



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 2

Junio de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.02.11>

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE DÉFICIT EN ASERTIVIDAD

María Esther Plascencia Carrillo¹ y Mónica Teresa González Ramírez²

Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

La asertividad es la habilidad de transmitir opiniones, creencias y sentimientos de forma eficaz, forma parte de las habilidades sociales y está relacionada a la autoestima de un individuo. *Descripción de paciente:* Se trabajó con una joven universitaria de 19 años con déficit asertivo. *Objetivo:* Incrementar la seguridad en su apariencia y al hablar con las personas, e incrementar la asertividad en los encuentros y conversaciones sociales. *Diseño de intervención:* Integración de terapia cognitivo conductual y centrada en soluciones. *Resultados:* La pregunta escala de avance mostró un incremento a lo largo de las sesiones hasta llegar a su máxima puntuación, alcanzando los objetivos terapéuticos. En cuanto a los niveles de autoestima, asertividad y habilidades sociales de la joven, todos tuvieron un incremento al concluir el proceso terapéutico. *Conclusiones:* Se concluye que la integración de los enfoques terapéuticos tuvo un grado de efectividad muy bueno.

Palabras clave: Asertividad, autoestima, habilidades sociales, terapia cognitivo conductual, terapia centrada en soluciones.

¹

²

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SOLUTION-FOCUSED THERAPY INTEGRATION IN A CASE OF DEFICIT IN ASSERTIVENESS

ABSTRACT

Assertiveness is the ability to convey opinions, beliefs and feelings effectively, it is part of social skills and is related to an individual's self-esteem. *Patient description:* The work took place with a 19-year-old college student with unassertiveness. *Objective:* Increase confidence in her own appearance and when speaking with people and increase assertiveness in social encounters and conversations. *Intervention Design:* Integration of cognitive behavioral and solution-focused therapy. *Results:* The progress scale question showed an increase throughout the sessions until it reached its maximum score, reaching the therapeutic objectives. Regarding the levels of self-esteem, assertiveness and social skills of the young woman, they all increased at the end of the therapeutic process. *Conclusions:* It is concluded that the integration of these therapeutic approaches had a very good degree of effectiveness.

Keywords: Assertiveness, self-esteem, social skills, cognitive behavioral therapy, solution-focused therapy.

La asertividad hace referencia a la capacidad de una persona para lograr transmitir a otros sus opiniones, creencias y sentimientos de forma eficaz, y sin sentirse incómodo al respecto. Forma parte de las habilidades sociales y permite al individuo actuar de acuerdo con sus intereses, defenderse sin ansiedad, expresar sentimientos con honestidad y ejercer sus derechos personales sin negar los derechos de otras personas (Hasibuan et al., 2018, Pfafman, 2020, UNIR, 2015; Valdivia et al., 2020). Por un lado, la conducta pasiva busca evitar cualquier tipo de conflicto, incluso llegando a violar los propios derechos al no expresar con honestidad las creencias personales. En el otro extremo se encuentra la conducta agresiva, la cual busca conseguir lo que se quiere a toda costa, incluso llegando a violar los derechos de otras personas, expresando de manera inapropiada pensamientos intimidantes (Caballo, 2002; Kelly, 2002, Paterson, 2022). La conducta asertiva respeta los derechos personales y mantiene abiertos los canales de comunicación, fomentando el respeto mutuo. Algunas capacidades que se derivan de la asertividad son el saber decir "no" o mostrar su postura hacia algo, saber realizar peticiones, autoafirmarse, resolver conflictos de forma que se respeten ambas partes, reaccionar con autoestima ante las críticas, emitir críticas

de manera respetuosa, negociar acuerdos y saber expresar sentimientos (Castanyer, 1996). Una de las habilidades a desarrollar en estudiantes universitarios y futuros profesionales es la asertividad, ya que estos tendrán que interactuar en forma multidisciplinaria y en el entendido de que buena parte de su éxito profesional radica en aplicar destrezas sociales adquiridas en el transcurso de su formación (Valdivia et al., 2020). Castanyer (1996) menciona que, en muchas ocasiones, se combinan la asertividad y la autoestima como elementos psicológicos necesarios para que una persona pueda desenvolverse con éxito en la vida cotidiana.

La autoestima hace referencia a la confianza que tiene un individuo en sí mismo, pudiendo tener una orientación positiva o negativa en la valoración que se hace (Wani y Dar, 2017). Existen distintos factores que impactan en la autoestima de las personas, como la educación que se recibe en la familia y en las instituciones educativas a las cuales se ha asistido, los lugares en que se trabaja y las relaciones interpersonales que se han establecido (Elizondo et al., 2011). La autoestima influye de forma directa en el comportamiento de los individuos y promueve el bienestar psicológico, ya que la forma en que se evalúa a sí mismo una persona tiene repercusión en todas las áreas de su desarrollo: social, emocional, intelectual, conductual y escolar (Arratia et al., 2003). La autoestima incluye el sentimiento de capacidad para alcanzar el éxito y la valía personal. Niveles elevados de autoestima se han relacionado con una mayor adaptación social, felicidad y menor vulnerabilidad a presentar conductas de riesgo, mientras que en el contexto universitario se ha relacionado con la permanencia escolar, mayor bienestar emocional y mejor desempeño laboral futuro (González et al., 2018).

Las habilidades sociales se definen como un conjunto de hábitos cognitivos, conductuales y emocionales que permiten al individuo comunicarse con los demás de manera eficaz y mantener relaciones interpersonales satisfactorias (Goldstein et al., 2002; Villanueva, 2013). Se consideran destrezas específicas manifestadas por un individuo en una sociedad, y forman parte de las competencias sociales, las cuales son aptitudes necesarias para un comportamiento adecuado y positivo que permite afrontar los retos de la vida. Ramos et al. (2014) mencionan que las habilidades sociales se pueden dividir en dos grupos, dependiendo su nivel de

dificultad: habilidades simples y habilidades complejas. Las primeras hacen referencia a habilidades como ser capaz de iniciar una conversación, presentarse a otras personas, dar las gracias, entre otras; mientras que las segundas se refieren a habilidades como la asertividad, capacidad de disculparse, capacidad de escuchar, la negociación, la modulación de la expresión emocional, empatía, entre otras.

García (2021) menciona que el tratamiento psicológico más eficaz y que cuenta con mayor apoyo empírico para el déficit en la conducta asertiva es la terapia asertiva, también conocida como entrenamiento en asertividad. Ésta se encuentra dentro de las terapias cognitivo-conductuales, y se ha enmarcado dentro de las técnicas de habilidades sociales. Este tratamiento consiste en una intervención que utiliza técnicas cognitivos-conductuales para modificar los estilos de comunicación pasivo o agresivo, sustituyéndolos por un repertorio conductual más asertivo, incrementando el respeto hacia uno mismo y las interacciones interpersonales en individuos de todas las edades. En la actualidad, este entrenamiento se suele utilizar dentro de otros tratamientos dirigidos a cumplir estos objetivos.

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo que trabaja proporcionando al paciente recursos para que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas (Polo y Díaz, 2011). Desde este enfoque, algunos procedimientos básicos para el entrenamiento asertivo son: enseñar la diferencia entre los 3 estilos de comunicación (pasivo, asertivo y agresivo), conocer los derechos asertivos, disminuir los obstáculos cognitivos y afectivos, trabajar ansiedad, culpa y autoestima del paciente, desarrollar habilidades asertivas, disminuir y modificar ideas irrationales a través de la reestructuración cognitiva (Gaeta y Galvanovskiks, 2009). En un estudio de caso, Pascual (2022) utilizó técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación en estilos de comunicación, derechos asertivos y técnicas de comunicación asertiva, uso de diario asertivo como tareas, reestructuración cognitiva, identificación de situaciones difíciles para uso de role-playing y exposición, obteniendo un incremento en asertividad, habilidades sociales y autoestima de la paciente. Asimismo, Rodas (2022) realizó un entrenamiento en

asertividad, dentro de un estudio de caso clínico, a través de diferentes técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, parado de pensamiento, técnica de asertividad “Decir No”, modelado, role-playing, exposición progresiva, técnicas de relajación, planificación de lista de actividades agradables, retroalimentación, reforzamiento y uso de tareas. Los resultados obtenidos mostraron la eficacia de este tratamiento tras generarse un cambio en el patrón de comunicación de la paciente, disminuyendo el uso de interacciones pasivas hacia conductas más asertivas y habiendo una modificación en los pensamientos irracionales. García (2021) menciona dos componentes en los que se hace énfasis en el entrenamiento de asertividad: el modelamiento de la conducta asertiva por parte del terapeuta y la puesta en práctica de la conducta asertiva por parte del paciente.

Existe evidencia de que la falta de asertividad está asociada con otros factores como es la falta de autoestima. La investigación sugiere que este déficit puede tener un impacto negativo en el autoconcepto y autoestima del individuo, es decir, en la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Es por eso que, un correcto entrenamiento en asertividad se correlaciona positivamente con un aumento de la autoestima o el autoconcepto del individuo (Quevedo et al., 2019; Speed et al., 2018; Valdivia et al., 2020). Según Cordero (2006), la terapia cognitivo-conductual desempeña un papel significativo en el fortalecimiento de la autoestima. Esto se logra al capacitar a los pacientes para que identifiquen y reemplacen sus pensamientos y sentimientos negativos con pensamientos positivos. Este enfoque facilita el progreso hacia la reducción o eliminación de los síntomas. Algunas de las técnicas eficaces incluyen la solución de problemas, la reestructuración cognitiva, la psicoeducación y el uso de metáforas.

La Terapia Centrada en Soluciones enfoca su atención en los recursos del paciente y en todas aquellas situaciones en las que no se presente el problema, es decir, se centra en analizar aquello que sí funciona y satisface al paciente (Beyebach, 2006). Gracias a que la naturaleza de este enfoque se basa en la resiliencia, encontrar excepciones y principalmente en que los clientes encuentren sus propias soluciones

y habilidades para enfrentarse a las posibles situaciones que se presenten, ha sido aplicado a diversos problemas vistos por los clínicos (Tamez-Osollo, 2016).

Sánchez y Fernández (2018) llevaron a cabo una intervención de Terapia Cognitivo Conductual y Centrada en Soluciones para el desarrollo de habilidades sociales en una joven con baja autoestima, utilizando estrategias como cambios pretratamiento, pregunta escala, trabajo con excepciones, pregunta milagro, elogios, reestructuración cognitiva (uso de debate), psicoeducación y entrenamiento asertivo (técnica de banco de niebla, aplazamiento asertivo), externalización de la terapia narrativa, uso de tareas, biblioterapia, prevención de recaídas. Se concluyó que el uso integrativo de ambas terapias es altamente recomendable, ya que proporcionaron estrategias para favorecer los cambios requeridos para lograr los objetivos deseados en el tratamiento de la joven, aumentando su nivel de asertividad y autoestima. Tamez-Osollo (2016) de igual forma llevó a cabo una intervención de terapia integrativa en el enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones, concluyendo que la integración de estos enfoques demuestra ser efectiva en intervenciones con pacientes que presentan falta de asertividad y baja autoestima, ya que los resultados mostraron mejoras en los patrones cognitivos y conductuales de la paciente, al igual que cambios positivos en variables como autoestima, interacciones sociales, toma de decisiones, solución de problemas, asertividad, regulación de emociones y habilidades de afrontamiento. Asimismo, Ordaz-Leal y Bennett-Vidales (2019) concluyeron en su estudio que la integración del enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones, al igual que la combinación de sus diferentes técnicas, permitieron obtener resultados favorables en el aumento de la autoestima y la asertividad en adultos. En un estudio de caso más reciente, Garibay (2023) muestra que la integración de la terapia centrada en soluciones y cognitivo conductual utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación, reencuadre, búsqueda de excepciones, elogios, tareas, pregunta milagro, role playing, entre otras arrojan resultados satisfactorios en comunicación asertiva.

Tomando en cuenta la vasta evidencia empírica que favorece las técnicas cognitivo conductuales como tratamiento eficaz para el aumento de asertividad y factores

relacionados, así como su actual integración con técnicas del enfoque centrado en soluciones que ha demostrado resultados positivos en el tratamiento de problemáticas relacionadas a asertividad, autoestima y habilidades sociales, el presente estudio propone y tiene como objetivo evaluar la eficacia de un tratamiento de terapia cognitivo conductual y centrado en soluciones en el caso de una joven con falta de asertividad, aportando a las intervenciones previamente documentadas, la inclusión de un coterapeuta en algunos juegos de roles, incluir el juego como parte de la intervención para desarrollo de habilidades y el uso de metáforas.

MÉTODO

Diseño

El presente trabajo cuenta con un diseño de estudio de caso de una joven de 19 años, que acude a consulta con el motivo de trabajar en su autoestima y temas relacionados a ello.

Descripción de la paciente e historia del problema

La paciente es una estudiante universitaria que actualmente vive con su padre, madre y dos hermanas menores con quienes mantiene una buena relación familiar, hay mínimos desacuerdos y se comunican para entenderse mejor, sin embargo, no suele hablar con ellos de temas muy personales más que con su hermana más cercana a su edad con quien siente mayor confianza. Comparte que por su carrera le gusta entender el comportamiento humano y cuenta con un círculo reducido de amistades dentro y fuera de los estudios. Disfruta escuchar música, cantar de manera esporádica y ver videoblogs sobre su banda de músicos favorita. Menciona que se siente orgullosa por el logro académico que ha mantenido a lo largo de sus estudios, consiguiendo buenas calificaciones y esforzándose en las diferentes etapas. Se considera a sí misma como una persona introvertida, menciona que lo que la ha traído a terapia son sus ganas de mejorar su autoestima, ya que hay momentos en donde no se siente bien con su imagen, y le gustaría hacerse notar con las personas, pero siente inseguridad de hacerlo. Expresa que también quiere trabajar en tener mayor confianza en sí misma, ya que esto es algo que le afecta en sus relaciones interpersonales. Refiere que la desconfianza apareció por primera

vez a partir de secundaria cuando no fue correspondida por el chico que le gustaba y no logró hacerse notar con las personas. Desarrolló una inseguridad y desea causar una buena impresión en la gente por el miedo a “caerles mal”. También, desde ese momento ella veía a las chicas populares de la escuela y quería ser como ellas y tener más amigos. En sesiones posteriores agregó que en preparatoria conoció a un chico que le gustó, con quien hubo cercanía emocional y a quien le confesó sus sentimientos, pero fue rechazada por él. Esto reforzó su inseguridad y desconfianza ya que a raíz de estas experiencias ella no lograba creer que podía gustarle a los chicos y sus habilidades de comunicación e interacción social se vieron afectadas.

Instrumentos de evaluación

Se consideró como instrumento de evaluación de Asertividad la Escala de Asertividad de Rathus, la cual consta de 30 ítems con 6 opciones de respuesta tipo Likert que van desde: Muy poco característico de mí, Extremadamente no descriptivo hasta Muy característico de mí, Extremadamente descriptivo. Con esta escala se puede tener un parámetro de la capacidad asertiva con la que cuenta el individuo. La escala ha mostrado en diversos estudios adecuados niveles de confiabilidad y validez, alcanzando una consistencia Alfa de Cronbach de 0,770, indicando una fiabilidad moderada (Rathus, 1973).

Para medir la Autoestima, se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg, la cual es una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Se conforma de 10 ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente, se puntuá con escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Existen diversos estudios que apoyan sus características psicométricas adecuadas en diversos idiomas, mostrando valores alfa de Cronbach de entre 0.80 y 0.89 (Elizondo et al., 2011; Morejón et al., 2004; Rosenberg, 1979).

Para evaluar Habilidades Sociales se utilizó la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein, la cual cuenta con 50 ítems que describen seis tipos de

habilidades: habilidades sociales básicas, habilidades sociales avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. Cada ítem se puntuá en una escala con 5 posibilidades de responder: Nunca, Muy pocas veces, Alguna vez, a menudo, y siempre o casi siempre. Esta escala muestra una adecuada precisión, estabilidad y validez (Goldstein et al., 2002).

Por último, como parte de la recopilación de información, se utilizó la Lista de Ideas Centrales o Nucleares Negativas más comunes, la cual se conforma de tres categorías: ideas acerca de la propia persona, acerca de los demás, del mundo y la vida. La puntuación del informante se presenta del 0 al 100, y se toman en cuenta para trabajar las que tienen un puntaje arriba de 70 (Gómez-Escaloni et al., 2003).

Aspectos éticos

Para la protección de los derechos de la paciente, se mantiene de forma anónima su identidad y mediante el Consentimiento Informado que se llenó previo al inicio del proceso terapéutico dió autorización de su participación de forma voluntaria dentro de éste y destacando los aspectos éticos del mismo. Éstos incluyeron la presentación del equipo terapéutico que estaría trabajando en conjunto para enriquecer el servicio y su función, explicación de la modalidad de tratamiento en terapia breve, el uso de la Cámara Gesell, la confidencialidad y privacidad de sus datos personales, el desarrollo general de las sesiones, la grabación de sesiones para revisión y uso de supervisión, la posibilidad de uso del caso de estudio para fines de investigación respetando el anonimato, y por último, el derecho de la paciente para retirarse voluntariamente del tratamiento en cualquier momento.

Análisis Funcional

Se llevó a cabo un análisis funcional de la conducta donde se explica a profundidad la problemática a continuación:

1. Factores predisponentes: En su dinámica familiar no suele hablar con ellos de temas muy personales, siente mayor cercanía a su hermana menor quien es más cercana en edad. Durante su vida, ha conformado grupos de amistad pequeños y desea poder hablar con nuevas personas. Desde secundaria, tenía ganas de ser popular para poder tener amigos y hacerse notar con las personas, lo cual le

generaba miedo e inseguridad, y la motiva a causar buena impresión en la gente así como miedo de caerles mal. Se considera como una persona introvertida, y durante la preparatoria experimentó rechazos amorosos.

2. Factores desencadenantes: La paciente refirió que la desconfianza y problemática apareció por primera vez en secundaria a raíz de un rechazo amoroso en el que no fue correspondida por el chico que le gustaba y no logró hacerse notar con las personas, mismo que se reforzó en preparatoria con un nuevo evento de rechazo amoroso el cual incrementó su inseguridad en su apariencia física y autoconfianza.

3. Factores de control: Al mirarse al espejo y decidir el conjunto de ropa que quiere usar o al no gustarle cómo se ve con esa ropa; al navegar por redes sociales e imaginar un conjunto de ropa que le gusta pero luego comparándolo con su guardarropa tarda mucho en decidir qué ponerse; cuando no está acompañada por alguien más y quiere empezar una conversación con una persona, al estar en una conversación social y el tema de conversación termina y no sabe cómo continuarlo; al estar en una conversación social en donde ella desconoce el tema del cual se está conversando.

4. Síntomas en los tres sistemas de respuestas:

a. Cognitivo: Sobrepensar y rumiar, “¿Se verá bien este conjunto de ropa en mí?”, “No me veo bien”, “Los demás pensarán que no me veo bien”; “¿Para qué saludas si no te conocen?”, “¿De qué puedo hablar con la gente?”, “¿Debo hablar o no?”, “¿Debería continuar la conversación?”

b. Conductual: Posterga la decisión de qué ropa usar y pausa todo lo que está haciendo hasta decidir, se arregla constantemente la ropa y el pelo para no “verse rara”; al sobreponer tanto, decide mejor no hablar y no participar en las conversaciones sociales.

c. Emocional: Inconformidad / Incomodidad, Presión, Arrepentimiento, Miedo, Inseguridad.

5. Factores de mantenimiento: La paciente posterga la toma de decisiones relacionadas al conjunto de ropa que usará todos los días, se mira constantemente en el espejo para monitorear cómo se ve, tiene constantemente pensamientos

negativos automáticos relacionados a su imagen e interacciones sociales, y aunque tiene la intención de hablar con las personas, termina evitando las situaciones y conversaciones sociales.

6. Intentos de solución y recursos de la paciente: La paciente refirió que no había comenzado un tratamiento psicológico anteriormente, y esta era la primera vez que decidía abordar su problemática con ayuda profesional. Como recursos de la paciente se encuentran el iniciar un proceso terapéutico y mostrar una elevada disposición por trabajar en sí misma y mejorar en diferentes áreas de su vida.

Evaluación diagnóstica

Los resultados obtenidos por medio de los distintos instrumentos de evaluaciones mostraron lo siguiente: La escala de asertividad de Rathus mostró que la paciente se encontró dentro de la categoría “Muy inasertiva”. La escala de autoestima de Rosenberg mostró que la paciente cuenta con una “autoestima normal”, asimismo, la escala de habilidades sociales de Goldstein mostró que la paciente contaba con un “buen nivel de habilidades sociales”. Por último, la lista de ideas centrales o nucleares negativas más comunes arrojó como relevantes las siguientes ideas: “Son superiores”, “Son fuertes” (acerca de los demás); “La vida es muy dura” (acerca del mundo y de la vida).

Objetivos de la terapia

Se acordó con la paciente trabajar sobre los siguientes dos objetivos terapéuticos, midiéndose en conjunto sesión tras sesión por medio de la pregunta escala: Incrementar la seguridad en su apariencia y al hablar con las personas; Incrementar la asertividad en los encuentros y conversaciones sociales.

Descripción del diagnóstico

Los resultados diagnósticos evidenciaron principalmente gran falla assertiva en la paciente, mientras que las variables de autoestima y habilidades sociales se encontraron dentro de un rango “normal”, por lo que se busca trabajar primordialmente la asertividad, en conjunto con la autoestima y habilidades sociales.

Diseño de intervención

Objetivo terapéutico	Incrementar la seguridad en su apariencia y al hablar con las personas.	Incrementar la asertividad en los encuentros y conversaciones sociales.
Factores relacionados	Postergar la toma de decisiones relacionadas al conjunto de ropa que usará todos los días, mirarse constantemente en el espejo para monitorear cómo se ve y arreglarse, pensamientos negativos automáticos relacionados a su imagen, sobrepensar y rumiar.	Evitar las situaciones y conversaciones sociales cuando no está acompañada o cuando no sabe cómo continuar una conversación o aportar en un tema desconocido, pensamientos negativos automáticos relacionados a sus interacciones sociales, sobrepensar y rumiar.
Técnicas a utilizar	<p>Terapia Breve Centrada en Soluciones: Cambios pretratamiento, técnica de proyección a futuro (Pregunta Milagro), búsqueda de excepciones, externalización, pregunta escala, pausa terapéutica, mensaje final, uso de tareas, prevención de recaídas.</p> <p>Terapia Cognitivo Conductual: Reestructuración cognitiva (Debate y cuestionar utilidad), uso de tareas.</p>	<p>Terapia Breve Centrada en Soluciones: Cambios pretratamiento, técnica de proyección al futuro (Pregunta Milagro), búsqueda de excepciones, externalización, pregunta escala, pausa terapéutica, mensaje final, uso de tareas, prevención de recaídas.</p> <p>Terapia Cognitivo Conductual: Entrenamiento Asertivo (Psicoeducación en estilos de comunicación, asertividad, derechos asertivos y fijación de límites), técnicas de comunicación positiva (“Disco Rayado”, “Información Gratuita”, “Autorrevelación”), Modelado, Role-playing, Reestructuración cognitiva (Debate y cuestionar utilidad), uso de tareas.</p>

Tabla 1. Objetivos terapéuticos, factores relacionados y técnicas a utilizar durante el proceso terapéutico.

PROCEDIMIENTO

La manera en que se realizaron las sesiones fue a partir de un terapeuta que guió la sesión con apoyo de un equipo terapéutico que observó y escuchó la sesión por medio de una cámara Gesell, y tuvieron la oportunidad de intervenir utilizando un

teléfono ubicado en dicha cámara para proveer comentarios y sugerencias al terapeuta. Las sesiones fueron grabadas, exclusivamente con fines académicos y se respetó la confidencialidad de los datos y la privacidad de la información, únicamente el equipo tuvo acceso a ello. Casi al final de las sesiones se hizo una pausa para que el terapeuta pudiera platicar con el equipo y recabar información importante para dar una mejor retroalimentación de la sesión y ofrecer actividades de autoayuda para el resto de la semana. A continuación, se describe el trabajo realizado en cada sesión durante el proceso terapéutico.

Sesión 1

Después de la fase de orientación (presentación de terapeuta, enfoque breve y equipo terapéutico) y firma del consentimiento informado, se continuó con la fase social, en donde la paciente compartió que mantiene una buena relación con su familia y percibe mayor cercanía con su hermana menor que es la más cercana a ella en edad. Mencionó que mantiene pocas amistades, pero al menos una fuerte y de confianza, disfruta de escuchar música y ver videos de su banda musical favorita, así como cantar esporádicamente. Se siente orgullosa de los logros académicos que ha obtenido a lo largo de sus estudios. La paciente mencionó que le gustaría mejorar su autoestima, en especial en cuanto a su imagen, así como lograr comenzar y mantener conversaciones sociales con las personas. Se comenzó a explorar datos relevantes para el análisis funcional. En la pregunta escala, se le preguntó a la paciente en una escala del 1-10, siendo 1 el peor momento en el que han estado las cosas que la trajeron a terapia, y 10, el momento en el que las cosas están del todo resueltas, ¿en qué número se encuentran las cosas en este momento?, contestó un 6, se procedió a la pausa y se dio un mensaje final. Se elogió a la paciente por su compromiso con el proceso, por lograr contar a desconocidos cosas personales y porque ya está comenzando a trabajar para lograr sus objetivos. Como tarea se le pidió prestar atención a los momentos donde apareciera la “desconfianza” y llevar a cabo un autorregistro de pensamientos, incluyendo las situaciones (¿qué pasó?), pensamientos inmediatos (¿qué pensé?).

emociones (¿qué sentí?), componente fisiológico (¿dónde lo sentí en mi cuerpo?), y conductas (¿qué hice?).

Sesión 2

Se aplicaron las evaluaciones (Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Asertividad de Rathus, Escala de Evaluación de Habilidades Sociales de Goldstein y la Lista de Ideas Centrales o Nucleares Negativas más comunes). Se continuó con la búsqueda de excepciones en donde la paciente reportó que se acercó a personas nuevas y conoció a 3 personas durante sus clases y que a pesar de que su participación en las conversaciones fue más de escuchar, aprovechó algunas situaciones para animarse a hablar un poco más. En cuanto al aspecto físico, mencionó que solamente 1 vez de 5 no se sintió conforme con su apariencia, y 4 veces de 5 logró sentirse cómoda con su aspecto y ropa. Logró tener un autodiálogo más positivo en torno a ese tema y trató de enfocarse más en lo que a ella le hacía sentir bien y no tanto lo que pensaría los demás. Mencionó que no estuvo arreglando tanto su ropa o cabello esa semana, y no buscó verse tan seguido en los espejos. Posteriormente, se revisó la tarea de la sesión anterior y se terminó de indagar en aspectos relacionados al análisis funcional de la conducta y devolución de demanda. En la pregunta escala puntuó 7, se procedió a la pausa y se dio un mensaje final. Se elogió a la paciente por esforzarse en acercarse a personas nuevas, así como por darle prioridad a lo que a ella le hace sentir cómoda con respecto a la ropa antes que lo que piensen los demás, así como a poner más atención a los pensamientos positivos que a los negativos. Como tarea se le pidió prestar atención a los pensamientos positivos que tenga durante la semana y, de ser posible, apuntarlos.

Sesión 3

Se llevó a cabo la búsqueda de excepciones, en donde la paciente refirió que logró desenvolverse más con sus amigas, con más confianza, intentó seguir las conversaciones con personas, aceptó elogios de los demás y mantuvo el

autodiálogo positivo. Se revisó la tarea y después se terminaron de definir los objetivos terapéuticos. Se preguntó por cambios pretratamiento y se llevó a cabo la técnica de proyección a futuro “pregunta milagro” (Villanueva-Flores, 2007), a la cual la paciente compartió las señales de cambios cognitivos, conductuales, emocionales y relaciones que notaría. Después, se hizo la pregunta escala que puntuó en un 8, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por permitirse comenzar a producir su milagro, comenzando a hacer las cosas diferentes y obtener resultados positivos. Como tarea se le pidió seguir haciendo las cosas distintas, ya sea con más frecuencia o aplicado a otros contextos.

Sesión 4

Se comenzó con la búsqueda de excepciones, donde se encontró que la paciente intentó llevar a cabo su “milagro”, ya que, en cuanto al físico, no pasó tiempo sobre pensando su decisión de ropa, sino que experimentó con nuevos conjuntos y se sintió cómoda con ello, y mostró seguridad en su apariencia hacia ella misma y los demás. Participó un poco más en las conversaciones con sus amigas, no sólo escuchando sino también agregando comentarios y mostró iniciativa en distintos contextos sociales. Se revisó la tarea y se llevó a cabo una intervención en entrenamiento asertivo, iniciando con psicoeducación acerca de los estilos de comunicación, lenguaje corporal y asertividad. Se hizo la pregunta escala que puntuó en 8.5, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por su esfuerzo en producir su milagro, por los muchos logros que ha tenido en poco tiempo, por mantener un autodiálogo más positivo y por mostrar un lenguaje no verbal más seguro. Como tarea se le pidió revisar la Lista de Derechos Asertivos y anotar: ¿Cuáles son los más importantes para mí?, ¿Cuáles ya pongo más en práctica y cuáles me gustaría trabajar más?

Sesión 5

Se hizo búsqueda de excepciones, en donde se encontró que la paciente, en cuanto al aspecto físico, ha logrado mantener sus decisiones, ser más espontánea y flexible, manteniendo su autodiálogo positivo. En el aspecto social, ha logrado

mantener conversaciones con sus amigas, ha participado un poco más en trabajos de equipo y muestra mayor confianza y seguridad manteniendo el autodiálogo positivo. Se revisó la tarea y se intervino continuando con el entrenamiento asertivo, llevando a cabo el modelado y role-playing en técnicas de comunicación positiva: información gratuita y autorrevelaciones. Se hizo la pregunta escala que puntuó en un 9.6, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por animarse a generar cambios en su vida, por obtener bastantes excepciones, tener un lenguaje corporal más positivo y por reconocer sus logros y avances. Como tarea se le pidió aplicar las técnicas de comunicación positiva.

Sesión 6

Se llevó a cabo la búsqueda de excepciones, notando que la paciente mantiene sus elecciones de ropa, le gustan y se siente cómoda con ellas y no lo sobrepiensa. Participa más en conversaciones sociales y ha logrado comenzar a aplicar las técnicas aprendidas. Se revisó la tarea y se continuó llevando a cabo role-playing de las técnicas de comunicación positiva pero ahora aplicadas a cuestiones y temas más emocionales, incluyendo la participación de un coterapeuta. Después se hizo psicoeducación sobre los límites y el decir que no, y se hizo un modelado y role-playing de la técnica de “Disco Rayado”. Se puntuó la pregunta escala en un 8.8, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por su compromiso con su proceso terapéutico, por traer a la mesa muchas excepciones entre sesiones, por su esfuerzo personal y por seguir intentando cosas nuevas. Como tarea se le pidió buscar una forma creativa de recordar los derechos asertivos para tenerlos más presentes, poner en práctica las técnicas de comunicación positiva enfocada a temas más emocionales, y poner en práctica la técnica del “Disco Rayado” para decir que no en situaciones en donde desee establecer un límite.

Sesión 7

Se hizo búsqueda de excepciones, encontrando que la paciente se desenvuelve más en las conversaciones sociales, en una reunión social fue capaz de mantener la conversación con desconocidos, hizo 2 nuevas amigas, logró mantener

conversaciones más profundas y emocionales con sus amigas, y menciona ya no tener dificultad para elegir su ropa y sentirse bien con su imagen. Se revisó la tarea y se llevó a cabo una intervención en reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos negativos relacionados a las conversaciones sociales, generando pensamientos alternativos más funcionales. Se puntuó la pregunta escala en 9.7, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por ser proactiva en su proceso de cambio y por su habilidad para reestructurar y reemplazar su propio diálogo interno. Como tarea se le pidió poner en práctica las técnicas de comunicación positiva enfocadas a temas profundos/emocionales con una persona de confianza. Asimismo, en esta sesión la paciente expresó que quería abordar un tema relacionado a su vida amorosa que le genera inquietud, por lo que se le pidió de tarea pensar por qué en este momento ese tema le está llamando la atención y cómo es que se relaciona al crecimiento que ha obtenido en terapia.

Sesión 8

Se hizo búsqueda de excepciones, la paciente refirió que sigue aplicando las técnicas aprendidas con sus amigas, y logra no juzgarse por cómo se desempeña en las conversaciones sociales. En cuanto al físico, ya no experimenta dificultades, no sobrepiensa y encontró una forma eficiente de elegir sus conjuntos de ropa: es flexible y se enfoca en sus gustos y comodidad, y alteró la secuencia en la que elegía su ropa por la mañana de modo que ya no pausa todas sus actividades cuando no está segura de qué elegir, sino que continúa con otras cosas y finalmente lo termina. Se dio un espacio en sesión para escuchar el tema amoroso que quería abordar la paciente, y se llevó a cabo una dinámica en la que se utilizó un juego de preguntas para generar conversaciones profundas. Se puntuó la pregunta escala en 9.5, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente por tomar gran parte de la sesión hablando sobre excepciones y por lograr no darle poder a las cosas que realmente no tienen poder para ella. Como tarea se le pidió analizar el tema abordado en sesión, haciendo un análisis y reflexionando sobre cómo lo aprendido en terapia puede ayudar en abordar este tema.

Sesión 9

Se hizo búsqueda de excepciones, encontrando que la paciente logró hablar con una persona desconocida en un evento social, integrándola y fluyendo con las conversaciones. Aplicó lo aprendido con los derechos asertivos y distintas técnicas al aconsejar a una amiga cercana que se acercó a ella con un tema profundo a platicar, y logró llevar y mantener la conversación con giro emocional y profundo de manera exitosa. Se revisó la tarea y se continuó indagando sobre el tema amoroso que la paciente compartió, recabando información sobre pensamientos alrededor del tema y cuestiones de apego, ya que mencionó que le gustaría superar un rechazo amoroso y no pensar todo el tiempo en el “qué hubiera sido si las cosas hubieran sido diferentes”, así como poder navegar las redes sociales sin poner toda su atención en ese chico. Se puntuó la pregunta escala en 9.5, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente porque logró ser honesta consigo misma respecto a cómo se siente en el tema amoroso y está dispuesta a mejorar en todas sus áreas del bienestar. Como tarea se le pidió leer un capítulo del libro “Desapegarse sin anestesia” de Walter Riso y anotar lo que más le llame la atención y cómo se identifica o lo relaciona con el tema que se está abordando en sesión.

Sesión 10

Se hizo búsqueda de excepciones, la paciente logró llevar a cabo y mantener una conversación profunda con una amiga con quien sólo había podido tener conversaciones superficiales anteriormente, se sintió más fluida y natural en su participación en la conversación, siendo más paciente y no exigente consigo misma. En el tema social refiere que “todo ha ido bien, sigo hablando y practicando lo aprendido”, y menciona que tuvo una presentación y percibió que le fue muy bien y logró manejar exitosamente un cambio inesperado de pareja en la actividad y recibió retroalimentación positiva de su desempeño en la clase. Se revisó la tarea y se llevó a cabo una intervención de reestructuración cognitiva, diferenciando las cosas que están en nuestro control de las que no, y luego cuestionando la utilidad de los pensamientos de “hubiera”, formulando pensamientos alternativos más útiles para ella. Se puntuó la pregunta escala en 9.5, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió

a la paciente porque fue una sesión de mucho provecho, mucha disposición para cuestionar sus ideas que no le funcionan más y comenzar a crear nuevas alternativas y posibilidades para su vida en sus diferentes contextos. Como tarea se le pidió poner atención a los momentos en que se presentan pensamientos de “hubiera” y aplicar el cuestionar su utilidad y, por el contrario, pensar ¿qué puedo pensar que sí sea útil para mí? ¿en qué quiero invertir mi energía? También, se le pidió encontrar o crear un objeto que sirva como símbolo que le recuerde todos los aprendizajes que ha tenido en este proceso terapéutico y que le recuerde todo lo que sí quiere en su vida.

Sesión 11

Se hizo búsqueda de excepciones, la paciente refirió que siente un gran avance en los distintos aspectos que se han estado trabajando en sesiones. Al exponer en clase se siente más segura y no se preocupa porque ahora busca soluciones a los problemas que se presentan. En cuanto a las redes sociales en relación al tema amoroso, menciona que no estuvo tan pendiente de ellas y del chico, ocupándose en tareas de la escuela y en cosas de provecho. Se revisó la tarea y se comenzó con la prevención de recaídas. Se puntuó la pregunta escala en 9.7, se hizo la pausa y mensaje final. Se elogió a la paciente porque ya se está convirtiendo en su propia terapeuta, ha mostrado un gran crecimiento y está llevando a la práctica todo lo aprendido. Como tarea se le pidió llevar a cabo una hora de autoterapia en donde anotaría qué cosas han ido mejor en la semana, qué recursos utilizó para lograrlo, y de qué cosas relevantes se dio cuenta. También, se le pidió crear una “Caja de Recursos” que contenga todas las herramientas que actualmente le ayudan a mantenerse estable y hacerles frente a los problemas que se presentan, así como seleccionar una de ellas para lograr, de forma más tranquila, enfocar su atención en cosas de utilidad al navegar por redes sociales.

Sesión 12

3 semanas después de la sesión anterior, se comenzó con búsqueda de excepciones, la paciente reportó que, en cuanto a las redes sociales y su uso,

recordaba y aplicaba el cuestionar la utilidad de sus acciones y pensamientos. Reforzó sus aprendizajes en una situación con una amiga cercana que le recordó en dónde ella misma se encontraba al inicio de terapia, pero ahora era una persona distinta, con nuevas formas de ver y abordar sus problemas, incluso pudo aconsejarla en ello con base en sus propias experiencias y aprendizajes, lo cual sirvió como prevención de recaídas. En cuanto a las conversaciones sociales, mencionó que se le presentó la misma situación que la trajo en un principio a terapia, esta vez mostrando su crecimiento y avance. Por último, en cuanto a la imagen, mencionó que todo va bien y se siente bien, intenta cosas nuevas por diversión, siendo espontánea y sintiéndose más segura de sí misma, flexible y siguiendo su curiosidad. Se revisaron las tareas, en la “caja de recursos”, se utilizó lo que la paciente compartió para hacer también más prevención de recaídas. La pregunta escala se puntuó en un 10, lo cual significó el alcance de los objetivos terapéuticos, por lo que se continuó con la pausa y mensaje final, cerrando el proceso terapéutico y agradeciendo a la paciente por su participación, confianza en el equipo y compromiso personal y avance constante durante su proceso.

En los días posteriores al cierre de la terapia, se le hicieron llegar a la paciente de manera virtual las cuatro evaluaciones aplicadas al inicio de la intervención, para, de esta forma, recopilar los datos y medir el impacto tomando en cuenta los resultados posteriores al proceso terapéutico.

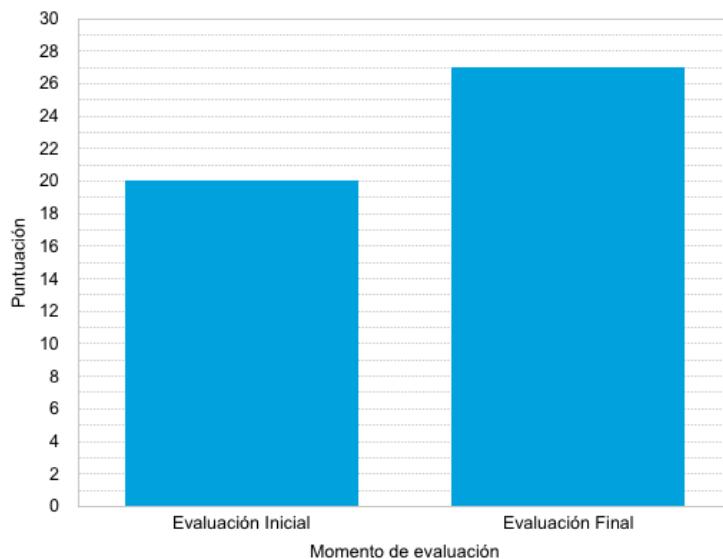
RESULTADOS

De acuerdo con la pregunta escala de avance aplicada al terminar cada una de las sesiones (ver Tabla 2 y Gráfica 1), en el transcurso de la terapia la paciente reportó un gran avance en el acercamiento a los dos objetivos terapéuticos planteados al inicio de la intervención, terminándose al alcanzarlos en su totalidad con una puntuación máxima de 10.

En cuanto a la escala de autoestima de Rosenberg (ver Tabla 3 y Gráfica 2), la paciente, de acuerdo con la puntuación obtenida, incrementó de una “autoestima normal” al inicio de la intervención hacia una “autoestima alta” al finalizar el proceso terapéutico.

Evaluación Inicial	20
Evaluación Final	27

Tabla 3. Escala de Autoestima



Gráfica 2. Escala de Autoestima

La escala de asertividad de Rathus (ver Tabla 4 y Gráfica 3) mostró que la

SESIÓN	AVANCE EN PREGUNTA ESCALA
Sesión 1	6
Sesión 2	7
Sesión 3	8
Sesión 4	8.5
Sesión 5	9.6
Sesión 6	8.8
Sesión 7	9.7
Sesión 8	9.5
Sesión 9	9.5
Sesión 10	9.5
Sesión 11	9.7
Sesión 12	10

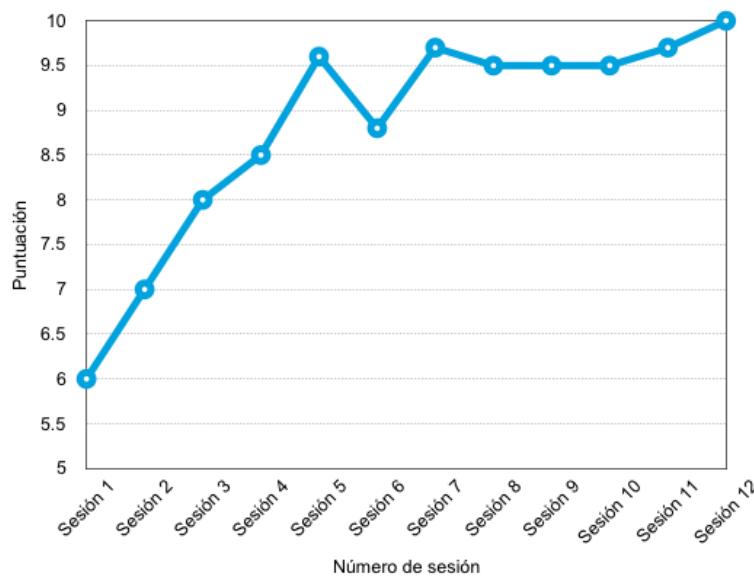


Tabla 2. Avance en Pregunta Escala

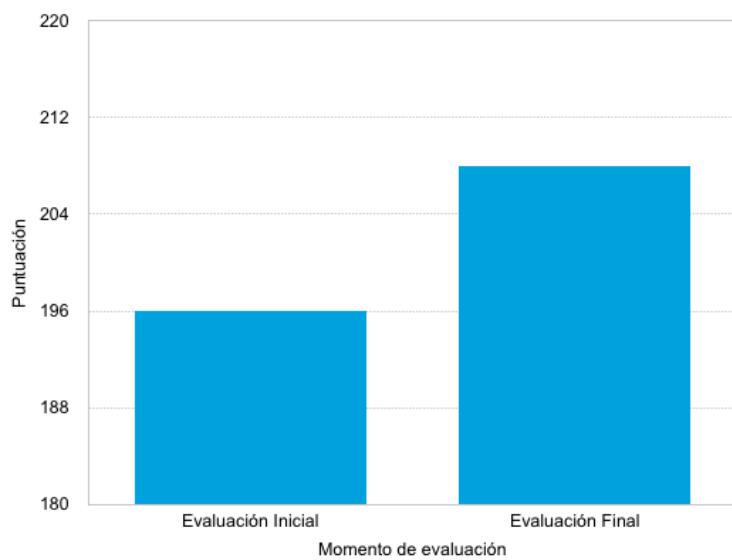
Gráfica 1. Avance en Pregunta Escala

paciente, de acuerdo a la puntuación obtenida, comenzó dentro de la categoría “Muy

inasertiva”, e incrementó notoriamente, terminando en el nivel “Muy asertivo”. La escala de habilidades sociales de Goldstein (ver Tabla 5 y Gráfica 4) mostró que la paciente, de acuerdo a la puntuación obtenida, contaba en un principio con un “buen nivel de habilidades sociales”, y terminó el proceso dentro de la categoría “excelente nivel de habilidades sociales”.

Evaluación Inicial	196
Evaluación Final	208

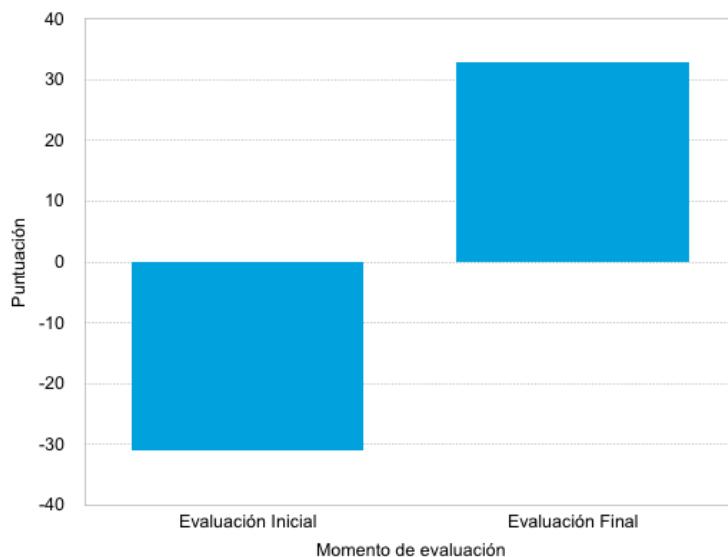
Tabla 5. Escala de Habilidades Sociales



Gráfica 4. Escala de Habilidades Sociales

Evaluación Inicial	-31
Evaluación Final	33

Tabla 4. Escala de Asertividad



Gráfica 3. Escala de Asertividad

Por último, las ideas de la lista de ideas centrales o nucleares negativas más comunes que se encontraron como relevantes al inicio del proceso terapéutico mostraron una disminución en su puntuación al terminar la intervención. Estos resultados, en conjunto con la gran cantidad de excepciones encontradas entre cada sesión, y la forma en la que la paciente comparte que la mayoría de los problemas que la trajeron a terapia ya no representan un problema en su día a día, así como en la prevención de recaídas mencionó: “He ido cambiando para bien, he avanzado mucho, y si algo vuelve a presentarse ahora encuentro la manera de resolverlo, tiene solución”, indica un impacto altamente positivo de la intervención terapéutica en el incremento de la seguridad en su apariencia y al hablar con las personas, así como el incremento de asertividad en los encuentros y conversaciones sociales.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento de terapia cognitivo conductual y centrada en soluciones en el caso de una joven con falta de asertividad. García (2021) en su análisis refiere a la terapia cognitivo

conductual como el modelo terapéutico más adecuado para trabajar asertividad, y Rodas (2022) y Pascual (2022) en sus investigaciones comprueban el impacto positivo que tiene este modelo en el trabajo de asertividad. Asimismo, la terapia centrada en soluciones se ha visto beneficiosa para diversos problemas que enfrentan los clínicos (Tamez-Osollo, 2016).

Recientemente, investigaciones como las hechas por Sánchez y Fernández (2018), Tamez-Osollo (2016), Ordaz-Leal y Bennett-Vidales (2019) obtuvieron resultados favorables en la integración de ambos modelos de terapia en el aumento de asertividad, autoestima, habilidades sociales y otras variables en jóvenes y adultos, de igual forma en esta investigación se obtuvieron resultados de impacto positivo para la paciente en las variables trabajadas.

Autores como Quevedo et al. (2019), Speed et al. (2018), Valdivia et al. (2020) y distintas investigaciones sugieren que un déficit en asertividad puede tener un impacto negativo en el autoconcepto y autoestima del individuo, es decir, en la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Es por eso que, un correcto entrenamiento en asertividad, se correlaciona positivamente con un aumento de la autoestima o el autoconcepto del individuo. Es por esto que se refuerza la percepción en el aumento de la autoestima en la paciente a la par que hubo también un aumento en su habilidad asertiva, que es parte de las habilidades sociales, como mencionan UNIR (2015) y Valdivia et al. (2020).

Dentro de los facilitadores en la implementación del proceso terapéutico definitivamente se resalta la disposición y compromiso de la paciente en su proceso de cambio, asistiendo de manera puntual a todas las sesiones, realizando las tareas encargadas entre sesiones, aplicando todo lo aprendido en su vida cotidiana, esforzándose por cuestionar lo que ya no le funcionaba e intentar un abordaje distinto, recibiendo los elogios y retroalimentación, y abriendo posibilidades de cambio para su vida. Por otro lado, el trabajo en conjunto con un equipo terapéutico fue de mucho provecho para el proceso terapéutico, ya que facilitó la participación de un co-terapeuta en técnicas de role-playing, así como la posibilidad de sugerencias y creación de mensajes con impacto positivo para la paciente.

Como parte de las dificultades en la implementación del proceso terapéutico, hubo dos situaciones que imposibilitaron llevar a cabo la sesión en fecha y horario establecidos, una por causa de clima desfavorable y repercusión en el lugar de terapia, y otra a causa de un accidente vial que provocó mucho tráfico y estancamiento vial. Cabe recalcar que estas dificultades son de naturaleza externa a la paciente, ya que ella siempre mantuvo la disposición y el esfuerzo por estar presente. Sin embargo, en estas ocasiones se utilizó el espaciamiento de sesiones a favor de la terapia, encargando tareas para que la paciente siga activamente trabajando lo visto en sesiones anteriores.

Como parte de las innovaciones en el presente estudio, al intervenir con la técnica de role-playing para la práctica de técnicas de comunicación positiva, se incluyó la participación de un coterapeuta, ya que, como mencionan García et al. (2019) en su manual práctico del entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, los ensayos de rol deben ser variados, y conviene trabajar con interlocutores distintos (un coterapeuta, otras personas del equipo, personas desconocidas, etc). Por otro lado, se llevó a cabo una dinámica en la que se utilizó un juego de mesa que incluía preguntas para generar conversaciones profundas como parte de una intervención terapéutica en el desarrollo de habilidades sociales. Por último, siguiendo la línea de Combs y Freedman (1990), quienes otorgan un gran valor a las metáforas y consideran la inclusión de símbolos, historias y ceremonias en la terapia, ya que mencionan que en ellas se cristaliza la riqueza de significado, así como Paschoal y Grandesso (2016), quienes mencionan que las metáforas se pueden utilizar en todas las fases del proceso de psicoterapia (como diagnóstico, intervención o terminación) y en cualquier tipo de psicoterapia, se llevó a cabo la creación de un objeto que sirva como símbolo que le recuerde todos los aprendizajes que tuvo en el proceso terapéutico.

En cuanto a la implementación del procedimiento, se sugiere a futuros profesionales clínicos que trabajen en casos similares, en primer lugar utilizar dos escalas cuando existan dos objetivos distintos (aunque se trabajen en conjunto) para llevar a cabo una medición más específica del progreso. En segundo lugar, se sugiere implementar las técnicas relacionadas a reestructuración cognitiva en una

fase más temprana del proceso terapéutico, ya que, en este caso se trabajó a partir de la séptima sesión. Al ser una técnica que permite identificar pensamientos negativos a fin de sustituirlos por pensamientos más funcionales, permitiéndole al paciente avanzar en la eliminación o reducción de sus síntomas, y siendo una de las técnicas que han mostrado gran eficacia en el trabajo de autoestima y asertividad (Cordero, 2006; Gaeta y Galvanovskiks, 2009; Sánchez y Fernández, 2018; Rodas, 2022), se considera la posibilidad de que el trabajo terapéutica pudo haber sido más breve si se trabajaba con esta técnica más temprano en el proceso. Por último, tomando en cuenta los aprendizajes que compartió la paciente durante la última sesión, se puede apreciar el gran avance y crecimiento que tuvo durante el proceso terapéutico, demostrando un incremento en sus recursos para hacer frente a las distintas problemáticas que se presentaban y reflejando el cambio obtenido al finalizar la intervención. La paciente compartió los siguientes aprendizajes y recursos que ahora tiene gracias al proceso terapéutico: “No sobrepensar mucho lo que diré”, “Reconocer y aplicar los derechos asertivos”, “Replantearme con qué motivo hago cosas que no me ayudan a avanzar”, “Saber que no saber todo no es malo”, “Aprender a aprovechar mi tiempo cuando no tengo decidido qué ponerme”, “No dudar demasiado sobre algo que quiero hacer y si estoy segura de querer hacerlo”, “Elegir la ropa que me haga sentir cómoda”, “Acordarme de que a veces escuchar con atención es suficiente”, “Recordar a las personas en las que vale la pena pensar”, “Darme cuenta que no vale la pena aferrarme al pasado”, “No pensar en lo que vayan a pensar los demás sobre mí”.

CONCLUSIONES

Con la información y resultados disponibles se puede concluir que, con la integración de los enfoques en terapia cognitivo conductual y la terapia breve centrada en soluciones en el proceso terapéutica de esta joven, y con la participación y aportación del equipo terapéutico por medio de la cámara Gesell, el grado de efectividad del programa de intervención para este caso en particular fue muy bueno, y se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados, teniendo un gran impacto positivo en la joven.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Cruz Rodríguez Alcalá, por brindar su apoyo y acompañamiento, así como compartir sus conocimientos y experiencia en el desarrollo de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allpas, M. (2018). *Autoestima y asertividad en estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco - 2017*. [Tesis de maestría], Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.13080/3409>
- Arratia, N., Medina, J., y García, J. (2003). Autoestima en jóvenes universitarios. *CIENCIA ergo-sum*, 10(2), 173-179. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10410206>
- Assertiveness. (2020). En T, Pfafman, *Encyclopedia of personality and individual differences*. Recuperado de https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1044
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x6pp>
- Caballo, V. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5^a ed.). España: Siglo XXI de España Editores. Recuperado de <https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/manual-de-evaluacion-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-vicente-e-caballo.pdf>
- Castanyer, O. (1996). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima* (22^a ed.). España: Desclée De Brouwer. Recuperado de <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/asertividadautoestima.pdf>
- Combs, G., y Freedman, J. (1990). *Symbol, Story and Ceremony: Using metaphor in individual and family therapy*. Estados Unidos: W. W. Norton y Company. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1990-98140-000>
- Elizondo, L., Peña, C., Guajardo, E., Guerrero, F., y Hernández, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes

- universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(1), 91-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963008>
- Gaeta, L. y Galvanovskiks, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992013>
- García, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G., Guzmán, D., y Bados, A. (2019). Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/136063>
- García, H. (2021). Eficacia de un entrenamiento asertivo como proceso de regulación emocional: reporte de caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 9(1), 15-32. Recuperado de <https://ojs.casosclinicosensaludmental.es/index.php/RCCSM/article/view/55>
- Garibay, C. (2023). Integración de terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual para un caso de falta de comunicación asertiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(1). Recuperado de <https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/85483>
- Goldstein, A. (2002). **Escala de Evaluación de Habilidades Sociales**. Recuperado de https://www.academia.edu/37172809/ESCALA_DE_EVALUACION_DE_HABILIDADES SOCIALES_BIBLIOTECA_DE_PSICOMETRIA?fbclid=IwAR2ICQqJyA1DmgG4EfRvsRm9kK4hRBtD_OJHbbalDn_oKPYjFIUzbyBc4
- Gómez, A., Plans, B., Sánchez, M., y Sánchez, D. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual: una orientación pedagógica e integradora*. España: EOS. Recuperado de https://www.academia.edu/36538385/Cuadernos_de_terapia_cognitivo_conductual
- González, P., Mesa, Y., Zayas, A., y Molinero, R. (2018). Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 67-76. Recuperado de <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1170>
- Hasibuan, M., Purwanto, E., y Japar, M. (2018). Effectiveness of group counseling cognitive behavior therapy cognitive restructuring technique and assertive skill training to improve assertive behavior students. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 7(1), 55-62. Recuperado de [10.15294/JUBK.V7I1.22609](https://doi.org/10.15294/JUBK.V7I1.22609)

Kelly, J. (2002). **Entrenamiento de las habilidades sociales: Guía práctica para intervenciones** (7^a ed.). España: Desclée De Brouwer. Recuperado de https://www.academia.edu/15157422/Entrenamiento_de_las_habilidades_sociales_7a_ed_pdf

Morejón, A., García, R., y Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. **Apuntes de psicología**, 22(2), 247-255. Recuperado de <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>

Ordaz-Leal, K.M, y Bennett-Vidales, M. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 22(2), 42-71. Recuperado de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70152>

Paschoal, V., y Grandesso, M. (2016). O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. **Nova Perspectiva Sistêmica**, 23(48), 24–43. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/48>

Pascual, A. (2022). *Intervención cognitivo conductual en déficit en habilidades sociales: estudio de caso*. [Máster de Psicología General Sanitaria], Universidad Europea Madrid. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2525>

Paterson, R. (2022). **The assertiveness workbook: How to express your ideas and stand up for yourself at work and in relationships**. Estados Unidos: New Harbinger Publications. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=P9bEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=Paterson,+R.+J.+\(2022\).+The+assertiveness+workbook:+How+to+express+your+ideas+and+stand+up+for+yourself+at+work+and+in+relationships.+New+Harbinger+Publications.+doi&ots=48k4aVDZk1&sig=-k83Dc9WF98ZkuZLyVAr0xg08E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=P9bEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT9&dq=Paterson,+R.+J.+(2022).+The+assertiveness+workbook:+How+to+express+your+ideas+and+stand+up+for+yourself+at+work+and+in+relationships.+New+Harbinger+Publications.+doi&ots=48k4aVDZk1&sig=-k83Dc9WF98ZkuZLyVAr0xg08E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Polo, J., y Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. **Duazary**, 8(2), 251-257. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

Quevedo, N., Meléndez, R., Beltrán, J., Terán, W. y Montece, S. (2019). Autoestima y asertividad en estudiantes de la carrera de odontología. **Revista Espacios**, 40(21), 27-38. Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a19v40n21/a19v40n21p27.pdf>

- Ramos, Y., Cantillo, A., y Bestard, C. (2014). Algunas consideraciones teóricas sobre las habilidades sociales. *Revista Información Científica*, 87(5), 949-959. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757255019>
- Rathus, S. (1973). A 30-item schedule for assessing assertiveness. *Behavior Therapy*, 4 (3), 398-406. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Rodas, P. (2022). *Entrenamiento en asertividad en una paciente con un estilo de comunicación pasivo*. [Máster Universitario en Psicología General Sanitaria], Universidad Europea Madrid. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2354>
- Rosenberg, M. (1979). **Conceiving the Self**. Estados Unidos: Basic Books. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/3340091>
- Sanchez, S. K. C., y Fernandez, M. E. (2018). Terapia cognitivo conductual y soluciones con sus alternativas para el desarrollo de habilidades sociales en una joven con baja autoestima. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(4), 1571-1601. Recuperado de: <https://www.mediographic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi174r.pdf>
- Speed, B., Goldstein, B., y Goldfried, M. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence- based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1-20. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/cpsp.12216>
- Tamez-Osollo, A. I. (2016). *Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima* (Doctoral dissertation), Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uani.mx/id/eprint/13816>
- UNIR. (2015). Módulo III. Habilidades sociales en la interacción social: Tema 9 Asertividad. Psicología de la comunicación. Recuperado de http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_5_habilidades_sociales/g_5.3.hhss_asertivas/1.2.La%20asertividad%20Unir.pdf
- Valdivia, J., Zúñiga, B., Orta, M., y González, S. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en estudiantes universitarios. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 11(34), 1-26. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7597012>

- Villanueva, L. (2007). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 9, 121-125. Recuperado de <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/526>
- Villanueva, E. (2013). Inteligencia Emocional y Conceptos Afines: Autoestima Sana y Habilidades Sociales. <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/IE,%20AE,%20HS.%206p.pdf>
- Wani, M., y Dar, A. (2017). Optimism, happiness, and self-esteem among university students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(3), 275-279. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Mohammad-Wani/publication/320353678_Optimism_happiness_and_self-esteem_among_university_students/links/59df8f4545851593bea6d8f5/Optimism-happiness-and-self-esteem-among-university-students.pdf