas en comunicación asertiva tipo pasiva y también con una baja valía de sí misma.

En la segunda sesión de esta fase se pidió a la usuaria realizar de manera escrita autobiografía con el fin, de identificar algunos rasgos de personalidad, así como la visión que tiene de ella misma, también se aplicó una serie de instrumentos. *El test dominós, el test de asertividad de Lazarus, el test de Antonio Núñez, Test de asertividad de Rathus y el test bajo la lluvia y el test de inteligencia de Dominós*, dónde en conjunto se pudo comprobar que el motivo de la problemática de la paciente es: *comunicación asertiva de tipo pasiva*.

2. Segunda fase (Intervención)

Derivado de La información recabada en la fase anterior e identificando que la problemática es por una falta de herramientas para tener una comunicación asertiva, se elaboró un plan de intervención de 10 sesiones que a continuación se describen:

Sesión 1

En esta sesión se plantearon los objetivos de:

- Facilitar una buena relación terapéutica entre el paciente y el psicólogo.
- Informar al paciente sobre su problema y las consecuencias de éste.
- Motivar al paciente para su implicación activa en el tratamiento.
- Se utilizó la técnica de psicoeducación.

Sesión 2

Las técnicas utilizadas fueron: psicoeducación, reestructuración cognitiva, autorregistro, y los objetivos fueron:

- Explicar el concepto de asertividad, los tipos y en cual ella está identificada.
- Mostrar los beneficios de ser una persona asertiva. (investigación)
- Explicar el uso del auto registro y su importancia.

Sesión 3

El objetivo por alcanzar fue: Identificar las creencias irracionales que la llevan a no ser asertiva, con base en lo analizado en el autorregistro.

- Y las técnicas utilizadas: Reestructuración cognitiva y el autorregistro.

Sesión 4

Objetivo: La usuaria identificará sus características personales por medio de la técnica el espejo y el acompañamiento, y así pueda identificarse como persona valiosa con derechos.

- Técnicas utilizadas: Entrenamiento en autoestima y técnica espejo.

Sesión 5

Motivar a la usuaria para que reflexione sobre sí misma y su proyecto de vida, y logre visualizar las acciones necesarias para cumplir dicho proyecto.

- Técnicas utilizadas: Tiempo fuera, respiración profunda y relajación.

Sesión 6

Objetivos:

Toma de conciencia por parte del paciente de la influencia de lo aprendido hasta ahora en su vida cotidiana, manteniendo el grado de implicación del paciente en el tratamiento.

Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas, introducir el entrenamiento en habilidades sociales.

- Técnicas utilizadas: Entrenamiento en habilidades sociales, psico entrenamiento y autorregistro.

Sesión 7

Objetivos: Analizar algunas conductas no asertivas a través de la técnica 5 zonas y de la técnica representación de roles.

Buscar que el paciente cambie algunas afirmaciones de asertividad pasiva a asertiva mediante la pregunta asertiva.

- Técnicas: 5 zonas, pregunta asertiva, representación de roles.

Sesión 8

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de sí misma y en la responsabilidad de su conducta.

Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas, introduciendo el entrenamiento asertivo.

- Técnicas: El “no” como política personal y el silencio incómodo.

Sesión 9

Objetivos: Toma de conciencia por parte del paciente de su esfuerzo y de los logros obtenidos.

Revisar las técnicas aprendidas y la evolución la usuaria a lo largo del tratamiento.

Lograr que la usuaria identifique los logros gracias a su disposición, actitud y compromiso durante el tratamiento.

- Técnicas: Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, autorregistro técnica espejo, Técnica tiempo fuera, de respiración, 5 zonas, Representación de papeles y pregunta

Sesión 10

Objetivo: Realizar el cierre del proceso brindando al paciente herramientas para posibles recaídas, recalcando que los logros son suyos.

- Técnicas utilizadas: Reestructuración cognitiva.

En una tercera fase del tratamiento, en una sesión se aplicaron algunos de los instrumentos que se utilizaron al principio, Test de asertividad de Lazarus, Test de Asertividad de Rathus y Test de Asertividad de Antonio Núñez, con la finalidad de realizar el análisis comparativo pre y post test.

9. Técnicas de intervención

El Proceso terapéutico se basó en: Psicoeducación sobre los beneficios de la comunicación asertiva y sus niveles, se utilizó la reestructuración Cognitiva y para tener la frecuencia de las conductas y pensamientos se utilizó el autorregistro de interacciones con ejemplos de conductas no asertivas (no pueda decir no, no exprese su desagrado, no acepte elogios, no haga valer sus derechos, etc.).

Técnicas empleadas:

- Terapia Racional Emotiva
- Técnica de Reforzamientos
- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento en Solución de Problemas.
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Modelado

10. Resultados

10.1 Autobiografía

Como se ha señalado, esta técnica se utilizó durante la fase de evaluación inicial y recogida de línea base, a continuación, se transcribe parte de la información obtenida:

Mi nombre es paciente O, tengo 51 años, nací el 3 de marzo de 1968, en el antes llamado Distrito Federal, soy la segunda de 6 hermanos, de los cuales 4 son hombres y la más pequeña mujer. Mi hermano mayor murió cuando yo tenía 16 años y quede como la hermana mayor, después de mí siguen 3 hombres y mi hermana la más pequeña, a la que más apoyo porque es divorciada y tiene 4 hijos y ella es la más necesitada de mis hermanos.

Mis padres nacidos en provincia en el estado de Jalisco, un poblado llamado Encarnación de Díaz, recién casados emigran a la ciudad de México, en busca de oportunidades de trabajo, mi padre chofer y propietario de una casa de materiales para construcción, mi madre trabajaba en el negocio, así que por esto mis hermanos y yo crecimos criados, por el personal que atiende la casa, siempre fui una niña muy independiente para todas mis tareas, siempre fui muy aplicada

en la escuela, abanderada de la escolta, el mejor promedio cosa que para mis papás no era importante realmente. De igual forma era muy rebelde y no me importaba los regaños, me escapaba a las fiestas aun cuando regresando me pegaran o me regañaran.

Mi infancia fue solitaria en cuanto a la figura paterna y materna, sin embargo muy de recuerdos con bastantes amigos, siempre fui muy independiente pero muy apegada a mis hermanos, desde chica me gustaba mucho servir a los demás, estábamos en posición económica si no ricos, si clase media alta, yo siempre buscaba llevar lonche a los que no tenían o incluso me quedaba sin comer para dárselo a alguien más, tenía muchas amigas, y amigos, fui una chica muy inestable emocionalmente, ya que cambiaba mucho de pareja.

Los chicos me parecían muy inmaduros y yo buscaba como alguno que necesitara mi protección, por esta misma característica, siempre me afilie a grupos de voluntarios y eso me hacía sentir bien. Al salir de la secundaria mi papá me dijo que yo ya no estudiaría ya que como era muy rebelde solo perdería el tiempo, pero yo quería seguir estudiando así que fui y me inscribí al CBETIS, y le dije que, si iba a seguir estudiando por mi cuenta, yo sabía que siempre me daría dinero.

A los 18 años, cuando yo estaba terminando el segundo semestre de la prepa, secuestran a mi papa y salimos huyendo del DF por la delincuencia, de la cual mi padre fue objeto, y radicamos en un poblado de Jalisco llamado Encarnación de Diaz, donde viví hasta los 21 años cuando tuve que cambiar mi domicilio a Aguascalientes (donde radico hasta la fecha) para continuar con mis estudios de Asesoría Psicopedagógica.

Ahí entro a la prepa y por unos malos negocios nos vamos a la banca rota, mi vida cambió radicalmente, sin dinero en un rancho aburrido y teniendo que apoyar en la casa

(cosa que nunca había hecho) sin luz, lavando en un río, ni teléfono nada, fue muy difícil adaptarse, aun así, terminé la prepa y decidí ir a vivir al centro de la república que era el lugar más cercano donde había universidad, mi hermano mediano también entraba a la universidad y nos fuimos vivir juntos en un departamento, al poco tiempo mis padres se van a vivir con nosotros y ya nos establecemos aquí.

Termino la Universidad y ya trabajaba y estudiaba, pero al terminar la universidad, se me presenta la oportunidad de concursar una plaza en gobierno federal y me quedó con el puesto. A los 28 años me casó con Ismael quien se desempeñaba como pintor, él ya tenía la adicción al alcohol y siento que mi forma de ser, me lleva a casarme con él, siempre busqué ayudarlo a que dejara su adicción, sin embargo por más terapias, grupos de apoyo nunca lo hizo, en la actualidad si bien ha disminuido su consumo sigue presente, el gana menos que yo, y yo siempre queriéndome, hacer la autosuficiente, me hice cargo de la mayoría de los gastos de la casa, esta misma adicción, nos hizo alejarnos como pareja, ya que al ver que él no quería salir con la familia, por estar con sus amigos tomando, yo decidí hacerlo a un lado, y hacer mi vida con mis hijos, pero no me separe de él, esta situación sigue hasta la fecha. De este matrimonio nacieron 3 hijos.

Mi hija mayor de 23 años estudiante, con la cual llevó una buena relación, cuando tenía 17 años presentó un problema de crisis de ansiedad, estuvo bajo tratamiento psiquiátrico y psicológico por un buen tiempo, en este momento, ya tiene más de un año sin medicación y no ha presentado crisis. Mi hija mediana, que tiene 19 años estudia y trabaja (madre soltera de una beba de 6 meses) a los 18 se embarazó, pero no logró hacer vida con su pareja y vive conmigo ella y su bebé, estudia por la mañana y trabaja por la tarde, mi relación con ella es buena, pero es la que más me da problemas, muy rebelde y fiestera.

El niño de 12 años, quien al nacer sufre hipoxia, de la cual precede el diagnóstico de parálisis cerebral severa, esta situación ha sido la parte más difícil de afrontar en mi vida, ha sido una situación muy dolorosa y de andar tocando puertas para el tratamiento, para solicitar medicamentos, sin embargo, he conocido gente que ha jugado un papel muy importante en mi vida, he tenido muchos aprendizajes, con el he valorado las cosas que en verdad valen la pena. Siempre me ha gustado ayudar a los demás, sin embargo, nunca me niego cuando la gente que aprecio me pide algo, aunque esto me lleve tener que presionarme con mis actividades.

Con mis hermanos siempre que me piden algo, los apoyo, aunque deje de hacer algo para mí, siempre he pensado que la familia es lo más importante.

Mis metas no las tengo claras, *en realidad creo que no tengo metas para mí*, siempre pienso en que mis hijas tengan un buen futuro, lo mejor para mi hijo. Ahora acudo a terapia psicológica, porque he llegado a un punto donde mi vida es un caos, me comprometo con bastantes situaciones, siempre quedó mal en todos lados, intento apoyar aun cuando no me lo piden y eso me ha traído problemas ya que hago mil cosas y descuido otras.

Actualmente padezco diabetes, mi madre murió de la misma enfermedad, y mi alimentación es muy mala, lo mismo que la atención hacia mi persona, si tengo algún dinero extra siempre pienso, primero en mis hijos y mi esposo y al último en mí, creo que tanto mis hijas como mi esposo, ven mi apoyo como una obligación y nunca me agradecen por lo que hago, al contrario, me exigen.

El establecer reglas no es lo mío, siempre que intento poner límites, me convencen de quitarlos, necesito poner orden a mi vida y buscar dedicarme tiempo a mí y mi hijo.

Nunca había asistido a terapia por situaciones personales, aun cuando si creo en ella, espero que este proceso me ayude a salir de esta situación y aprender darme lo que merezco, porque me considero una mujer trabajadora y que siempre busca superarse, creo que cuando se me presentan situaciones difíciles, no me siento y me pongo a llorar, busco siempre alternativas. Así que empiezo por decirme que valgo mucho y merezco un cambio profundo que me beneficie en mi salud, mi bienestar psicológico y mis metas. *(transcripción fidedigna de autorregistro de la usuaria).*

Ahora bien, para realizar el análisis, se clasificó en 4 grandes rubros esta autobiografía que son los siguientes:

Tabla 1

Clasificación de autobiografía

Autodescripción	Se considera una mujer responsable, inteligente y que lucha por salir adelante, siente que es el sostén de su familia, dice ser muy controladora y manipular a las personas para su bien, dice sentirse cansada, de dar tanto y comenta que quiere dejar de dedicarse a los demás para darse un tiempo a ella misma, pero que no se atreve a decir no a las peticiones de sus allegados.
Con quien vive	Con su esposo, 1 hija de 23 años, 1 de 19 años y un hijo de 12 años quien sufre una parálisis cerebral severa.
Estado físico y estilo de vida	Considera no tener un buen estado de salud, a su decir, padece diabetes desde hace 6 años, con tratamiento.

Su alimentación es desequilibrada, así como su ciclo de sueño, ya que manifiesta dormir muy poco.

Propósitos.

Dedicar más tiempo a ella.

Lograr un cambio profundo que me beneficie su salud, bienestar psicológico.

Clarificar y lograr sus metas.

10.2 Test de asertividad de Rathus

Resultado: obtuvo un puntaje de 2, lo que la coloca en una escala de aceptablemente asertiva.

Y así haciendo una categorización de los ítems y lo que miden en la siguiente tabla se muestra la categorización de sus ítems.

Gráfico 1.

Resultado de la aplicación del test Rathus

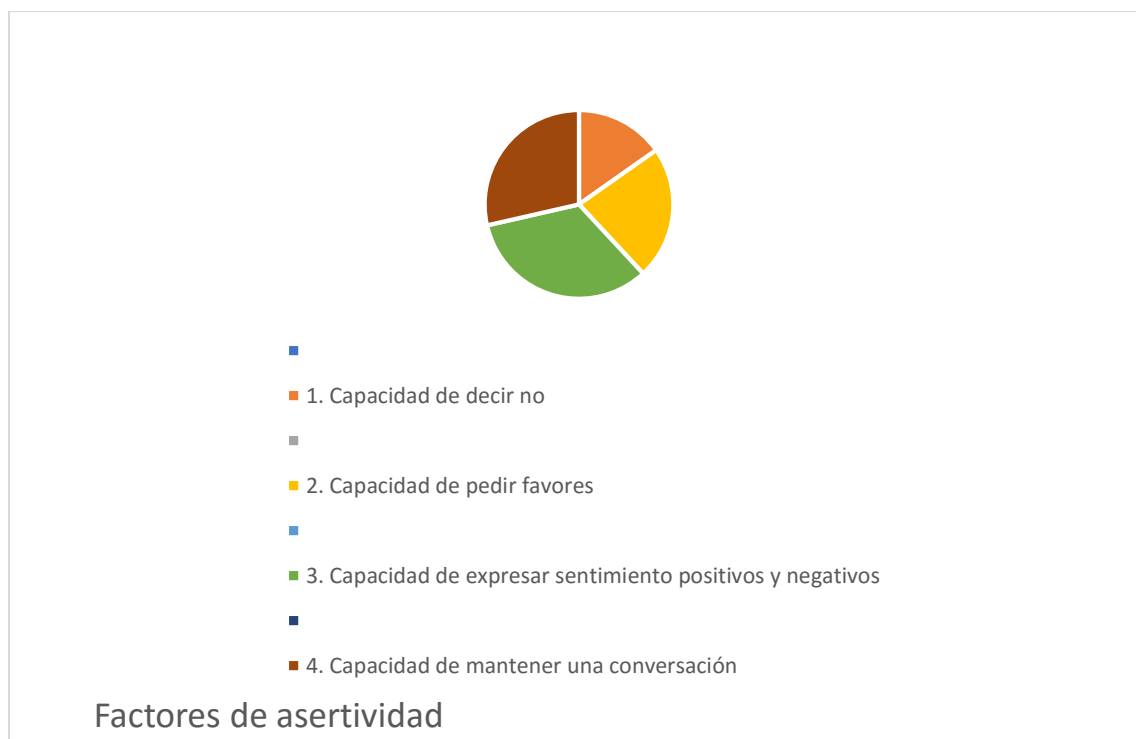
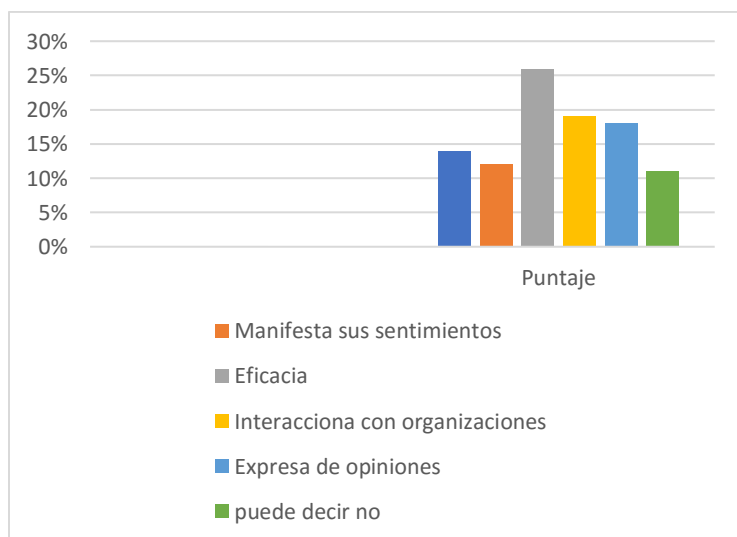


Gráfico 1.

Porcentaje de factores de asertividad reflejados en el pre-test Rathus

En la anterior gráfica nuevamente nos muestra que el factor más marcado es la capacidad de decir no y en este caso el factor más favorecido es la capacidad de expresar sentimientos.



En la presente gráfica se muestra, como dentro de los resultados obtenidos en este test, el área de oportunidad más marcada es la capacidad de “poder decir no” y en la que menos presenta dificultades es la eficacia.

Resultado: De un total de 20 ítems, obtuvo 6 respuestas asertivas. Lo que la denomina según este instrumento en un nivel de no asertivo. Ver anexo 1

Tabla 4

Dimensiones de la prueba Rathus

<i>Factores obtenidos</i>	<i>Porcentajes</i>
1. Capacidad de decir no	16%
2. Capacidad de pedir favores	24%
3. Capacidad de expresar sentimiento positivos y negativos	35%
4. Capacidad de mantener una conversación	30%

Resultados del Cuestionario de asertividad de Antonio Núñez

Resultado: Obtuvo 49 puntos, lo que la coloca, De acuerdo con este autor en un rango de 35 a 50, y se delimitan en la categoría de comportamiento no asertivo, mismo que, carece de constancia y debería trabajar para mejorarlo. Ver anexo 4

10.3 Test persona bajo la lluvia

Se visualiza una figura femenina, al centro, grande, curvilínea, con paraguas a la derecha (sin cubrir bien a la persona) con líneas continuas y líneas entrecortadas en el paraguas, con

trazos firmes en general, velocidad normal, secuencia normal. Persona hacia el frente, con actitud fresca y espontánea, empero los zapatos muestran trazos agudos.

El dibujo goza de detalles sin llegar a la exageración. El paraguas está yuxtapuesto en torno a las nubes, que son 4 de tamaño mediano. La lluvia se expresó en líneas verticales con trazos ligeramente curvos en todo el soporte.

Interpretación:

Persona bien ubicada espacialmente y en el tiempo presente, funcional, con una tendencia al narcisismo, mantiene un equilibrio entre la introversión y extroversión, muestra cierto conflicto con la autoridad, es efusiva, pero sabe expresar sus emociones sobre todo a nivel verbal. muestra algunos rasgos de ansiedad y nerviosismo. Puede mostrarse agresiva en determinadas ocasiones. Ver anexo 6.

10.4. Test Dóminos Inteligencia

Para medir este rubro se utilizó la prueba dominós que es una prueba psicotécnico gráfico, no verbal y de inteligencia destinado a valorar la capacidad de una persona para conceptualizar y aplicar el razonamiento sistemático a nuevos problemas. Al aplicar esta prueba el resultado obtenido es de 43 respuestas correctas cayendo en el rango de percentil 95 ubicándose en el nivel superior. Ver anexo 7

Análisis estadístico de los puntajes y/o puntuaciones (antes y después de la intervención)

10.5. Test de asertividad de Antonio Núñez

Los resultados de esta prueba se muestran de la siguiente forma:

A menudo..... (1 punto)

A veces..... (2 Puntos)

Rara vez..... (3 Puntos)

Nunca..... (4 Puntos)

Al sumar los puntos se debe evaluar con los siguientes rangos.

20-25 Persona segura asertiva en su forma de sobre llevar diversas situaciones

26-35 Si bien sabe ser asertivo, Le beneficiaría mejorar un poco más

36-49 Su comportamiento asertivo carece de constancia y debería trabajar para mejorarla.

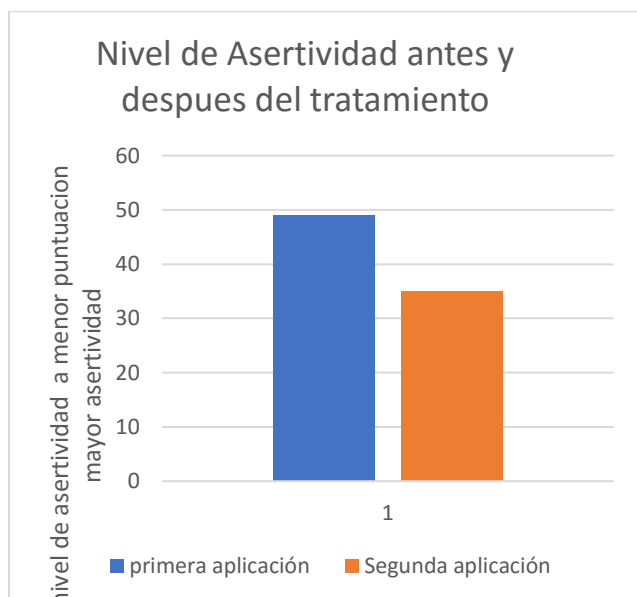
50-80 Necesita trabajar considerablemente para mejorar su asertividad.

En la primera aplicación (pretest) la paciente obtuvo 49 puntos, por lo cual se inserta en el tercer nivel, donde es una persona que carece de asertividad y se sugiere trabajarla.

En la segunda aplicación (post test) se ve un cambio significativo ya que sube al siguiente nivel donde si es asertivo, pero hay que seguir trabajando.

Gráfico 3

Comparación de resultados de la aplicación del test de Antonio Núñez antes de la intervención y después de ella.



10.6. Test de asertividad de Rathus.

Los resultados de esta prueba interpretan con la siguiente puntuación.

+3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.

+2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

+1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.

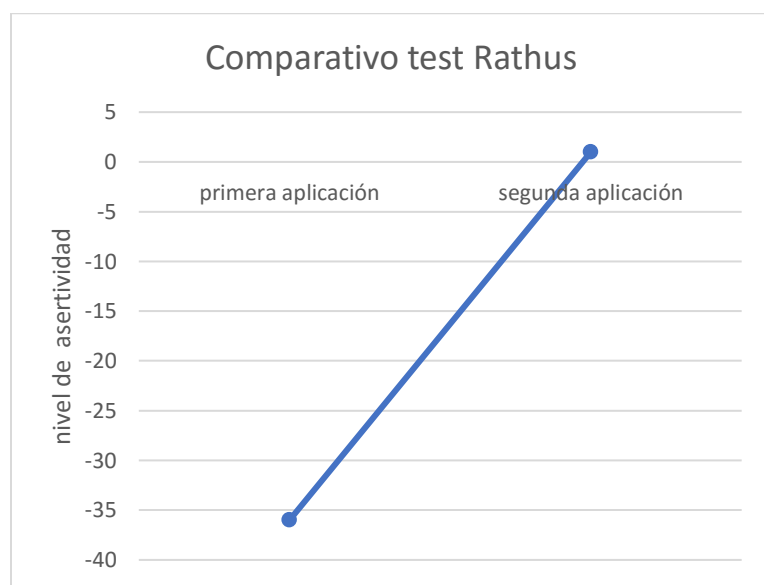
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

En la primera aplicación (pre-test) la paciente cayó en el rango -36 que nos indica insuficiente asertividad, donde se recomienda cambiar las formas de relacionarse con las demás personas.

En la segunda aplicación (post-test) obtuvo de puntuación 61 cayendo dentro del rango asertividad confrontativa, donde nos indica que, aunque resuelve algunas situaciones positivamente, es importante considerar formas más armoniosas para resolver las situaciones de relacionarse con otros. Ver anexo 11

Gráfico 4

Comparación de resultados de la aplicación *del test Rathus* antes de la intervención y después de ella.



10.7. Test de asertividad de Lazarus.

La interpretación de este test se basa en las siguientes instrucciones.

Para que el examinado compare si sus respuestas son asertivas se maneja las siguientes respuestas asertivas:

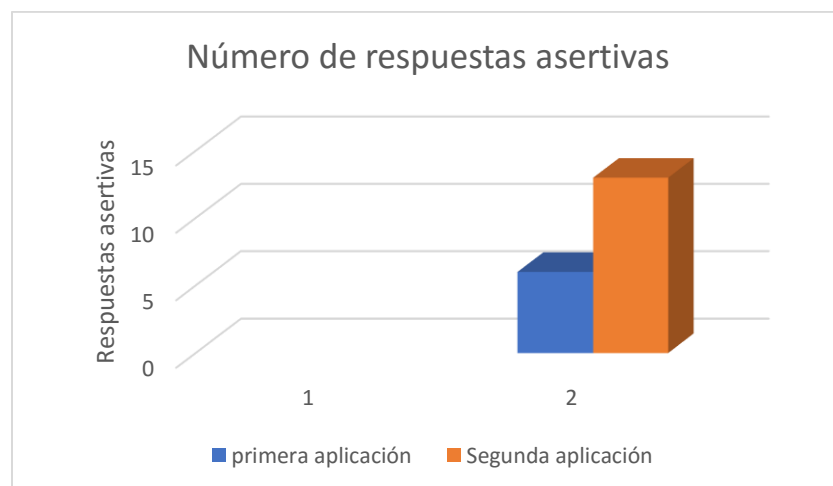
1.- No	2.- No	3.- No	4.- Sí	5.- Si
6.-Si	7.- No	8.-No	9.-Si	10.-No
11.-No	12.-Si	13.- Si	14.-Si	15.-Si
16.-Si	17.-Si	18: -Si	19.-Si	20.-Si

En la primera aplicación antes de iniciar el tratamiento la paciente obtuvo 6 respuestas asertivas y 14 respuestas no asertivas, por lo cual es claro el predominio del nivel no asertivo.

En el segundo periodo de aplicación la paciente obtuvo 13 respuestas asertivas y 7 no asertivas, en este test se nota totalmente el cambio tendiente a una conducta asertiva. Ver anexo 13

Gráfico 5

Comparación de resultados de la aplicación del test Lazarus antes de la intervención y después de ella.



f.- Contrastación estadística entre los resultados iniciales frente a los finales

La paciente denotó un avance en cuanto a la aplicación de conductas asertivas, sobre todo se muestran el cuestionario de Lazarus donde aumentó de 30% de respuestas asertivas a 65 %, es considerable el cambio.

En el instrumento aplicado de Rathus, mostró un ligero aumento de -36% a 1%, sin embargo, este resultado nos muestra que comienza a resolver algunas situaciones en sus relaciones de forma asertiva, sin embargo, debe continuar y aplicar de manera más continua este tipo de conductas.

En la prueba de Antonio Núñez.

Donde se manejan cuatro escalas de asertividad en su primera aplicación cae en la tercera escala, que nos maneja que su comportamiento carece de constancia y debe trabajarlo, en su segunda aplicación sube a la segunda escala donde nos maneja que, si sabe aplicar la comunicación asertiva, pero necesita trabajar más sobre ella.

En dos de estos tres instrumentos nos está indicando que aún necesita trabajar más sobre la aplicación de las respuestas asertivas, aún no ha llegado a un nivel donde su asertividad es estable y consistente.

11 Discusión y conclusiones

11.1 Discusión

Al finalizar el proceso diseñado para esta práctica, se propone lo siguiente:

Objetivo 1

- La paciente ha emprendido una etapa de expresar sentimientos tanto positivos como negativos, así como recibirlos de manera equilibrada y activa, mediante la reestructura cognitiva y el entrenamiento en autoestima, solución de problemas, habilidades sociales y empatía. A ese respecto Caballo V. (2007) nos describe que: La inadecuación social puede tener sus raíces o estar mantenida a veces por determinados factores cognitivos, como son las percepciones, actitudes o expectativas erróneas. Cierta clase de pensamientos puede facilitar la ejecución de conductas socialmente habilidosas mientras que otra puede inhibir u obstaculizar las mismas, basándonos en esta premisa se buscó dotar a la paciente de una serie de habilidades asertivas modificando sus percepciones, actitudes y expectativas y esto le permita que la comunicación sea de la forma adecuada, tanto expresando su opinión y recibiendo las opiniones de los demás.

Objetivo 2

- La paciente elegirá que peticiones de los demás no desea hacer, sin sentirse culpable, delegando responsabilidades, a través de la negociación y el entrenamiento en habilidades sociales, Labrador F. (2000) Habla de que las conductas que nos llevan o no poder decir no sin sentirnos culpables son: miedo al rechazo o a no ser considerado bien a la desaprobación, el temor a molestar o crear una situación incómoda, pensar que estamos actuando mal y por ultimo sentir vergüenza o culpa al oponernos a una opinión, petición, etc. Estas afirmaciones provienen de pensamientos irracionales, que han sido encauzados por la manera en que nos educaron, por el medio, etc. Por ello en esta práctica se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales que llevaron a la paciente a romper con estos pensamientos irracionales como la reestructuración cognitiva y la psico

educación, esto fue de gran ayuda para romper con gran parte de estas aseveraciones y por ende poder negarse a peticiones sin sentirse culpable.

Objetivo 3

Demostrará su inconformidad respetando los derechos de los demás, utilizando la solución de problemas a través de la negociación y el manejo del conflicto, este objetivo se basó en la propuesta de Smith M. (1975) donde maneja que existen derechos asertivos que favorecen el respeto a los demás y a ti mismo, por ello se analizó mediante diversas técnicas los 10 derechos planteados por el autor, apoyándose en las ventajas de la negociación y el buen manejo del conflicto, esta parte fue manifiesta en el paciente, ya que experimentó algunas nuevas formas de relacionarse con los demás que favorecían estos aspectos.

Objetivo 4

- La paciente potenciará sus habilidades de comunicación por medio de una escucha activa y evaluando las posibilidades más sanas de acuerdo con su carácter, mediante la modificación de creencias irracionales y de la comunicación asertiva se dio cumplimiento al mismo a través del autorregistro donde la paciente iba registrando los cambios e interiorizando cada uno de ellos misma técnica que sirvió de línea base.

11.2 Conclusiones

El entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva mostró resultados significativos en el proceso de cambio de la paciente; ella recibió con entusiasmo el tratamiento, esto contribuyó activamente al inicio del proceso de cambio en los objetivos planteados. En dos de tres de los test realizados antes y después se mostraron cambios significativos.

El análisis funcional fue importante para poder determinar las directrices del trabajo terapéutico, definiendo las técnicas que se aplicarían para optimizar los resultados de acuerdo con el contexto estudiado.

En otro orden de ideas el presente trabajo me llevó a reflexionar sobre los conocimientos que a lo largo de la carrera adquirí, asimismo como también desarrollé habilidades al aplicar esta práctica, como resultados globales del aprendizaje. Es pertinente acotar en la aplicación del proceso terapéutico también encontré limitaciones, y aspectos de orden ético en donde debe ser riguroso y puntual, mismas que detallo en los siguientes puntos:

11.3 Competencias desarrolladas

De acuerdo con el plan curricular de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el área de Psicología, el profesional egresado de ésta será capaz de realizar intervenciones psicológicas acordes a los principales avances de la materia, en espacios controlados y/o abiertos, tomando en cuenta las condiciones socioculturales e históricas de la población objetivo, con una serie de procedimientos estructurados de orden empírico, desde un enfoque teórico cognitivo-conductual, tales trabajos se realizan, con una dimensión ética y profesional, donde la población y/o paciente serán informados de manera clara y oportuna sobre el diagnóstico, tipo de enfoque de abordaje, objetivos, tipo de técnicas e instrumentos a aplicar, asimismo se le dará a conocer que se espera de él o ella, para lograr que el tratamiento funcione, por otro lado, se le dará una guía práctica

para posibles recaídas y se le brindará un informe por escrito de la terapia. Asimismo, se brindará un medio de contacto para un posible seguimiento de ser necesario.

Otro aspecto de capital importancia, lo constituye, la integración formal de la información de manera lógica y estructurada, tomando en cuenta los factores biológicos y psicológicos, dentro de una visión crítica y sistemática que permite ver en global los fenómenos a estudiar.

Ahora bien, dentro de este contexto, logré identificar que el modelo cognitivo-conductual, es un enfoque teórico y conceptual evolucionado, que permite realizar tratamientos de largo alcance con terapias que en pocas sesiones muestran resultados y cambios medibles y observables. Como, por ejemplo:

Al analizar e investigar conductas problema, logré identificar factores que pueden desencadenar, mantener o extinguir una conducta, pude darme cuenta, que hay muy diversas manifestaciones del comportamiento humano y de diversas psicopatologías, también considero que adquirí conocimientos y habilidades de cómo identificar, por medio de las diversas técnicas las problemáticas que se manifiestan en el ámbito psicoemocional.

Pude valorar las ventajas que proporciona usar el método cognitivo-conductual, ya que es aplicable a un gran número de trastornos; las técnicas que se utilizan son concretas y conducen de la mano al terapeuta, para llevar un estilo directivo, mismo que facilita la aplicación. (El paciente toma un papel activo en el tratamiento)

Al diseñar el plan de tratamiento fue de gran utilidad la elaboración del Análisis Funcional ya que es una guía al identificar aquellos factores que están desencadenando y manteniendo la conducta, y como, se puede encuadrar en la detección, control evaluación o prevención de dichos comportamientos, también observé como se pueden predecir las respuestas de la conducta.

El analizar las problemáticas del paciente contribuyó a darme cuenta de la importancia de mantener una perspectiva científica, a su vez contribuyó a dar sustento al programa de trabajo, ya que no son suposiciones sino conocimientos, prácticas y habilidades avalados por diversos teóricos y sus investigaciones documentales.

En la carrera de Psicología UNAM en línea desarrollé una serie de competencias, metodológicas, sociológicas, laborales, en valores y éticas, prácticas y sobre todo de los campos de aplicación profesional, entre las que destacan:

Diagnosticar y evaluar, problemáticas de los posibles pacientes y/o poblaciones objetivo en un marco macro, es decir dentro de un análisis contextual global con métodos empíricos y estadísticos probados.

Se solicitaron tratamientos e intervenciones, en contextos reales y/o controlados con una orientación empírica, mismos que derivaron en modificaciones conductuales.

A su vez también se evaluaron los *resultados* obtenidos acordes a teorías y marcos conceptuales, es decir todo el trabajo que se realiza a lo largo de la carrera es monitoreado y evaluado por docentes de diversos perfiles profesionales, para desarrollar competencias de análisis crítico a nivel de las ciencias sociales. Al formar parte de una red de profesionales de la salud mental, las críticas académicas son fuertes y concisas, esto te compromete a realizar planteamientos sólidos, que se expresen en documentos o reportes terminales, orientados a sistematizar las acciones realizadas.

El manuscrito recepcional es parte de las actividades para fomentar la profesionalización de los estudiantes; además te potencia en el desarrollo de las habilidades de expresión escrita, ya que, se debe configurar el pensamiento para hacer planteamientos coherentes y con una

lógica clara para transmitir las experiencias obtenidas en el ámbito profesional. Asimismo, contribuye a configurar las funciones predictivas, imaginar y prever que puede pasar en determinados escenarios y sus posibles variables, para plasmarlo en forma hipotética y estructurada.

Planeación, prevención y promoción, es un todo, análisis de las partes y sus posibles interacciones para poder evaluar costes, tiempos, recursos, métodos y técnicas de acuerdo con el tipo de intervención a realizar. Las acciones preventivas son las más importantes en el sector salud, y particularmente en el área de la salud mental, es muy importante contar con los recursos intelectuales, de infraestructura y conceptuales adecuados para poder desarrollar estrategias que nos permitan anticiparnos a las problemáticas, de la misma manera es crucial impulsar una promoción integral de la salud, que incluya buenos hábitos y contar con grupos y redes de apoyo comunitarios.

Funciones predictivas, el conocimiento del contexto histórico, cultural y de usos y costumbres de las comunidades es un bastión para poder anticiparnos como científicos sociales, a las posibles situaciones de conflicto, o bien para mantener la salud de las comunidades aledañas.

El ámbito de la investigación es el más importante, ya que, a través de él, podemos dar coherencia a la labor científica, académica y docente, misma que debe trascender a la vida práctica de las sociedades. Desafortunadamente es un sector descuidado por las autoridades políticas y tomadores de decisiones, con desventura se observa como el deporte y el ámbito de entretenimiento son atendidos con mayores recursos financieros y de cobertura mediática.

Docencia, es fundamental en la trasmisión no solo de conocimientos y experiencias, sino, como un pilar de desarrollo de actitudes, valores, formas de relación en donde se puede enaltecer la solidaridad, el respeto y la confrontación de ideas, para potenciar el pensamiento crítico y el trabajo colaborativo, el aula es una oportunidad de crecer colectivamente, y mostrar amor y comprensión por el otro. Desafortunadamente en la actualidad esta profesión es poco valorada y respetada. A su vez, esto nos pone a prueba como maestros y tutores para realizar una profunda labor de *servicio* por los demás y por supuesto por nosotros mismos. (El que no vive para servir, no sirve para vivir)

Consejería, asesoría, consulta y enlace. En los modelos tradicionales de educación el profesor era un mentor o a veces un tutor, una figura a seguir con una vasta cultura general, dispuesto a darse por los demás, los alumnos podíamos confiar en él. y ese ser-humano se brindaba en lo más profundo. Por eso los tutores, especialmente los de psicología deben brindar una mano amiga, ya que, cursar una carrera en línea es un reto muy fuerte, que tiene como componente adicional: el autoestudio y la constante reflexión personal. Espero que los líderes académicos de esta máxima casa de estudios, no se pierdan en el “*pragmatismo de medir todo*” Sirva este inciso como un recordatorio, para todos los que servimos de *enlace* social como educadores.

Dirección, administración y gestión, El desarrollo de las habilidades de dirección como profesionales de la salud es muy importante, ya que, tomar decisiones que favorezcan a las mayorías, requiere de amplios conocimientos y contextos. *La administración* es fundamental tanto en la directriz de los tratamientos, como en la gestión adecuada de los proyectos e insumos de estos.

A nivel personal considero que las habilidades del psicólogo son una amalgama de ciencia y sensibilidad, el eterno debate de arte o ciencia, para mí ambos son cruciales, no te puedes sustraer de ser riguroso a nivel empírico, pero tampoco de ser receptivo y generoso con los pacientes o clientes. El estudio de la Psicología me ha brindado en primera instancia la posibilidad de auto exploración e introspección. Sin embargo, considero de crucial importancia para la psicoterapia el *movimiento motriz*, (tensegridad, relajación, yoga meditación, ejercicio, entre otros) para lograr cambios profundos y permanentes, si somos capaces de vivir en el presente, estamos contribuyendo a la estabilidad planetaria del ser-humano.

11.4 Elementos significativos en el proceso de cambio

En este proceso terapéutico fue muy importante la disposición de la paciente, y su formación académica, ya que los conceptos y las tareas eran comprendidas perfectamente, esto facilitó el proceso psicoeducativo.

Fue muy evidente el cambio actitudinal de la paciente, ya que se manifestó, no sólo al interior de la paciente en la reestructuración cognitiva, sino también al exterior, en sus nuevas formas de interactuar con su círculo primario, amigos y compañeros de trabajo. Otro aspecto destacable fue una expresión corporal más segura y relajada. Esto se evidenció en su andar más erguido y firme, otro aspecto que también manifestó su cambio fue su tono de voz, en las primeras sesiones, hablaba muy rápido y con un volumen alto, conforme iban pasando las sesiones actuaba más pausada, con un tono más modulado y actitud reflexiva.

El objetivo sobre que expresará sentimientos tanto positivos como negativos, así como recibirlos de manera equilibrada y activa, mediante la reestructura cognitiva y el entrenamiento en autoestima, solución de problemas, habilidades sociales y empatía, se logró de manera parcial

ya que a referencia de lo que ella manifestaba aún le costaba trabajo aceptar las opiniones de los demás, más no expresar sus sentimientos. De acuerdo con (Caballo 2007) lo expresa en su *Manual de Asertividad*, la persona que cuenta con habilidades sociales es una persona que enfrentará la vida de forma constructiva e infundirá un mayor bienestar social.

La paciente elegirá que peticiones de los demás no desea hacer, sin sentirse culpable, delegando responsabilidades, a través de la negociación y el entrenamiento en habilidades sociales. Este objetivo terapéutico se logró significativamente, ya que la paciente de forma gradual fue logrando definir cuales peticiones quería, y podía comprometerse y cuáles no. En este sentido, (Caballo 2007) en el Manual de asertividad menciona que cuanto se pueden identificar déficit en conductas sociales específicas, pueden ser puestos en objetivos y remediados en el entrenamiento, que fue lo que se aplicó en este programa: se identificaron los déficit, se hizo un programa y se corrigió, al objetivo de: potenciará sus habilidades de comunicación por medio de una escucha activa y evaluando las posibilidades más sanas de acuerdo con su carácter, mediante la modificación de creencias irracionales y la comunicación asertiva. Se trabajó activamente el ejercicio de estas capacidades y fue muy evidente el cambio incluso en sus posturas, tono de voz y como se sorprendió ante los resultados de que se daban al aplicar las técnicas terapéuticas.

Era muy gratificante observar como la usuaria se sorprendía de los resultados positivos al aplicar alguna técnica, como fue cambiando sus creencias irracionales, asimismo la técnica de psicoeducación fue de gran ayuda ya que la usuaria es analítica y mostró actitud de apertura al cambio, como menciona (García2010). en su artículo *Asertividad y las habilidades sociales en el*

alumnado de la educación social, al romper con las creencias irracionales pasamos a abrir el espectro de nuestra vida.

11.5. Consideraciones éticas y de responsabilidad social

El aspecto de la responsabilidad social se manifestó en primer término en que el tratamiento no tuvo costo alguno, sino se consideró como una aportación de retribución académico-profesional a la paciente con estándares empíricos y de seguimiento de la tutora, responsable de módulo.

También se aplicó fue un marco ético acorde al trabajo, en su momento, se le informó a la paciente, que la práctica de servicio era la cúspide de la licenciatura y que iba a ser guiado por un tutor con vasta experiencia en el ramo. Por medio de la firma un consentimiento informado, se le comunicó a la paciente sus derechos en el transcurso del tratamiento, y también se le dio a conocer cómo se trataría la información y se logró que quedará satisfecha del tratamiento de ésta.

En todas y cada una de las sesiones se informaba a la paciente, el trabajo que se iba a realizar en la sesión y los resultados que habían arrojado las pruebas aplicadas. Asimismo, se le daba seguimiento a las tareas de casa.

Por la naturaleza del problema: Habilidades de Comunicación Asertiva, se trató de no incluir a terceros en el tratamiento, ya que, el tema requería una participación y reflexión activa por parte de la paciente, así que, fue necesario ser muy insistente en cuanto a respetar los derechos propios y los de las personas que rodean. Asimismo, durante todo el tratamiento se

buscó cuidar el bienestar del paciente, ya que, el cambio que se buscaba debía generar mayor valía y potenciar la autoestima.

11.5.1. Estándares éticos y procedimientos de seguridad

Previo a la evaluación e intervención, la paciente "O" firmó un contrato de consentimiento informado para garantizar la privacidad de la información. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de cada técnica e instrumento seleccionados.

11.6. Limitaciones de la Práctica de Servicio

Durante la formación profesional en la licenciatura en Psicología SUAyED, se revisan contenidos teóricos, metodológicos y aplicados, sin embargo ya en la práctica profesional, es difícil apegarse a cabalidad al MCC, ya que, no se tiene a los maestros o tutores de manera presencial, lo cual, complica la aplicación concreta de los métodos, considero que a nivel de prácticas profesionales, es importante que la institución pudiera gestionar intercambios o estadías con instituciones de salud: (hospitales, clínicas, Centros psiquiátricos, Centros de rehabilitación) para poder, proporcionar una asesoría más cercana al psicólogo en ciernes. Además, y complementariamente los alumnos debemos buscar por cuenta propia cursos de actualización y profesionalización adecuados a nuestro perfil profesional, que en su conjunto contribuyan a ofrecer intervenciones certeras y lo más concretas posibles. En otro orden de ideas, la curricula de SUAyED Psicología, se podrían incorporar 2 módulos: Uno de estadística y otro de costos, proyectos y presupuestos, mismos que empaten con el campo laborar, y contribuyan, a potenciar la capacidad de gestión del profesional en formación y que a su vez le otorguen una experiencia con mayor capacidad de gestión y liderazgo.

En lo que respecta al aspecto al desarrollo de este trabajo de investigación la dirección de profesora Lic. Aleida Isela Rubiños me permitió a ver las limitaciones metodológicas y personales, que tuvo el proceso de la práctica de servicio, para la realización del manuscrito recepcional.

En relación con la aplicación de los instrumentos y los test, es crucial tener mayor experiencia para lograr recoger con exactitud la información requerida. También fue difícil hacer un análisis funcional detallado ya que, es un proceso complejo que requiere la conjugación de muchos factores para medir con mayor rigor las conductas de los pacientes.

Además, en el proceso terapéutico del paciente; no se logró dar seguimiento en el manejo de recaídas, etc. Por ello la presente investigación, se enmarcó en el diseño pretest y postest. Ya que este tipo de diseño permite al investigador tener una forma de medida del cambio.

En otro orden de ideas y para concluir, la aparición de la contingencia COVID-19, cambió los patrones de accionar de la sociedad, sometiéndonos a un confinamiento forzado, mismo que minó mi estado de ánimo y productividad académica; a su vez el hecho de no poder viajar a la FES Iztacala a presentar el trabajo de forma presencial, también influyó en mi estado anímico, ya que, esperaba ir a conocer a tutores, amigos y compañeros que me acompañaron en estos cinco años de formación profesional.

Referencias

Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1978). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, California: Impact.

<https://cmc.marmot.org/Record/.b12214541>

Antes, L. (1995) *Manual del test de Dominós*. en: Bernstein ed. "Test de Dominus". Bs. Aires. Ed. Paidós.

<https://es.scribd.com/doc/186519110/Anstey-Test-de-Dominos-Manual>

Arturo C. (2004). *La técnica de la reestructuración cognitiva*, Universidad de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>

Ato, M. (1995c). Análisis estadístico II: Diseños con variable de asignación conocida. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 305-320). Madrid: Síntesis

http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf

Ayala P. (1994) Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales, artículo pdf referenciado de :
https://www.academia.edu/14409278/T%C3%A9cnicas_de_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductuales

Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe. Recuperado de:
[https://www.google.com/search?q=Bandura%2C+A.\(1987\).+Teor%C3%ADa+del+Aprendizaje+Social.+Madrid%3A+Espasa-](https://www.google.com/search?q=Bandura%2C+A.(1987).+Teor%C3%ADa+del+Aprendizaje+Social.+Madrid%3A+Espasa-)

Beck, J.S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa. (Original de 2005.)

https://www.cop-cv.org/db/cke_uploads/files/coaching4.pdf

Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva* (pp. 300-368). Nueva York.0

https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf

Benson, H.; Klemchuk, H.T.P. y Graham, J.R. (1975). The usefulness of the relaxation response in the therapy of headaches. *Headache*, 13, 49-52.

Caballo V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Siglo XXI. España. Séptima Edición. Recuperado de: <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluaci%C3%B3n-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>

Campbell y Stanley (1963) *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Buenos Aires, Recuperado de: <https://campbell-stanley-disec3b1os-experimentales-y-cuasiexperimentales-en-la-investigac3b3n-social.pdf>

Castanyer, O. (2000). *El asertividad: Expresión de una sana autoestima*, (8ª. ed.) España: Editorial Descleé D Castaños, S. & Reyes I. & Rivera S., Díaz R. (2010) *Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II e Avaliação Psicológica* 1(29) Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459645441003>

Castanyer, O. (2000) *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*, (8ª. ed.) España: Editorial Descleé De Brouwer Cuadra, H. y Florenzano, R. (2003). *El bienestar subjetivo hacia una psicología positiva*. *Revista de Psicología*, Chile, 83-96. Referenciada de:

<https://revistapsicologia.uchile.cl/>

Consejo Editorial de Educación Pública del Royal College of Psychiatrists. Editor: Dr. Philip Timms. Actualizado: marzo 2007. Traducido en febrero de 2008 por la Dra. Carmen Pinto. Referenciado de: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Edelmann, R. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*.
Chichester: Wiley

https://www.ciis.edu/ciispsyd?gclid=Cj0KCQjwwr32BRD4ARIsAAJNf_1YKwJpEELNoKQbgdGwW06DTHoCgu3CvsSfzECJk5KjJBkD7ydXSkkaAo84EALw_wcB

Ellis, A. (1979a). *The theory of rational-emotive therapy*. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations off rational-emotive therapy* (pp. 33-60). Monterrey, CA: Brooks/Cole Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica. 11 (1): 19-38, 2016 / ISSN: 1659-2107. Referenciado de: <http://www.TerapiasCognitivasYPsicologiaBasadaEnLaEvidencia-5454919.pdf>

García, A. (2010). *Asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de la educación social*. Revista de educación. Universidad de Huelva, 12.

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5352/Estudio_sobre_la_asertividad.pdf?sequence=5

Grau E., Fuste A. y Bados A. (2008) *Manual de entrenamiento en respiración*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de:

https://www.ttmib.org/documentos/ENTRENAMIENTO_EN_RESPIRACION.pdf

Gorman, N. (2002). *A guide to treatments that work* (2ª Ed.). Nueva York, Estados Unidos: University Press.

[https://books.google.com.mx/books?id=-XYEAAAQBAJ&pg=RA1-PA13&lpg=RA1-PA13&dq=Gorman,+N.+\(2002\).+A+guide+to+treatments+that+work+\(2%C2%AA+Ed.\).+Nueva+York,+Estados+Unidos:+University+Press.&source=bl&ots=DlahGwDHOQ&sig=ACfU3U1KRIBs-Go2RCV26P_Ng-UILLxjIA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwibsPy4-dbpAhUBIqwKHbr6ApcQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=Gorman%2C%20N.%20\(2002\).%20A%20guide%20to%20treatments%20that%20work%20\(2%C2%AA%20Ed.\).%20Nueva%20York%2C%20Estados%20Unidos%3A%20University%20Press.&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=-XYEAAAQBAJ&pg=RA1-PA13&lpg=RA1-PA13&dq=Gorman,+N.+(2002).+A+guide+to+treatments+that+work+(2%C2%AA+Ed.).+Nueva+York,+Estados+Unidos:+University+Press.&source=bl&ots=DlahGwDHOQ&sig=ACfU3U1KRIBs-Go2RCV26P_Ng-UILLxjIA&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwibsPy4-dbpAhUBIqwKHbr6ApcQ6AEwAXoECAoQAQ#v=onepage&q=Gorman%2C%20N.%20(2002).%20A%20guide%20to%20treatments%20that%20work%20(2%C2%AA%20Ed.).%20Nueva%20York%2C%20Estados%20Unidos%3A%20University%20Press.&f=false)

Greenberg (1985), *Salud y bienestar: una diferenciación conceptual*, primera edición.

https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud

Hare, B. (2003). *Sea asertivo: la habilidad directiva clave para comunicar eficazmente*, Barcelona, España: Editorial Gestión, S.A.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª. ed.) México: Pearson Educación.

Kennedy (2005) *Diseños de Investigación en Psicología*, Barcelona España. Segunda edición.

Labrador F. (2000) *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. Madrid: Pirámide

León y Vargas (2009) Revisión de la escala de asertividad de Rathus, *Revista Reflexiones. Universidad de Costa Rica, edit. segunda*

Madrigal, L. (2009) *Revisión de la escala de asertividad de Rathus, adaptada por León y Vargas* (2009) Rev. Reflexiones 93 (1): 157-171, ISSN: 1021-1209 / 2014 Escuela de Psicología, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

<file:///D:/Yedra%20C/Documents/2019/Psicolog%C3%ADa%209%C2%B0%20Semestre/0908%20Pr%C3%A1ctica%20supervisada/Unidad%202/Dialnet-RevisionDeLaEscalaDeAsertividadDeRathusAdaptadaPor-4796419.pdf>

Martín, D. y Boeck, K. (2004). *EQ Qué es la Inteligencia Emocional, cómo lograr que las emociones determinen nuestro triunfo en todos los ámbitos de la vida*, Madrid, España: Editorial Selección EDAF, S.A.

Mohoney, (1991), *Humans Changes Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, New York

Revista electrónica de Estudiantes de Psicología UNED (2016), Madrid España. Referenciado de:

<http://psicologia.isipedia.com/>

Riso, W. (2008). *Cuestión de dignidad*. (2ª. ed.) Colombia: Editorial Norma.

Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales: Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional* (3ª ed.). Valencia, España: ACDE Psicología.

Salter, A. (1949): *Conditioned Reflex Therapy*, New York. La terapia del reflejo condicionado recuperado de:

<https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-reflejo-condicionado-salter>

Schuler, E. (2012). *Asertividad*. (5ª. ed.): Estados Unidos de Norteamérica: Editorial Esenciales Gaia.

Skinner, B. F. (1975) *Dos tipos de reflejo condicionado*. Respuesta a Konorski y a Miller. En Registro acumulativo: Selección de la obra de Skinner realizada por el propio autor. (pp. 546- 555). Barcelona: Fontanella.

Pérez, M., Fernández J. R., Fernández C. y Amigo I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid, España: Pirámide

Valadez, A. (2002) Aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales en un caso de problemas familiares. Reestructuración Cognitiva, Asertividad, y Manejo de Contingencias. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5 (2). Universidad Autónoma de México. (UNAM) México. Recuperado de:

<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/Tecnicascognitivoc onductuales.htm>

Anexos

11/09/2019

Aceptablemente
asertivo.

Test de asertividad - Rathus							
Instrucciones: Selección de las afirmaciones siguientes. La columna que más describa su comportamiento anotando una "x" abajo. Advertir que son extremos y seleccione el par que más se acerque a su descripción.							
Item	Respuesta						
	(*)	Respuesta				(-)	
	Muy característico de mí	Bastante característico de mí	Algo característico de mí	Algo no característico de mí	Bastante poco característico de mí	Muy poco característico de mí	
1		X					2
2		X					2
3						X	-3
4		X					2
5		X					2
6					X		-2
7					X		-2
8					X		-2
9			X				1
10	X						3
11					X		-2
12					X		-2
13					X		-2
14	X						3
15	X						3
16					X		-2
17			X				1
18					X		-2
19		X					2
20					X		-2
21					X		-2
22	X		X				-1
23	X						3
24	X						3
25					X		-2
26		X					2
27					X		-2
28					X		-2
29			X				1
30		X					2

Ilustración 1 Anexo 1 Resultados test Rathus, pre evaluación

Cuestionarios de asertividad

Proponemos dos cuestionarios de asertividad para trabajar en el taller. El personal orientador decidirá, en función de las características del grupo, la idoneidad de su cumplimentación.

CUESTIONARIO ASERTIVO DE LAZARUS

1. Cuando una persona es abiertamente injusta, ¿tiende usted a no decirle nada al respecto?	Si
2. ¿Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas?	Si
3. ¿Suele evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado?	Si
4. Si un amigo le ha traicionado revelando algún secreto suyo, ¿le dice lo que piensa realmente?	Si ✓
5. Si compartiera la habitación con otra persona, ¿insistiría en que él/ella haga parte de la limpieza?	No ✓
6. Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llegó después de usted, ¿se lo hace notar?	No
7. ¿Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien?	Si ✓
8. ¿Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo?	Si
9. Si usted prestó una suma de dinero de importancia a una persona que parece haberse olvidado de ello, ¿se lo recordaría?	No
10. Si una persona se burla de usted constantemente, ¿tiene dificultad para expresarle su irritación o desagrado?	Si
11. ¿Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos con tal de no buscar asiento adelante?	Si
12. Si alguien pateara continuamente el respaldo de su butaca en el cine, ¿le pediría que dejara de hacerlo?	No
13. Si un amigo o amiga le llamara todos los días a altas horas de la noche, ¿le pediría que no llamara más tarde de cierta hora?	No
14. Si usted estuviera hablando con otra persona que de pronto interrumpe la conversación para dirigirse a un tercero, ¿expresaría su irritación?	No

Ilustración 2 Anexo 2 Hoja 1 test Lazarus (pre evaluación)

15. Si usted está en un restaurante elegante y su bistec está demasiado crudo, ¿le pediría al camarero que lo cocinaran un poco más?	Si	✓
16. Si el propietario de un piso que usted alquila, no ha hecho ciertos arreglos a los que se comprometió, ¿usted le insistiría en que los hiciera?	Si	✓
17. ¿Devolvería una prenda con taras que compró unos días antes?	No	
18. Si una persona a quien usted respeta expresara opiniones contrarias a las suyas, ¿se atrevería a exponer su propio punto de vista?	Si	✓
19. ¿Puede decir "no" cuando le piden cosas poco razonables?	No	
20. ¿Considera que cada persona debe de defender sus propios derechos?	Si	✓

Ilustración 3 Anexo 3 Hoja 2, Test Lazarus (pre evaluación)

CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD DE ANTONIO NÚÑEZ

Responda a este cuestionario teniendo en cuenta:

- A menudo (1 punto)
 A veces..... (2 puntos)
 Rara vez (3 puntos)
 Nunca..... (4 puntos)

1. En una reunión difícil, cuando la tensión está muy alta, soy capaz de exponer mi punto de vista con seguridad en mí mismo.	Rara vez 3
2. Si me siento inseguro de algo, pido ayuda sin ningún problema.	Rara vez 3
3. Si alguien me trata de forma injusta y agresiva, sé controlar la situación con seguridad en mí mismo.	A veces 2
4. Cuando alguien está siendo sarcástico a mis expensas o a expensas de los demás, me siento capaz de exponer mi opinión sin alterarme.	A veces 2
5. Si me tratan con desprecio o condescendencia, me defiendo con franqueza sin recurrir a la agresividad.	Rara vez 3
6. Si tengo motivos para creer que están abusando de mí, lo hago notar sin poner cara larga ni disgustarme.	A veces 2
7. Cuando alguien me pide permiso para hacer algo que prefiero que no haga, como por ejemplo fumar, digo que no sin sentirme culpable.	Nunca 4
8. Si alguien pide mi opinión sobre algo, me siento lo bastante tranquilo para darla, aun cuando sé que mi opinión no va a ser bien recibida.	A veces 2
9. Trato con mis superiores con facilidad y de forma efectiva.	A veces 2
10. Si me venden un producto defectuoso o de mala calidad en una tienda o en un restaurante, reclamo mis derechos sin atacar a la otra persona.	Nunca 4
11. Cuando tengo en perspectiva una oportunidad importante, hablo por mí mismo.	A menudo 1
12. Cuando veo que un asunto no marcha bien, actúo con antelación, antes de que se convierta en un desastre potencial.	A menudo 1
13. Cuando tengo que dar una mala noticia, lo hago sin ponerme nervioso ni preocuparme en exceso.	A veces 2
14. Si necesito algo, lo pido con franqueza y sin rodeos.	Rara vez 3

Ilustración 4 Anexo 4 Hoja 1 test de Antonio Núñez (preevaluación)

15. Cuando alguien no escucha lo que tengo que decir, le hago ver mi punto de vista sin ser estridente ni compadecerme de mí mismo.	A veces 2
16. Cuando alguien me malinterpreta, se lo hago notar sin sentirme culpable y sin que la otra persona se sienta humillada.	A veces 2
17. Cuando no comparto la opinión de la mayoría, expongo mi punto de vista sin pedir disculpas ni ser autoritario.	Rara vez 3
18. Acepto las críticas con buen humor.	A menudo 1
19. Sé hacer un cumplido sin sentirme violento o que suene a "hacer la pelota".	Rara vez 3
20. Cuando me enfado, soy capaz de expresar mi punto de vista sin sentar juicio ni sentirme defraudado conmigo mismo.	Nunca 4
CRITERIOS DE PUNTUACIÓN	
Una vez finalizado el cuestionario, sume los puntos obtenidos.	
20 - 25 Persona segura y asertiva en su forma de llevar las situaciones.	
25 - 35 Si bien sabe ser asertivo, le beneficiaría mejorar un poco más.	
35 - 50 Su comportamiento asertivo carece de constancia y debería trabajar para mejorarlo.	
50 - 80 Necesita trabajar considerablemente para mejorar su asertividad.	
49	

Ilustración 5 Anexo 5 Hoja 2, test Antonio Núñez (preevaluación)

Anexo 6 Test Proyectivo

El siguiente test ha sido creado para conocer a qué tipo de patrón de personalidad pertenece una persona. Es importante que la respuesta sea lo más sincera posible.

Algunas de las cuestiones planteadas, como el modo de andar, pueden no ser perceptibles para uno mismo, por lo que puedes consultar a algún familiar o amigo al respecto. Es importante contestar todas las preguntas. Este test sólo ofrece orientación y carece de valor diagnóstico.

¿Crees que el día no tiene bastantes horas para todas las cosas que deberías hacer?

Sí

No

¿Siempre te mueves, caminas o comes con rapidez?

Sí

No

¿Te sientes impaciente por el ritmo al que se desarrollan los acontecimientos?

Sí

No

¿Acostumbras a decir: "¿Ah, ajá" o "sí, sí, sí", "bien, bien", cuando te habla una persona apremiándola inconscientemente a que acabe de decir lo que tiene que decir?

Sí

No

¿Tienes tendencia a terminar las frases de otras personas?

Sí

No

¿Te sientes exageradamente irritado incluso rabioso cuando el coche que te precede en una carretera circula a una velocidad que consideras demasiado lenta?

Sí

No

¿Consideras angustioso tener que hacer cola o esperar turno para conseguir una mesa en un restaurante?

Sí

No

¿Encuentras intolerable ver cómo otras personas realizan tareas que sabes que se pueden hacer más deprisa?

Sí

No

¿Te impacientas contigo mismo si te ves obligado a realizar tareas repetitivas (rellenar formularios, firmar talones, lavar platos, etc.), que son necesarias, pero te impiden hacer las cosas que te interesan realmente?

Sí

No

¿Eres de esas personas que leen a toda prisa o intentan siempre conseguir resúmenes o sumarios de obras literarias realmente interesantes y valiosas?

Sí

No

¿Te esfuerzas por pensar o hacer dos o más cosas simultáneamente? Por ejemplo, mientras intentas escuchar la conversación de una persona, sigues dando vueltas a otro tema sin ninguna relación con lo que escuchas.

Sí

No

¿Mientras disfrutas de un descanso, continúas pensando en tus problemas laborales, domésticos o profesionales?

Sí

No

¿Tienes el hábito de acentuar excesivamente varias palabras que consideras clave en tu conversación o la tendencia a decir las últimas palabras de tus frases más rápidamente que las palabras iniciales?

Sí

No

¿Encuentras difícil abstenerte de llevar cualquier conversación hacia los temas que te interesan y cuando no lo consigues, pretendes escuchar, pero en realidad sigues ocupado en tus propios pensamientos?

Sí

No

¿Te sientes vagamente culpable, cuando descansas y no haces nada durante varias horas o varios días?

Sí

No

¿Intentas siempre programar más y más cosas en menos tiempo, y al hacerlo así dejas cada vez menos margen para los imprevistos?

Sí

No

Al conversar, ¿das con frecuencia puñetazos o palmadas en la mesa, o golpeas con un puño la palma de la otra mano para dar más énfasis a un punto particular de la discusión?

Sí

No

¿Te sometes a ciertos plazos en tu trabajo que con frecuencia son difíciles de cumplir?

Sí

No

¿Aprietas con frecuencia las mandíbulas, hasta el punto de que te rechinan los dientes?

Sí

No

¿Llevas con frecuencia material relacionado con tu trabajo o tus estudios a tu casa por la noche?

Sí

No

¿Acostumbras a evaluar en términos numéricos no sólo tu propio trabajo, sino también las actividades de los demás?

Sí

No

¿Te sientes insatisfecho con tu actual trabajo?

Sí

No

<https://www.psycoactiva.com/tests/test-personalidad.htm#test-solution>

Ilustración 6 Anexo 6 Test proyectivo (pre evaluación)

EJEMPLOS

A

B

C

D

PAGINA 1

1

2

PAGINA 2

7

8

PAGINA 3

13

14

PAGINA 4

19

20

15

16

21

22

17

18

23

24

Ilustración 7 Anexo 7 hoja 1, test dominós (preevaluación)

FECHA DE NACIMIENTO	3 / 03 / 68	FECHA DE HOY	EDAD	PERCENTIL
	Día Mes Año		51	95
LUGAR DE EXAMEN	Oficina	EXAMINADOR	Arturo Yeda Pedrosa	RANGO
Administración: Individual Colectiva	Test Domino	Retest	DIAGNOSTICO	Superior
			Inteligencia superior	

PAGINA 5

25
26
27
28
29
30

PAGINA 6

31
32
33
34
35
36

PAGINA 7

37
38
39
40
41
42

PAGINA 8

43
44
45
46
47
48

Definición conceptual

Comunicación tipo pasiva: un tipo de comunicación pasiva donde no sabe negarse a las peticiones de los demás, no opina ya que considera que su opinión es menos importante que la de los demás, **no defiende sus derechos y hace lo que le dicen, sin importar sus sentimientos, llegando a almacenar una gran carga de resentimiento, rabia y depresión**

Definición operacional	Opresión en el pecho, ruborizarse y respiración agitada, se identificó que van acompañadas de la conducta descrita (sobre negarse a una petición, reclamar algo, o expresar sus sentimientos) Aquello que refuerza la conducta, sentir bien cuando hace algún favor, sentirse necesaria y valorada		
Instrucciones	El presente formato se deberá llenar diariamente cuando se presente algún tipo de comunicación pasiva		
Fecha y hora	Antecedente funcionales situación (Lugar, con quien estabas que hacías, que pensabas	Respuesta Conducta (como actuaste)	Consecuencias (en que afecto tu reacción a esta situación)
viernes	Estaba en mi casa con mi hijo, estaba aseando la casa y lavando ropa, ya que es el único día que tengo un poco de tiempo. Entonces recibo una llamada de mi hermano, que me pedía llevara a mi cuñada a comprar unos materiales para su purificadora, pensé en decir que no tenía coche o que no podía, pero me puse a pensar que el me ayuda mucho y que le urgían esas tapas y estaba parada su negocio.	Entonces sin siquiera pensar le dije que si, que llegaba en 15 minutos por mi cuñada	Tuve que dejar lo que estaba haciendo, me tarde aproximadamente 1 hora cuando regrese, ya era hora de llevar a mi hija trabajar y ya no alcance a hacer lo que tenía que hacer
sábado	Estaba arreglando a Ángel mi hijo menor, para ir al cumpleaños de una amiga y faltaba de bañarme y cambiarme yo, y la reunión era a las 3, mi hija la más chica trabaja a las 2 y media, entonces se bañó y se estaba pintando y me dijo mamá llévame porque ya no llego, aun no me arreglaba ni me cambiaba, le dije que me movía mis planes, pero al parecer para ella no era eso importante rápido llévame y alcanzas a regresar a tu reunión, la lleve y regrese 3 y media. Cuando llegue mi hija la grande entraba a trabajar a las 4 pero en un salón muy lejos, ya había quedado que me salía un rato de la reunión para llevarla, entonces como ya era tarde	Después de sentirme muy enojada y estresada, dije que, sí que fuéramos rápido, al llevarla había machismo tráfico y regrese a la casa a las 3 y media Fui a llevarla y llegué a mi reunión bañada, pero sin maquillarme y sin poder arreglarme el pelo y para colmo tardísimo	Se me hizo tarde no alcance a llegar Se me hizo super tarde, me sentí muy enojada pero no dije nada igual disfruté mucho la reunión, pero si estuve muy estresada y frustrada.
Martes	Ya era muy tarde para llegar a mi trabajo, estaba terminando la comida, por que llegue corriendo de la escuela, llega mi hija la más grande de la universidad y me dice que ocupa urgente un libro, le digo que mañana te lo compro no me urge ahorita. Entonces le digo que vaya a comprarlo y saque dinero de la tarjeta, estaba muy estresada porque no ha terminado unos trabajos y tenía examen y me dijo que no podía le dije que yo ya me tenía que ir a trabaja, hizo un super berrinche, que no la apoyo, que cuando necesita de mí no estoy para ella, que metiera una omisión, etc.	Acabe metiendo la omisión y yendo a comprarle el libro mientras ella estudiaba y terminaba su trabajo	Llegué tarde al trabajo, metí una omisión y me llamo la atención mi jefe ya que esto ocurre muy seguido.
Sábado	Mi hija tenía que ir a trabajar, la mayor, pero tenía sus charolas en casa de una amiga y me pidió fuera entraba a las 2 y media y ya eran la 1 y media me fui por ellas, pero la dirección que medio, no la encontraba y ya llegué tarde estaba muy molesta y me culpaba de que llegaría tarde que le tenía que pagar su día.	Hable con ella le dije que no era mi culpa que era su responsabilidad, que me parecía injusto que me culpara se quedó callada, me echo ojos de pistola y se puso los audífonos, aun cuando me ignoro siento que le llevo el mensaje	Me sentí bien de haberle dicho eso y aun cuando no me dio respuesta cuando menso se quedó pensando en lo que le dije.
domingo	Llegue de la Chona de visitar a mi papá, y baje del coche a mi nieta allí estaba mi marido, le pedí por favor que bajara a mi hijo Ángel ya que yo estaba lastimada de la cadera y ya está muy pesada, a lo que me contesto que no traía zapatos, me enoje como siempre y me dirige al coche, me pare y pensé no me tiene que ayudar es justo,	Me regrese y me pare enfrente y le dije, mira no es justo que yo siempre bajo a Ángel, tu bien sabes que me lastime la cadera y no puedo cargarlo bien. Yo sé que tú también vienes de trabajar y estas cansado, pero no te cuesta nada apoyarme en esto, se paró entre enojado y sorprendido se puso los zapatos y fue por el niño	Me sentí bien ya que logre que se diera cuenta que no es justo y que necesito de su ayuda
Miércoles	Estaba ya a punto de dormir viendo la tele, y me sonó el celular, era mi hermana que me dijo estaba en una fiesta y no encontraba taxi para venirse y Uber le cobraba muy caro que, si iba por ella, era un lugar alejado, yo estaba cansada así que sin pensar le dije que mi coche no servía (una pequeña mentira) y	Le mentí y le dije que no servía mi coche y que no podía ir por ella, que ojalá pudiera encontrar en que venirse	Me sentí muy culpable me puse a pensar en que se va a venir y ya está tomada, ojalá no le pase nada malo y más tarde le marque para saber si llego con bien, pero pude decirle que no. Después disfrute no haber salido ya que llovía mucho.

Jueves	Me marco una amiga, es muy linda, pero tiene muchos problemas con su marido, y seguido se pelea y me marca dura hasta 2 horas contándome sus penas y siempre la escucho, aun cuando tenga mucho sueño o tenga cosas que hacer.	Ahora le dije que me disculpara que entendía que se sentía muy mal, pero que tenía a mi niño enfermo (cosa que era verdad) y que estaba muy cansada pero mañana por la mañana le marcaba y con gusto platicábamos, me dijo que sin problema y que me agradecía mi sinceridad Pensé en cómo aplicar aquí el tiempo fuera, y eso me ayudo a no comprar el articulo	No tuve culpa alguna me sentí bien de haberlo hecho y me di cuenta de que no pasa nada si te niegas con razones válidas.
Martes	Aplicación de técnica tiempo fuera. Fui de compras a una tienda pedí un artículo y no tenían lo que buscaba, la vendedora (como es su función) insistió en que me llevara algo que no era lo que buscaba, estuve a punto de comprarlo		Me sentí bien de no comprar algo que no necesitaba

Ilustración 8 Anexo 8 Autorregistro (línea base)



Ilustración 9 Anexo 9 Tests de personalidad bajo la lluvia (pre evaluación)

4/11/2019

Asertividad
Confrontativa

Test de Asertividad, Rathus

INSTRUCCIONES: Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes.

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la casilla situada a la derecha.

N°	Ítem	Respuesta
1	Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	+ 2
2	He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.	- 1
3	Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a.	+ 2
4	Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	+ 2
5	Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".	+ 1
6	Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	- 1
7	Hay veces en que provooco abiertamente una discusión.	- 1
8	Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	- 1
9	En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	- 1
10	Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	3
11	Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	- 2
12	Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	- 3
13	En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	- 3

Ilustración 10 Anexo 10 Hoja 1 test Rathus (post evaluación)

14	Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	+ 2
15	Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	+ 1
16	He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	- 3
17	Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	- 3
18	Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	- 2
19	Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	+ 1
20	Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	- 1
21	Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	- 1
22	Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, o la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	- 1
23	Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	1
24	Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	1
25	En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.	- 1
26	Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	- 1
27	Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	- 2
28	Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	- 1
29	Expreso mis opiniones con facilidad.	3
30	Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	- 1

Ilustración 11 Anexo 11 Hoja 2, test Rathus (post evaluación)

Hoja de corrección

Nombre	Apellido	Curso	Fecha

INSTRUCCIONES:

- A las siguientes preguntas hay que cambiarles el signo a negativo: 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30.
- Suma las respuestas a todas las preguntas.
- El resultado oscila entre -90 y $+90$. La interpretación se lleva a cabo considerando que un signo positivo en la puntuación final significa una mayor asertividad y los valores absolutos indican la frecuencia de aparición de los comportamientos.

Número	Categoría	Puntuación
1	Definitivamente asertivo	61 a 90
2	Muy asertivo	31 a 60
3	Asertivo	16 a 30
4	Asertividad confrontativa	-15 a 15
5	Inasertivo	-16 a -30
6	Muy inasertivo	-31 a -60
7	Definitivamente inasertivo	-61 a -90

Resultado	1 Nivel 4
-----------	-----------

Ilustración 12 Anexo 12 Hoja 3, test Rathus (post evaluación)

Cuestionarios de asertividad

Proponemos dos cuestionarios de asertividad para trabajar en el taller. El personal orientador decidirá, en función de las características del grupo, la idoneidad de su cumplimentación.

CUESTIONARIO ASERTIVO DE LAZARUS

1. Cuando una persona es abiertamente injusta, ¿tiende usted a no decirle nada al respecto?	No	✓
2. ¿Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas?	Si	✓
3. ¿Suele evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado?	No	✓
4. Si un amigo le ha traicionado revelando algún secreto suyo, ¿le dice lo que piensa realmente?	No	x
5. Si compartiera la habitación con otra persona, ¿insistiría en que él/ella haga parte de la limpieza?	Si	✓
6. Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llegó después de usted, ¿se lo hace notar?	Si	✓
7. ¿Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien?	No	✓
8. ¿Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo?	No	✓
9. Si usted prestó una suma de dinero de importancia a una persona que parece haberse olvidado de ello, ¿se lo recordaría?	No	x
10. Si una persona se burla de usted constantemente, ¿tiene dificultad para expresarle su irritación o desagrado?	No	✓
11. ¿Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos con tal de no buscar asiento adelante?	No	✓
12. Si alguien pateara continuamente el respaldo de su butaca en el cine, ¿le pediría que dejara de hacerlo?	Si	✓
13. Si un amigo o amiga le llamara todos los días a altas horas de la noche, ¿le pediría que no llamara más tarde de cierta hora?	Si	✓
14. Si usted estuviera hablando con otra persona que de pronto interrumpe la conversación para dirigirse a un tercero, ¿expresaría su irritación?	No	✓

Ilustración 13 Anexo 13 Hoja 1 test de Lazarus (post evaluación)

15. Si usted está en un restaurante elegante y su bistec está demasiado crudo, ¿le pediría al camarero que lo cocinaran un poco más?	Si	✓
16. Si el propietario de un piso que usted alquila, no ha hecho ciertos arreglos a los que se comprometió, ¿usted le insistiría en que los hiciera?	Si	✓
17. ¿Devolvería una prenda con taras que compró unos días antes?	No	x
18. Si una persona a quien usted respeta expresara opiniones contrarias a las suyas, ¿se atrevería a exponer su propio punto de vista?	No	x
19. ¿Puede decir "no" cuando le piden cosas poco razonables?	NO	x
20. ¿Considera que cada persona debe de defender sus propios derechos?	Si	✓

CORRECCIÓN

Respuestas asertivas:

1-No	2-No	3-No
4-Si	5-Si	6-Si
7-No	8-No	9-Si
10-No	11-No	12-Si
13-Si	14-Si	15-Si
16-Si	17-Si	18-Si
19-Si	20-Si	

Interpretación: Compare los totales asertivos y no asertivos. El predominio de cada uno de ellos le indicará su tendencia asertiva o no asertiva. También puede considerar sus respuestas no asertivas por sí mismas, como indicativo de esa situación particular, por si desea trabajarla.

Ilustración 14 Anexo 14 Hoja 2 Test Lazarus (post evaluación)

CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD DE ANTONIO NÚÑEZ

Responda a este cuestionario teniendo en cuenta:

- A menudo (1 punto)
 A veces..... (2 puntos)
 Rara vez (3 puntos)
 Nunca..... (4 puntos)

1. En una reunión difícil, cuando la tensión está muy alta, soy capaz de exponer mi punto de vista con seguridad en mí mismo.	A veces	2
2. Si me siento inseguro de algo, pido ayuda sin ningún problema.	A veces	2
3. Si alguien me trata de forma injusta y agresiva, sé controlar la situación con seguridad en mí mismo.	A veces	2
4. Cuando alguien está siendo sarcástico a mis expensas o a expensas de los demás, me siento capaz de exponer mi opinión sin alterarme.	A veces	2
5. Si me tratan con desprecio o condescendencia, me defiendo con franqueza sin recurrir a la agresividad.	A menudo	1
6. Si tengo motivos para creer que están abusando de mí, lo hago notar sin poner cara larga ni disgustarme.	A veces	2
7. Cuando alguien me pide permiso para hacer algo que prefiero que no haga, como por ejemplo fumar, digo que no sin sentirme culpable.	A veces	2
8. Si alguien pide mi opinión sobre algo, me siento lo bastante tranquilo para dárla, aun cuando sé que mi opinión no va a ser bien recibida.	A menudo	1
9. Trato con mis superiores con facilidad y de forma efectiva.	A menudo	1
10. Si me venden un producto defectuoso o de mala calidad en una tienda o en un restaurante, reclamo mis derechos sin atacar a la otra persona.	A veces	2
11. Cuando tengo en perspectiva una oportunidad importante, hablo por mí mismo.	A menudo	1
12. Cuando veo que un asunto no marcha bien, actúo con antelación, antes de que se convierta en un desastre potencial.	A veces	2
13. Cuando tengo que dar una mala noticia, lo hago sin ponerme nervioso ni preocuparme en exceso.	A veces	2
14. Si necesito algo, lo pido con franqueza y sin rodeos.	A veces	2

Ilustración 15 Anexo 15 hoja 1 test Antonio Núñez (post evaluación)

15. Cuando alguien no escucha lo que tengo que decir, le hago ver mi punto de vista sin ser estridente ni compadecerme de mí mismo.	A veces	2
16. Cuando alguien me malinterpreta, se lo hago notar sin sentirme culpable y sin que la otra persona se sienta humillada.	A menudo	1
17. Cuando no comparto la opinión de la mayoría, expongo mi punto de vista sin pedir disculpas ni ser autoritario.	A menudo	1
18. Acepto las críticas con buen humor.	A menudo	1
19. Sé hacer un cumplido sin sentirme violento o que suene a "hacer la pelota".	A menudo	1
20. Cuando me enfado, soy capaz de expresar mi punto de vista sin sentar juicio ni sentirme defraudado conmigo mismo.	A veces	2

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN**32**

Una vez finalizado el cuestionario, sume los puntos obtenidos.

20 - 25 Persona segura y asertiva en su forma de llevar las situaciones.

25 - 35 Si bien sabe ser asertivo, le beneficiaría mejorar un poco más.

35 - 50 Su comportamiento asertivo carece de constancia y debería trabajar para mejorarlo.

50 - 80 Necesita trabajar considerablemente para mejorar su asertividad.

Ilustración 16 Anexo 16, Hoja 2, test Antonio Núñez (post evaluación)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) Blanca Olivia

Mi nombre es: Arturo Yedra Pedraza estudiante de noveno semestre de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, de la materia: Práctica Supervisada III Terapia Cognitivo Conductual.

Este documento es para proponerle me autorice a realizar la aplicación de una entrevista, como proceso inicial de la Terapia, misma que podrán ser grabadas en audio para fines de análisis, así como la toma de algunas fotografías que nos avalen como evidencias.

Su participación es completamente voluntaria, es de su elección participar o no. En caso de que haya decidido participar y ya no se sienta cómodo con alguna de las actividades, puede dejar de participar en cualquier momento.

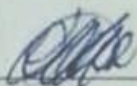
La información que proporcione será resguardada y su identidad será protegida, sólo el profesor de la asignatura y yo tendremos acceso a la información.

Al término del curso, usted recibirá un informe escrito de los resultados más relevantes que haya arrojado esta terapia.

Al participar en esta práctica usted contribuirán en mi formación como profesional de la Psicología. En esta actividad no se prevé ningún riesgo para su integridad física o psicológica, sin embargo, pudiera ser que se sienta incómodo con alguna pregunta o cuando se lleve a cabo la observación. En cualquier caso, puede no responder a la pregunta o se puede suspender la observación, así como declinar su participación total en la terapia.

He leído o se me ha leído la información sobre la práctica. Tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto y todas las dudas que me surgieron se respondieron satisfactoriamente. Consiento participar voluntariamente en esta terapia.

Doy autorización para que me puedan tomar fotos. Si No



Nombre y Firma del que autoriza.

Ilustración 17 Anexo 17 Consentimiento informado