



## Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 1

Marzo de 2017

# INTEGRACIÓN DE MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE FALTA DE ASERTIVIDAD Y BAJA AUTOESTIMA

Andrea Isabel Tamez Osollo<sup>1</sup> y José Cruz Rodríguez Alcalá<sup>2</sup>  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Psicología

### RESUMEN

En el presente artículo se evalúa la integración de la Terapia Centrada en Soluciones y el Enfoque Cognitivo Conductual bajo el enfoque breve, para el tratamiento de una paciente que presenta un déficit asertivo y baja autoestima. El programa de intervención se realizó en 17 sesiones, basadas en los objetivos planteados por la paciente, los cuales fueron: 1. Cambiar la concepción sobre sí misma ya que se considera "inferior" a las personas que la rodean. 2. Aumentar su autoestima, 3. Lograr tomar decisiones por sí misma, 4. No permitir que la violencia psicológica que sufre en casa le siga afectando y 5. Lograr dejar ir el resentimiento que ha cargado a través de los años. Los resultados de la intervención mostraron mejoras en los patrones cognitivos y conductuales de la paciente, así como cambios positivos en aspectos como autoestima, interacciones sociales, toma de decisiones, solución de problemas, asertividad y regulación de emociones. La integración de estos enfoques demuestra ser efectiva en intervenciones con pacientes con falta de asertividad y baja autoestima.

**Palabras clave:** asertividad, violencia psicológica, baja autoestima, terapia centrada en soluciones, terapia cognitivo conductual, terapia breve.

<sup>1</sup> Psicóloga en Secretaría de Educación Pública. Correo electrónico: [andrea\\_n90@hotmail.com](mailto:andrea_n90@hotmail.com)

<sup>2</sup> Profesor de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: [jose.rodriguez@uanl.com.mx](mailto:jose.rodriguez@uanl.com.mx), [fapsi.mptb.uanl.mx](mailto:fapsi.mptb.uanl.mx)

# AN INTEGRATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL AND SOLUTION-FOCUSED THERAPIES IN A LACK OF ASSERTIVENESS AND LOW SELF-ESTEEM CASE

## ABSTRACT

In this article, the integration of Solution-focused Therapy and Cognitive Behavioral Therapy under the short approach is evaluated, for the treatment of a patient presenting an assertive deficit and low self-esteem. The Intervention program was held in 17 sessions planned to fulfill the goals set by the patient, which were: 1. To change the conception about herself given that she considers herself "inferior" compared to the people around her, 2. To Increase her self-esteem, 3. To accomplish making decisions for herself, 4. Not letting that the psychological violence that she suffers at home keeps affecting her, 5. Achieving letting go of the resentment that she has carried through the years. The results of the intervention showed an improvement on the cognitive and behavioral patterns of the patient, as well as positive changes in aspects such as self-esteem, social interaction, decision making, problem solutions, assertiveness and emotions control. The integration of these approaches show to be effective on interventions with patients with lack of assertiveness and low self-esteem.

**Keywords:** assertiveness, psychological violence, low self-esteem, solution-focused therapy, cognitive behavioral therapy, brief therapy.

La asertividad consiste en desarrollar la habilidad de actuar con inteligencia emocional ante diversas situaciones, controlando los sentimientos y emociones propias, pero actuando de manera empática con lo que la otra persona puede llegar a sentir o experimentar (Alonso González y Mejía, 2014).

Güell y Muñoz (2000), mencionan algunas características de la persona asertiva, entre las cuáles se encuentran: ser más libre en sus relaciones con los demás, autoestima alta, capacidad de autocontrol emocional, así como el no dejarse manipular, sin olvidarse de mantener una conducta de respeto hacia los demás. Mencionan también que es complicado llevar las conductas asertivas a la práctica

ya que, en algunas ocasiones, dentro del entorno social, se fomenta la conducta agresiva, además de influencias negativas como los medios de comunicación o una educación familiar competitiva, enfrentando a la persona asertiva a conducirse de manera opuesta a los modelos de conducta que recibió.

Lazarus (1971, citado en Caballo, 1983), menciona que un individuo con conductas asertivas obtendrá relaciones sociales más sólidas, una disminución de ansiedad y una concepción buena y de respeto hacia sí mismo.

Por el contrario, las personas que presentan una falta de asertividad pueden reflejarla presentando una dificultad en su forma de relacionarse con los demás. Existen dos tipos de déficits asertivos: Las personas poco asertivas, consideradas tímidas, prestas a sentirse pisadas, no respetadas y lastimadas por los demás. El segundo tipo se sitúan en el polo opuesto: la persona agresiva, que pisa a los demás y no tiene en cuenta las necesidades y derechos del otro. Ambos tienen problemas de relación y ambos son considerados, faltos de asertividad, aunque las estrategias a trabajar se desarrollan de manera diferente dependiendo del caso (Castanyer, 1996).

De acuerdo al caso analizado, nos centraremos en describir a la persona del tipo pasivo. Generalmente son personas que no defienden sus derechos e intereses personales. Respetan a los demás, pero no a sí mismos. Algunas características de su comportamiento son los siguientes: Volumen de voz bajo, habla poco fluida, bloqueos, tartamudeos, huida del contacto ocular, mirada baja, manos nerviosas, postura tensa, incómoda, así como la inseguridad para saber qué hacer y decir.

Desde el punto de vista cognitivo se presentan diversos patrones de pensamientos como “sacrificarse” ya que lo que sienten, piensan o desean no importa. Así como la necesidad de ser querido y apreciado por todas las personas, presenta la constante sensación de ser incomprendido, manipulado, sentimiento de culpabilidad, baja autoestima, ansiedad y frustración (Castanyer, 1996).

Otro ámbito relacionado con la falta de asertividad puede ser la violencia psicológica recibida por personas que lo rodean, la cual se puede detectar, a través de las referencias de quién la recibe, que reporta la sensación de incomodidad, confusión, incertidumbre, humillación, dudas de la propia capacidad, etcétera. Así mismo las personas que se encuentran a su alrededor, pueden observar insultos, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación y desprecio y a la vez, ven reducida la autoestima de quien la sufre (Guajardo y Cavazos, 2013).

La dificultad de comunicación que tienen las personas pasivas se refleja en su incapacidad para expresar con firmeza lo que opinan o piensan, lo que se relaciona estrechamente con la percepción que tienen de sí mismas, es decir, de su autoestima. Por lo tanto, una persona con alta autoestima se relaciona con una comunicación asertiva y una persona con baja autoestima mantendrá una comunicación no asertiva (Naranjo, 2008).

La autoestima suele conceptualizarse como actitud hacia uno mismo, por lo que en consecuencia incluye 3 dimensiones en la persona: la cognitiva, la emocional y la conducta (Roca, 2013). Según Güell y Muñoz (2000), la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y a esa valoración es a lo que llamamos autoestima. Así mismo, señalan que, al lograr mantener un buen nivel de autoestima, se tendrá una mayor resistencia a las críticas, se forman relaciones positivas con los demás, se lograrán habilidades para pedir y recibir ayuda y en general se tendrá una mayor gratificación hacia la vida lo que también prevendrá cualquier proceso depresivo.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) es un modelo que trabaja ayudando al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas (Puerta y Padilla, 2011).

Dentro del enfoque Cognitivo-Conductual, como procedimientos básicos para el adiestramiento asertivo se encuentran los siguientes: Enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, conocer los derechos asertivos, reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos, trabajar con la ansiedad, la culpa y la autoestima del paciente, desarrollar destrezas asertivas así como disminuir y modificar las ideas irracionales utilizando la reestructuración cognitiva (Flores, 1994 citado en Gaeta y Galvanovskis, 2009).

Méndez, Olivares y Moreno (1998, citados en Ramírez y Rodríguez, 2012), mencionan que la teoría cognitivo conductual acentúa cómo las ideas irracionales y las desadaptaciones de los pensamientos son los que principalmente provocan las falsas interpretaciones del medio, provocando un malestar emocional en el paciente. Por lo tanto, la reestructuración cognitiva consiste en que el terapeuta ayude al paciente a identificar y cuestionar éstos pensamientos disfuncionales para después sustituirlos por otros más apropiados contrarrestando el efecto emocional negativo de los pensamientos desadaptativos (Beck, 1976 citado en González y Landero, 2013).

Por otra parte, la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se enfoca en los recursos del paciente y en todas aquellas situaciones en las que no se presente el problema llamadas excepciones, apenas se interesa por los problemas o los intentos de solución fallidos; por lo que principalmente se centra en analizar en aquello que sí funciona y satisface al paciente (Beyebach, 1999).

Debido a que éste enfoque está basado en la resiliencia, en encontrar excepciones y principalmente en que los clientes encuentren sus propias soluciones y habilidades para afrontarse a las posibles situaciones que se presenten, ha sido aplicado a muchos de los problemas vistos por los clínicos (Lee y Oshlag, 2007 citado en Amarayo, 2011).

Beyebach (1999), menciona que el terapeuta debe de ayudar a los clientes a identificar lo que quieren conseguir utilizando técnicas como la pregunta milagro,

así como poner especial atención en aquellos momentos en que de hecho consiguen o se acercan al objetivo a lograr (trabajo con excepciones) atribuyéndole el control y la responsabilidad de los cambios conseguidos en pro de su bienestar. De igual manera menciona la importancia del uso de la escala de avance, que permiten establecer un parámetro, tanto para el terapeuta como para el cliente, que indica la ubicación percibida por el paciente aplicando una calificación entre el 1 y el 10, siendo el 1 el momento en que el problema peor ha estado y el 10 en el momento en el que ya está resuelto.

Otra de las estrategias utilizadas en la TCS es el mensaje que se da al finalizar la sesión, que consolida lo trabajado durante la sesión, ofreciendo la oportunidad de que el terapeuta “consulte” con el equipo el mensaje final, conformado por los elogios, realzando las cualidades y todo aquello que el cliente esté haciendo bien, así como las tareas, que consisten en alguna actividad o reflexión que trabajará hasta la siguiente sesión (Beyebach, 1999).

Dentro del plan de intervención con la paciente se utilizaron cuentos y metáforas, en las que dentro del campo terapéutico fueron promovidos por Milton Erickson con la finalidad de causar un efecto positivo en los pensamientos, emociones y conducta del paciente (Sarabia, 2012). Al utilizarlos, se pretende informar, educar y estimular el crecimiento interno, siendo su principal objetivo mandar al paciente mensajes que representen una solución. Específicamente, se utilizan para tratar algo que le afecta al paciente o que establece alguna relación con su vida (Centeno, 2003). Beadle y O’Hanlon (1999), sostienen que el uso de historias y metáforas en terapia prueban ser una gran herramienta, logrando un estado de tranquilidad en los pacientes y ofreciéndoles ver la situación problema desde una perspectiva distinta.

Centeno (2003), concluye que una metáfora que se relacione con la problemática del paciente y sea bien narrada por el terapeuta, puede cambiar la visión que el

paciente tiene respecto al problema, ofreciéndole que encuentre por sí mismo el cambio a la situación a la que se enfrenta.

Ramírez y Rodríguez (2012), encontraron que la combinación de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones es posible gracias a la flexibilidad y su fácil integración para lograr mejores resultados para el beneficio del paciente. Estudios recientes han demostrado la eficacia de la integración de ambos enfoques en Terapia breve en problemáticas como bulimia nerviosa, afrontamiento de estrés y dependencia emocional (Carvajal, 2014; Garza, 2013; Ruiz, 2013).

En un estudio realizado por Ortega, Kendzierski y Aranda (2015), se utilizaron técnicas Cognitivo-Conductuales como: la activación conductual, el entrenamiento en la toma de decisiones, la reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración, el entrenamiento asertivo y la implementación de técnicas para el manejo de emociones en un caso de bajo estado de ánimo, realizando un tratamiento con duración de 19 sesiones obteniendo resultados efectivos como la mejora del estado de ánimo, la disminución de la ansiedad, el aumento de actividades gratificantes, el mejoramiento del patrón del sueño y el establecimiento de habilidades de afrontamiento.

Así mismo se revisó lo realizado por Ortega y Calero en 2015, en donde se llevó a cabo un entrenamiento asertivo para un paciente con un estilo de comunicación agresivo, el cual se dividió en 5 sesiones de evaluación, 15 de tratamiento y 3 de seguimiento, obteniendo como resultado el aumento de las interacciones asertivas y la disminución de conductas agresivas.

En otro estudio realizado por Guajardo y Cavazos en el 2013, se utilizó la integración del Modelo Centrado en Soluciones y la Terapia Cognitivo Conductual en un caso de violencia en el noviazgo. Se utilizaron técnicas como la pregunta milagro, la búsqueda de excepciones, el uso de las escalas, las tareas, la atribución del control, la pregunta pre-tratamiento y los elogios de la Terapia

Centrada en Soluciones, así como el análisis funcional, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento asertivo y el uso de auto-instrucciones de la Terapia Cognitivo- Conductual. Se obtuvieron resultados como el desarrollo de una autoestima funcional, la mejora en las relaciones sociales del paciente, la prevención de violencia en relaciones posteriores, así como cambios favorables a nivel cognitivo.

En el presente artículo se evalúa la integración de técnicas utilizadas dentro de los Enfoques Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones, para el tratamiento de una paciente que presenta un déficit asertivo y baja autoestima.

## MÉTODO

### DISEÑO

Se utilizó un diseño de caso único o N=1, (AB) no reversible intra-series de cambio de criterio, con evaluación pre y post tratamiento. Si bien es cierto nos centramos en la intervención terapéutica, los diseños N=1 permiten una valoración objetiva y rigurosa del efecto de un tratamiento para un individuo. Por motivos éticos y propósitos terapéuticos se consideró un diseño no reversible intra-serie, además, las fases progresivas de la estrategia de intervención justifican el cambio de criterio gradual y pertinente entre las fases (Cfr. Núñez Peña, 2011; Roussos, 2007).

### PARTICIPANTE

Paciente de sexo femenino, 59 años de edad, sin tratamiento farmacológico, ni diagnósticos médicos, cuenta con escolaridad hasta segundo año de primaria, casada y madre de 2 hijas. Nivel socioeconómico medio, vive con su esposo y sus hijas de 24 y 27 años. La paciente acude a terapia mencionando que se encuentra triste, incluso se siente un poco confundida por lo que no logra definir de manera concreta que la trae a terapia, después de esclarecer un poco el motivo de consulta utilizando preguntas específicas, comenta que siempre se ha sentido menos que los demás y que ha sufrido de maltrato psicológico de parte de



diversas personas, en especial de su esposo y sus hermanos, lo que la hace sentirse muy insegura consigo misma y con baja autoestima, así mismo le gustaría ser más independiente ya que no logra tomar decisiones, también lograr liberarse del resentimiento que ha guardado hacia su familia de origen y su esposo debido a las situaciones que ha vivido a lo largo de su vida.

Se realizó la pregunta milagro (De Shazer, 1995), que es utilizada como técnica de proyección a futuro dentro de la TCS, en la que se busca ubicar al paciente en un futuro prometedor en el que los problemas que lo trajeron a terapia se encuentran resueltos, de igual manera, para el terapeuta, es una herramienta útil para construir los objetivos a trabajar de acuerdo a la respuesta del paciente. (Villanueva, 2007). Se realiza de la siguiente manera: “Supón que esta noche mientras estás durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que te han traído aquí se resuelven, no como en la vida real poco a poco, sino de repente de forma inmediata. Como estás durmiendo no te das cuenta que el milagro ha ocurrido. Al día siguiente ¿qué cosas vas a notar diferentes que te hagan darte cuenta que el milagro ha ocurrido?”

De acuerdo con las evaluaciones realizadas se encontró que manifiesta episodios de depresión de moderada a severa, un marcado déficit de asertividad, ideas y creencias irracionales, autoestima baja y niveles bajos de ansiedad.

A continuación, se presentan datos importantes recabados durante el esquema de primera sesión lo que nos permite evaluar y conocer más sobre la problemática de la paciente.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente describe su familia de origen como machista, en la que nunca fue reconocida por sus hermanos y su papá, se le negó la educación desde pequeña ya que su padre argumentaba que eso no era para las mujeres, su madre vivió una relación de violencia física y verbal al lado de su padre. Sus hermanos

constantemente la ofendían diciéndole que ella no servía para nada y que nunca sería nadie, lo que repercutió en su autoestima, ya que desde pequeña se percibió rechazada por las personas que la rodeaban. A la edad de 20 años contrajo matrimonio y después de pocos años de buena relación con su esposo, comenzó a trabajar porque no quería que sus hijas se quedaran sin estudios como ella, comenta que fue a raíz de esto, que las cosas empezaron a cambiar iniciando un historial de violencia psicológica, la cual describe como constantes episodios de insultos, ofensas, manipulación, rechazo y humillaciones. Por lo tanto, la paciente ha recibido durante años, éste tipo de violencia que comenzó en casa al ser pequeña y continúa actualmente con su esposo.

#### ANÁLISIS DE LOS TRES SISTEMAS DE RESPUESTA.

*Conductuales:* Llanto constante, “encerrarse” en su trabajo, al estar en casa estar en su cuarto y acostarse en su cama, no convivir con personas ya que comenta que su esposo siempre hace comentarios o comportamientos que ahuyentan a las personas que están cerca de ella, salir lo menos posible de casa, no comentarle a nadie de su familia acerca de lo que está viviendo, huir cuando existen ofensas de parte de su esposo y quedarse callada.

*Cognitivas:* La paciente presenta gran número de creencias nucleares (Beck, 2000) en su discurso entre las cuáles predominan: “Soy inferior”, “Soy inútil”, “Soy incompetente”, “Soy incapaz”, “Soy débil”, entre otras. Así como distorsiones de la percepción de la realidad como el filtro mental, la sobre generalización, la anticipación negativa, la magnificación/minimización, la etiquetación y la personalización (Burns, 1990). De igual manera, presenta una percepción de inferioridad ante las personas que la rodean, concepción muy pobre acerca de si misma, resentimiento hacia su esposo y su familia de origen.

*Fisiológicas:* Dolor de cabeza, hormigueo en la nariz, sensación de vacío en el estómago y cansancio.

La paciente presentaba la deficiencia asertiva y una baja autoestima especialmente con su esposo, hermanos y madre, en situaciones cotidianas como conversaciones simples, así como en situaciones que involucraban tomar decisiones, planes y proyectos a futuro de la paciente, situaciones no resueltas del pasado y diferencias de opinión. Aunque en menor frecuencia la paciente también presentaba esta problemática con sus hijas, en situaciones que implicaban que la paciente aplazara sus planes y actividades, poniendo como prioridad las peticiones de sus hijas.

Como factores de mantenimiento, se encontraban los juicios constantes por parte de su familia de origen y su esposo, así como los juicios de auto referencia que la paciente se hacía provocados por creencias disfuncionales, el aplazamiento y fracaso de sus proyectos debido a su falta de seguridad, los desacuerdos con su familia de origen y la falta de relaciones positivas con personas fuera del ámbito familiar.

#### RECURSOS DE AFRONTAMIENTO PRE-TRATAMIENTO

La paciente muestra una actitud positiva acerca de cambiar su situación. Tiene atributos y activos conductuales que se detectaron en la entrevista inicial, que pueden favorecer el cambio, entre los cuales se encuentran: su habilidad para crear y mantener un negocio, su compromiso y empeño por continuar aprendiendo, así como su tenacidad para sacar adelante a sus hijas y ofrecerles un buen futuro, sin embargo, la paciente no logra identificarlos y utilizarlos para su beneficio, por lo tanto, no están orientados a soluciones.

#### MODELO DE INTERVENCIÓN

La modalidad utilizada fue Terapia Breve integrando la TCC y la TCS, por lo que se buscó llegar al objetivo en las menos sesiones posibles, pero siempre las necesarias para la paciente. Al tratarse éste caso dentro de la maestría de Terapia Breve, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se trabajó con la paciente en cámara gesell, previo a un consentimiento informado,

acerca de la aceptación del modelo y del respeto a su privacidad, ya que las sesiones fueron video grabadas para fines educativos. Se le informó de la pausa que se realiza casi al finalizar la sesión para acudir con el equipo para consultar el mensaje final y tareas.

Los objetivos del tratamiento fueron: 1. La reestructuración del esquema de auto-concepto. 2. El fortalecimiento de la autoestima. 3. El establecimiento de habilidades de afrontamiento para la regulación de emociones y toma de decisiones. 4. El establecimiento de límites con las personas que violentan a la paciente asumiendo una actitud asertiva. 5. El poder superar enojos no resueltos (resentimiento) hacia su pareja y familia de origen.

Las técnicas utilizadas de la TCC para el cumplimiento de los objetivos fueron las siguientes: Reestructuración cognitiva (Beck y Freeman, 1995; Ellis y Grieger, 1990), solución de problemas (Nezu et al, 2014) la relajación progresiva de Jacobson en su versión breve (Matamoros, 2011) y el entrenamiento asertivo (Güell, 2005). Las técnicas utilizadas de la TCS fueron las siguientes: Pregunta pretratamiento (Beyebach, 2006), pregunta escala de avance (De Shazer, 1995), trabajo con excepciones (Beyebach, 2006), así como el uso de elogios y tareas (Ídem, 2006).

## INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación del paciente fueron los siguientes:

- Depresión:

Inventario de Depresión de Beck (BDI) de Beck y Steer (1987), en un formato de auto aplicación diseñado por Moral (2011). Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta puntuadas de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (síntoma severo). El rango de puntuaciones varía de 0 a 63.

- Asertividad:

Escala de Asertividad de Rathus (Adaptación de León y Vargas, 2009). Consta de 22 ítems con 6 opciones de respuesta, consiste en un formato de respuesta tipo Likert que van desde muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo hasta muy característico de mí, extremadamente descriptivo. Los rangos de puntuaciones varían de 0 a 110, después de la sumatoria serán transformadas a puntuación T obteniendo el puntaje final para después interpretarlo.

- Ansiedad:

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck y Steer, 2011). Consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta puntuadas de 0 (Ausencia del síntoma) a 3 (síntoma severo). Las puntuaciones varían de 0 a 63.

- Autoestima

Escala de Autoestima (EA) (Rosenberg, 1965; versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción de una persona consigo misma. Consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. Las puntuaciones varían en un rango de 10 a 40 puntos.

## PROCEDIMIENTO

### Sesión 1

Al iniciar la sesión el propósito fue crear empatía con la paciente, ya que al llegar comentó que no estaba segura de aceptar el modelo porque no se sentía cómoda sobre la cámara gesell, por lo que se realizó una explicación detallada del contexto, con el objetivo de que ella pudiera sentirse más cómoda y aceptar continuar con el modelo. La paciente aceptó continuar, por lo que se dio inicio a la estructura de entrevista de la primera sesión (Estrada, González y Rodríguez, 2011). Durante la sesión la paciente comentó sentirse confundida sobre la razón por la que llegó a terapia, además de que continuamente lloraba y comentaba que se sentía triste, por lo que no se logró esclarecer la demanda. Se utilizó la pregunta pre-tratamiento del Enfoque en Soluciones (Beyebach, 2006), con el objetivo de explorar excepciones al problema. La paciente mencionó una mejora

en su estado de ánimo al saber que comenzaría a asistir a terapia, además de que sus hijas la alentaron haciéndola sentir querida y respaldada. Después de ampliar las excepciones, se realizó la pausa con el equipo y se finalizó con elogios (Ídem, 2006) y la tarea la cual consistió en pensar cuáles son las cosas que le gustaría mejorar y/o cambiar de su vida con el objetivo de comenzar a esclarecer el motivo de consulta. La paciente no logró ubicarse en ningún número en la escala de avance (De Shazer, 1995), comentó que en ese momento no podía responder esa pregunta.

## Sesión 2

El objetivo de esta sesión fue ahondar un poco más sobre la historia de la paciente sobre todo con lo referente a sus hermanos y esposo, realizando preguntas para conocer más acerca de esta situación que comentó está “cargando” desde hace muchos años. Agregó el no sentirse valiosa, por el hecho de no haber asistido a la escuela. Al preguntarle por la tarea de la sesión anterior, la paciente mencionó que le gustaría realizar metas personales que tiene en mente desde hace tiempo relacionados con su proyecto de vida. Se realizó la pregunta milagro (De Shazer, 1995), con el objetivo de complementar y profundizar en sus objetivos a trabajar en terapia. La paciente respondió que estaría con sus hijas y con su esposo, pero con una buena relación y se sentiría tranquila, se sentiría una persona valiosa, no estaría llorando y no dejaría que las demás personas la ofendieran. Lograría defenderse cuando sea necesario y liberarse del resentimiento que siente hacia sus familiares, realizaría proyectos y metas personales de las cuáles nunca ha sentido la confianza por empezar. Después de esta información se establecieron los objetivos en conjunto con la paciente los cuáles fueron: 1. Cambiar la concepción sobre sí misma ya que se considera “inferior” a las personas que la rodean. 2. Aumentar su autoestima, 3. Lograr tomar decisiones por sí misma 4. No permitir que la violencia psicológica que sufre en casa la siga afectando y 5. Lograr dejar ir el resentimiento que ha cargado a través de los años. Se realizó la pregunta escala de avance en la cual se ubica en un 3. Se finalizó con elogios y las tareas que consistieron en observar las cosas positivas que tiene a su

alrededor, llenar un formato de análisis de autoimagen en dónde se revisan los distintos roles en el ser real, ser social y ser ideal y el llenado de un registro del triple sistema de respuesta en el que se buscó conocer las distintas respuestas (emoción, conducta y pensamiento) que tiene la paciente hacia situaciones negativas específicas que le llegaron a suceder durante la semana.

### Sesión 3

Se comenzó la sesión revisando las tareas, las cuales comentó que no pudo hacer ya que no comprendió y que ella no puede realizarlas debido a su falta de estudios, por lo cual se comenzó replanteando esa parte, calmando su preocupación por no haberlas traído y comentándole que las realizaríamos dentro de la sesión. Se detectaron un gran número de creencias nucleares en su discurso. Se dedicó parte de la sesión para evaluar a la paciente con los instrumentos previamente seleccionados, los cuales no pudo responder ya que tenía dificultad para comprender las oraciones, por lo que se adaptó la forma de aplicación para facilitar el proceso, leyéndole las preguntas y utilizando ejemplos para que lograra comprender cada una de ellas, después, se procedió a realizar el registro, de acuerdo a la respuesta de la paciente. En la pregunta escala de avance la paciente se ubicó en un 6. Se le comunicaron los elogios y la tarea la cual consistió en realizar actividades que la ayuden a relajarse y sentirse bien.

### Sesión 4

Se comenzó la sesión revisando la tarea la cual consistía en hacer actividades que disfrutara, la paciente logró realizarla utilizando la fotografía ya que es una de las actividades que más disfruta hacer. Comentó que durante la semana se sintió tranquila y comenzó a tomarse más tiempo para ella utilizándolo en actividades que son de su agrado. Por lo tanto en éste primer momento de la sesión, se ampliaron éstas excepciones, utilizadas dentro de la TCS con el objetivo de detectar las mejorías o situaciones en las que no se presenta el problema atribuyéndolo a los recursos del paciente. Se realizó la relajación progresiva de Jacobson en su versión breve (Matamoros, 2011), la cual se complementó con un

ejercicio de imaginación guiada en la que se utilizó el mar como guion para la escena relajante. Esto con el objetivo de brindarle una herramienta para disminuir sus niveles de estrés. Al momento de realizar la pregunta de avance la paciente comentó que no logra comprender del todo la pregunta escala y que al decir el número en sesiones anteriores no estaba segura de entender el valor del número respecto al significado de la escala, por lo que se explicó de manera más gráfica utilizando una recta numérica y parámetros para cada número, la paciente se ubicó en un 4. Las tareas consistieron en que durante la semana practicara el ejercicio de relajación que se realizó en sesión incluyendo la representación imaginaria de una escena relajante, así como continuar realizando actividades que sean de su agrado.

#### Sesión 5

Se comenzó la sesión explorando las excepciones (Beyebach, 2006), la paciente comentó que la relajación le ha ayudado mucho, incluso al llegar a sesión mostró un cambio en su manera de vestir y arreglarse. Mencionó también que ha concluido el curso de belleza que había estado estudiando desde hace algunos meses que significaba un sueño personal y el inicio de su proyecto laboral, lo que se relaciona con los siguientes objetivos de terapia: cambiar la concepción de sí misma, aumentar su autoestima y el lograr tomar decisiones. Al ampliar las excepciones, la paciente comentó que se sintió muy contenta de finalizar el curso, además comentó que tanto sus hijas como sus compañeras de estudio, han notado un cambio positivo en ella, de continuar con estos logros, agregó que realizaría cada uno de sus planes y aumentaría su confianza en sí misma, dejando atrás las opiniones negativas de sus hermanos y de su esposo. Después de atribuirle control, se le mostró el resultado de sus evaluaciones enfocándonos en lo que específicamente debemos de trabajar durante el tratamiento. Se comenzó con la reestructuración cognitiva (Beck y Freeman, 1995; Ellis y Grieger, 1990), utilizando una presentación proyectada mediante diapositivas previamente elaborada, basándonos en los pensamientos que obtuvimos en los registros utilizados en la sesión de evaluación (Beriso et al., 2003), (los cuáles se presentan



continuamente en su discurso) y explicando en qué consiste el proceso de reestructuración, cuáles son los pensamientos distorsionados, las creencias intermedias y nucleares. En la pregunta escala de avance la paciente se ubicó en un 6. La sesión terminó con elogios y la tarea que consistió en leer una guía de autoayuda para aprender a controlar los pensamientos negativos (García-Herrera y Nogueras Morillas, 2013), que complementa la reestructuración cognitiva además de un registro de pensamientos positivos y negativos que se presenten durante la semana.

### Sesión 6

Se comenzó la sesión revisando excepciones presentadas y tareas. Se continuó reforzando lo visto en la sesión anterior, detectando los pensamientos que se presentaron durante la semana. Se trabajó con los registros sobre distorsiones cognitivas, creencias intermedias y nucleares, utilizando el diálogo socrático, solicitando a la paciente que identificara la creencia nuclear para después utilizar el debate (Ellis y Grieger, 1990), y eliminara las etiquetas que utiliza para ella misma. Después se le pidió que reemplazara esas etiquetas por pensamientos más específicos y con una connotación más positiva. La paciente se mantuvo en un 6 en la escala. Después de los elogios se explicaron las tareas que consistieron en un registro calendarizado que contenía pensamientos positivos y negativos en la que la paciente debía de tachar los pensamientos negativos que se presentaran y practicar auto debatirse buscando evidencia de que realmente ese pensamiento es verdadero.

### Sesión 7

Se comenzó la sesión revisando excepciones, la paciente logró identificar y reestructurar algunos pensamientos negativos que se presentaron durante la semana, por lo que nos enfocamos en ampliar el cómo se sintió, que hizo y que pensó al comenzar a utilizar pensamientos más específicos y realistas sobre ella y sobre las situaciones que vive. Se continuó debatiendo los pensamientos que marcó en el registro poniéndola en situaciones donde ella tenía que buscar una

connotación no peyorativa a los sucesos que se le presentaban. La paciente se ubicó en un 6.5. Después de elogiar a la paciente por los cambios positivos que se presentaron durante la semana se explicaron las tareas que consistieron en continuar identificando y registrando los pensamientos negativos e irracionales que se presenten durante la semana y auto-debatirlos reemplazándolos por pensamientos más racionales.

### Sesión 8

Se comenzó a preguntar por excepciones que se presentaron durante la semana la paciente reportó que continúa identificando pensamientos negativos y reemplazándolos por otros más positivos lo que la ha hecho sentir mejor (Resultado de la tarea de la sesión anterior). Se continuó con una presentación proyectada mediante diapositivas previamente preparada sobre la asertividad, en dónde se le explicó a la paciente qué significa, los estilos y derechos asertivos, así como ejemplos, con la finalidad de clarificar éste concepto. La paciente se ubicó en un 7 en la escala, se finalizó la sesión con elogios y comentando la tarea que consistió en que la paciente identifique en qué situaciones de su vida ha logrado ser asertiva y cómo lo logró.

### Sesión 9

Se comenzó la sesión buscando excepciones y revisando las tareas. La paciente logró aplicar la asertividad en dos ocasiones durante la semana, con su esposo y con sus hijas. Comentó que empieza a darse cuenta que esto la hace sentir con más seguridad y con la habilidad de exponer sus opiniones y defenderse. Se exploró cómo se sintió, que hizo, que pensó y cómo logró hacerlo, a lo que respondió que se dio cuenta que no por expresar sus ideas y opiniones y poner en primer lugar sus prioridades está cometiendo una falta de respeto a los demás. De igual manera con su esposo, utilizó lo visto en la sesión anterior acerca de los derechos asertivos y lo puso en práctica. Este avance está relacionado con los siguientes objetivos: Cambiar la concepción sobre sí misma ya que se considera “inferior” a las personas que la rodean y no permitir que la violencia verbal que

sufre en casa le siga afectando. Continuamos la sesión presentando las técnicas asertivas (Güell, 2005), ilustrándolas con situaciones de su vida, así como videos que ejemplificaban las técnicas. La paciente se mantuvo en un 7. Después de decir los elogios, se le pidió a la paciente que de tarea pusiera en práctica las técnicas que se revisaron durante la sesión en posibles casos de conflicto que se presentaran durante la semana.

#### Sesión 10

Se comenzó la sesión ahondando en las situaciones en las que la paciente logró aplicar la asertividad durante la semana. La paciente llegó contenta ya que comentó que antes no lograba decir nada y se sentía “bloqueada” cuando se le presentaba un desacuerdo o algún problema en casa y ahora ha logrado expresar lo que siente y piensa utilizando las técnicas revisadas en sesión. Se continuó la sesión realizando role-playing de cada una de las técnicas, en el cual la paciente actuó como ella misma y el rol del terapeuta variaba entre las principales personas con las que presenta fallas asertivas como lo eran: esposo, hermanos, su madre y sus hijas. Dentro de éste ejercicio, se pudo notar como la paciente empleaba las técnicas y como poco a poco, lograba manejar sus emociones de manera que éstas no la sobrepasaran al punto de paralizarse y poder expresarse de una mejor manera. La paciente reportó que durante el role-playing, logra experimentar la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza en sí misma, lo que se relaciona con los siguientes objetivos: cambiar la concepción sobre sí misma, aumentar su autoestima y no permitir que la violencia verbal que sufre en casa le siga afectando. Se finalizó el role-playing realizando una retroalimentación general del ejercicio. La sesión terminó leyendo el cuento “Un hombre justo” (Oliverx, 2011), en el cual se plantea cómo cada persona puede controlar el poder que se le da a un insulto o una ofensa, obteniendo la opción de decidir “no aceptarlas”. El objetivo fue que la paciente hiciera uso de ese poder que tiene para decidir no recibir ofensas que le hacen un daño. En la pregunta de avance la paciente se ubicó en un 7.5 y se le comentaron los elogios y las tareas que consistieron en continuar aplicando las técnicas asertivas, reflexionar sobre cómo podría aplicar el

cuento en su vida así como comenzar a leer el libro “Colorín Colorado éste cuento aún no se ha acabado” (Dupeyron, 2002), en el cuál la primera parte hace referencia a una princesa que vive encerrada en una torre siendo custodiada por un dragón y siendo presa de sus propios miedos, hasta que una noche decide ponerle fin y descubrir lo que había afuera. Con ésta tarea se pretendió trabajar con el objetivo de lograr que la paciente tome decisiones por sí misma.

### Sesión 11

En ésta sesión estaba previsto trabajar con el tema de autoestima, pero el objetivo de la sesión fue modificado ya que se suscitó un problema familiar grave, en el cuál la paciente recibió amenazas por parte de algunos familiares. Debido a ésta situación, se dedicó la sesión a disminuir la ansiedad con la que venía a terapia y comenzar la búsqueda de posibles soluciones al suceso. Después de escuchar la situación que se presentó con su familia, se comenzaron a realizar ejercicios de respiración e imaginación guiada basándonos en lo trabajado anteriormente en la sesión 4 con el objetivo de lograr que la paciente lograra experimentar tranquilidad, bajara sus índices de estrés y comenzara a evaluar posibles soluciones al problema, por lo tanto después de la relajación, se trabajó con la técnica de solución de problemas (Nezu et al, 2014), la cual le permitirá contar con recursos y herramientas para enfrentarse a la situación. Después de escribir las posibles opciones para solucionarlo, se analizaron las ventajas y desventajas que tenía cada una de ellas en conjunto con la paciente lo que le permitió tener un panorama más claro de sus acciones futuras. La paciente se ubica en un 5 en la escala. La tarea consistió en poner en práctica la solución a la que se llegó en sesión, practicar la relajación y realizar actividades que la hagan distraerse y sentirse tranquila.

### Sesión 12

La paciente comentó que se siente más tranquila con relación a la problemática familiar que se presentó por lo que se exploraron los momentos en la semana en los que logró sentirse mejor, comenzó a poner en práctica la solución de

problemas lo que la hizo sentir con los recursos de tomar decisiones por ella misma. Comentó también, que a pesar de que tiene dificultades para comprender lo que lee, le funcionó realizar la tarea de reflexionar sobre el libro “Colorín Colorado”, ya que se dio cuenta como tiene una relación con su vida y con sus sentimientos, incluso comentó que utiliza sus recursos como realizar anotaciones, volver a leer y hacerse preguntas para confirmar que comprendió. Comentó que esto la hace darse cuenta que sí puede realizar este tipo de actividades, contrario a lo que anteriormente pensaba, incluso reportó que ha decidido leer otros libros que tiene en casa. Este logro se relaciona con el objetivo de cambiar la concepción sobre sí misma y aumentar su autoestima. Se trabajó durante la sesión el dejar de preocuparse por cosas que no están a su alcance cambiar o que todavía no pasan, así como el comenzar a eliminar el contacto con familiares que le causan daño constantemente. Se continuó trabajando con la solución de problemas aplicándolo a una situación que se deriva del problema familiar que presentó en la sesión pasada. La paciente se ubicó en un 6 en la escala. Después de los elogios se le pidió a la paciente que de tarea continúe poniendo en práctica la solución de problemas y se enfoque en continuar con el proyecto laboral que pausó al presentarse la situación familiar.

### Sesión 13

La paciente llegó contenta a sesión, porque comentó que para trasladarse a la clínica manejó ella sola su automóvil, ya que en sesiones anteriores comentaba que no se sentía segura de trasladarse sola y venía acompañada por su hija. Al preguntarle cómo logro realizarlo, respondió que el haber reflexionado sobre no adelantarse al futuro o preocuparse por cosas que no han pasado la hizo tomar la decisión de que ella podía lograrlo. La paciente también presentó cambios en cuanto a la relación con sus hijas, ya que comienza a poner primero lo que ella quiere hacer y los proyectos que ella tiene. Esto se relaciona con el objetivo de cambiar la concepción sobre sí misma, aumentar su autoestima y lograr tomar decisiones por sí misma. En la revisión de tareas la paciente reportó obtener buenos resultados al aplicar la solución de problemas por lo que también se

ahondó en los cambios positivos que esto le generó. Se continuó la sesión introduciendo y desarrollando el concepto de autoestima utilizando una presentación proyectada mediante diapositivas previamente preparada. Dentro de la presentación se explicó, como la autoestima se va construyendo y cuáles son los elementos que la conforman. Se terminó la sesión utilizando la metáfora “Aprendiendo a comer por sí mismo” (Hammond, 1990 citado en Téllez, 2007), como técnica para reforzar la autoestima, la cual trata sobre cómo las personas experimentan satisfacción al no depender de otros (como cuando eran pequeños) y comenzar, a pesar de los intentos fallidos, a lograr lo que creían imposible. La paciente se ubicó en un 7 en la escala. Después de decir los elogios a la paciente, se le pidió que de tarea reflexionara sobre la metáfora que se utilizó en la sesión, así como preguntarles a las personas que están cerca de ella y la hacen sentir bien (familiares o compañeras), cuáles son las cualidades y virtudes que ven en ella.

#### Sesión 14

Se comenzó la sesión preguntando por excepciones, la paciente obtuvo muy buenos resultados en la tarea ya que sus hijas y algunas compañeras del curso al que asistía le mencionaron gran número de cualidades y virtudes que hay en ella. La paciente concluyó que se había estado enfocando en escuchar los comentarios de personas que no le tienen aprecio y no la valoran lo que no favorecía el auto-concepto que ella tenía de sí misma. Esto contribuyó al objetivo de aumentar su autoestima. Se le pidió a la paciente que en base a lo que se ha trabajado, comenzara a describir un nuevo concepto de sí misma que incluya sus cualidades, virtudes, defectos y aspectos que puede llegar a mejorar. Se le pidió también, que no utilice términos peyorativos ni palabras absolutistas o generalizadas. Se terminó la sesión utilizando la metáfora del fortalecimiento del ego como técnica para el fortalecimiento de la autoestima (Téllez, 2007), la cual hace referencia al poder que tiene la mente y el propio ser para sobrevivir a las dificultades del pasado y a los posibles futuros problemas, poniendo énfasis en dejar ir el pasado, olvidando todos aquellos sucesos que nos hacen creer que tenemos poco valor y

así, reafirmar la sensación de bienestar, enfrentando y venciendo obstáculos, aceptándose y queriéndose a uno mismo. En la pregunta escala la paciente se ubicó en un 7.4, la tarea consistió en poner en práctica sus proyectos realizando una lista de metas personales a corto plazo, así como reflexionar sobre la metáfora que se trabajó en sesión.

### Sesión 15

Se comenzó la sesión explorando los cambios positivos que sucedieron durante la semana. En cuanto a las tareas, la paciente comentó que reflexionó durante la semana sobre la metáfora trabajada en la sesión pasada y comenzó a encontrar ventajas y beneficios que ha obtenido al tener que enfrentarse a diversas situaciones sola, debido al rechazo que recibió de su familia. Dentro de su discurso la paciente comenzó a ser específica sobre situaciones que se presentan dejando atrás una de las distorsiones cognitivas que más presentaba en su discurso: la sobre generalización. Después de atribuirle control sobre estos cambios, se trabajó la técnica de silla vacía donde la paciente imaginó a cuatro de sus familiares. El objetivo era liberarla de la carga emocional y resentimiento que la paciente comenta sentir desde hace tiempo y que tiene la necesidad de “dejar ir”. Al terminar ésta técnica, la paciente comentó que sintió que se quitó un peso de encima y se sentía mucho más tranquila. Esto se relaciona con el objetivo de lograr dejar ir el resentimiento que ha cargado a través de los años. La paciente comenta sentirse lista para disfrutar su vida. Se finalizó la sesión con un fragmento del cuento “Colorín Colorado este cuento aún no se ha terminado” (Dupeyron, 2002), en el que se buscó concientizar a la paciente sobre el control que tiene sobre su felicidad. La paciente se ubicó en un 8 en la escala. La tarea consistió en investigar cursos y talleres referentes a los planes que tiene ella para su vida, así como realizar por semana alguna actividad que pertenezca a su plan de vida y contribuya a su felicidad.

### Sesión 16

Se comenzó explorando las excepciones, la paciente comenzó a poner en práctica algunos proyectos laborales relacionados con la fotografía y la belleza, mencionó que se siente entusiasmada y confiada de su capacidad, perseverancia y compromiso para poder realizarlos. Comentó también, que conoció a una persona que podría llegar a considerar como amiga, además de las personas que también se han incorporado al lugar donde está realizando su proyecto de belleza, lo que la ha hecho sentir muy bien y descubrir que hay personas agradables con las que puede comenzar a formar vínculos de confianza y amistad. Se realizaron preguntas con el objetivo de situar a la paciente en escenarios de posibles recaídas, observando y evaluando su respuesta a ellas para que en caso de que se presenten, cuente con los recursos para enfrentar éstas situaciones. Se terminó la sesión con la reflexión “Auto-dependencia” (Bucay, 2010), la cual narra cómo en diversas situaciones de nuestra vida, se nos enseña a culpar y situar en otras personas, las consecuencias de nuestros actos, quitándonos la responsabilidad y el control que tenemos de alejarnos de aquello que nos lastima y nos hace daño. La paciente se ubicó en un 9 en la escala y la tarea consistió en reflexionar sobre lo trabajado con el tema de la “Auto-dependencia”, continuar poniendo en práctica sus proyectos personales y comenzar a formar vínculos de confianza con las personas con las que ella se sienta cómoda. Se citó a la paciente en un mes para realizar el seguimiento.

### Sesión 17 (Seguimiento)

La paciente llegó con un número importante de cambios positivos, mencionó que continúa poniendo en práctica técnicas de asertividad, solución de problemas y el auto-debate de pensamientos. Gran parte de la sesión se enfocó al recuento de todo lo trabajado, ahondando en los cambios que ha logrado y los beneficios que le ha traído realizarlos, así como atribuyéndole control de la utilización de sus recursos y la incorporación de otros para lograr su bienestar. Se realizaron preguntas proyectadas a futuro con el objetivo de ubicar a la paciente en cómo sería si ella sigue realizando todos estos planes personales y mejorando como



hasta ahora, atribuyéndole el control de continuar sintiéndose cada vez mejor. Se aplicaron de nuevo los instrumentos de evaluación, haciendo algunas adecuaciones como en la primera aplicación en donde se le leían a la paciente las preguntas y se le ilustraba con ejemplos ya que se le dificultaba comprender los enunciados como tal y ubicar las opciones de respuesta. Se terminó la sesión con el cuento “El elefante encadenado” (Bucay, 2008), el cuál hace referencia en como en ocasiones, por haber fallado alguna vez, creemos que no es posible lograr algo, por lo que dejamos de intentarlo, olvidándonos de los recursos con los que contamos. La paciente concluyó que ella al igual que el personaje del cuento, había perdido la confianza en sí misma, y que ahora se daba cuenta de que tiene lo necesario para continuar con el camino de su bienestar y lograr lo que se proponga. En la escala de avance la paciente se ubicó en un 10 y la tarea consistió en continuar realizando las cosas como hasta ahora.

## RESULTADOS

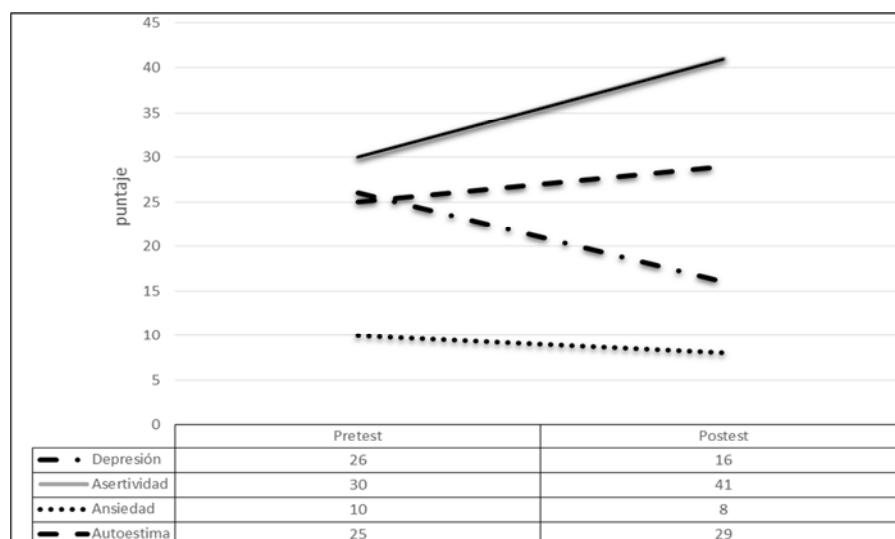
A continuación, se presentan los resultados de las evaluaciones aplicadas antes y después del tratamiento.

Evaluación	Pretest	Interpretación	Posttest	Interpretación
Depresión	26	Depresión moderada a severa.	16	Depresión leve a moderada
Asertividad	30	Inferior al promedio	41	Rango promedio
Ansiedad	10	Ansiedad muy baja. Autoestima baja.	8	Ansiedad muy baja.
Autoestima	25	Existen problemas significativos de autoestima.	29	Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves.

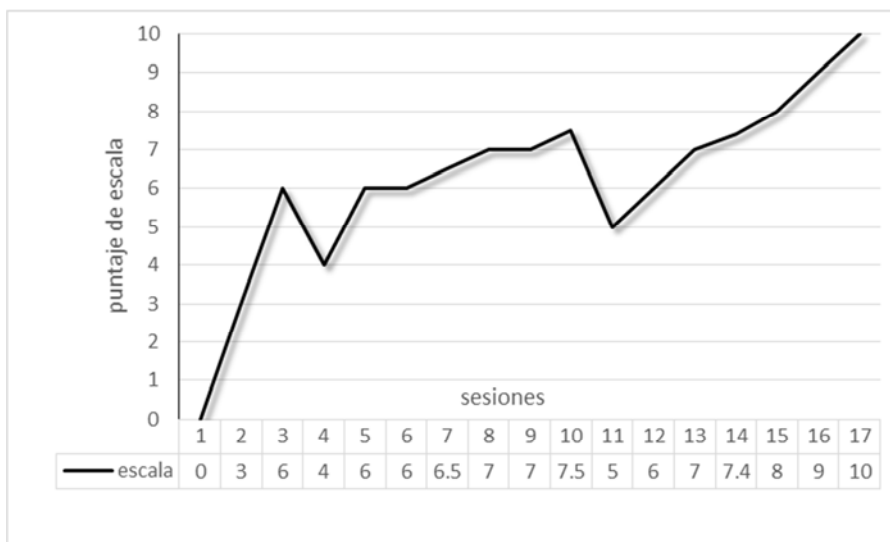
Tabla 1. Resultados de las evaluaciones aplicadas previo y posterior al tratamiento.

Como se puede observar en la tabla 1, la paciente presenta una mejoría en cada una de las evaluaciones aplicadas. En la escala de depresión la paciente inicialmente obtuvo 26 puntos reflejando episodios de depresión de moderados a

severos y posterior al tratamiento bajó a la puntuación de 16 puntos que indica episodios de depresión de leve a moderados. En la escala de asertividad, la paciente obtuvo un puntaje de 30 puntos previo al tratamiento en donde se ubicaba inferior al promedio y finalizó en un puntaje de 41 ubicándose en el rango promedio. En relación con la escala de ansiedad la paciente obtuvo un puntaje de 10 en la primera aplicación y finalizó el tratamiento con un puntaje de 8 lo que refleja una ansiedad muy baja. Por último, la paciente finalizó con un puntaje de 29 puntos en la escala de autoestima que indican una autoestima media, en la cual inició en un puntaje de 25 puntos que indicaban una autoestima baja.



Gráfica 1. Comparación de cada uno de los puntajes obtenidos de los instrumentos de evaluación previo y posterior al tratamiento.



Gráfica 2. Resultados pregunta escala de avance

De acuerdo a la pregunta escala de avance, aplicada al terminar cada una de las sesiones, en la cual se le pedía a la paciente que se ubicara en una escala del 1 al 10 utilizando una recta numérica previamente elaborada como recurso de apoyo, donde el 1 era el peor momento en el que el problema había estado y el 10 en el que ya está resuelto la paciente, finaliza ubicándose en un puntaje de 10. Aunque en la segunda sesión la paciente se ubicó en un 6, partiremos de la sesión número 4 en la que la paciente se ubicó en un 4, ya que comentó que anteriormente no comprendía los parámetros utilizados en la escala. Se puede observar como a partir de la sesión 4 existe un importante incremento en el puntaje de esta escala, a excepción de la sesión número 11 en la que la paciente bajó en el puntaje debido a un problema familiar que describió como grave, sin embargo, en sesiones posteriores continuó incrementando el puntaje hasta finalizar en un 10 lo que se relaciona con el cumplimiento de los objetivos planteados.

## DISCUSIÓN

La integración de la Terapia Cognitivo-Conductual y el Enfoque Centrado en Soluciones resultó satisfactoria para este caso en particular. Se logró cumplir con los objetivos planteados de acuerdo a la demanda de la paciente. De acuerdo a los resultados, la paciente presenta cambios favorables en las evaluaciones,

especialmente en la escala de Asertividad de Rathus, siendo la asertividad uno de los principales objetivos a trabajar en la terapia. Sin embargo, las diferencias en los resultados no son tan amplias como se esperaba, lo que se atribuye a que, desde el primer momento de evaluación, la paciente tuvo dificultad para comprender los ítems y opciones de respuesta de los instrumentos.

De igual manera, esta limitación se presentó al comenzar las sesiones, obteniendo una variación en el puntaje de la escala de avance, entre la sesión 3 y 4, en la que la paciente comenta no comprender del todo el significado de la escala. Tanto en el momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación como en la explicación de la pregunta escala, se buscó adaptar la forma de aplicación con el objetivo de facilitar el proceso a la paciente y con esto obtener información más precisa. Se buscó que la paciente se sintiera cómoda y apoyada, ya que, al comenzar con estas dificultades, confirmaba que eran debidas a su falta de capacidad y se podía observar que esto provocaba un “bloqueo” agravando su dificultad para comprender y obtener respuestas. Por lo tanto, la reestructuración cognitiva, fue una de las técnicas que mejores resultados se tuvo con la paciente, ya que al trabajar con sus creencias nucleares y continuamente debatirlas, la paciente comenzó a cambiar la percepción sobre sí misma y a desarrollar habilidades para afrontar situaciones que antes consideraba no podía realizar.

De acuerdo con la demanda de la paciente al comenzar la terapia, se encontraron patrones de comportamiento y procesamiento con los cuales no lograba actuar de manera asertiva en diversas situaciones, reportaba continuamente el no tener la capacidad para lograr metas, resolver problemas e incluso para relacionarse con personas a su alrededor, esto debido a la baja autoestima, así mismo no lograba tomar decisiones y dentro de su discurso se podían detectar gran cantidad de creencias disfuncionales que repercutían en un malestar emocional. Por lo que nos enfocaremos en describir los cambios y mejoras que presentó al finalizar el tratamiento de acuerdo al análisis de los tres sistemas de respuesta y a los objetivos planteados. La paciente logra reestructurar su auto-concepto, en el que

logra describir sus cualidades, las cuáles antes no lograba identificar, e incluir sus áreas de oportunidad, aceptándolas de una forma positiva de manera que afecten no su autoestima, además de planear y realizar proyectos para mejorar en los aspectos que ella considera necesario. El fortalecimiento de su autoestima, eliminando creencias disfuncionales sobre sí misma y sobre los demás, que la hacían demeritar sus capacidades, esto se pudo observar dentro de su discurso en el cuál la paciente era capaz de verbalizar aquellas cosas que ha logrado en base a sus cualidades y que más adelante le permitirían seguir logrando su proyecto de vida. El establecimiento de habilidades de afrontamiento para la regulación de sus emociones, lo que le permitió afrontar situaciones en las que antes no se sentía capaz de resolver, provocándole un malestar emocional e índices de ansiedad, la paciente cuenta con un repertorio de habilidades para la solución de problemas, así como el lograr eliminar la anticipación negativa, una de las distorsiones que más presentaba al comenzar el tratamiento y que impedía desarrollar sus planes a futuro. Se obtuvieron importantes mejoras en el establecimiento de límites con las personas que la violentaban asumiendo una actitud asertiva, en la cual la paciente mostró su capacidad para utilizar las técnicas lo que repercutió en gran medida en el mejoramiento de su estado de ánimo, ya que comentó sentirse preparada para no dejar que comentarios o situaciones externas afectaran el valor que ahora se da a sí misma. De igual manera se logró el fortalecimiento del proceso de solución de problemas y toma de decisiones lo que permitió que la paciente afrontara situaciones, analizando sus alternativas y aumentando su seguridad al tomar decisiones, ya que el realizar este proceso, comentó que podía obtener un panorama más amplio de las decisiones que debía tomar. Para finalizar, el poder superar enojos no resueltos (resentimiento) hacia su pareja y familia de origen ya que en las primeras sesiones, la paciente presentaba continuamente en su discurso estar “cargando” con situaciones del pasado, haciéndose preguntas sobre situaciones no resueltas. Al trabajar este aspecto con reestructuración cognitiva utilizando la técnica de silla vacía, la paciente reportó sentirse muy tranquila, comentando que se sentía lista

para continuar y salir adelante. Así mismo, la paciente finaliza ubicándose en un 10 en la escala de avance general.

Es importante mencionar que el uso de cuentos y metáforas resultó favorable para el cumplimiento de los objetivos, coincidiendo con lo que menciona Centeno (2003), quien afirma que las metáforas pueden convertirse en una herramienta integradora al proceso terapéutico ya que ayuda al paciente a notar actitudes, ideas o soluciones que antes no lograba percibir. La utilización de metáforas y cuentos como Erickson los empleaba, ofrecen al paciente una perspectiva distinta de ver el problema o comenzar a encontrar soluciones que antes se ignoraban (Pacheco, 1993).

Los resultados encontrados coinciden con otros estudios en donde se demuestra la efectividad de la Terapia Cognitivo conductual utilizando el entrenamiento asertivo y la reestructuración cognitiva, como lo realizado por Ortega y Calero (2015), en un caso de interacción no asertiva.

Morales, González y Molina (2014), comprobaron la efectividad de la integración de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones aplicadas en un programa para el manejo de la ansiedad al hablar en público obteniendo mejorías en la confianza y seguridad de los participantes. Así mismo, en estudios de caso (Carvajal, 2012; Garza, 2013; Ruiz, 2013), han reportado evidencia de la integración de ambos enfoques con un mínimo de 6 sesiones y un máximo de 9 sesiones.

## CONCLUSIÓN

Los objetivos del estudio fueron satisfactorios, la paciente reporta mejorías y el cumplimiento de su demanda al llegar a terapia. Uno de los aspectos que favorecieron los resultados fueron la adherencia, compromiso y disposición que demostró a lo largo del tratamiento. De igual manera se formó una fuerte alianza terapéutica que fue de gran ayuda durante las sesiones.

Debido a que se tuvieron algunas dificultades al momento de evaluar a la paciente, se sugiere adaptar los instrumentos de evaluación de manera que los pacientes que tengan alguna dificultad para comprender y responder las evaluaciones, puedan hacerlo sin problema, y así los resultados, de éstas no se vean afectados.

La integración de la TCC y la TCS representa un aporte novedoso aun es poca la evidencia publicada sobre su efectividad. En éste caso, dicha integración permitió utilizar y combinar estrategias y técnicas eficaces de cada uno de los enfoques, como el encontrar y crear recursos en la paciente, el trabajo con excepciones, el entrenamiento asertivo, la reestructuración de las creencias, el establecimiento de habilidades de afrontamiento, la solución de problemas, el manejo del estrés, entre otras.

De igual manera, el uso de cuentos y metáforas dentro del plan de intervención, fue posible gracias a la flexibilidad de éstos dos modelos, que permiten integrar herramientas terapéuticas que contribuyan a lograr los objetivos y enriquecer las sesiones, complementando técnicas como la reestructuración cognitiva, permitiendo que el paciente elabore una nueva perspectiva de las situaciones a las que se enfrenta y ofreciéndoles un panorama para la solución de ellas.

Aunque se encontró con una bibliografía amplia de cada uno de los modelos por separado, se recomienda que las investigaciones de la integración de estos dos enfoques continúen, ofreciendo la oportunidad de comprobar su eficacia y flexibilidad, creando un beneficio en cada uno de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, M., González, D. y Mejía, A. (2014). La asertividad: una competencia primordial del docente en línea. **Revista Mexicana de Bachillerato a Distancia**, 12(6), 33-38. Recuperado de:  
<http://cuved.com.mx/revistas/index.php/rmbd/article/viewFile/247/190>

- Aramayo, S. (2011). Terapia Centrada en Soluciones Aplicada a la Agresión Sexual. Estudio de Caso. **Ajayu**, 9(1), 132-168. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011000100004yscript=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612011000100004yscript=sci_arttext)
- Aranda, M., Kendzierski, M., y Ortega, M. (2015). Intervención Cognitivo Conductual en un caso de bajo estado de ánimo. **Revista de Psicoterapia**, 26(102), 175-188. Recuperado de: <http://revistadepsicoterapia.com/ojs/index.php/rdp/article/view/50>
- Beck, A. y Freeman, A. (1995). **Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad**. España: Paidós.
- Beck, J. (2000). **Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización**. España: Gedisa.
- Beck, A.T y Steer, R.A. (2011). **Manual. BAI. Inventario de ansiedad de Beck (Adaptación española de J. Sanz)**. España: Pearson Educación.
- Beriso A., Plans B., Sánchez-Guerra, M. y Sánchez, D. (2003). **Cuadernos de Terapia Cognitivo-Conductual: Una orientación pedagógica e integradora**. España: EOS.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En J. Góngora, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.) **Intervención y prevención en salud mental**. España: Amarú.
- Beyebach, M. (2006). **24 ideas para una psicoterapia breve**. España: Herder.
- Bucay, J. (2010). **El camino a la auto-dependencia**. España: Random House Mondadori.
- Bucay, J. (2008). **El elefante encadenado**. España: RBA.
- Burns, D. (1990). **Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones**. España: Paidós
- Caballo, V. (1983). Asertividad: Definiciones y Dimensiones. **Estudios de Psicología**, 4 (13), 52-62. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.1983.10821343>
- Calero, A. y Ortega, M. (2015). Un caso de interacción no asertiva. **Clínica Contemporánea**, 6 (1), 21-32. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2015v6n1a3.pdf>
- Carvajal, C. (2014). Terapia breve en un caso de bulimia nerviosa. **Revista Electrónica de Psicología de Iztacala**, 17 (4), 1500-1524. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/4815/1/1080172207.pdf>



- Castanyer, O. (1996). **La asertividad: Expresión de una Sana Autoestima**. España: Desclée de Brouwer.
- Centeno, L. (2003). El uso de la metáfora en el trabajo de psicoterapia breve. **Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán**, 226, 12-21. Recuperado de: <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/226/ru2263.pdf>
- De Shazer, S. (1995). **Claves para la solución en terapia breve**. España: Paidós.
- Dupeyron, O. (2002). **Colorín Colorado este cuento aún no se ha acabado**. México: Disidente.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990) **Manual de terapia racional emotiva** (Volumen 2). Bilbao, España: Desclée de brouwer.
- Estrada, B. González, M. y Rodríguez, J. (2011). Esquemas de la 1ª sesión, 2ª y subsiguientes. **Formatos elaborados para la práctica clínica de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve**. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). **Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta**. España: Pirámide.
- Gaeta, L. y Galvanovskiks, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, 14 (2), 403-425. Recuperado de: [http://cneip.org.mx/documentos/revista/CNEIP\\_14\\_2/asertividad.pdf](http://cneip.org.mx/documentos/revista/CNEIP_14_2/asertividad.pdf)
- García, A. F. S. (2012). El cuento como herramienta psicoterapéutica en el manejo emocional de niños con discapacidad. **Revista electrónica de Psicología Iztacala**, 15(4), 1209-1223. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124c.pdf>
- García-Herrera, J. y Nogueras, N. (2013). **Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad: Aprenda a controlar los pensamientos negativos**. España: Servicio de Andaluz de Salud.
- Garza, A. (2013). **Estudio de caso: el proceso de la terapia breve en el afrontamiento del estrés en un cuidador de paciente diagnosticado con afasia**. Masters thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3463/1/1080256618.pdf>
- González, M. y Landero, R. (2013). Terapia asistida con animales como apoyo en la reestructuración cognitiva. **Revista de Psicología Universidad de Antioquia**, 5 (1), 35-43. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922013000100004yscript=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922013000100004yscript=sci_arttext)

- Guajardo, N. y Cavazos, B. (2013). Intervención Centrada en Soluciones-Cognitivo Conductual en un Caso de Violencia en el Noviazgo. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 16 (2), 476-503. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi132j.pdf>
- Güell, M. (2005). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro? Técnicas asertivas para el profesorado y formadores*. España: Graó.
- Güell, M y Muñoz, J. (2000). **Desconócese a ti mismo. Programa de alfabetización emocional**. España: Paidós.
- León, M. y Vargas, T. (2008). Validación y Estandarización de la Escala de Asertividad de Rathus en una muestra de adultos costarricenses. **Revista Costarricense de Psicología**, 28(41-42), 187-205. Recuperado de: <http://rcps-cr.org/wp-content/themes/rcps/descargas/2009/15.RCP-No.41-42-Validacion-y-estandarizacion-de-la-Escala-de-Asertividad-de%20Rathus.pdf>
- Matamoras, J. (2011). *“Superación de la ansiedad presente en los procesos evaluatorios, en estudiantes de bachillerato mediante la técnica de relajación reducida Jacobson y medición de efectos en el rendimiento académico”*. Universidad Central del Ecuador, Ecuador. Recuperado de: <http://200.93.225.12/bitstream/25000/2597/1/T-UCE-0007-30.pdf>
- Moral, J. (2011). Propiedades psicométricas de un formato simplificado de aplicación para el BDI. **Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social de la Salud**, 1(1), 4-18. Recuperado de: <http://www.cumex.org.mx/pdf/RevistaDigital.pdf#page=4>
- Morales Rodríguez, D., González Ramírez, M. y Molina Landaverde, O. (2014). Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones. **Revista de Psicología Universidad de Antioquia**, 6(2), 121-136. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/23390>
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. **Actualidades Investigativas en Educación**, 8 (1), 1-27. Recuperado de: [http://enruva.edu.mx/Aula/SEMESTRE%201/Desarrollo%20humano/Unidad%202/02\\_Relaciones%20interpersonales%20adecuadas%20mediante%20una%20comunicacio%CC%81n%20y%20conducta%20asertivas.pdf](http://enruva.edu.mx/Aula/SEMESTRE%201/Desarrollo%20humano/Unidad%202/02_Relaciones%20interpersonales%20adecuadas%20mediante%20una%20comunicacio%CC%81n%20y%20conducta%20asertivas.pdf)
- Nezu, A. M., Nezu, Ch. M. y D’Zurilla, T. J. (2014). **Terapia de solución de problemas, manual de tratamiento**. España: Desclée de Brouwer.
- O’Hanlon, B. y Beadle, S. (1999). **A guide of possibility land: fifty-one methods for doing**. New York: Norton y Company, Inc.

- Oliverx. (9 de octubre de 2011). Crear conciencia [Mensaje en un blog]. (Recuperado el 10/04/2015 de: <http://abremente.blogspot.mx/2011/10/breves-cuentos-del-buda-i-el-regalo.html>)
- Pacheco, M. (1993). Metáforas Terapéuticas: Su uso en terapia. Hipnoterapia Eriksoniana: Nivel Avanzado. Uso de metáforas Terapéuticas en terapia. Reg. Prop. Intelectual N°87.214, 2-7. Recuperado de: <http://www.seminariosenlinea.com/videos/Metaforas-para-el-Exito/Hipnosis%20Ericksoniana/Sobre%20la%20hipnosis%20ericksoniana/METAFORAS-TERAPEUTICAS.pdf>
- Padilla, G. y Puerta, J. y (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. **Duazary**, 8(2), 251-257. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/viewFile/224/200>
- Peña, M. I. N. (2011). **Diseños de investigación en Psicología**. (Documento del departamento de Metodología de ciencias del comportamiento). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado el 20/03/16 en: [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Diseño\\_de\\_investigaciones.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Diseño_de_investigaciones.pdf)
- Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, 15 (2), 610-635. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>
- Roca, E. (2013). **Autoestima Sana**. España: ACDE.
- Rosenberg, A. (1965). **Society and the adolescent self-image**. Nueva Jersey: Princeton.
- Roussos, D. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la Práctica Clínica. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**, 16(3), 261-270. Recuperado de: <http://184.168.109.199:8080/jspui/bitstream/123456789/2733/1/roussos3.pdf>
- Ruiz, M. (2013). **Dependencia emocional: características e intervención, análisis de dos casos clínicos**. Masters thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3806/1/1080249838.pdf>
- Téllez, A. (2007). **Hipnosis Clínica**. México: Trillas.
- Villanueva, L. (2007). Terapia Centrada en Soluciones: Un triángulo Equilátero. **Revista de Psicología**, 9(1), 121-125. Recuperado de: [http://200.62.146.19/BVRevistas/rev\\_psicologia\\_cv/v09\\_2007/pdf/a12.pdf](http://200.62.146.19/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a12.pdf)