



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 4

Diciembre de 2017

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y SOLUCIONES CON SUS ALTERNATIVAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN UNA JOVEN CON BAJA AUTOESTIMA

Sandra Karina Carrizales Sanchez¹ y Maria Esther Fernandez²
Universidad Autónoma De Nuevo León
Mexico.

RESUMEN

Paciente de 19 años de edad, de sexo femenino, soltera, estudiante de la facultad de administración y contaduría. Se presentó en la clínica de la facultad de psicología por la presencia de manchas en el rostro conocido como vitiligo y canas en el cabello que en base a recomendación de una especialista en dermatología es causada por estrés. Por dicho motivo solicito apoyo psicológico enfocado al control de sus emociones y falta de seguridad además de tener una falla asertiva. Para esto se comprobó la efectividad de las técnicas de los enfoques cognitivo conductual y sistémico que forman parte de la maestría en terapia breve con la finalidad de incrementar su autoestima y desarrolle habilidades sociales que le permitan afrontar situaciones de la vida diaria de una manera adecuada y efectiva. Los resultados mostraron un incremento en su autoestima y su nivel asertivo, así como su manejo para identificar y cuestionar pensamientos e ideas irracionales, por ende se disminuyó su ansiedad y el estrés que presentaba siendo notorio a través del desvanecimiento de las manchas en el rostro. Se recomienda ampliamente las técnicas de los enfoques cognitivo conductual y centrado en soluciones por su alta eficiencia en pocas sesiones.

Palabras clave: Asertividad, Autoestima, estrés, Habilidades sociales

¹ Correo Electrónico: Sandrakarina_cs@hotmail.com

² Correo Electrónico: Esfer53@yahoo.com.mx

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SOLUTION-FOCUSED THERAPY WITH ALTERNATIVES FOR THE DEVELOPMENT OF SOCIAL SKILLS IN A YOUNG LADY WITH LOW SELF-ESTEEM

ABSTRACT

Nineteen year old patient, female, single, college student in the Faculty of Administration and Accounting. She showed up at the clinic of the Faculty of Psychology because of the presence of stains in her face known as vitiligo and gray hair, based on the diagnosis of a dermatologist that they are caused by stress. Which is the reason she requested psychological help focused on the control of emotions and lack of security, as well as a lack of assertiveness. Thus, the effectiveness of the techniques of cognitive behavioral and systemic approach, which are part of the Brief Therapy Master Program, was proved; with the main goal of increasing her self-esteem and developing social skills that allow her to face situations of daily life in an adequate and effective way. The results showed an increase in her self-esteem, assertive level and improved the way she identifies and challenges irrational ideas and thoughts; because of this, the anxiety and stress she had were decreased and noticeable through the fading of the stains on her face. The techniques: cognitive behavioral approach and solution focused approach, is highly recommended because of their high efficiency in a few sessions.

Keywords: Assertiveness, Self-esteem, Stress, Social skills.

La adolescencia es una etapa en la cual se viven diferentes cambios en la personalidad, que los llevan a formar una identidad atravesando por dificultades como la toma de decisiones, relaciones de pareja, visión hacia un proyecto futuro de vida, etc. (Veloso et al, 2010). Experimentan sucesos nuevos que a su vez son estresantes por la complejidad que estos lleguen a tener, desafiando su percepción de identidad y su estabilidad emocional (Rodriguez y Caño, 2012).

Como las relaciones de pareja que simbolizan la fuerte conexión que establecen fuera del círculo familiar (Maureira, 2011). Al separarse se quiebra esa fortaleza de equilibrio, causando estados de tristeza, desolación, ira, ansiedad, etc. (Bowlby, 1995 en Garcia, 2013). La separación amorosa es vista como uno de los sucesos más agobiantes que puede vivir una persona además de la muerte de un familiar, es por eso que se vive también como un duelo común de la vida, pasando por etapas negativas con altos grados de estrés, en las que se tienen complicaciones

con el mundo exterior, perdiendo interés en intentar salir adelante o replantear nuevamente su rutina diaria sin tener en el pensamiento a la ex pareja (García, 2014). Y tener como consecuencias inseguridad, estrés, ansiedad, depresión, falta de toma de decisiones, dificultad para relacionarse con los demás, etc.

Comenzando con “el estrés que es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y cuerpo” (Atalaya, 2014) En el joven tiene cavidad en los problemas familiares, rupturas amorosas, decepciones de pareja como infidelidad emocional, en la que uno de los miembros desarrolla un vínculo de amor con alguien diferente a su pareja (Varela, 2014). Cuando se junta la presión que ejerce todo esto conlleva a emociones negativas que no procesan un adecuado pensamiento y rendimiento físico.

El estrés se presenta no solo en el aspecto emocional sino también en el aspecto fisiológico a través de aquellas reacciones psicósomáticas como el vitíligo que es una enfermedad que se debe en cierto grado a los niveles de estrés, se ha constatado como el estrés lleva a la muerte de las células responsables de la pigmentación de la piel, los ojos y el cabello (Fernández, Martínez y Cedeño, 2010). Y también que al tener un control sobre las emociones (controlando la agresividad, la irritabilidad, mejorar la seguridad en sí mismo y no alejarse de los demás por temor al rechazo o burla) se ve disminuido la muerte de estas células logrando pigmentar sanamente las zonas dañadas (Galarza, Ramos, Ronceros, Ore, Gutierrez, Ávila, Meléndez, Escalante, León, Ráez, Chía y Ortega, 2011).

Todo parte de la falta de toma de decisiones, que se conoce como el proceso en que se la da cara a los retos y dificultades que se presentan y en el cual se analizan las diferentes formas para el lograr el objetivo deseado. En la familia es vital la atención que se le preste a cada integrante, ya que los motiva a sentirse participes del logro que se pretende conseguir y al mismo tiempo facilitar la toma de decisiones cooperando con sus diferentes perspectivas, conocimientos y el esfuerzo que brinde cada uno, haciéndose responsables y a la vez parte importante de la solución, sobretodo en la etapa de la adolescencia (Fierro, 2014). La autoestima y el auto concepto son los determinantes centrales de la conducta del individuo y de su salud psicológica. Principalmente para que se alcance un

nivel alto en el manejo de sus capacidades y la explotación de sus recursos, mismos que son útiles tanto para consigo mismo y para la sociedad que lo rodea y lograr equilibrarlo representa el bienestar general de todo ser humano (Vera, Roselló y Toro, 2010).

Cuando el adolescente con baja autoestima experimenta alguna falla tiene un afrontamiento deficiente debido a que generaliza sus desaciertos evitando pasar nuevamente por la situación agobiante que le produjo alguna vez (Rodríguez y Caño, 2012).

Menciona Izquierdo en Vera et al., (2010), que “la autoestima es el agrado que tenemos hacia uno mismo con nuestra persona tal cual somos, con nuestras virtudes y defectos, y el sentimiento de calma al sentirse admitido por la sociedad que nos rodea”

La autoestima está ligada a la asertividad. Según Sánchez (2000), al no contar con un adecuado nivel asertivo da como resultado una inseguridad, teniendo comportamientos pasivos o agresivos, reflejando la carencia de responder al mundo adecuadamente (Bishop, 2000).

La asertividad, según Caballo en García, Segura, Palanca y Román (2012), se refiere a la habilidad que el individuo posee al relacionarse con su entorno de manera adecuada ante diversas situaciones respetando a los demás y haciendo valer su objetivo.

El dominar la interacción con la sociedad provee al adolescente un sentimiento de satisfacción personal, eficiencia que lo lleva a fortalecer su grado de autoestima. Guaita en Cohen et al (2011), Resalta como culminante el adquirir habilidades para establecer optimas relaciones sociales que incluyen las emociones, que son de gran apoyo para el sujeto para poder transmitir de manera adecuada y efectiva lo que desea expresar y así encarar dificultades con un pensamiento más inteligente orientado a encontrar una solución y al mismo tiempo quedar en cordialidad con los demás sin perder el dominio de sus emociones. Que con la práctica tendrá un efecto positivo en su vida futura y en como aprecie cada situación.

Es por eso que se enfatiza el promover la asertividad como una habilidad que por default se debe tener para impactar en la vida escolar, laboral, social, amorosa, etc.; del joven y al mismo tiempo útil para rechazar tentaciones que sean perjudiciales en su vida (Gaeta y Galvanovskis, 2009).

Evitando así se dé pie a la ansiedad, conocida como la emoción que emerge ante situaciones desconocidas y que amenaza la tranquilidad del individuo o del hogar en su totalidad, siendo notorio que en la vida moderna sea visto normal, por lo mismo una persona con ansiedad pasa inadvertida cayendo en consecuencias a nivel fisiológico, cognitivo y con enfermedades que sin previa atención se sale de su control impidiendo que vuelva a obtener tranquilidad. Sentimientos de temor y aprensivos la incrementan con pensamientos que están ligados a eventos pasados y que son amenazantes (Sanz, 2001). En la mayoría de los casos la finalidad es permitir responder mejor a las situaciones, logrando una adaptación al ambiente (Cano en Cano, Dongil, Salguero y Wood, 2011). Para esto es indispensable crear habilidades para discriminar cada situación amenazante, la forma en que la perciben y las consecuencias que se pueden obtener al confrontarla minimizando la ansiedad que se pueda generar en el individuo siendo notoria en situaciones de emergencia. Construir un sentimiento de control que colabore a explotar las capacidades que se tienen en el hogar y que a la vez logren la mejoría en la relación ante eventos estresantes (Vargas, 2014).

En la actualidad la ansiedad generalizada se describe como la preocupación intensa ante situaciones que están fuera de control, causando frustración y reflejada en la incapacidad de concentrarse, el mal humor, cansancio, sensación inquietante, sueño irregular y tensión muscular (APA, 2000 en Behar, Dobrow, Hekler, Mohlman y Staples, 2011). El individuo pasa a considerar estas sensaciones y síntomas como válidas para su capacidad de afrontamiento ante las preocupaciones que tiene en su vida diaria sin aceptar la magnitud de sus pensamientos contaminantes que incrementan su malestar (Rausch, Rovella, Morales y González, 2011). Cabe mencionar que investigaciones abalan la eficacia que tiene la terapia cognitivo- conductual para contrarrestar los síntomas

de la ansiedad generalizada tanto en la población infantil, adolescente y adulta (Olivares, Piqueras y Rosa, 2006).

Como tratamiento a estas dificultades la MTB (Maestría en Terapia Breve) nos ofrece como su nombre lo dice una Psicoterapia breve donde se trabaja no siempre con toda la familia presente sino que también funciona a partir de un integrante con el principal propósito de lograr los objetivos en el resto de los integrantes y alcanzar los cambios deseados en actitudes y su dinámica familiar (Gómez, García, Hodar, y Martínez, 2012).

Esta Maestría nos permite abordar varios enfoques, entre los principales esta la terapia cognitivo conductual, conocida por su efectividad en casos de estrés, ansiedad y depresión, utilizando técnicas como la aserción encubierta (Calvo, Bermejo y Ramírez, 2001), la reestructuración cognitiva, el uso del debate como un método verbal que permite cambiar la forma de pensar del individuo logrando romper esos mapas mentales que estaban fuertemente establecidos, a esto se le conoce como deformación cognitiva (Froján y Calero, 2011). Psicoeducativas como el entrenamiento asertivo (Smith, 2011), solución de problemas (Cano-Vindel, 2002), la terapia racional emotiva conductual (TREC), (Holst y Quirós, 2010) etc. Y terapia breve centrada en soluciones que inicio en los años ochenta cuyo principal representante fue Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, tomando como antecedente el trabajo de Milton Erickson reconocido por ser pionero en la visualización al futuro, ya que no se concentraba en el problema sino en la solución (Téllez en Sánchez, 2014). Para manejar la autoestima con el uso de la imaginación que es de suma importancia y poder desplazar lo negativo, de esta forma generar un cambio de conciencia hacia una vida sin el dolor (Misiolek, 2013), por medio del uso de metáforas que establecen una asociación de ideas, imágenes que tienen similitudes al caso en particular pero no exactamente igual, (Burns en Pérez, Fernández, Fernández y Duran, 2012), esto beneficia a la mejor comprensión de la realidad de la situación, siendo vista desde el exterior y así permitir analizar cada circunstancia para una mejor toma de decisiones. La externalización, que es una técnica de la modalidad narrativa perteneciente al enfoque centrado en soluciones, que consiste en separar el problema de la

persona y así liberarlos de la opresión que ejerce el problema sobre el individuo, fortaleciendo su competencia a luchar contra este desde una perspectiva externa (Montesano, 2012).

Técnicas de relajación que son herramientas adecuadas para controlar estados de estrés. Benson en Reigal y Videra (2011), señaló que “La relajación conlleva una sucesión de reacciones que se contraponen a las respuestas que originan los agentes estresantes.

La técnica de Jacobson (Matamoros, 2011), facilitan una distinción mental y física, llevando a los pacientes a una tranquilidad deseada. Con los ejercicios de relajación que son una inducción de un estado de conciencia diferente en el individuo, cuya característica es el cambio que se da en la respuesta emocional y cognitiva, que lo lleva a derribar esa respuesta ansiosa (Rojas, Harwart, Sassenfeld, Molina, Herrera y Rios, 2011).

En definitiva como se mencionó previamente el principal objetivo del presente artículo es comprobar el beneficio y la importancia que tiene complementar y mezclar diferentes técnicas de los enfoques cognitivo conductual y centrado en soluciones para brindar al sujeto habilidades sociales que lo lleven a enriquecer su autoestima para lograr actuar asertivamente.

Método

Paciente de sexo femenino, al que se nombrara GEPA, para respetar la confidencialidad, de 19 años de edad, soltera, estudiante de la facultad de administración, vive con sus padres y su hermana.

Historia del problema e Instrumentos

La paciente asistió a terapia debido a la presencia de manchas en el rostro, mejor conocidas como vitíligo, la dermatóloga le menciono que fueron producto de estrés por lo cual le recomendó solicitara apoyo psicológico. Ya una vez en sesión menciono que se sentía ansiosa y con inseguridad por lo cual se pusieron diferentes pruebas y registros, empezando por la anotación de situaciones que le generaban malestar o desagrado, que pensamientos le venían a la mente, que

emociones, que conductas hacia y una pequeña reflexión de lo que apreciaba de la situación; se evaluó sus distorsiones más comunes (Gomez, Plans, Sanchez-Guerra y Sanchez- Peláez, 2003), que consto de 10 pensamientos que calificaría de 0 a 100 valorando su frecuencia, la lista de ideas centrales más comunes (Beck, 1995 en Gomez et al. 2003), que está conformado de tres columnas acerca de las ideas de sí mismo, de los demás y del mundo, de igual manera anotaría del 0 al 100 en qué medida las cree. La evaluación de ideas irracionales (Ellis, 1980 en Gomez et al. 2003), que está formada de 11 reactivos que calificaría del 0 al 100 dependiendo de cuanto las cree. En las anteriores se tomaría como puntos de referencia aquellas que se puntuaran superior a 60. El inventario de asertividad (León y Vargas, 2009), que contiene 43 reactivos con valores de 0 a 4. El inventario de depresión de Beck (Brenlla y Rodriguez, 2006), conformado por 21 grupos de frases con valores de 0 a 3, y en la cual de 5 a 9 se considera normal, de 10 a 18 como depresión leve a moderada, de 19 a 29 como depresión moderada a severa y superior a 30 como una depresión severa. Se aplicó el inventario de ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1993), que está integrado por 21 ítems con valores de 0 a 3 considerando con ansiedad a un puntaje superior a 25 puntos. Y la escala de autoestima de Rosenberg (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000) conformada por 10 ítems, con valores de 4 a 1 de los ítems del 1 al 5 y con valores de 1 a 4 de los ítems de 6 al 10, el rango de puntuación es de 30 a 40 puntos considerada como una autoestima elevada, de 26 a 29 puntos una autoestima media y menor a 25 punto como autoestima baja. Estas pruebas fueron realizadas en las instalaciones de la clínica de la Facultad de Psicología.

La paciente mencionó que se encontraba con periodos de tristeza y estrés mismo que lo atribuía a su carácter. Las manchas menciona surgieron desde hace dos años cuando GEPA no paso por dos ocasiones el examen de admisión a la Facultad de Ciencias Químicas, esto le genero decepción, tristeza, coraje y vergüenza por las críticas de sus familiares y amigos cercanos, ocasionando aislamiento por parte de ella.

Se culpaba constantemente por la preparación que le faltó para el concurso de admisión. Aunado a esto, comenzó a presentar falta de apetito, dolores de cabeza, canas en el cabello y su atención comenzó a disminuir, se irritaba con más facilidad y el llanto era constante. Cabe señalar que tomó la decisión de presentar nuevamente para ingresar a una facultad pero en esta ocasión lo hizo para la Facultad de Contaduría Pública y Administración, al principio se decidió por elegir esta carrera por la facilidad que implicaba cursarla. Actualmente se encuentra en el tercer semestre.

Y como hecho desencadenante para que la paciente se presentara a solicitar apoyo psicológico fue el término de su relación sentimental con su pareja de cuatro años, (sucedió en el mes de agosto) misma que terminó por motivos de religión y por una tercera persona. Haciendo sentir a la joven con una tristeza más intensa, coraje y rencor.

Adjudicamos que sea esto la principal razón por la cual ella haya desembocado en solicitar apoyo psicológico. Al momento de la entrevista se observó la presencia de incertidumbre y cierto nerviosismo al solicitarle nos redactara las situaciones problemáticas en su ámbito familiar, escolar y hacia su persona. También se observó su inquietud hacia la preocupación por cómo sobrellevar el hecho de su separación y los pensamientos agobiantes que tiene por las noches o en los espacios libres en los que la tristeza la invade.

Del mismo modo, se notó que su manera de responder a los diferentes ámbitos que la rodean no era del todo viable para evitar dejarse llevar por las emociones negativas generadas por sus pensamientos irracionales y la culpa que manifiesta acompañada del rencor que se incrementa cuando las situaciones se salen de su control.

Las principales conductas problema fueron su elevado déficit asertivo a nivel cognitivo, ante cualquier situación que implicaba una toma de decisión o en la que ella se sintiera juzgada o evaluada, esta situación le generaba ansiedad por no tener un control completo de la situación. (Ya sea al saber que pasaría por una

vergüenza la cual la haría sentir ira), el no demostrar su afecto por pensar que es algo que la haría ver como un ser débil o fácil de manejar, o recibir los cumplidos como exageraciones o con pensamientos de buscar algo a cambio, controlar su carácter respetando el punto de vista de los demás (suele desesperarse fácilmente con las pláticas de sus compañeras considerándolas de poca importancia, las minimiza e ignora cambiando el tema por completo, se enfrenta con gritos con su madre por no parecerle justo la repartición de tareas o regaños). Estas situaciones que la hacían sentirse evaluada y señalada por los demás incrementaban su aislamiento así como su conducta hostil y a la defensiva por tomar los hechos como amenazantes y por ende querer evitarlos o responder agresivamente. Apareciendo así un sentimiento de soledad y al mismo tiempo incrementar su rencor por estos malos momentos. Viéndose afectada además su valoración como persona al no saber cómo sobrellevar las situaciones.

Tras integrar la información recabada durante la fase de evaluación se determinó que la paciente cumplía los criterios que se describen para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1) en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Para esto se establecieron como objetivos terapéuticos elevar y fortalecer su nivel de autoestima, brindarle tranquilidad por medio de un control sobre sus emociones que la haga responder de forma adecuada a las situaciones, ser menos distraída e incrementar su responsabilidad a actividades escolares y familiares.

Partiendo del análisis funcional de las conductas problema, así como los objetivos establecidos, se elaboró el tratamiento en el que se enfatizó el enfoque cognitivo conductual con enfoque sistémico, bajo un plan aproximado de doce sesiones, con técnicas psicoeducativas de la asertividad (Smith, 2011), reestructuración cognitiva y el uso del debate (Froján y Calero, 2011), aserción encubierta (Calvo, Bermejo y Ramirez, 2001), solución de problemas (Cano- Vindel, 2002), manejo de la autoestima por medio de la imaginación guiada o la metáfora del árbol (Tellez, 2007), uso de la pregunta escala en cada sesión y explorar excepciones para evaluar el avance (Beyebach, 2006), ejercicios de la relajación con la técnica

resumida de Jacobson ((Matamoros, 2011) técnicas narrativas (Montesano, 2012) y recomendaciones de lecturas que complementen lo trabajado en cada sesión.

En definitiva se elaboró un tratamiento que incluyo técnicas que permitieron dotar a la paciente de habilidades para percibir e interpretar de forma adecuada las situaciones estresantes logrando confrontarlas con seguridad y firmemente.

El tratamiento se llevó a cabo en la cámara Gessell I de la unidad de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de la UANL. El psicólogo a cargo fue un estudiante de la maestría de terapia breve junto con el supervisor que es catedrático de la institución.

Aspectos éticos

La participación en este estudio fue estrictamente voluntaria, la información que se recogió es confidencial y no se usó con otro propósito que no fue la evaluación de la eficacia del tratamiento. Los datos fueron resguardados de forma confidencial y se le dio la libertad de abandonar las sesiones cuando lo deseará.

Procedimiento

La intervención consistió de 13 sesiones con duración de una hora aproximadamente.

Sesión 1

Se hizo la fase social con GEPA recabando sus datos generales y de su familia que está conformada por tres hermanas siendo ella la menor, su padre tiene 60 años y su madre 61, tienen negocio de abarrotes. Al preguntar por motivo de consulta resalto que la que la dermatóloga fue quien le hizo ver que pidiera apoyo psicológico por las manchas que presenta en su rostro, las canas en su cabello y los continuos dolores de cabeza a lo cual la especialista lo atribuyo al estrés. Iniciaron hace dos años cuando no paso por dos ocasiones el examen de admisión en la Facultad de Ciencias Químicas, lo que le ocasiono una gran frustración y estrés por las burlas de sus familiares y la presión social. Se aisló de su familia, no les dirigía la palabra y lloraba constantemente. Se metió a trabajar en tiendas departamentales por temporadas cortas. En la tercera ocasión al

pensarlo nuevamente decidió cambiar de opción y presentar ahora en la Facultad de Administración y Contaduría logrando ser admitida. Acudió a solicitar apoyo porque quería lograr mejorar su autoestima y no ser tan distraída. Mencionó la reciente ruptura después de 4 años de relación con su pareja, misma que terminó por la diferencia de religión por parte de él a lo que ella reaccionó con coraje, tristeza y rencor. Se presume que sea esto la principal razón de la solicitud del apoyo terapéutico. Como cambio pretratamiento fue el entusiasmo de saber que recibiría apoyo. Al cuestionarle la pregunta milagro se visualiza más tranquila, con menos gritos en su familia, con mejor comunicación con su mamá sin que esta caiga en actitudes vulgares, en sí un hogar más ameno. Como objetivos terapéuticos de la demanda se quedó de mutuo acuerdo lograr una seguridad mejorando su autoestima, un control sobre sus emociones que la lleve a estar tranquila y a responder adecuadamente a conflictos, ser menos distraída y elevar su responsabilidad hacia sus deberes en su familia y escolares.

En la pregunta escala se evaluó con un 2. Como elogios se resaltó su iniciativa al solicitar ayuda psicológica y su entusiasmo por encontrar una solución.

Sesión 2

Se revisaron los avances que fueron tener mayor concentración en la escuela, una mejor organización en los trabajos escolares, de 5 peleas con su madre a la semana ahora solo ocurrió una vez, durmió mejor y estuvo de mejor humor, fue a correr con su hermana, y el realizar con éxito un trabajo escolar siendo reconocida por la maestra y compañeros, aunque reconoció sentirse con vergüenza e insegura de pasar al frente a recibir la felicitación. Se le explicó que un causante del vitíligo es el estrés.

Se puntuó con 3 en la pregunta escala, se elogiaron sus avances en la semana que aunque es corto el tiempo fueron sobresalientes para su mejoría. Se llevó de tarea retomar actividades que la hagan sentirse ocupada y así desvíen sus pensamientos desagradables.

Posteriormente se aplicaron las evaluaciones, la escala de autoestima de Rosenberg (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000), el inventario de depresión de Beck (Brenlla y Rodriguez, 2006), el inventario de ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1993), el inventario de asertividad (León y Vargas, 2009), las distorsiones más comunes (Gomez et al. 2003), las ideas centrales (Beck, 1995 en Gomez et al. 2003) y las ideas irracionales (Ellis, 1980 en Gomez et al. 2003).

Sesión 3

La paciente discutió menos con su madre, salió a hacer actividades como nadar y platicar con su hermana, logró identificar cuando aparecen los pensamientos desagradables sobre su ex pareja, que es cuando va en el autobús y por las noches antes de dormir.

Se hizo la devolución de las pruebas en las cuales se le explicó cada uno de los resultados, como cada síntoma está relacionado y al tener un control sobre su manera de responder se verá mejorado sus emociones estableciendo una asertividad sobre su manera de actuar y ver el mundo. Se le explicó que nos dimos cuenta a través de su lenguaje verbal y no verbal además de los resultados de las pruebas que no está a gusto con su forma de ser y eso nos indica tener como prioridad que encuentre ese equilibrio de aceptación consigo misma, no siendo tan rígida en sus pensamientos, así como los aprendizajes que tendrá con la terapia.

Se llevó a cabo el ejercicio de relajación de Jacobson (Matamoras, 2011), acompañado con imaginación guiada.

Se dio una puntuación de 4 en la pregunta escala. Y se cerró la sesión enaltecendo su esfuerzo hacia las sesiones, estando muy a tiempo para lograr establecer cambios adecuados y precisos que le servirán en su vida presente y a largo plazo. Se dejó como tarea practicar los ejercicios de relajación y seguir realizando actividades que la distraigan de su rutina diaria.

Sesión 4

Se sintió más tranquila, siguió corriendo con su hermana, discutió menos con su mamá. Se pasó a comenzar con la psicoeducación de asertividad (Smith, 2011), en la cual nos agradó que la joven reconociera estar más en el extremo agresivo en su manera de responder y actuar, dio ejemplos de las situaciones en que detecta actuar o pensar agresivamente como interrumpir a sus amigas en pláticas por considerarlas aburridas, caer en la agresividad verbal con sus familiares arrepintiéndose después de lo que dijo, pensar en que la gente le dice cumplidos por querer hacerla sentir bien o porque quieren algo a cambio, permitir que comentarios negativos la hagan aislarse y sentirse enojada o triste. No tolerar críticas así como aceptar que se siente sola e insegura de sí misma. Se le encargó repasar los derechos asertivos y escribir en que ejemplos recae en sus comportamientos. Se dio una calificación de 4 en la pregunta escala.

Sesión 5

En esta sesión se continuó con la psicoeducación de asertividad pero ahora explicando las técnicas para responder adecuadamente y ligándolas con ejemplos cotidianos de la vida de la joven. Un ejemplo que se tomó, fue la pelea que tuvo con su madre por un malentendido del que fue acusada, (por dejar un vaso en la recámara y este se quebrara) la paciente resaltó que se aguantó su coraje y se marchó a su cuarto a llorar ya no reacciona con actitudes agresivas (gritar, insultar, reclamar, etc.) como en anteriores ocasiones. Al día siguiente su madre le habló como si nada hubiera ocurrido y así se logró controlar el evento conflictivo. Aunado con las técnicas se le explicó cómo sin tener que sentir coraje o caer en llanto puede lograr defender sus puntos de vista de manera razonable haciendo hincapié en las técnicas de banco de niebla, la pregunta asertiva, como centrarse en el problema y el aplazamiento asertivo. De tarea se le pidió llevar a cabo el hacer cumplidos y recibirlos apropiadamente y practicar las técnicas de cómo

defenderse ya sea con su mamá o con demás personas. Se dio una puntuación de 5 en la pregunta escala.

Sesión 6

Siguió teniendo un control sobre las discusiones familiares logrando no hubiera ninguna durante la semana, con respecto a lo aprendido de asertividad, comenzó a elogiar a sus amigos a no tomarse las cosas tan personales y cambiar los pensamientos tristes que tenía de su ex pareja comúnmente por las noches a pensamientos que la distrajeran.

En esta sesión se trabajó con la psicoeducación de reestructuración cognitiva (Gomez et al. 2003), en la cual se explicó con base a los resultados de las pruebas aplicadas que tipo de pensamiento distorsionado, ideas irracionales y centrales tiene. Se le enseñaron las técnicas con las que puede confrontarlos e ir aprendiendo a reestructurarlos hacia una perspectiva positiva.

Se le dejo como tarea que trajera en una lista aquellos pensamientos que detecte insanos y que con frecuencia se le vienen a su mente.

Se dio una calificación de 5 en la pregunta escala.

Sesión 7

Se continuó trabajando con la reestructuración cognitiva utilizando el debate de la TREC (Holst y Quirós, 2010), cada pensamiento distorsionado como “los deberías”, las ideas centrales e irracionales se debatieron mostrándole como podía modificar esos pensamientos. Se resaltó la confrontación que tiene con su mamá y se le explico cómo puede en lugar de decir debería cambiar a me gustaría que fuera diferente. Como excepciones se obtuvieron menos discusiones con su madre y las que tuvo pasaron inadvertidas ya no prestándole tanta importancia como en situaciones pasadas.

De tarea se le encargo que notara sus avances y detectara los pensamientos distorsionados empezando a practicar como modificarlos y que situaciones que ahora realiza la hacen sentirse mejor.

Pregunta escala: 5

Sesión 8

Mejor control sobre las discusiones con su familia, no se dejó llevar por el coraje y pensó más en el porqué de su enojo, se dio la oportunidad de conocer a un compañero que le desagradaba cambiando la perspectiva sobre él.

Posterior a esto, se continuó explicando la técnica de aserción encubierta que consiste en traer un pensamiento negativo y pensarlo durante un minuto máximo dos y al terminar este lapso de tiempo (que de preferencia sea medido por medio de un cronómetro) se dirá la palabra BASTA o YA para continuar quitándolo por completo y poniendo la mente en blanco, imaginando una cortina en blanco, etc. lo que sea más fácil para la paciente y al finalizar sustituirlo por pensamientos positivos que la hagan sentir mejor.

En base a la tarea del listado de pensamientos negativos se llevó a cabo la práctica de la técnica tanto en situaciones de discusiones con su madre así como con pensamientos ligados a su ex relación, en este caso la paciente se extendió más de un minuto rumiando sobre pensamientos negativos, sobre su ex novio y al cuestionarle sobre cuales podrían sustituirlos se acordó que podrían ser pensamientos de formar en su mente a esa futura persona que desea para ella como compañero de vida y al mismo tiempo le permita conocer que quiere GEPA que la complementaria, que le gustaría, situaciones que antes no se había tomado el tiempo de pensar. Se siguieron practicando ejemplos con la técnica y al finalizar se le explico la importancia de no solo tener pensamientos positivos por tenerlos, que la clave está en creerse esos pensamientos y al momento de que esto pase es más fácil instalarlos en nuestra mente y por ende en nuestra vida diaria.

De tarea se le pidió que viera la película de intensamente (que maneja de manera simple y divertida las emociones), practicar la técnica aprendida en sesión así como también observar que avances ha tenido en la semana principalmente con ella misma.

Pregunta escala: 6

Sesión 9

Se apreció más tolerante, más paciente, tiene menos disgustos con su familia y argumenta sentir más seguridad en su persona.

Se llevó a cabo la psi coeducación y práctica de la técnica de solución de problemas, explicando en que consiste cada paso y como implementarlo, se le pidió que diera un ejemplo de un problema que se le viniera a la mente y de ahí se procedió a mostrar como aterrizar la información en las hojas del ejercicio, ayudándose con las preguntas: donde, como, porque, etc. para hacerlo más claro y específico y así escribir una lluvia de alternativas que se le ocurrieran.

El ejemplo fue:

Me gustaría tener una mejor comunicación con mi madre

Las alternativas fueron: Ayudarla, platicarlo con ella, no seguirle el juego, comprenderla. De ahí, se le pidió escribiera las ventajas y desventajas de cada alternativa para facilitar la elección de la más adecuada.

Opto al final por la alternativa de no seguirle el juego y comprenderla en la que llego a la conclusión que no se le dificultaría tanto llevarla a cabo y no se sentiría mal al contrario evitaría disgustos y alcanzaría tener un arreglo con su Madre. La paciente resalto que le pareció más fácil ver la situación problema plasmada por escrito y menos complicado elegir una solución a diferencia de cuando solo la piensa.

Como mensaje final fue que es importante complementar las técnicas enseñadas para con la práctica llegar a que sean automáticas.

Se dejó como tarea llevar a cabo la solución que eligió para posteriormente validar su resultado y seguir notando sus avances en su persona.

Pregunta escala: 7

Sesión 10

Se notó a la paciente más tranquila, más segura de sí misma y con un control sobre las situaciones familiares que anteriormente le causaban conflicto (discusiones con su Madre y hermanas). Mencionó que ya no se agobia por los problemas en la dimensión en la que lo hacía y ahora trata de relajarse antes de tomar una decisión.

Se le explico todo lo que abarca la autoestima, como es una autoestima óptima, cuales son los extremos tóxicos, las ventajas que tiene el fomentar las técnicas para desembocar en elevar y fortalecer su seguridad y como sus áreas de oportunidad verlas no como defectos sino como sellos únicos que la distinguen de los demás, explotarlos para sobresalir y que aquellos defectos que le causen un conflicto tomarlos como reto para mejorarlos y encaminarlos hacia la ruta indicada, aprender de los errores y verlos como enseñanzas.

Se le brindaron ejemplos de personalidades que usaron sus defectos para sobresalir y aprender. Se finalizó con la aplicación del ejercicio de relajación de la metáfora del árbol (Tellez, 2007). Se elogió su constancia, perseverancia y el compromiso que tiene para salir adelante. Como tarea fue seguir practicando las técnicas aprendidas pero ahora complementándolas, observar sus cualidades y áreas de oportunidad y pensar como las utilizaría a su favor.

Pregunta escala: 8

Sesión 11

Como excepciones se recabaron cero discusiones con su familia, mejor concentración en la Facultad e hizo caso omiso a comentarios negativos que antes los consideraba dolorosos y la hacían responder con ira.

De la tarea encargada, llego con la lista de cualidades que identifico en ella, sus logros y áreas de oportunidad, notamos que sobresalió considerablemente las cualidades, se pasó a pararla frente al espejo para que se las dijera a ella misma, mirándose a los ojos y agradeciéndose. Al final del ejercicio paso el resto del equipo mientras la paciente estaba sentada con los ojos cerrados para decirle palabras positivas y al mismo tiempo anclarlas.

En esta sesión se trabajó con prevención de recaídas, se le pusieron cuestionamientos sobre situaciones complejas que pudieran llegarse a presentar, a lo que respondió que no era difícil volver a actuar como lo hacía en el pasado, que sabría cómo salir adelante con lo aprendido.

Se le contó la historia de la isla de las emociones de Bucay y se le explicó que la clave está en creerse sus recursos y cuestionarse sus pensamientos distorsionados que llegaran a presentarse para sustituirlos rápidamente y así combatirlos.

Elogiamos su entereza, su semblante, su apariencia más segura y arreglada, su manera de ver las cosas y su entusiasmo por seguir adelante.

Como tarea fue practicar las técnicas, decirse al espejo todos los días las cualidades que encuentre en ella y realizar una carta a la antigua GEPA despidiéndose de lo que ya no está dispuesta a permitir y otra carta a la nueva GEPA de lo que ahora es y está preparada para enfrentar con sus habilidades desarrolladas.

Pregunta escala: 9

Sesión 12

Esta sesión fue de seguimiento para validar su mejoría, la cual constatamos al seguir controlando las diferencias familiares, la armonía con su persona y su perspectiva de ver las cosas. Situación que ahora ya notó su familia (hermana) que le elogio su comportamiento y su apariencia diciéndole que se veía bien y que ya no se le notaban las manchas en su rostro.

Como dificultad fue el que asistió con la señora que lee cartas y adivina el futuro para pedirle que le hiciera un trabajo a su expareja, resalto que le ha sido difícil dejar de ir con ella y dejar de pensar en su expareja. En ese momento se le hizo una reestructuración cognitiva sobre esos pensamientos, debatiéndole que la hacía ir, la frecuencia y como ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo, situación que ha demostrado que tiene el control sobre las visitas hacia esta señora. Se le recordó lo platicado sobre el proceso de ruptura de una relación y que es un aprendizaje, se le pidió se proyectara a un futuro a corto plazo en el cual ya no se

vio con su expareja ni asistiendo con la señora que lee el futuro y así se cerró la sesión mostrándole que ella tiene el control sobre sus decisiones y pensamientos. Se llevó de tarea seguir repasando lo aprendido y ver sus logros alcanzados hasta el momento además de seguir elogiándose frente al espejo.

Pregunta escala: 9

Sesión 13

Durante esta sesión se recapitulo nuevamente todos los avances que se han alcanzado, se le resalto el cambio en su apariencia, en su semblante, su aspecto físico mismo que es apreciado en la disminución de las manchas en su rostro. Su seguridad más fortalecida, su carácter más controlado, sus pensamientos más razonables y su habilidad para detectar cuando se presenta un pensamiento insano en su mente.

Con su expareja mencionó que pensó las cosas y entendió que es un proceso y que se quedara con lo bueno de la relación que un día tuvo con él.

Con su familia se siente más unida al punto de demostrarlo con caricias físicas hacia su Mamá lo cual la hizo sentir en paz y tranquila, la armonía con sus amistades y la motivación en su carrera escolar.

Se reiteró que los avances fueron logrados por su empuje y decisión de querer llevarlos a cabo, que ha sido gracias a la práctica y constancia que demostró tener a lo largo del proceso terapéutico.

Se le recordó que habrá situaciones complicadas y que tome en cuenta que ya su respuesta no será igual ya que tiene las armas, habilidades y destrezas para confrontar las situaciones difíciles y que todo es cuestión de que no olvide que todo lo que se proponga lo puede lograr con la constancia demostrada.

Pregunta escala: 10

Se cerró con la aplicación de las evaluaciones psicométricas.

Resultados

La paciente en la primera sesión reporto un 2 en la escala de avance (Ver figura 5.0), al término de la intervención terapéutica, incrementó su puntuación a 10,

manteniendo esta mejoría hasta la sesión de seguimiento después de 3 semanas de haber terminado la terapia. (Beyebach, M. 2006).

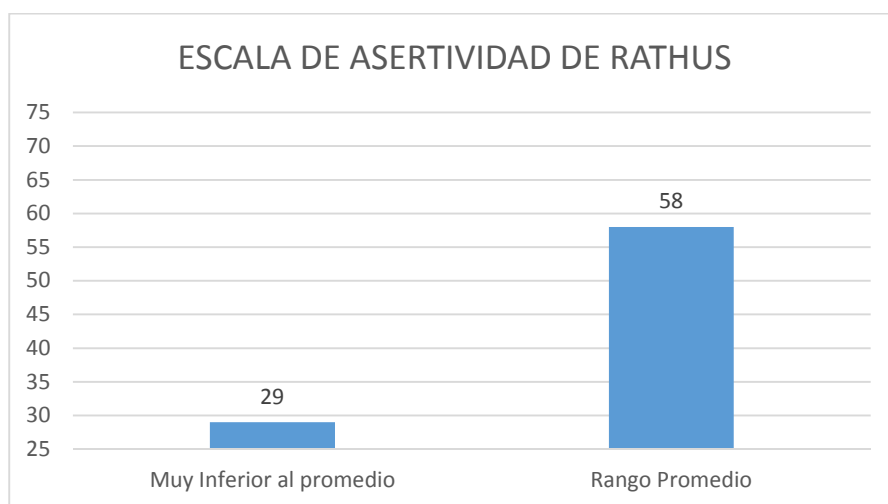


Figura 1.0

La escala de Asertividad de Rathus (León y Vargas, 2009) consta de 22 ítems, estableciendo como rango promedio de asertividad una puntuación de 40 a 60, como superior al promedio una puntuación de 61 a 70 y muy superior al promedio arriba de 71. Mientras que un puntaje de 30 a 39 se define como inferior al promedio y menor a 29 muy inferior al promedio. Como se puede observar en la figura 1.0 la paciente obtuvo una mejoría en su nivel de asertividad, al principio llegó con un puntaje inferior al promedio para asentarse al final del tratamiento en un nivel con rango promedio en la escala de asertividad de Rathus.

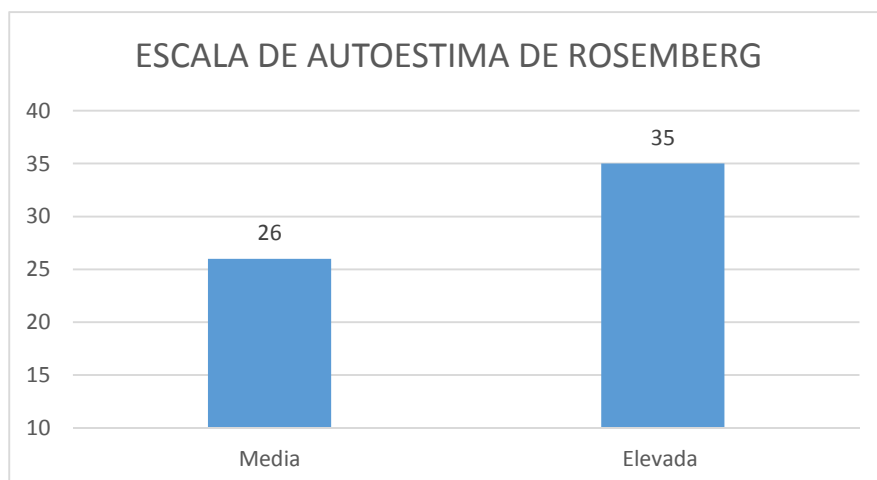


Figura 2.0

La escala de autoestima de Rosemberg, que esta conformada por 10 ítems, se evalúa de la siguiente forma: como autoestima elevada de 30 a 40 puntos, como autoestima media de 26 a 29 puntos y como autoestima baja un puntaje menor a 25. En la figura 2.0, se aprecia como la paciente aumento su valor de autoestima que al inicio se estableció como media para concluir con una autoestima elevada (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000).

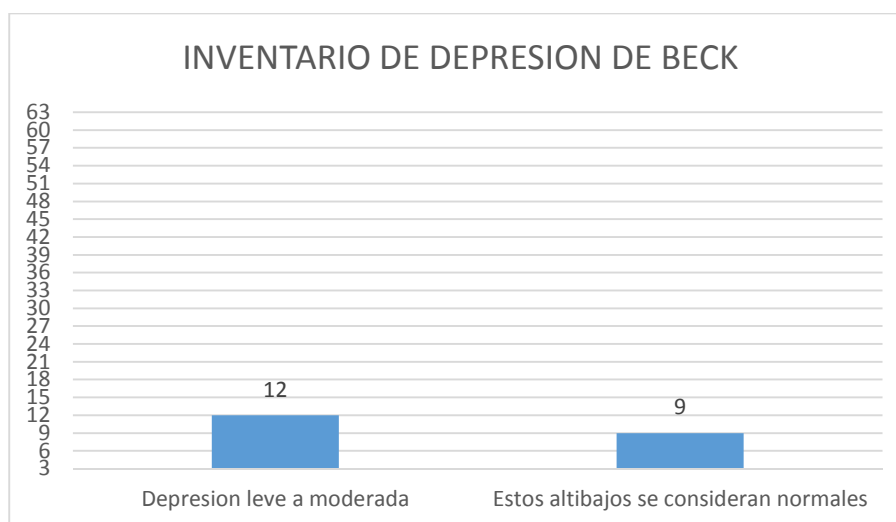


Figura 3.0

El inventario de Depresión de Beck (Brenlla y Rodríguez, 2006) incluye 21 grupos de 4 frases enumeradas del 0 al 3, y en base a las respuestas obtenidas se toma como depresión severa el puntaje que este dentro de 30 a 63, como depresión moderada a severa el puntaje de 19 a 29, como depresión leve a moderada la puntuación de 10 a 18 y un puntaje de 5 a 9 se consideran altibajos normales. Un puntaje menor a 4 se toma como posible negación de la depresión. En la figura 3.0 se muestra como al inicio presento una depresión puntuada como leve a moderada para concluir dentro de los altibajos considerados normales.

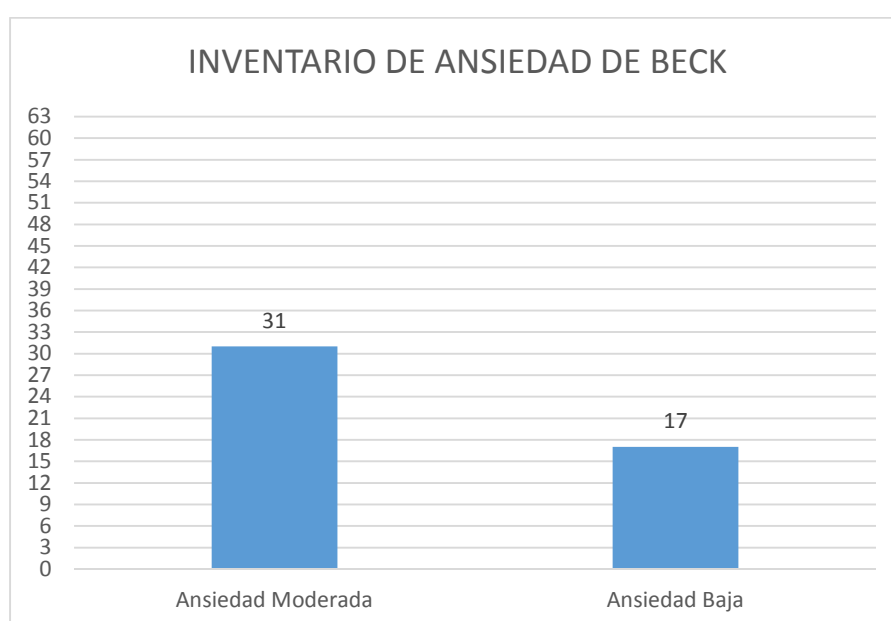


Figura 4.0

En el inventario de ansiedad de Beck (Beck y Steer, 1993) consta de 21 preguntas, con un rango de puntuación de 0 a 63, en la cual la sumatoria de los puntos se considera de la siguiente manera: de 0 a 21 como ansiedad muy baja, de 22 a 35 como ansiedad moderada y mayor a 36 como ansiedad severa. La paciente logro disminuir su nivel de ansiedad de moderada a baja que se aprecia en la figura 4.0.

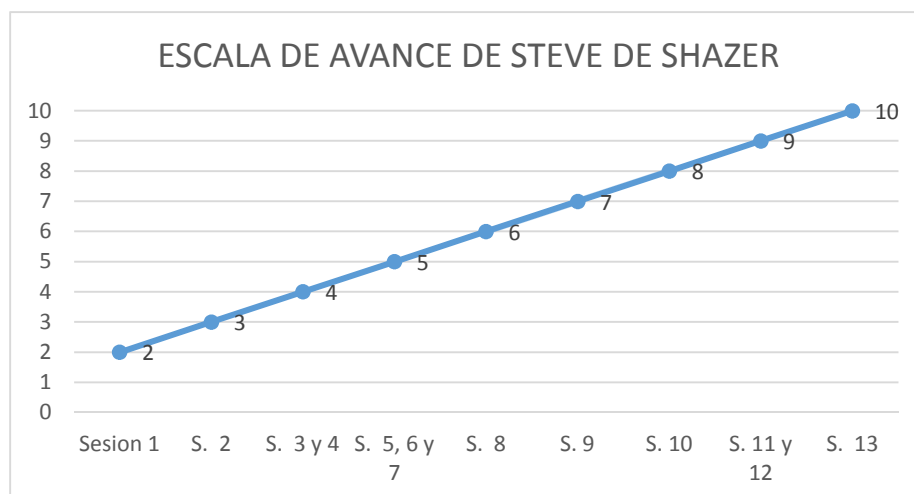


Figura 5.0

Escala de avance partiendo con una puntuación de 2 para finalizar con una puntuación de 10.

Para complementar la evaluación se aplicó un cuestionario (ver tabla 1.0) para detectar las ideas irracionales más comunes que se le presentaban a la paciente y haciendo énfasis en las que tuvieron un valor de creencia mayor a 50 se tomaron como base para reestructurarlas.

Idea Irracional más frecuente	Que tanto la cree del 0 al 100	Que tanto la cree del 0 al 100
	1 aplicación	2 aplicación
Necesito ser amado y aceptado por las personas significativas de mi entorno	90	10
Para considerarme valioso tengo que ser muy competente y conseguir mis objetivos en todos los aspectos posibles	60	10
Si algo es o puede ser peligroso o amenazante, debo sentirme muy inquieta y preocuparme constantemente por la posibilidad de que ocurra lo peor	60	0

Tabla 1.0 Ideas irracionales más comunes

Se logró que la paciente disminuyera su creencia de estas ideas de un rango entre 60 y 90 a 10 y 0, siendo así satisfactoria la reestructuración cognitiva de estas ideas irracionales.

Idea central o nuclear negativa más comunes	Que tanto la cree del 0 al 100	Que tanto la cree del 0 al 100
	1 aplicación	2 aplicación
Soy raro, soy diferente	70	20
Soy dependiente	90	0
No quieren a los demás	70	0

Tabla 2.0 Lista de ideas centrales o nucleares negativas más comunes

Con respecto al cuestionario de ideas centrales o nucleares negativas más comunes, se tomaron las sobresalientes al valor de creencia de 50, y de un rango

de 70 a 90 de valor de creencia de la primera evaluación al final se logró que la creencia de estas ideas negativas disminuyera a un rango de 20 a 0.

Distorsión de la percepción más común	Frecuencia en que aparece 0 al 100	Que tanto la cree del 0 al 100
	1 aplicación	2 aplicación
Soy raro, soy diferente	70	20
Soy dependiente	90	0
No quieren a los demás	70	0

Tabla 3.0 Distorsiones de la percepción de la realidad más comunes

Referente al cuestionario de distorsiones de la percepción de la realidad más comunes se tomaron las superiores a una frecuencia de 50 de un rango del 0 al 100, se tuvo con éxito que la paciente redujera de un rango de frecuencia de 70 a 90 a un rango de 20 a 0.

Discusión

El resultado final del tratamiento fue positivo, la paciente se mostró satisfecha con cambios logrados, pudo trabajar satisfactoriamente la relación conflictiva con su madre, mejor concentración escolar, mejor relación con su círculo amistoso y con el resto de su familia, incremento de su seguridad hacia sí misma, control sobre su carácter y la manera asertiva de reaccionar al mundo, una mejoría sobre la tristeza que sintió a la ruptura de su relación amorosa. Uno de los cambios más importantes que la paciente reporto es la desaparición de algunas manchas en su rostro, lo cual la hizo sentirse más segura y contenta con ella misma.

Es importante mencionar que el avance fue paulatino esto ayudo a que se fueran reforzando los avances que se tuvieron sesión a sesión.

El objetivo principal del presente trabajo fue demostrar la importancia que tiene el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes como la adquisición de asertividad, el discriminar y modificar los pensamientos irracionales, el desarrollo de estrategias para solucionar problemas y el incremento en su autoestima y disminución de su ansiedad.

Los resultados encontrados son consistentes con otros estudios, como el realizado en la Universidad de San Martín de Porres (García, 2005), en el cual se evaluó la relación de entre las habilidades sociales y el clima familiar con el rendimiento académico en adolescentes considerándolo como base para el desarrollo óptimo de habilidades sociales o el estudio de la Universidad Católica de Chile (Hidalgo y Abarca, 1990) cuya finalidad fue evaluar el desarrollo de habilidades sociales en universitarios chilenos con déficits de asertividad por medio del enfoque cognitivo conductual resultando efectivo el tratamiento así como el del presente estudio.

Conclusión

El uso de las terapias cognitivo conductual y centrado en soluciones es altamente recomendable, ya que proporcionaron estrategias para favorecer los cambios requeridos para lograr los objetivos deseados en el tratamiento de la joven.

Por lo que se han cumplido con las expectativas planteadas inicialmente, ya que la consultante reportó tener un mejor manejo de sus emociones sobre todo al relacionarse de manera asertiva al mundo externo, sentirse mejor con ella misma tanto en su apariencia física como en el control de la aparición de pensamientos irracionales y el encontrar más fácilmente una solución a las dificultades sin exagerar el problema sino viéndolo desde otra perspectiva.

Estos avances se dieron gracias a la implementación de técnicas y las tareas específicas que se solicitaron sesión tras sesión, cada una con la finalidad de que la paciente obtuviera mejoría en su tratamiento. Además de la cooperación y constancia por parte de la joven que mostró a lo largo del tratamiento, resaltando su interés y empeño en lograr cambios. Un lapso del tratamiento fue más sosegado, que se pudo observar a través del comportamiento apático e inapetente

de la paciente hacia la problemática que presentaba mas no hacia la terapia, además de la puntuación de la pregunta escala, pero esto a su vez colaboro a que los avances que se obtuvieron fueran firmes y sin retroceso.

Se considera que aunque existan situaciones complejas la paciente sabrá cómo utilizar las herramientas adquiridas para enfrentarlas y salir adelante satisfactoriamente.

Seria valioso se le diera más importancia al desarrollo de habilidades sociales en los jóvenes, teniendo claro no solo su efectividad sino el alcance que tiene para la formación futura de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Editorial Médica Panamericana*.
- Atalaya, P. (2014). El estrés laboral y su influencia en el trabajo. *Industrial Data*, 4(2), 25-36.
- Atienza, F., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*, 22 (1, 2), 29-42.
- Bas, E., y Pérez, M. (2010). Desafíos de la familia actual ante la escuela y las tecnologías de información y comunicación. *Educatio siglo XXI*, 28 (1), 41-68.
- Beck, A., y Steer, R. (1993). Manual for the Beck anxiety inventory. *Psychological Corporation, San Antonio TX*.
- Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E., Mohlman, J., y Staples, A. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *Revista de toxicomanías*, 63, 15-36.
- Beyebach, M. (2006). 24 ideas para una psicoterapia breve. *Herder, Barcelona*.
- Bishop, S. (2000). Desarrolle su asertividad. *Barcelona: Gédisa*.
- Brenlla, M., y Rodriguez, C. (2006). Adaptación argentina del inventario de depresión de Beck (BDI-II). *Paidós, Buenos Aires*.

- Calvo, J., Bermejo, A., y Ramirez, M. (2001). Aplicación de la terapia de conducta coadyuvada de sugestión en hipnosis en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Psiquiatría.com*, 5 (2), 1- 14.
- Cano-Vindel, A. (2002). Técnicas cognitivas en el control del estrés. *Research Gate*, (s/n), 247-271.
- Cano, A., Dongil, E., Salguero, J., y Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica*, 1 (102), 4-27.
- Cohen, S., Esterkind, A., Lacunza, A., Caballero, S., y Martinenghi. (2011). Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *Ridep*, 29 (1), 167-185.
- Coronel, C., Levin, M., y Mejail, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9 (1), 241-262.
- Fernandez, N., Martinez, G., y Cedeño, M. (2010). Función del peróxido de hidrogeno en el vitíligo. *Revista cubana de farmacia*, 44 (3), 390-402.
- Fierro, F. (2014). Errores en la toma de decisiones estratégicas, un enfoque desde la racionalidad. *Revista de Estudios Avanzados de Liderazgo*, 1 (3), 78-100.
- Froján, M y Calero, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología Conductual*, 19 (3), 659-682.
- Gaeta, L., y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico- empírico. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14 (2), 403-425.
- Galarza, C., Ramos, W., Ronceros, G., Ore, R., Gutierrez, E., Ávila, J., Meléndez, R., Escalante, M., León, I., Ráez, E., Chía, H., y Ortega, A. (2011). Infección cutánea por citomegalovirus y radicales libres en el mecanismo patogénico del vitíligo generalizado de inicio reciente. *Dermatol Perú*, 21 (2), 59-66.
- Garcia, C. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11, 63-74.
- Garcia, D. (2014). Narración del duelo en la ruptura amorosa. *Ajayu*, 12 (2), 288-307.
- Garcia, F. (2013). Ruptura de pareja, afrontamiento y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 11 (2), 42-60.
- García, R., Segura, M., Palanca, M., y Román, P. (2012). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Rev Esp Común Salud*, 3 (1), 49-61.

- Gomez, A., Plans, B., Sanchez-Guerra, M., y Sanchez Peláez, D. (2003). Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. *Eos*, Madrid.
- Gómez, I., García, M., Hodar, J y Martinez, M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la terapia de aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38 (157-158), 39-58.
- Hidalgo, C y Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista latinoamericana de psicología*, 22 (2), 265-282.
- Holst, F y Quirós, D. (2010). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología*, 29 (43), 35-46.
- León, M., y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista costarricense de psicología*, 28 (41-42), 187-205.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14, 321-332.
- 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. *Tesis inédita de licenciatura en psicología infantil y psicorrehabilitador*. Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Misiolek, A. (2013). Los aspectos psicológicos del dolor y el uso de la hipnosis en su tratamiento. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (2), 1-10.
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23 (89), 5-50.
- Olivares, J., Piqueras, R., y Rosa, A. (2006). Tratamiento cognitivo- conductual de una adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Redalyc*, 24 (1), 87-98.
- Pérez, J., Fernandez, J., Fernandez, B y Duran, M. (2012). Empleo de metáforas en las sugerencias hipnóticas para manejar el dolor articular: estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), 57-73.
- Rausch, L., Rovella, A., Morales, C., y Gonzalez, M. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada. *Psicología y salud*, 21 (2), 215-226.
- Reigal, R., y Videra, A. (2011). Efectos de la técnica de relajación de Schultz en el control de las pulsaciones tras un esfuerzo aeróbico. *Revista Digital*, 16 (160), 1-7.

- Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 389-403.
- Rojas, G., Hardwart, P., Sassenfeld, A., Molina, Y., Herrera, A., Rios, M y Misrachi, C. (2011). Eficacia de las técnicas de percepción de control y relajación en la reducción de ansiedad dental. *Acta Odontológica Venezolana*, 49 (4), 1-9.
- Rosa, A., Ingles, C., Olivares, J., Espada, J., Sanchez, J., y Méndez, X. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología conductual*, 10 (3), 543-561.
- Sanchez Jáuregui, T. (2014). *Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: un estudio de caso*. (Tesis Maestría Inédita) Universidad Autónoma De Nuevo León. Monterrey.
- Sanchez, C. (2000). Propuesta de un curso- taller a padres y sus hijos de 8 a 12 años para apoyar aspectos de la autoestima de estos últimos a través de la comunicación asertiva en la comunidad hornos. Tesis inédita de licenciatura en Pedagogía. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sanz, M. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista pediátrica de atención primaria*, 3 (10), 61-71.
- Smith, M. (2011). Cuando digo no, me siento culpable. *Debolsillo*, España.
- Téllez, A. (2007). Hipnosis clínica. Un enfoque Ericksoniano. *Trillas*, México
- Varela, M. (2014). Estudio sobre la infidelidad en la pareja: Análisis de contenido de la literatura. *Alternativas en Psicología*, 18 (30), 36-49.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered*, 25, 57-59
- Veloso-Besio, C., Caqueo- Arancibia, W., Caqueo-Urizar, A., Muñoz, Z., y Villegas, F. (2010). Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psicología*, 22 (1), 23-34.
- Vera, B., Roselló, J., y Toro, J. (2010). Autoestima y juventud puertorriqueña: eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 35-61.