



**Universidad
Europea** MADRID

Intervención Cognitivo Conductual en déficit en Habilidades Sociales: estudio de caso

Máster de Psicología General Sanitaria

Autora: Amanda Pascual Morales
Tutora universidad: Marta San Antolín
Tutora prácticas: Elena Barrio Ohl

2021/2022

Agradecimientos

Siempre a mi familia, amigos y pareja.

Por creer en mí, cuando yo flaqueaba.

Por recordarme que sí podía, que sí tenía sentido y que podría llegar donde quisiera.

Por tener siempre un momento para hablar y unas buenas palabras de apoyo.

Por impulsarme.

Gracias siempre.

Resumen

El presente trabajo trata de un estudio de un caso clínico en el que se realiza la evaluación e intervención desde la terapia cognitivo conductual para el entrenamiento en habilidades sociales. La terapia ha tenido una duración de seis meses (durante 20 sesiones). Tras la fase de evaluación se observa un déficit en las habilidades de comunicación asertiva, una baja autoestima y un estado de ánimo bajo. En la sesión de devolución se acordaron los siguientes objetivos de tratamiento con la paciente: reducir los pensamientos negativos con respecto a las relaciones sociales y a su autoconcepto, aprender técnicas de comunicación asertiva, mejorar su gestión emocional y retomar actividades agradables que antes llevaba a cabo. Durante la fase de intervención se aplicaron las siguiente técnicas para trabajar los objetivos: psicoeducación de las emociones, de las técnicas asertivas y de los derechos asertivos; reestructuración cognitiva mediante moldeamiento verbal, activación conductual, y ensayo conductual (roleplaying).

Para valorar el tratamiento se pasaron cuatro instrumentos estandarizados pre y post intervención (BDI-II, RSE, EHS, RAS), y se observaron de manera directa las conductas verbales de la paciente en sesión pre y post intervención. Tras los resultados de los cuestionarios y las conductas observadas, se concluye una evolución favorable en general, obteniendo mayores avances en el objetivo de aprender técnicas de comunicación asertiva, gestión emocional y retomar actividades agradables. Gracias al trabajo en estas áreas, se observa una mejora en la autoestima y en el estado de ánimo, aunque no tan notable como para las otras variables.

Palabras clave: asertividad, autoestima, entrenamiento en habilidades sociales, estado de ánimo, estudio de caso, reestructuración cognitiva, terapia cognitivo conductual

Abstract

The present work deals with a study of a clinical case in which the evaluation and intervention are carried out from cognitive behavioral therapy for training in social skills. The therapy has lasted six months (20 sessions). After the evaluation phase, a deficit in assertive communication skills, low self-esteem and a low mood are observed. In the feedback session, the following treatment objectives were recalled with the patient: to reduce negative thoughts regarding social relationships and her self-concept, to learn assertive communication techniques, to improve her emotional management, and return to activities that used to be pleasant previously. During the intervention phase, the following techniques will be applied to work on the objectives: psychoeducation of emotion, assertive techniques and assertive rights, cognitive restructuring through verbal modulation, behavioral activation, and behavioral rehearsal (roleplaying).

To evaluate the treatment, four standardized pre- and post-intervention instruments were passed (BDI-II, RSE, EHS, RAS), and the patient's verbal behaviors were directly demonstrated in the pre- and post- intervention. After the results of the questionnaires and the behaviors observed, in general aspects, is concluded, obtaining greater advances in the objective of learning assertive communication techniques, emotional management and resuming pleasant activities. Due to the work in these areas, an improvement in self-esteem and mood is observed, although it is not as notable as for the other variables.

Keywords: assertiveness, case report, cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring, mood, self-esteem, social skills training

Índice

1.	Introducción.....	6
1.1.	Conceptualización de las Habilidades Sociales	6
1.1.1.	Importancia de las Habilidades Sociales.....	6
1.1.2.	Definición de Habilidades Sociales y Asertividad	6
1.1.3.	Modelos explicativos y tipos de Habilidades Sociales	8
1.2.	Factores de riesgo	9
1.3.	Evaluación en Habilidades Sociales	10
1.4.	Intervención en Habilidades Sociales	11
2.	Identificación del paciente y motivo de consulta	13
3.	Estrategias de evaluación	14
4.	Formulación clínica del caso	19
4.1.	Análisis psicológico (hipótesis).....	19
4.2.	Análisis topográfico.....	21
4.3.	Resultados de evaluación.....	22
4.4.	Objetivos de tratamiento	25
5.	Tratamiento.....	26
6.	Valoración del tratamiento.....	38
6.1.	Adherencia al tratamiento	38
6.2.	Análisis de puntuaciones cuestionarios pre-post.....	39
6.3.	Dificultades y soluciones.....	42
6.4.	Consecución de objetivos y pronóstico	43
7.	Discusión	45
7.1.	Limitaciones del estudio.....	48
7.2.	Cuestiones para investigaciones futuras.....	49
7.3.	Conclusiones	51
8.	Referencias bibliográficas	53
9.	ANEXOS	58

1. Introducción

1.1. Conceptualización de las Habilidades Sociales

1.1.1. Importancia de las Habilidades Sociales

El estudio de las habilidades sociales (HHSS) no es actual, a lo largo de la literatura científica se observa una cantidad sustancial de trabajos referidos a este tema, lo que pone de manifiesto la gran importancia y aplicación de este ámbito en la intervención clínica. En la revisión llevada a cabo por Gil Rodríguez et al. (2013) se datan los primeros estudios en este campo en la década de los 50, teniendo un crecimiento exponencial hasta la década de los 2000. Como ya indicaron Gil Rodríguez et al. (2013), entre los grupos de edad en los que se ha llevado a cabo intervenciones sobre este campo, se destaca la época de la niñez y la adolescencia en problemáticas como el autismo, los problemas emocionales y los problemas conductuales; encontrando menor cantidad de trabajos enfocados en la etapa adulta o de la vejez. Revisando la literatura más actual, vemos que esta tendencia no ha cambiado, encontrándose más cantidad de estudios en población infantil-adolescente que en adultos (Hill et al., 2017; Matthews et al., 2020; Storebø et al., 2019). La prevalencia del estudio y entrenamiento de las HHSS en consulta es elevada, incluyéndose, en algunos casos, en la intervención de otros trastornos mentales (Caballo, 1993). Como ya comentó Phillips (como se citó en Gil Rodríguez et al., 2013) el entrenamiento de las HHSS se utilizaba como una intervención aplicable a problemáticas muy diversas, a través del cual se podría obtener grandes beneficios, considerándose incluso como un “movimiento”.

1.1.2. Definición de Habilidades Sociales y Asertividad

El consenso en la definición de las HHSS ha sido motivo de controversia a lo largo de la historia, pudiendo encontrar distintas propuestas para explicarlas, y no existiendo una definición actual única para referirse a ellas. Debido a la cantidad de definiciones existentes, se exponen a continuación dos de las más actuales. Por un lado, como indica Kelly (2002), las HHSS son una serie de conductas aprendidas

mediante el refuerzo proveniente del contexto, con una serie de funciones que pueden cumplir, a saber: facilitar las relaciones sociales con el resto de personas, conseguir otro tipo otro tipo de refuerzo ajeno al social (es decir, poner en marcha una serie de HHSS no para conseguir afianzar una relación personal sino para conseguir algo de ella, como por ejemplo, conseguir el trabajo en una entrevista), y, por último, reducir la probabilidad de no obtener un reforzamiento por parte del contexto (Kelly, 2002). Por otro lado, encontramos la definición propuesta por Roca Villanueva (2014) en la que se explican las HHSS como un conjunto de conductas a nivel motor, cognitivo y fisiológico/emocional mediante las cuales llevamos a cabo relaciones satisfactorias con el resto, ya que somos capaces de exponer nuestros deseos, emociones y nuestros límites sin perder de vista los de los demás. De estas definiciones, destacar, la capacidad de aprendizaje de estas habilidades, por lo que si hay alguna que no se haya podido integrar se puede trabajar en su adquisición y aplicabilidad, y la importancia de tener unas HHSS adaptativas y sólidas para poder relacionarnos con nuestro entorno obteniendo el mayor beneficio y reduciendo al mínimo el coste.

También ha existido cierta controversia a la hora de referirse a las HHSS y a las “conductas asertivas”. A lo largo de los años de estudio sobre este campo, ambos términos se han utilizado de manera indistinta, haciendo alusión a lo mismo, sin dejar muy claros los límites entre ambos conceptos (Caballo, 1993). Hoy en día, se engloba la conducta asertiva dentro de las habilidades sociales como uno de los componentes que se pueden encontrar, como se indica en la investigación de Gaeta González y Galvanovskis Kasparane (2009) en la que se observó cómo la asertividad era una variable dependiente de las HHSS. Al igual que ha ocurrido con las HHSS, ha sido complicado llegar a un consenso en la definición de la asertividad (Caballo, 1983). En la década de los 70, se llegaba a confundir incluso con la conducta agresiva, por expresar de manera directa y concisa lo que se opinaba (Rathus, 1979). Se destaca la definición de la conducta asertiva entendida como el conjunto de conductas mediante las cuales un individuo expresa y deja claros sus deseos, opiniones e ideas (entre otros aspectos) de una manera clara y concisa, respetando los derechos, opiniones e ideas (entre otros aspectos) de la persona que tiene en frente (Alberti et al., 1977;

Caballo, 1983). Por todo lo comentado, se puede hablar de la asertividad como una “conducta socialmente habilidosa” (Caballo, 1983).

1.1.3. Modelos explicativos y tipos de Habilidades Sociales

Al hablar de HHSS se destaca la importancia de la “conducta socialmente habilidosa” como aquella conducta adaptativa que nos permite obtener del contexto el refuerzo que buscamos, minimizando los costes negativos (Ruiz Fernández et al., 2012). A pesar de esta definición, determinar de manera exacta qué características debe tener una conducta para ser socialmente habilidosa resulta complicado, ya que, puede ser que una conducta social resulte adaptativa para un determinado tipo de contextos mientras que para otros no, además de verse influida por variables como: el sexo, la edad y la cultura (Ruiz Fernández et al., 2012). Caballo (1993), con respecto a esta conducta, ha estudiado los modelos explicativos por los cuales un individuo no termina de adquirir unas HHSS adaptativas y óptimas, proponiendo los siguientes: déficit de conductas (ausencia de aprendizaje de conductas sociales habilidosas a lo largo de la vida de la persona), ansiedad condicionada (condicionamiento de situaciones sociales con sintomatología ansiosa a través del aprendizaje), modelo de discriminación errónea (percepción incorrecta de las variables contextuales), modelo de déficit cognitivo evaluativo (debido a las emociones desagradables surgidas tras la evaluación desafortunada de las variables contextuales, las conductas sociales habilidosas quedan inhibidas), modelo interactivo (integra los déficit cognitivos y los conductuales propuestos por el resto de modelos). De esta manera, una “conducta socialmente no habilidosa” podría adquirirse mediante uno de estos modelos o mediante la simultaneidad de varios (Caballo, 1993; Ruiz Fernández et al., 2012).

Al igual que se han propuestos modelos explicativos por los que no se integran esas “conductas socialmente habilidosas”, se explican, a continuación los modelos propuestos para su adquisición y mantenimiento; para después pasar a indicar los tipos de habilidades sociales que podemos encontrar. Los modelos explicativos propuestos para la adquisición y mantenimiento de las HHSS son los siguientes:

reforzamiento positivo (de conductas a lo largo de la historia de aprendizaje de la persona, por lo que quedan integradas su repertorio conductual), aprendizaje vicario u observacional (adquisición de las conductas sociales mediante la observación de otros realizándolas), retroalimentación interpersonal (en función del feedback recibido por el receptor sobre si ha percibido nuestra conducta como positiva o negativa, la integraremos en nuestro repertorio conductual o no), y desarrollo de las expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (las expectativas sobre el impacto de nuestra conducta en un determinado contexto influirán en su puesta en marcha) (Caballo, 1993; Ruiz Fernández et al., 2012).

Según lo recogido en el manual de Ruiz Fernández et al. (2012), las HHSS se dividen en tres categorías y éstas, a su vez, en subcategorías como se indica a continuación: conductual (observables) (integrada por componentes verbales, no verbales, paralingüísticos y mixtos), cognitiva (expectativas, valores, sistema de creencias, competencias cognitivas), y fisiológica/emocional (emociones suscitadas durante el procesos de socialización, tasa cardiaca, respiración...).

1.2. Factores de riesgo

Además de los modelos explicativos de adquisición explicados con anterioridad, se han identificado, mediante la revisión de la literatura científica, una serie de variables que correlacionan con la adquisición de las conductas socialmente hábiles. A continuación se indican alguna de las más relevantes con respecto al caso estudiado más adelante.

Con respecto a la autoestima, existen distintos hallazgos a la hora de relacionarla con las HHSS. Por un lado, se observado que un déficit en la adquisición de las conductas socialmente hábiles supone un factor de riesgo en el desarrollo de una autoestima sólida, y en la creación de una percepción positiva de las relaciones sociales que mantiene el individuo (Siqueira Pereira et al., 2016); mientras que una autoestima adaptativa predispone al individuo a generar relaciones sociales sanas y poner en marcha conductas socialmente hábiles (Shimizu et al., 2019). En adición a lo anteriormente comentado, Caldera Montes et al. (2018) añaden que a menor autoconcepto menor será la consolidación de las HHSS. Por otro lado, hay estudios donde se investiga la relación entre la autoestima y las HHSS, en

los que se concluye una correlación positiva leve en la mejora de ambas variables (Caballo et al., 2018; Camargo et al., 2009), y, entre la autoestima y la ansiedad social una correlación negativa (Caballo et al., 2018; Camargo et al., 2009). A pesar de los matices encontrados a lo largo de la literatura científica, no podemos negar la existencia, por leve que sea, de una correlación positiva entre una autoestima sólida y estable, y la obtención de unas conductas socialmente habilidosas en términos generales.

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Segrin (2017) se encontró una correlación negativa entre el déficit de HHSS y el estrés, la salud mental y el sentimiento de soledad. En relación a esto último, también se ha encontrado una correlación negativa entre la ansiedad social y las HHSS, de manera que la aparición de pensamientos negativos en el individuo influye de manera negativa en la percepción de la calidad de las relaciones sociales mantenidas (Siqueira Pereira et al., 2016). Por último, destacar la relación entre tener un repertorio de HHSS poco adaptativas con el aumento de la probabilidad de padecer en un futuro problemas relacionados con la salud mental (depresión y ansiedad social), y con problemas de pareja (Ruiz Fernández et al., 2012).

Uno de los factores más importantes en la adquisición de unas HHSS sólidas y adaptativas es el aprendizaje vicario a través de las figuras parentales (Pacheco Marimon y Osorno Álvarez, 2021). En adición, se comprobó en el estudio realizado por Salavera et al. (2022) que el estilo parental juega un papel mediador en la adquisición de las conductas socialmente habilidosas, destacando el estilo democrático como el mejor para ello.

1.3. Evaluación en Habilidades Sociales

Debido a que no se ha encontrado en la revisión de la literatura científica un avance notable en la evaluación de este campo desde la propuesta por Caballo (1993), se procede a indicar los componentes de esta fase de la terapia según este autor. En primer lugar, resaltar la importancia de la entrevista, a través de la cual se

recogen datos de interés (edad, sexo, variables sociodemográfica...), y las HHSS para las que ha tenido dificultad de adquisición, así como las que son socialmente habilidosas. Referentes a la entrevista, Caballo (1993) propone llevarla a cabo con personas del entorno del paciente. Asimismo, se proponen medidas de autoinforme como el autorregistro, mediante el cual se puedan registrar las situaciones y las conductas (en los tres niveles de respuesta) para las que la persona tenga dificultades a la hora de poner en marcha sus HHSS. Caballo (1993) indica la importancia de la observación directa en consulta de las HHSS, así como de la información dada por otros profesionales. Finalmente, según lo indicado en Caballo (1993), entre los instrumentos estandarizados que pueden administrarse encontramos el *Inventario de Asertividad de Rathus* (Rathus, 1973) y el *Inventario de situaciones sociales* (Trower et al., 1978).

1.4. Intervención en Habilidades Sociales

A lo largo de la literatura científica, se ha observado que la corriente desde la que más se trabaja con las HHSS es la terapia cognitivo conductual (TCC), siendo las intervenciones en la población infanto-juvenil con autismo las más destacadas (Chung et al., 2016; White et al., 2010). Aunque sean menos los estudios desde otras corrientes, se ha encontrado la aplicación de un programa llamado PEERs con gran impacto en los EEUU en la población con autismo (Gantman et al., 2012; Matthews et al., 2020; Wolstencroft et al., 2021), la utilización del Mindfulness como tratamiento (Jones & Hansen, 2015), la intervención desde el arte para las HHSS de niños con trastornos cerebrales (Agnihotri et al., 2012), y la realidad virtual como apoyo para el tratamiento en esta problemática (Baker et al., 2009; Cheng et al., 2015; Nijman et al., 2019).

Por la cantidad de trabajos, así como por la evidencia que muestra la TCC en la intervención de esta problemática, se recogen a continuación los elementos, las etapas y las técnicas para abordarla en el ámbito terapéutico desde la TCC. Se utiliza el manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales de Caballo (1993) y el manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales de Ruiz Fernández et al. (2012) como guías para la explicación de la intervención en este campo. Los elementos generales propuestos para

trabajar en el ámbito de las HHSS son los expuestos a continuación: entrenamiento en HHSS, reducción de ansiedad ante situaciones que eliciten esta respuesta, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas (Caballo, 1993). Dentro de cada uno de esos elementos se indican distintas técnicas para trabajarlos: dentro del entrenamiento en HHSS se pueden utilizar las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento, para la reducción de la ansiedad se puede utilizar la relajación muscular progresiva o la respiración diafragmática, para la reestructuración cognitiva se podrá utilizar la perspectiva de la terapia racional emotiva y las autoinstrucciones, y para finalizar, en el entrenamiento de solución de problemas se elegirán las respuestas más adecuadas para el contexto y se pondrán en marcha (Caballo, 1993).

Para concluir con la intervención en el campo de las HHSS, se indica a continuación el orden del procedimiento a seguir. En la primera parte de la intervención se procedería a la psicoeducación de los derechos asertivos y de los estilos de comunicación existentes (resaltando la importancia y los beneficios de la comunicación asertiva), después se procedería a realizar la reestructuración cognitiva para que se adquirieran pensamientos alternativos y adaptativos, de manera que se facilite la puesta en marcha de HHSS competentes; y, para finalizar, se llevaría a cabo un ensayo conductual de las respuestas socialmente habilidosas mediante la comunicación asertiva en las situaciones que para el paciente sean conflictivas (Ruiz Fernández et al., 2012).

Tras la contextualización de las HHSS, a continuación, se presenta un caso con déficit en las HHSS, en concreto en las habilidades de comunicación asertiva, así como una baja autoestima y estado de ánimo, en el que se llevará a cabo una intervención desde la perspectiva cognitivo conductual por ser esta la corriente con más sustento y estudio tras la revisión de la literatura científica. Parte de la intervención estará basada en el manual de Caballo (1993) y el manual de Ruiz

Fernández et al. (2012), así como otras fuentes rescatadas de manuales y blogs (Peñañiel Pedrosa y Serrano García, 2010; Plutchik, 1984; Soler Sarrió, 2013).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

En el presente trabajo, se va a estudiar el caso de Lucía. Se utiliza este nombre ficticio para garantizar su anonimato según lo expuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, y la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente; respetando así el Código Deontológico Profesional.

Lucía es una mujer de 24 años de edad, hija única. En la actualidad vive con sus progenitores y su actual pareja.

Con respecto al área educativa, se graduó el pasado año en Diseño gráfico y Gestión de Imagen. En el presente, Lucía está en búsqueda activa de empleo relacionado con su campo de estudio y con cualquier otro sector.

Referente al ámbito familiar, define la relación con sus progenitores como “complicada”. Resalta la poca privacidad y libertad que ha tenido siempre por parte de ambos, así como las comparaciones que recibía con respecto a sus primas, haciéndole sentir “de menos”.

Con respecto al ámbito sentimental, Lucía comenzó la relación con su pareja hace dos años. Por violencia intrafamiliar, la pareja de Lucía decidió marcharse de su lugar de residencia para ir a vivir con ella y con sus progenitores en Mayo de 2021. Lucía percibe esta relación de pareja como “complicada”, al igual que con sus progenitores, ya que la convivencia suele ser hostil. Con bastante frecuencia Lucía dice “encontrarse en medio” de los tres, ya que no existe una buena relación. Destaca emociones como culpabilidad y frustración cuando vive este tipo de situaciones, y un elevado grado de malestar, ya que acaba “cediendo” a lo que todos le dicen.

En el ámbito del ocio, Lucía ha dejado de realizar actividades que para ella eran gratificantes, como dibujar, ver películas/series, leer, jugar a videojuegos o salir con sus amigos de la universidad. Indica que su rutina se basa en buscar empleo, estar en casa, lidiar

con los conflictos de su pareja y sus padres, y, de vez en cuando, salir con una amiga que comparte con su pareja.

Los motivos de consulta por los cuales Lucía decide comenzar la terapia, son: “la mala relación con sus progenitores por no respetar sus deseos ni sus límites”, su baja autoestima por lo que le es difícil “reconocerse a sí misma” ni encontrar su valor; y, por último, lo que ella denomina “ansiedad social” ya que, según verbaliza “se siente terriblemente paranoica con la gente”, apareciéndole pensamientos del tipo “preferirían no estar conmigo”, “no merezco estar con ellos” en situaciones en las que conoce a gente nueva, e incluso, con gente con la que ya mantiene una relación previa (como sus amigos o su pareja). Como objetivos terapéuticos a Lucía le gustaría mejorar la seguridad en sí misma y mejorar su autoestima, dejar de ser “paranoica con la gente” y poder conseguir ser independiente de sus padres sin que suponga un evento traumático.

3. Estrategias de evaluación

La terapia con Lucía ha tenido una duración total de 20 sesiones de 50 minutos, aproximadamente. Las cuatro primeras han sido destinadas para la evaluación del caso (del 2 de diciembre de 2021 al 30 de diciembre de 2021), con una periodicidad semanal.

Durante esta fase de la terapia, se utilizaron diferentes instrumentos para obtener la mayor cantidad de información relevante con respecto al caso, y poder así desarrollar unos objetivos y un plan de intervención lo más específicos posibles, teniendo en cuenta los propios objetivos de la paciente.

En primer lugar, se utilizó la *entrevista semiestructurada* (ver Anexo A) a través de la cual se extrajo la siguiente información: profesión, ocupación actual, motivo de consulta, área familiar, área sentimental, relaciones sociales, hobbies, conductas problema, sintomatología acorde a las conductas problema (según el triple sistema de respuesta; conductual, cognitiva, fisiológica/emocional), estilo de comunicación, apoyo percibido, terapias previas. Mediante este tipo de entrevista, se pueden evaluar

todas las áreas relevantes de la vida de la paciente sin seguir una estructura marcada, dejando que sea el propio diálogo el que guíe la información que se va recogiendo.

Para aumentar y profundizar en toda esta información recogida a través de la *entrevista semiestructurada* se utilizó otro instrumento de evaluación, la *Historia Autobiográfica* adaptada del centro de psicología aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (ver Anexo B). Gracias a este documento se pudo recoger información con respecto al motivo de consulta, referencia a tratamientos anteriores, expectativas y motivaciones con respecto a la terapia, datos familiares, relación de pareja/sexualidad, aspectos sociales, e intereses información académica e información profesional.

Por otro lado, se utilizó el *Autorregistro* (ver Anexo C) para identificar las respuestas de la paciente en los tres niveles (conductual, cognitivo, fisiológico/emocional) ante las situaciones que le generaban malestar. A continuación, se indica la plantilla del *autorregistro* utilizado:

Fecha y hora	Situación	Emoción	Pensamiento	Consecuencia
	¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba con quién y qué sucedía? ¿Me encuentro solo, acompañado, en qué lugar?	¿Qué emociones sintió? En una escala de 0 a 10, ¿cómo de intenso lo sintió?	¿Qué le vino en ese momento a la cabeza? (imágenes, recuerdos, ideas...) ¿En qué grado del 0 al 10 pensó que esos pensamientos eran reales?	Después de ese momento, ¿qué fue lo que sucedió?

Como se puede ver, es un instrumento que consta de distintas columnas en las que la paciente puede indicar la situación, los pensamientos, las emociones y las consecuencias donde le aparece el malestar. Se puede considerar un elemento evaluativo (de manera que se discriminan las conductas problema en los tres niveles de respuesta comentados con anterioridad, así como las situaciones que disparan estas conductas) y a la vez un elemento de intervención (trabajar sobre los pensamientos, emociones y conductas registradas, y así modificarlos para la consecución de los objetivos planteados, como se verá posteriormente).

Para finalizar con la evaluación, se administraron distintos cuestionarios para apoyar la información recogida con el resto de herramientas de la evaluación. A continuación, se indican cuáles se han utilizado, indicando los motivos por los cuales se han elegido, así como sus propiedades psicométricas:

Se le administró el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II) (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003) (ver Anexo D). Este cuestionario mide el estado de ánimo de la persona en el momento de su aplicación. Se consideró oportuno administrárselo a Lucía, ya que, se sospechaba, que su estado de ánimo era bajo por su tono de voz, por su lenguaje no verbal (mirada al suelo, hombros hacia delante, verbalizaciones de cierto nivel de desesperanza como “ya no sé qué hacer” “no creo que haya solución”), así como por el hecho de haber dejado de realizar actividades que para ella eran gratificantes en un pasado (como se indicará más adelante). Tiene una consistencia interna de 0,87 (Sanz et al., 2003). Consta de 21 ítems directos, con respuesta tipo Likert (0-4). La puntuación máxima que puede obtener una persona al realizar el cuestionario es de 63 puntos. Si se obtiene una puntuación entre 0-9 es indicativo de ausencia de depresión, si se obtiene una puntuación comprendida entre 10-18 se trata de un estado depresivo leve, si se obtiene una puntuación comprendida entre 19-29 nos encontramos ante un estado depresivo moderado, y, finalmente, si se obtiene una puntuación comprendida entre 30-63, estaríamos ante un caso de estado depresivo grave.

Para evaluar su nivel de autoestima se le administró la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (RSE) (Rosenberg, 1965) (ver Anexo E), ya que, por lo que comenta a lo largo las sesiones de evaluación, percibe pensamientos intrusivos referentes a su persona y a su autoconcepto ligados a contextos sociales, por ello se estima oportuno administrar este cuestionario. Tiene una consistencia interna de 0,92 (Rosenberg, 1979). Consta de 10 ítems directos de respuesta tipo Likert (donde A es “muy de acuerdo” y D “muy en desacuerdo”). La puntuación total se obtiene de sumar la opción elegida para cada ítem, siendo la máxima puntuación de 40 puntos. Las puntuaciones inferiores a 25 indican una autoestima baja, las puntuaciones comprendidas entre 26-29 puntos hacen referencia a una autoestima media, es decir, la no existencia de una problemática grave, pero si la necesidad de trabajar este aspecto; y, las puntuaciones comprendidas entre 30-40 puntos indican una autoestima elevada.

Para conocer sus habilidades sociales se utilizó la *Escala de habilidades sociales* (EHS) (Gismero, 2002) (ver Anexo F). Mediante de la *entrevista semiestructurada* (con la información recogida respecto a situaciones sociales que le generaban malestar), y la observación de su comunicación no verbal en sesión, se sospecha de un nivel deficitario de habilidades sociales (comunicación asertiva). Tiene una consistencia interna de 0,91 (Miranda-Zapata et al., 2014). Este cuestionario consta de 33 ítems con respuesta tipo Likert (siendo A “no me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría”, B “más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra”, C “me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así, y D “muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”). Veintiocho de los ítems son inversos, mientras que los cinco restantes son directos. A través de este cuestionario, se puede obtener una puntuación global, y puntuaciones en seis factores distintos, de manera que cada ítem puntúa para cada factor. A mayor puntuación, tanto global como en cada factor, mayor nivel de asertividad y de habilidades sociales tendrá la paciente. Los factores que mide el cuestionario y los ítems para cada uno de ellos son:

- Factor I: *Autoexpresión en situaciones sociales*. Las puntuaciones bajas en este factor son indicativas de la existencia de dificultad a la hora de expresarse en diferentes situaciones sociales con ausencia de ansiedad. Ítems que miden este factor: 1, 2, 10, 11, 19, 20, 28 y 29.

- Factor II: *Defensa de los propios derechos como consumidor*. Bajas puntuaciones en este factor muestran una dificultad por parte de la persona para defender sus derechos utilizando el tono asertivo ante situaciones en las que tenga que consumir algún producto. Ítems que miden este factor: 2, 4, 12, 21 y 30.

- Factor III: *Expresión de enfado o disconformidad*. Si la persona obtiene una puntuación baja en este factor, nos estaría informando de la dificultad con la que cuenta a la hora de expresar su negativa ante algo con lo que no está de acuerdo. Ítems que miden este factor: 13, 22, 31 y 32.

- Factor IV: *Decir no y cortar interacciones*. Bajas puntuaciones en este factor son indicativas de la dificultad existente en la persona a la hora de poner límites y saber decir que no. Ítems que miden este factor: 5, 14, 15, 23, 24 y 33.

- Factor V: *Hacer peticiones*. Puntuaciones bajas en este factor indican la dificultad de expresar peticiones ante los demás o desempeñando el rol de consumidor. Ítems que miden este factor: 6, 7, 16, 25 y 26.

- Factor VI: *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*. Obtener una puntuación baja en este factor indicaría la dificultad de poder interactuar con el sexo opuesto sin la ausencia de ansiedad. Ítems que miden este factor: 8, 9, 17, 18 y 27.

Para evaluar sus niveles de asertividad se utilizó el *Inventario de Asertividad de Rathus* (RAS) (Rathus, 1973) (ver Anexo G). Se consideró oportuno administrar este inventario ya que, tras la entrevista, al evaluar sus capacidades de afrontamiento ante las situaciones complicadas con su pareja y sus progenitores, se sospecha de la dificultad a la hora de poner en marcha este tipo de comunicación. Por otro lado, se pretende aumentar la información extraída de la EHS (Gismero, 2002) (ver Anexo F).

Tiene una consistencia interna de 0,82 (Caballo et al., 2014). Consta de 30 ítems (donde 17 ítems son inversos y 13 directos) con respuesta tipo Likert (donde +3 es “muy característicos de mí, extremadamente descriptivo”, +2 “bastante característico de mí, bastante descriptivo”, +1 “algo característico de mí, ligeramente descriptivo”, -1 “algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo”, -2 “bastante poco característico de mí, extremadamente descriptivo”, y -3 “muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo”). Sus puntuaciones se encuentran comprendidas entre -90 y +90, siendo la puntuación de -90 el nivel más bajo de expresividad de la asertividad.

4. Formulación clínica del caso

En este apartado se explican las áreas problema identificadas durante el proceso de evaluación mediante los instrumentos utilizados indicados en el apartado anterior. Para ello, se indicará cómo se generaron las conductas problema de Lucía (hipótesis de origen) y porqué se mantienen en la actualidad (hipótesis de mantenimiento) en términos funcionales. Se procederá después a exponer el análisis topográfico de cada área problema, para, finalmente, reflejar los resultados del proceso de evaluación, las conclusiones con respecto al caso, e indicar los objetivos terapéuticos acordados con Lucía.

4.1. Análisis psicológico (hipótesis)

Mediante la información extraída de la evaluación, junto con los motivos de consulta que traía Lucía, se ha identificado un área problema general: un déficit en las HHSS (más concretamente en el uso de la comunicación asertiva). Este déficit afecta a la consolidación y al mantenimiento de una autoestima y un estado de ánimo adaptativos en la paciente. Se procede a su explicación en términos funcionales mediante las siguientes hipótesis:

- Hipótesis de origen: Lucía indica haber recibido comentario negativos por parte de sus progenitores durante toda su vida en referencia a su desempeño o valía, no siendo lo “suficientemente buena nunca para ellos”. Por otro lado, ha vivido a lo largo de su adolescencia diversas vivencias negativas y desagradables con respecto a sus grupos de iguales (acoso sexual, bulling, grooming) en las que, al expresar su descontento, ha recibido reprimendas y ha sido “expulsada” de esos grupos de amistad. Estos acontecimientos

generaron en ella la aparición de pensamientos negativos con respecto a su autoestima y autoconcepto, emociones desagradables como vergüenza, culpa, incertidumbre, rabia y tristeza; y, conductas observables como reducción de la interacción con el resto de personas durante las relaciones sociales. Por todo lo comentado hasta el momento, las habilidades de comunicación de Lucía se vieron influidas por estas experiencias, adoptando un estilo comunicativo con tendencia al polo pasivo, con la función de reducir el malestar que le generaban esas autoverbalizaciones negativas y las propias consecuencias de expresar su opinión ante los demás.

- Hipótesis de mantenimiento: en la actualidad se observa que Lucía utiliza el tono pasivo en situaciones en las que tiene que exponer su punto de vista, expresar sus deseos y opiniones, así como poner límites, sobre todo en situaciones familiares y de pareja que para ella son complicadas. El uso de este tono de comunicación se ve influido por el componente cognitivo en forma de pensamientos negativos con respecto a su valía y a su autoconcepto. Por todo lo comentado hasta el momento, Lucía pone en marcha este estilo comunicacional para reducir las emociones desagradables a corto plazo que le genera enfrentarse a las consecuencias de su entorno por exponer sus límites. Si Lucía continúa a largo plazo utilizando este tono comunicacional, aumentará la dificultad de generar nuevas habilidades de comunicación más adaptativas (comunicación asertiva), lo que afectará, a su vez, a la consolidación de una autoestima adaptativa, un estado de ánimo óptimo y a una buena regulación emocional.

4.2. Análisis topográfico

Tabla 1

Análisis topográfico de las habilidades de comunicación asertiva

ANTECEDENTES	CONDUCTAS	CONSECUENCIAS
<p>Predisponentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Internos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Introversión (timidez) - Estilo comunicativo pasivo • <u>Externos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Estilo de crianza distintos (autoritario/permisivo) - Episodio de bullying - Episodio de Grooming - Situación de acoso sexual <p>Desencadenantes inmediatos (Ed)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Padre:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Le exige trabajar para otras personas - Se queja del orden o la limpieza mediante lenguaje agresivo (le echa la culpa a Lucía) • <u>Madre:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Demanda ayuda en el hogar a Lucía de manera indirecta: “qué cansada estoy” 	<p>Cognitivas (pensamientos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ante las conductas de los progenitores: <ul style="list-style-type: none"> - “Podría hablarme como una persona normal” - “Ahora voy a tener que lidiar con mi pareja” - “No me parece justo como actúa” - “A ver cuando me sale trabajo” - “No valgo para nada” - “Todo lo hago mal” - “Paso de decir nada porque no quiero discutir” • Ante las conductas de su pareja: <ul style="list-style-type: none"> - “Por qué no me comprende” - “No entiendo por qué tiene que vivir con tanta intensidad esta situación” - “Soy mala por no querer ayudarle” - “¿Estaré haciéndolo bien?” <p style="text-align: center;">Emociones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frustración - Incomprensión - Enfado - Miedo - Vergüenza - Tristeza - Rabia 	<p style="text-align: center;">A corto plazo</p> <p>Las conductas observables (RO) de Lucía actúan como reforzadores negativos (R-), ya que, gracias a ellas reduce el malestar (en forma de pensamientos y emociones) que le generan los desencadenantes inmediatos (Ed).</p> <p style="text-align: center;">A largo plazo</p> <p>Si Lucía continúa realizando las mismas conductas observables indicadas (RO), es decir, evitando el malestar (R-) (pensamientos y emociones) que le generan encontrarse ante los desencadenantes inmediatos, a la larga se mantendrá ese malestar. Lucía continuará evitando exponer su opinión ante las situaciones desencadenantes para evitar el malestar que le genera la</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Cuando Lucía le pide dinero, o no se lo da, o sólo le da dinero para comida • <u>Pareja:</u> - Ante conflictos entre Lucía y sus padres, verbalizaciones del tipo: “Los odio”, “prefieres a tus padres antes que a mí” 	<p style="text-align: center;">Conductuales (observables) (RO)</p> <p>Ante los desencadenantes inmediatos, Lucía puede actuar de dos maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se muestra complaciente o callada - Expone su desacuerdo ante la situación, pero a lo largo de su discurso se va perdiendo intensidad 	<p>respuesta que esto tenga en las personas de su entorno y en ella misma, pero no podrá integrar a su repertorio habilidades de comunicación asertivas gracias a las cuales poner límites, dejar clara su postura, y saber decir “no”, entre otras.</p>
--	---	--

Las conductas que lleva a cabo Lucía con respecto a esta área problema afectan de manera negativa al fortalecimiento y mantenimiento de una autoestima y un estado de ánimo sólidos y adaptativos. Esto se observa en la disminución de las actividades placenteras que le solían gustar (como dibujar, jugar a videojuegos, leer libros y ver películas/series), y en las autoverbalizaciones negativas con respecto a su autoconcepto y valía.

4.3. Resultados de evaluación

La información recogida tanto de la *entrevista semiestructurada* (ver Anexo A) como de la *historia autobiográfica* (ver Anexo B) se describen a continuación, por áreas evaluadas, con el objetivo de tener una visión más específica y poder entender, con mayor claridad, la problemática de la paciente:

- Área familiar: Con respecto a su infancia, comenta haber pasado mucho tiempo sola en casa debido a que ambos progenitores trabajaban fuera. Destaca que durante toda su vida, ha recibido comentarios negativos con respecto a su desempeño académico, físico y su personalidad por parte de ambos. El estilo comunicativo mayormente utilizado en el ámbito familiar es el pasivo-agresivo. Con respecto a su padre, indica un carácter fuerte y autoritario. Últimamente, le percibe “como un jefe”, ya que desde que Lucía terminó la carrera, le manda realizar trabajos

para amigos de la familia con los que ella no se siente cómoda. En relación a su madre, dice tratarse de una personalidad “más infantil”, lo que complica la relación, ya que, indica que no le deja ser autónoma y eso le saca “bastante de quicio”. Comenta que ambos le piden con bastante frecuencia, en tono agresivo, que realice todas las tareas del hogar, “para que así ellos no las tengan que hacer”. El tema económico supone un conflicto familiar, ya que, cuando les pide algo de dinero, sólo le dan para comprar cosas para casa. Todo esto le genera emociones de enfado y rabia, reforzando la idea de la falta de autonomía.

- Área sentimental: en la adolescencia vivió un episodio de acoso sexual por parte de un amigo del grupo con el que solía salir. En su momento este amigo tenía novia, (amiga de Lucía). Ambos miembros de la pareja, por lo que comenta Lucía, le hicieron sentir la “culpable” de lo ocurrido, propiciando el rechazo y expulsión de Lucía del grupo de amigos. Tras este acontecimiento, tuvo una pareja por “presión social” según comentó, y, posteriormente, conoció a su actual pareja, por internet. Comenta que se trata de un chico con altas capacidades, que debido a problemas intrafamiliares de violencia física y psicológica padece en la actualidad elevada ansiedad y ataques de pánico, afectando gravemente a su relación. La convivencia con sus progenitores es otro factor precipitante de discusiones y tensiones en la pareja. Comenta que se siente “presionada” por su pareja para salir de casa, y para enfrentarse a sus familiares. Percibe estar “en medio” de toda esa situación.

- Área laboral: hasta el momento no ha trabajado en ningún ámbito, sólo cuenta con las horas realizadas de prácticas curriculares y extracurriculares de la carrera de diseño integral y gestión de imagen. Comenta que es un tema que le genera mucho malestar, ya que uno de sus objetivos prioritarios es conseguir independencia económica para poder independizarse con su actual pareja y una amiga de ambos. Además, a nivel cognitivo, comenta tener pensamientos anticipatorios de cara a las futuras entrevistas que pueda tener, ya que, dice sentirse insegura y no saber cómo hacerlo, con pensamientos como “no lo suficientemente buena”, “cómo me van a coger a mí”.

- Relaciones sociales y ocio: cuenta con su grupo de amigos de la universidad, a los que hace bastantes meses que no ve, dice no porque haya pasado nada, pero porque no pueden cuadrar como antes, aunque asegura que ante situaciones en las que se encuentra con ellos, le aparecen pensamientos intrusivos con respecto a si es valiosa para ellos o si van a estar a gusto con ella, restándole importancia a su persona, y reduciendo las interacciones que pueda tener con ellos. Por ello, en la actualidad, su tiempo de ocio lo comparte con su actual pareja y una amiga de ambos, y salen a dar paseos, ir a comer o compartir tiempo en casa de Lucía jugando a juegos o viendo películas.

- Aficiones/hobbies: le gusta pasar tiempo en solitario, leyendo libros, viendo películas, series, dibujando o jugando a videojuegos. En la actualidad sólo lleva a cabo alguna actividad con su pareja y su amiga, pero de manera individual ha dejado de practicarlas, sobre todo el dibujo.

- Tratamientos anteriores: en 2018 estuvo en tratamiento psiquiátrico por la Seguridad Social donde obtuvo el diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor. Fue medicada con antidepresivos (indica no recordar el nombre). En la actualidad, no continúa en seguimiento psiquiátrico ni con pauta de antidepresivos.

- Sintomatología actual: indica notar alteración en el apetito y en los hábitos de sueño, miedo, apatía, pensamientos intrusivos en situaciones sociales, autoverbalizaciones negativas con respecto a su autovalía, dificultad de concentración y mareos.

- Expectativas con la terapia: Lucía espera que el proceso terapéutico no dure mucho, aunque comenta que estará lo que sea necesario para mejorar su sintomatología.

Con respecto a las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios previos a la intervención, en el BDI-II (ver Anexo D) (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003) obtuvo una puntuación directa de 25, lo que indica que el estado de ánimo de Lucía en el momento de pasar el test hace referencia a un “estado depresivo

moderado". Para la RSE (Rosenberg, 1965) (ver Anexo E), obtuvo una puntuación directa de 19, lo que indica que Lucía cuenta en la actualidad con una autoestima baja. En la EHS (Gismero, 2002) (ver Anexo F) Lucía ha obtenido para el factor I (*autoexpresión en situaciones sociales*) una puntuación de 14 lo que indica gran dificultad para expresarse en situaciones sociales sin ansiedad; para el factor II (*defensa de los propios derechos como consumidor*) ha obtenido una puntuación de 5, expresando la dificultad percibida por Lucía de defender sus derechos; para el factor III (*expresión de enfado o disconformidad*) ha obtenido una puntuación de 9, por lo que Lucía suele evitar conflictos mostrándose complaciente; para el factor IV (*decir no y cortar interacciones*) ha obtenido una puntuación de 9 por lo que también le resulta complicado poner límites; en el factor V (*hacer peticiones*) ha obtenido una puntuación de 12, indicando la dificultad de realizarlas; y, por último, en el factor VI (*iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*) ha obtenido una puntuación de 12, lo que indica la dificultad de Lucía en llevar a cabo este factor de manera adaptativa. Con respecto al RAS (Rathus, 1973) (ver Anexo G) ha obtenido una puntuación de -38 por lo que se concluye, junto con la EHS, que Lucía tiene un déficit en habilidades de comunicación asertivas.

Con toda la información expuesta hasta el momento, se concluye que Lucía presenta en la actualidad un déficit notable en las habilidades sociales de comunicación asertiva, que le interfieren en su día a día negativamente: reduciendo el tiempo con su grupo de iguales, dificultándole a la hora de poner límites a su entorno más cercano (progenitores y pareja) así como la dificultad percibida de hacer frente a una entrevista de trabajo. Todo esto influye de manera negativa en la autoestima y en el estado de ánimo de Lucía.

4.4. Objetivos de tratamiento

En este apartado se recogen los objetivos terapéuticos, teniendo en cuenta toda la información recogida en la evaluación y en base a las hipótesis y el análisis topográfico planteados. Antes de pasar a destacar los objetivos específicos del caso, resaltar que, como objetivo general, se pretende mejorar la calidad de vida de Lucía, ya que, en la actualidad, se ve afectada de manera negativa por la incapacidad percibida de exponer sus deseos,

opiniones, y límites a su entorno; por su baja autoestima y por haber dejado de lado las actividades que para ella eran gratificantes, lo que ha influido negativamente en su estado de ánimo.

Como objetivos específicos para el caso, se indican los siguientes:

1. Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos.
2. Aprender habilidades de comunicación asertivas.
3. Aprender la función de las emociones y mejorar su gestión.
4. Retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo.

5. Tratamiento

La fase de intervención ha tenido una duración de 15 sesiones de 50 minutos de duración, aproximadamente, desde el 27 de Enero de 2022 hasta el 19 de Mayo de 2022, con una periodicidad semanal.

Se ha llevado a cabo un tratamiento desde la TCC. De cara a facilitar la comprensión de cómo ha sido la terapia en términos generales, se presenta a continuación la tabla 2, donde se indica el número de cada sesión, así como los objetivos y las técnicas trabajadas en cada una de ellas. Después se procederá a explicar cada una de las sesiones, desde la fase de evaluación hasta la última sesión de intervención.

Tabla 2

Cronograma de las sesiones

Sesión	Objetivos	Técnicas
1 Evaluación	<p>Crear alianza terapéutica Recoger información inicial del caso Explicación del método de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Historia autobiográfica • Lectura y comprensión de consentimiento informado <p><u>TAREA CASA:</u> historia autobiográfica</p>
2 Evaluación	<p>Continuar con la recogida de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Autorregistro <p><u>TAREA CASA</u> Autorregistro</p>
3 Evaluación	<p>Continuar con la recogida de información con respecto a las habilidades sociales (más específicamente, de las habilidades de comunicación asertiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Autorregistro • BDI-II, RSE, EHS y RAS <p><u>TAREA CASA:</u> Autorregistro y cuestionarios</p>
4 Evaluación	<p>Finalización de la recogida de información para la realización del análisis funcional. Evaluación de sintomatología ansiosa, depresiva y autoestima</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada • Autorregistro • Clarificación de los instrumentos estandarizados
5 Devolución de la información	<p>Explicación de la problemática actual y propuesta de objetivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Validación emocional • Normalización de recaídas como parte del proceso terapéutico

6, 7
Intervención

Aprender habilidades de comunicación asertivas
Reducir los pensamientos recurrentes negativos con
respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y,
adquirir nuevos pensamientos más adaptativos

- Psicoeducación en:
 - estilos de comunicación y derechos asertivos
 - técnicas de comunicación asertivas
 - el impacto de los pensamientos en las emociones

8
Intervención

Aprender habilidades de comunicación asertivas
Aprender la función de las emociones y mejorar su
gestión

- Psicoeducación en:
 - técnicas de comunicación asertivas
 - emociones
- TAREA CASA:
diario asertivo y
discriminar tipos
de comunicación

9
Intervención

Aprender la función de las emociones y mejorar su
gestión

- Psicoeducación emocional
- TAREA SESIÓN:
Explorar
funciones de sus
emociones
TAREA CASA:
diario asertivo
-

10 Intervención	Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos Validar recaídas como parte del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Validar recaídas como parte del proceso <p><u>TAREA CASA:</u> diario asertivo y autorregistro de situaciones sociales que le generan malestar</p>
11 Intervención	Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva
12, 13, 14 Intervención	Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos Retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Activación conductual <p><u>TAREA CASA:</u> búsqueda de pensamientos alternativos y lista de actividades placenteras</p>
15 Intervención	Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos Retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Activación conductual <p><u>TAREA CASA:</u> búsqueda de actividades cerca de su casa</p>

<p>16 Intervención</p>	<p>Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos Retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo Aprender habilidades de comunicación asertivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Activación conductual • Identificación de situaciones difíciles para llevar a cabo en roleplaying <p><u>TAREA CASA:</u> búsqueda de situación específica para escena roleplaying</p>
<p>17 y 18 Intervención</p>	<p>Reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, adquirir nuevos pensamientos más adaptativos Aprender habilidades de comunicación asertivas Retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Repaso de técnicas de comunicación asertivas • Validación emocional
<p>19 Intervención</p>	<p>Aprender habilidades de comunicación asertivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Roleplayings <p><u>TAREA CASA:</u> cuestionarios post, carta a la Lucía del inicio de terapia, exposición a situaciones difíciles con lo practicado en sesión</p>

20
Intervención

Retomar actividades placenteras que antes llevaba a
cabo
Valoración del tratamiento

- Activación conductual
- Informe de tratamiento y feedback
- Validación emocional
- Ajuste de expectativas

- **Primera sesión:** se llevó a cabo la recogida inicial de la información mediante la *entrevista semiestructurada* (anexo A), y se explicó cuál sería el método de trabajo durante el proceso terapéutico mediante la entrega del consentimiento informado (ver Anexo H) y la ficha de legitimación de datos personales e imágenes (ver Anexo I). Como guía y aumento de la información de la *entrevista semiestructurada*, se le mandó para casa que rellenase la *historia autobiográfica* (ver Anexo B).

- **Segunda sesión:** con la *historia autobiográfica* (ver Anexo B) rellena se continuó con la evaluación de las áreas problema mediante la *entrevista semiestructurada* (ver Anexo A). Se le mandó como tarea rellenar el *autorregistro* (ver Anexo C) para conocer su sintomatología en los tres niveles de respuesta.

- **Tercera sesión:** se llevó a cabo la evaluación del área social, ahondando en la relación con sus padres y su pareja; y del área laboral (búsqueda de empleo). En esta sesión se mandaron para casa los cuestionarios indicados en el apartado de evaluación (BDI-II, RSE, EHS y RAS). Cuando se le pidió ver en conjunto el *autorregistro* mandado en la anterior sesión, indicó que no lo había podido hacer. Al evaluar los motivos, Lucía comenta la “falta de intimidad” ya que está con su pareja la mayor parte del tiempo en su habitación. Se le pidió que identificase espacios y tiempos para ella sola. Se le volvió a mandar esta tarea para casa.

- **Cuarta sesión:** tras la corrección de las puntuaciones de los instrumentos estandarizados, se evaluó más específicamente la sintomatología ansiosa, depresiva y sus niveles de autoestima, para entender su origen y su mantenimiento. La última parte de la

sesión, se utilizó para rellenar con Lucía el *autorregistro* ya que tampoco lo trajo relleno, y se consideró una fuente de información muy útil para conocer en qué situaciones le aparecían las conductas problema en los tres niveles de respuesta.

- **Quinta sesión:** se devolvió la información a Lucía explicándole porqué en la actualidad se mantienen sus conductas problema con respecto a las relaciones sociales, su estado de ánimo y su autoestima, incidiendo en el triple sistema de respuesta (conductual, cognitivo, fisiológico/emocional). Para finalizar la sesión, se acordaron de manera conjunta los objetivos a trabajar a lo largo de la terapia, y se anticiparon las posibles recaídas durante el proceso terapéutico.

- **Sexta y séptima sesión:** en estas dos primeras sesiones de intervención se trabajó en el objetivo del aprendizaje de habilidades de comunicación asertiva, e identificación y aprendizaje de los derechos asertivos mediante la psicoeducación de los tipos de comunicación existentes (pasiva, agresiva, pasivo-agresiva y asertiva), explicando los beneficios e inconvenientes de cada una de ellas. Se empezó a trabajar en este objetivo ya que Lucía verbalizaba durante la fase de evaluación la incapacidad de comunicarse con ciertas personas de su entorno (p.ej. su padre y su pareja) debido a que se sentía “incapaz” de poner límites y se culpabilizaba por ello, lo que le generaba un grado significativo de malestar. Se hizo hincapié en la capacidad de elección que tenemos a la hora de comunicarnos con nuestro entorno, lo que sirvió como antesala para la psicoeducación de los derechos asertivos (Soler Sarrió, 2013) (ver Anexo J). Tras la aplicación de la técnica aparecieron verbalizaciones del tipo “me va a ser difícil aplicármelo”, “no voy a ser capaz”, por lo que se empezó a trabajar en el objetivo de reducir los pensamientos negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto, mediante la psicoeducación de cómo nuestros pensamientos y esquemas mentales, influyen en nuestras emociones y en la manera en la que actuamos (antesala para la futura reestructuración cognitiva).

- **Octava sesión:** se continuó trabajando en el objetivo del aprendizaje de habilidades de comunicación asertiva, esta vez explicándole algunas de las técnicas de comunicación asertiva (Peñafiel Pedrosa y Serrano García, 2010) (ver Anexo K) existentes para poner en marcha en situaciones difíciles o en conversaciones cotidianas, con el objetivo de que Lucía aprendiera a poner límites y fuese capaz de expresar sus deseos y opiniones de manera convincente. Para trabajar este objetivo a lo largo de las sesiones, se le mandó que discriminase qué tipo de tono comunicativo utilizaba en las situaciones difíciles (ver Anexo L), identificando sus emociones y las consecuencias. Para finalizar, y a modo de ejercicio al que pudiese acceder para tomar conciencia cuando quisiera, se le manda crear un “diario asertivo” para anotar las veces que había sido capaz de utilizar este tipo de comunicación, y los beneficios y dificultades de hacerlo (ver Anexo M).

La última mitad de la sesión, se trabajó en el objetivo de aprender la función de las emociones y mejorar su gestión mediante la técnica de psicoeducación, con el apoyo visual de la rueda de las emociones (Plutchik, 1984) (ver anexo N). Se vio oportuno trabajar este objetivo por las emociones desagradables que relataba Lucía cuando tenía que enfrentarse a una situación en la que exponía sus deseos o su opinión.

- **Novena sesión:** como Lucía llegó media hora tarde solo se continuó trabajando en el aprendizaje de la función de las emociones y la mejora de su gestión. Para ello se reforzó el tono asertivo que fue capaz de utilizar en una de las situaciones complicadas que acostumbra vivir en su hogar, y se hizo hincapié en que las emociones desagradables que le surgieron tras exponer su opinión son parte del proceso. Para finalizar, se exploraron las posibles funciones que tenían esas emociones, con el fin de aprender de ellas en futuras ocasiones.

- **Décima sesión:** se empieza a trabajar en la reducción de los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto; y, en la adquisición de nuevos pensamientos más adaptativos. Esta sesión en concreto fue destinada a la introducción de la reestructuración cognitiva, para poder integrarla en su totalidad en las

sesiones próximas. De nada serviría realizar un roleplaying para practicar la comunicación y las técnicas asertivas si Lucía sigue pensando que no tiene derecho a expresar sus deseos porque no son válidos. Por ello, se vio oportuno comenzar con la explicación del modelo ABC de Ellis (Ellis, 1999) de manera que entendiese cómo los pensamientos afectan en las emociones y en las conductas futuras con respecto a una situación. Se buscaron situaciones específicas que había vivido Lucía, de manera conjunta, para que pudiese familiarizarse con este modelo, y se le mandó para casa, junto con la tarea de saber discriminar qué tipo de comunicación utilizaba mandada en la **sesión ocho**, las situaciones que le generasen malestar, identificando los pensamientos para poder reestructurarlos en las siguientes sesiones, y las emociones (ver Anexo Ñ).

- **Decimoprimer sesión:** Debido a que Lucía vino con un tono emocional muy bajo, porque había vuelto a vivir situaciones conflictivas en su entorno familiar con su pareja, y a que no había traído la tarea que se le mandó en la anterior sesión, se utilizó la sesión para reestructurar las creencias que tenía sobre sí misma, con respecto a su autoconcepto y a sus derechos. Mediante el moldeamiento verbal se reestructuraron ideas como “no soy suficiente”, “todos son mejores que yo”, “tengo que solucionarlo todo”, “no valgo para eso”, “soy culpable”, de manera que se ponían en tela de juicio sus verbalizaciones buscando pruebas de realidad y buscando un ajuste más realista y amable.

- **Decimosegunda, decimotercera y decimocuarta sesión:** estas tres sesiones fueron utilizadas para debatir sus pensamientos negativos recurrentes con respecto a las relaciones sociales (convivencia en su entorno familiar) y al entorno laboral (búsqueda de empleo), con el objetivo de seguir reduciendo los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales (familiar y laboral). Para ello, se utilizó la tarea que se le mandó en la sesión diez (ver Anexo Ñ) para ir reestructurando, mediante el moldeamiento verbal, los pensamientos registrados, e identificar qué emociones había sentido, y entender por qué podían surgirle. Se

buscaron, de manera conjunta, los costes y los beneficios de pensar como lo hacía, tratando de encontrar, a su vez, alguna prueba de realidad de esos pensamientos. Para finalizar con este objetivo, se le manda la tarea de buscar pensamientos más adaptativos ante ese tipo de situaciones comentadas.

En la sesión **decimocuarta sesión**, se empieza a trabajar en el objetivo de retomar actividades placenteras que antes llevaba a cabo mediante la activación conductual, ya que, durante estas tres sesiones comentadas, indica, de nuevo, “la falta de intimidad” que percibe que tiene, así como la “nostalgia” de volver a dibujar, leer y jugar a videojuegos. Para ello se le manda como tarea que haga una lista de las actividades que le gustaría volver a retomar, tanto dentro como fuera del entorno familiar.

- **Decimoquinta sesión:** para continuar con la reestructuración cognitiva, se comienza a trabajar en la adquisición de pensamientos más adaptativos. Debido a que Lucía no trajo la tarea de la **sesión catorce** hecha, se utilizó la sesión para la búsqueda de estos pensamientos, entre terapeuta y paciente, ante las situaciones que le generaban malestar y pensamientos negativos. Se hizo hincapié en que estos nuevos pensamientos tenían que ser realistas. Para finalizar la sesión, se sigue trabajando en retomar las actividades placenteras que antes llevaba a cabo mediante la lista que trajo a consulta, y se valora, de manera realista, cuáles de ellas puede retomar, tanto fuera como en su casa. Como tarea para la próxima sesión debe buscar recursos en sus alrededores para poder llevar a cabo estas actividades (ajedrez, dibujo, club de lectura).

- **Decimosexta sesión:** se continúa con la puesta en marcha de los pensamientos más adaptativos antes las diferentes verbalizaciones negativas que le aparecían en las situaciones familiares (sobre todo con la figura paterna) y con su pareja. Se nota un cambio notable, entre la anterior sesión y esta, en cuanto a cómo es capaz de generar esos pensamientos por sí sola sin ayuda de la terapeuta. Con respecto a retomar actividades placenteras, Lucía buscó los recursos comentados fuera de casa, comenzó a leer y también a dibujar; por lo que se les refuerzan estas conductas y se le anima a continuar con ellas. Como antesala al roleplaying que se practicará en las próximas sesiones se le pide como

tarea que busque una situación específica para poder trabajarla en sesión, y se repasan las técnicas de comunicación asertiva vistas en la **sesión ocho**.

- **Decimoséptima sesión y décimo octava sesión:** se llevaron a cabo las mismas técnicas que en la sesión anterior, pero Lucía se volvió aún más autónoma en la búsqueda de los pensamientos más adaptativos, pudiéndolos relacionar con otras situaciones distintas a las del ámbito familiar y de pareja, como la de sus amigos. En cuanto a la activación conductual, trajo a consulta dibujos que ha ido haciendo, a pesar de “sentirse insegura” como llegó a comentar. Respecto a los recursos encontrados en su ciudad, quedó pendiente de apuntarse al club de ajedrez por falta de plazas.

En la **sesión diecisiete** se volvieron a practicar las técnicas de comunicación asertiva y se especificó la situación que se quería trabajar: “cuando su padre le pide de manera agresiva que haga algo en casa y le recuerda que no vale para nada”. En la **sesión dieciocho** estaba previsto realizar el roleplaying, pero Lucía vino con una alta preocupación por su pareja. Se consideró oportuno, por la gravedad del asunto, realizar ventilación emocional y utilizar la situación para continuar con la reestructuración y refuerzo de los nuevos pensamientos generados.

- **Décimo novena sesión:** se llevaron a cabo dos roleplayins de diez minutos cada uno, aproximadamente, con el fin de trabajar en el objetivo del aprendizaje de las habilidades de comunicación asertiva. Previo a esta parte, se volvieron a repasar las técnicas de comunicación asertiva (ver Anexo K) vistas con anterioridad, recordando claves para la comunicación no verbal (fijación ocular, postura corporal, tono de voz) y en todo lo visto con lo relacionado a la gestión emocional. Entre el primer y el segundo roleplaying se hizo una pausa de unos cinco minutos, aproximadamente, para comentar sus impresiones. Lucía comenta que le ha resultado muy complicado poder comunicar su opinión, pero intentaba recordar todo lo trabajado en sesiones para “hacérselo a sí misma más fácil”. Una vez descansado y valorado el primer ensayo, se procedió a escenificar la misma situación. Tras la

finalización de los dos rolepayings se realizó un feedback de cómo había ido la comunicación por parte de Lucía y de la terapeuta, siendo esta favorable del primer al segundo ensayo (mayor tiempo de fijación ocular, no titubeos, tono firme, uso de disco rayado y banco de niebla). Debido a la finalización del periodo de prácticas de la terapeuta, siendo la siguiente sesión la última, se le pide para casa varias tareas: cumplimentar los cuestionarios post intervención, escribir una carta a la “Lucía del inicio de la terapia” para poder tomar conciencia de sus avances, y, por último, poner en marcha lo aprendido durante los roleplayings, los feedback y el resto de sesiones en situaciones conflictivas con su padre.

- **Vigésima sesión:** antes de esta consulta, Lucía envió los cuestionarios cumplimentados, por lo que se pudieron corregir con antelación para llevar a cabo el análisis pre-post intervención. Para comenzar, se entregó a Lucía el informe de tratamiento, lo que sirvió de apoyo para realizar el feedback de sus avances, de la recomendación de qué objetivos habría que seguir trabajando si decide continuar la terapia, y de su trabajo e implicación durante todo este proceso. Por parte de Lucía, también se obtuvo un feedback con respecto a la terapia y sus progresos, apoyándose en la carta mandada en la anterior sesión. Verbaliza “estar contenta” porque percibe que, aunque puede seguir trabajando, es capaz de exponer sus opiniones y sus límites en situaciones en las que antes no podía, a pesar de que le surjan emociones desagradables. Agradece también haber podido retomar actividades que para ella eran importantes y placenteras (dibujo y la lectura), y resalta la capacidad de “ver las cosas de otra manera”, de ser un poco “más amable consigo misma”. Comenta sentirse “esperanzada” y con una “actitud más positiva” ante su día a día.

Para finalizar, Lucía comenta haber encontrado trabajo los fines de semana, y aunque según dice “no es el trabajo de su vida” le acerca más a donde quiere estar. Toma conciencia de la capacidad de enfrentarse a las entrevistas de trabajo y de exponer sus ideas con un tono más firme.

6. Valoración del tratamiento

En este apartado se va a valorar la evolución de la paciente en términos de: la adherencia al tratamiento, de las comparaciones de las puntuaciones de los cuestionarios pasados pre y post tratamiento, de las dificultades encontradas durante el proceso y de cómo se han solventado; para, finalmente, hablar de la consecución de los objetivos propuestos y del pronóstico de Lucía.

6.1. Adherencia al tratamiento

La terapia con Lucía ha tenido una duración de seis meses, lo máximo propuesto para el caso por finalización de prácticas de la terapeuta, lo que indica una buen trabajo e implicación por parte de esta y una buena adherencia al tratamiento.

En términos generales, se considera que Lucía ha generado una buena adherencia al tratamiento y una buena alianza terapéutica con la terapeuta por haber acudido a todas las sesiones de tratamiento; y, la única vez que llegó tarde, explicó los motivos y pidió disculpas. De manera específica, esto se observa por verbalizaciones como: “tenía ganas de tener ya la terapia contigo”, “gracias a tu implicación veo las cosas de otra manera”, “creo que la terapia es muy necesaria”, “contigo entiendo la situación”, “me ayudas mucho”; también por conductas observables como: avisar con antelación cuando le coincidió alguna sesión con entrevistas de trabajo, compartir con la terapeuta dibujos que había hecho durante el proceso terapéutico a pesar de sentir “vergüenza”, y realizar las tareas que se le mandaban con mayor asiduidad conforme la terapia avanzaba.

Para finalizar con este punto, indicar que la alianza ha sido clave para hacer que Lucía pudiese abrirse y contar todo lo que necesitaba, recordar que estamos ante un caso de déficit en habilidades sociales de comunicación asertiva, lo que se veía reflejado en las sesiones como conductas clínicamente relevantes. El cambio favorable en su comunicación no verbal a lo largo de la terapia (mirar a los ojos mientras habla, no titubear, postura corporal más erguida, hacer peticiones asertivas a la terapeuta), además de indicativo de una buena adherencia al tratamiento, muestra

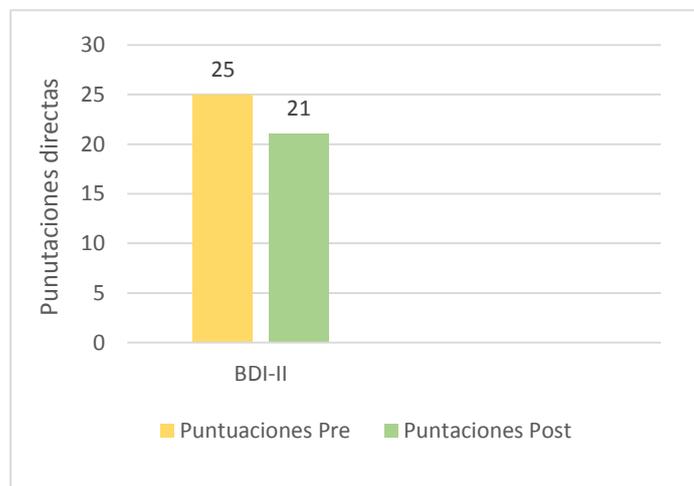
cómo Lucía ha encontrado en la terapia un espacio seguro y de confianza para poder poner en marcha conductas que antes encontraba dificultad a la hora de llevarlas a cabo.

6.2. Análisis de puntuaciones cuestionarios pre-post

A continuación se indican, mediante gráficas, las puntuaciones pre y post intervención de los instrumentos estandarizados comentados con anterioridad, así como la explicación de la evolución de Lucía en función de la diferencia de estas puntuaciones:

Figura 1

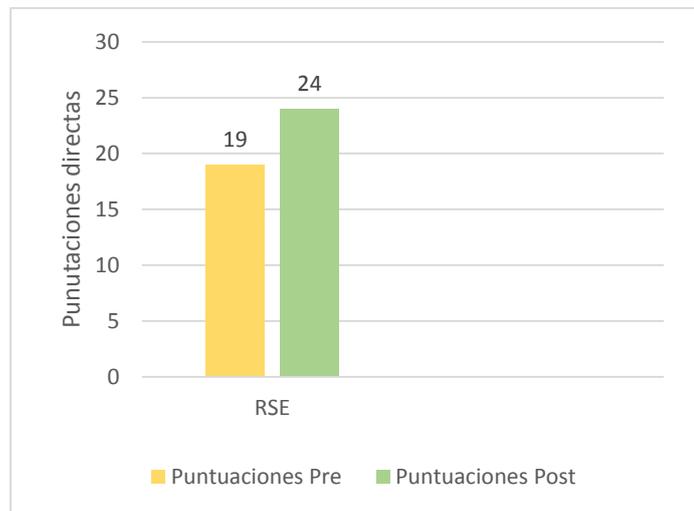
Resultados pre-post intervención del BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003)



La puntuación post intervención (ver Anexo O) de este inventario se ha reducido en cuatro puntos con respecto a las medidas pre-tratamiento, y, aunque siga indicando un estado depresivo moderado, ha habido una leve mejoría con respecto al inicio de la terapia. Estos datos evidencian la necesidad de continuar trabajando con Lucía en los objetivos planteados, y darle más espacio a la realización de actividades gratificantes en su día a día (Figura 1).

Figura 2

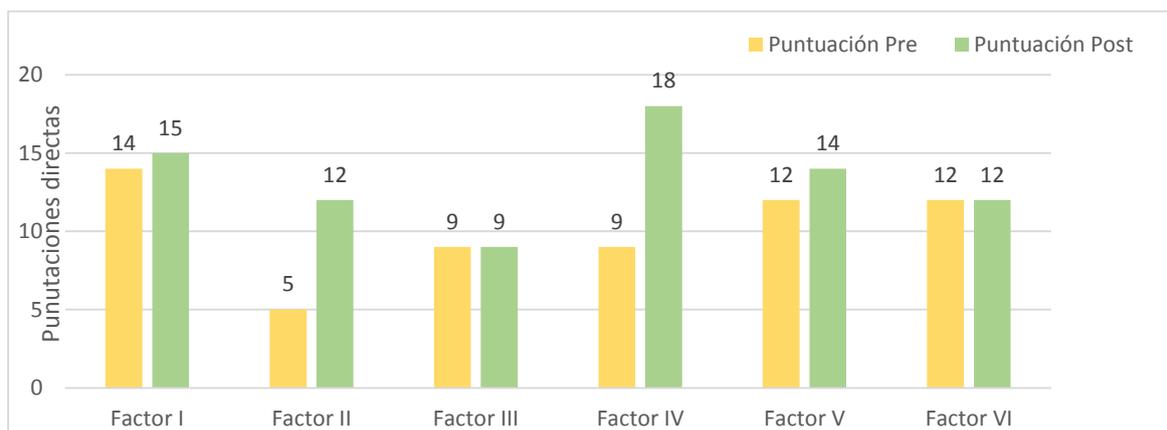
Resultados pre-post intervención de la RSE (Rosenberg, 1965)



La puntuación post intervención (ver Anexo P) de esta escala ha aumentado en cinco puntos con respecto a las puntuaciones del RSE (Rosenberg, 1965) previo a la intervención. Al estar por debajo de los 26 puntos, se podría seguir considerando la autoestima de Lucía como más baja de la media, pero, es interesante destacar que está cerca de entrar a considerarse una autoestima aceptable, y en la media. Estas puntuaciones son indicativas de que, a pesar de la mejoría, se podría continuar trabajando sobre este aspecto (Figura 2).

Figura 3

Resultados pre-post intervención del EHS (Gismero, 2002)



Utilizando la figura 3 como apoyo visual, se van a analizar las puntuaciones de esta escala por factores. En términos generales, las puntuaciones post intervención (ver Anexo Q) muestran una mejoría con respecto al inicio de la terapia:

- Con respecto al factor I (*autoexpresión en situaciones sociales*) la puntuación post intervención ha aumentado en un punto con respecto a las del inicio de la terapia, por lo que, a pesar de haber una leve mejoría, habría que seguir trabajando en la capacidad de expresión de Lucía en las diferentes situaciones sociales con bajos niveles de ansiedad.

- Para el factor II (*defensa de los propios derechos como consumidor*) la puntuación post intervención ha aumentado en siete puntos, suponiendo una notable mejoraría en la defensa de sus derechos utilizando el tono asertivo, gracias al trabajo realizado en el apartado de tratamiento sobre el objetivo de adquirir/aprender técnicas de comunicación asertivas.

- Para el factor III (*expresión de enfado o disconformidad*) la puntuación post intervención no se ha modificado con respecto a la del inicio de la terapia.

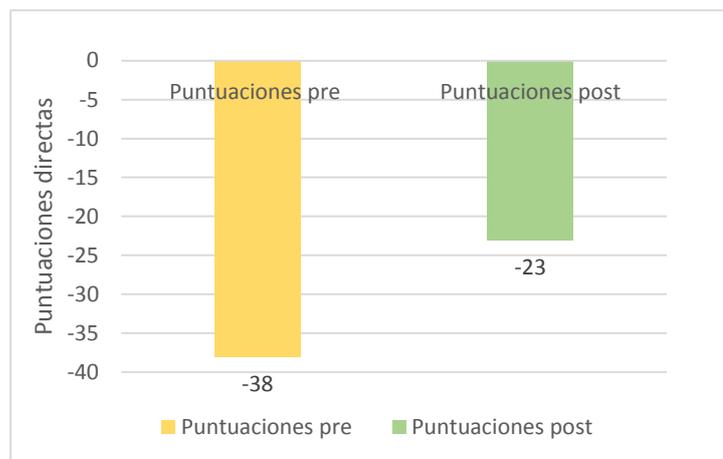
- Para el factor IV (*decir no y cortar interacciones*) la puntuación post intervención ha aumentado en nueve puntos con respecto a la de pre-tratamiento, siendo el factor donde ha habido una mayor mejoría. Esta diferencia en las puntuaciones pre-post deja de relieve la favorable evolución de Lucía a la hora de saber decir que no y poner límites a las personas de su entorno, mejora que se ha observado en el último tramo de terapia mediante el aprendizaje de técnicas de comunicación asertiva y el conocimiento de sus derechos asertivos.

- Para el factor V (*hacer peticiones*) la puntuación post intervención ha aumentado en dos puntos con respecto a la anterior. A pesar de ser leve, se puede decir que hay cierta mejoría a la hora de expresar peticiones por parte de la paciente. Esto se puede ver cuando en las últimas sesiones de intervención comentaba haber sido capaz de pedir a su pareja espacio a solas para ella o que le ayudase en alguna tarea del hogar, a diferencia del inicio de la terapia.

- Para el factor VI (*iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*) la puntuación post intervención no se ha modificado con respecto a la previa a la fase de tratamiento. Esto puede deberse a que las situaciones de exposición en su contexto natural han sido escasas para que este factor se haya podido modificar.

Figura 4

Resultados pre-post intervención del RAS (Rathus, 1973)



Como se muestra en la figura 4, la puntuación post intervención (ver Anexo R) de este inventario ha aumentado en 15 puntos, siendo el instrumento donde ha habido mayor diferencia en las puntuaciones pre-post. Esta diferencia notable en la puntuación, indica la mejora de la capacidad de comunicación asertiva por parte de Lucía, y aunque siga tratándose de una puntuación negativa y mejorable, se destaca el trabajo realizado por la paciente a lo largo de este proceso con respecto al objetivo de aprender habilidades de comunicación asertiva.

6.3. Dificultades y soluciones

A pesar de que la implicación y el trabajo de Lucía a lo largo de la terapia ha sido adaptado y favorable, han ido surgiendo una serie de dificultades que han tenido que solventarse.

En las primeras fases de evaluación no trajo el autorregistro ninguna de las veces que se le pidió, por ello, se evaluaron los motivos por los cuales no lo hacía y

se realizó esta actividad con Lucía en sesión, ya que se consideraba una fuente de información muy relevante. Lucía comentó que no lo traía en papel por la falta de intimidad que tenía con respecto a su pareja, y por la dificultad de encontrar un espacio para poder hacerlo. A partir de ese momento, se le mandaron las tareas a través del correo de PsicoEca para que pudiera realizarlas en su dispositivo móvil, y así tener más intimidad. Para finalizar, se le recordó la necesidad de encontrar espacios de intimidad para ella, en relación a volver a retomar las actividades gratificantes que había dejado de lado.

Por otro lado, al inicio de la fase de intervención hubo que confrontar con ella y recordarle la implicación que debía haber por su parte con la terapia, así como el método de trabajo; ya que, durante las primeras sesiones de intervención, Lucía venía con la intención de ventilar emocionalmente durante todo el tiempo de la sesión, dificultando la puesta en marcha de los objetivos. Para ello, además, se ajustó la directividad por parte de la terapeuta a lo largo de la sesión.

Por último, en una ocasión (**sesión nueve**) Lucía llegó tarde porque se había quedado dormida, avisando justo a la hora de la sesión a través del correo de este contratiempo. Se le propuso llevar a cabo la terapia en el tiempo que quedase para no perderla. Se llevó a cabo la sesión durante media hora y se tuvo que adaptar los objetivos propuestos en un principio para llevarlos a cabo a otros que se ajustaran al tiempo (20 minutos, aproximadamente) y al tono emocional de Lucía.

6.4. Consecución de objetivos y pronóstico

En términos generales, indicar que el trabajo de Lucía a lo largo del proceso terapéutico ha tenido una evolución positiva, siendo más proactiva conforme la terapia fue avanzando.

Con respecto a los objetivos de este caso, destacar que, a pesar de haber trabajado en los cuatro específicos (ver en apartado de formulación clínica), ha habido alguno en el que se han conseguido mejores resultados, como: en el de retomar las actividades gratificantes que antes llevaba a cabo (gracias a que Lucía ha vuelto a dibujar y ver películas, así como a buscar recursos fuera de su casa); así como en el objetivo de aprender habilidades de

comunicación asertiva (lo que se observa de manera cuantitativa en la comparación de las puntuaciones pre-post del RAS (Rathus, 1973), y, mediante el afrontamiento y el estilo comunicativo predominante de Lucía en situaciones en las que antes de la terapia no se sentía capaz ni con el derecho a expresar sus opiniones ni a poner límites).

Referente a los otros dos objetivos propuestos (reducir los pensamientos recurrentes negativos con respecto a las relaciones sociales y adquirir nuevos pensamientos más adaptativos; y, aprender la función de las emociones y mejorar su gestión), destacar que se han visto mejorías a la hora de generar pensamientos alternativos ante situaciones conflictivas para Lucía, así como entender que todas las emociones son igual de válidas y que tienen una función. Con respecto al objetivo de los pensamientos, se ha podido cuantificar esta leve mejora a través de la observación directa de la facilidad, cada vez mayor, de generar esos pensamientos más adaptativos y de la generación de autonomía en esa propia búsqueda de alternativas, necesitando cada vez menos la ayuda de la terapeuta hasta llegar a ser autónoma. Con respecto al objetivo de las emociones, se ha observado esta mejoría a través de sus verbalizaciones en sesión cuando comenta que ha sido capaz de expresarse de manera asertiva con su entorno, y se le pregunta por las emociones expresadas por ellos y por las emociones que ella ha sentido, indicando que a pesar de ser ambas desagradables, entiende que son parte del proceso. Aun así, se hubiesen necesitado más sesiones para continuar haciendo hincapié en ambos objetivos, y hacer que Lucía pudiese ser totalmente autónoma en la búsqueda e integración de esos nuevos pensamientos en su día a día, y en una gestión emocional adaptativa.

En términos generales, se prevé un pronóstico favorable para Lucía según los objetivos comentados, ya que ha conseguido poner límites y expresar sus opiniones con su pareja desde un tono asertivo, cuando antes no se sentía capaz de hacerlo; ha conseguido enfrentarse a una entrevista de trabajo y ser seleccionada cuando antes le invadían los pensamientos negativos hacia su valía; ha vuelto a retomar el

dibujo, que era una de sus pasiones, así como los espacios con ella misma que tanto le gustaban; y, ha sido consciente de que tiene unos derechos asertivos como el resto y que aunque le aparezcan emociones desagradables al expresarse, son parte del proceso y tiene que aprender a convivir con ellas.

Cabe pesar que habría sido oportuno realizar un seguimiento para evaluar y ajustar sus avances y mejoras a lo largo del tiempo, y ver si estos objetivos que se han ido cumpliendo se mantienen en el tiempo. La fase de seguimiento también habría sido útil para evaluar posibles recaídas y poder evaluar cómo responde Lucía ante las situaciones o estímulos que al inicio de la terapia le generaban malestar.

7. Discusión

Durante el presente trabajo se ha expuesto la evaluación e intervención en un caso cuyo motivo de consulta ha sido la dificultad de poner en marcha ciertas HHSS, en lo que a comunicación asertiva se refiere, así como una baja autoestima y un bajo estado de ánimo, como consecuencia del déficit en estas habilidades. A lo largo de la revisión de la literatura científica, se ha podido comprobar cómo esta dificultad en la puesta en marcha de las HHSS se trata como motivo de consulta principal o como un tipo de entrenamiento más sumado al plan de intervención para otras problemáticas indicadas por los pacientes, como la ansiedad (Iruarrizaga et al., 1999), el estado de ánimo ansioso-depresivo (Ortega Otero et al., 2015), y el trastorno del espectro autista (Bermúdez et al., 2020), entre otros. Esta prevalencia, tanto como intervención principal como para tratar otras problemáticas, pone de relieve la importancia de este campo en la intervención clínica, ya que, el ser humano es un ser sociable por naturaleza, y en la interacción con su entorno siempre estarán presentes, de alguna manera, la puesta en marcha de un amplio repertorio de HHSS. Asimismo, en el tratamiento de las HHSS es muy común trabajar en la adquisición o mejora de las habilidades de comunicación asertiva, ya que, la persona tiende a utilizar un tono agresivo o pasivo, lo que le dificulta a la hora de poner límites, expresar deseos o sus opiniones (Castanyer, 2010).

Los objetivos propuestos para el caso de Lucía han surgido tras la evaluación y análisis del origen y mantenimiento de las conductas concretas (en los tres niveles de

respuestas) que le generaban malestar. El primer objetivo específico, reducir los pensamientos negativos con respecto a las relaciones sociales y su autoconcepto, se mediante la reestructuración cognitiva (moldeamiento verbal); que, aunque no sea una técnica específica para trabajar el entrenamiento de las HHSS, suele estar presente en la intervención de cualquier problemática (Castanyer, 2010), ya que, como comentan Froján-Parga y Calero-Elvira (2011), es una técnica que empíricamente cuenta con una gran eficacia en la intervención sobre los pensamientos/esquemas mentales/creencias irracionales. Con respecto a este primer objetivo específico, se fueron moldeando las verbalizaciones negativas referentes a sus relaciones sociales y su autoconcepto, e introduciendo otras verbalizaciones alternativas más realistas. El método para cuantificar la reducción de esos pensamientos negativos y la adquisición de otros nuevos, se hizo en sesión a través de la observación de sus propias verbalizaciones, aunque, un buen método para registrarlo hubiese sido, según Castanyer (2010) la utilización del autorregistro.

En lo que a comunicación asertiva se refiere, a través de la fase de evaluación se observó una dificultad significativa, por parte de Lucía, a la hora de poner límites y exponer su opinión en el contexto familiar y de pareja. Para la intervención en las habilidades de comunicación asertivas se tenían como objetivos, por un lado, aprender estas habilidades (para que Lucía pudiera expresar su opinión y poner límites a su entorno), y, por otro, aprender y mejorar su gestión emocional (ya que a Lucía le generaba mucho malestar la reacción de su entorno familiar y su pareja cuando expresaba su opinión, debido a la falta de costumbre por parte de estos).

El aprendizaje de la comunicación asertiva se llevó a cabo a través de la psicoeducación de las técnicas de comunicación asertiva (Peñafiel Pedrosa y Serrano García, 2010) y de los derechos asertivos (Soler Sarrió, 2013), tal como indica Ruiz Fernández et al. (2012). Además, como fase final de la intervención en la asertividad, se practicó en consulta este tipo de comunicación mediante el ensayo de conducta (roleplaying). Esta técnica se indica en diferentes manuales (Caballo et al., 1993;

García Grau et al., 2019; Ruiz Fernández et al., 2012) para trabajar esta problemática, por su capacidad para poner a prueba si el/la paciente ha integrado de manera óptima las habilidades trabajadas en consulta, y así generalizarlas a su contexto natural. Respecto a la gestión emocional, es importante introducirla como parte del tratamiento de las HHSS, ya que, como comenta Goleman (citado por Peñafiel Pedrosa y Serrano García, 2010), unos de los componentes de la inteligencia emocional son las HHSS, ya que es necesario aprender a comportarnos en función de cada contexto y regular nuestras emociones y comprender las del resto. El trabajo en estos dos objetivos fue favorable, lo que se observó en el aumento de situaciones dentro del contexto familiar, en las que Lucía era capaz de poner límites y de expresar su opinión, así como gestionar de una manera más adaptativa sus emociones, de manera que continuase firme en esa comunicación. Por otro lado, en términos cuantitativos, se observó una evolución favorable de la puesta en marcha de este estilo comunicativo mediante las diferencias en las puntuaciones pre (-38) post (-23) del RAS (Rathus, 1973) (Figura 4) y de la EHS (Gismero, 2002) (Figura 3). Para esta última escala, los factores que evolucionaron más positivamente tras la intervención fueron el factor II (*defensa de los propios derechos como consumidor*) (puntuación pre: 5 y puntuación post: 12), el factor IV (*decir no y cortar interacciones*) (puntuación pre: 9 y puntuación post: 18), y el factor V (*hacer peticiones*) (puntuación pre: 12 y puntuación post: 12). Asimismo, gracias a cómo relataba Lucía que había hecho frente a las situaciones complicadas, se observó un aumento en la utilización del tono asertivo y en la capacidad de poner límites en su entorno. Con respecto a la gestión emocional, se observó su evolución positiva a través de sus verbalizaciones en consulta, cuando relataba cómo se sentía al haber utilizado el tono asertivo, y cómo le afecta emocionalmente la reacción del receptor.

Como último objetivo específico de este caso, se trabajó en retomar actividades placenteras para Lucía que había dejado de realizar, lo que le estaba afectado de manera negativa en su estado de ánimo y en su autoestima. Para ello, Lucía tuvo que apuntar las actividades que le gustaría realizar, tanto dentro como fuera de casa, eligiendo las más realistas de realizar, por el momento vital en el que se encontraba. La mejora en este objetivo

se observó gracias a que Lucía retomó el dibujo, la lectura y los videojuegos, consiguiendo mayor autonomía e intimidad en su entorno familiar y con su pareja.

Todos los objetivos trabajados tenían como finalidad mejorar la calidad de vida de Lucía, en cuanto a su autoestima y a su estado de ánimo. Como se pone de relieve a través de la revisión de la literatura científica, el trabajo en la asertividad correlaciona positivamente con la adquisición y fortalecimiento de una autoestima adaptativa y sólida (Bautista Valdivia et al., 2020; León Camargo et al., 2009). Gracias a la puesta en marcha de los objetivos específicos, se observa un incremento en los niveles de autoestima, a través de la diferencia en las puntuaciones obtenidas pre (19) y post (24) intervención del RSE (Rosenberg, 1965) (figura 1); y, una mejora en el estado anímico, gracias, al aumento de la puntuación obtenida en el BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003) post intervención (pre: 25 y post: 21). A pesar de que son mejoras leves, cuantitativamente hablando, gracias a sus verbalizaciones (motivación de cambio y expectativas más positivas hacia el futuro) y a su comunicación no verbal (tono de voz, postura corporal), se hace evidente la evolución favorable de Lucía con respecto al objetivo general propuesto.

7.1. Limitaciones del estudio

A pesar del avance de Lucía en los objetivos comentados (a través de la observación y de la diferencia en las puntuaciones pre-post intervención referente a los instrumentos estandarizados) el presente estudio cuenta con una serie de limitaciones.

Con respecto a la paciente, a pesar de que se generó una alianza terapéutica sólida y exponencial a lo largo de la terapia, siendo este un buen predictor del éxito terapéutico (Etchevers et al., 2014), se tuvo que hacer frente a sus problemas de independencia e intimidad en su entorno familiar, ya que, por este motivo no realizaba los autorregistros de la fase de evaluación ni parte de las tareas de la búsqueda de pensamientos alternativos en la fase de intervención. Esto dificultó ambas fases de la

terapia, teniendo que llevar a cabo estas tareas con la paciente en sesión, por lo que la información recogida de estos instrumentos y ejercicios se ha tenido que tratar con precaución por la posible influencia que pudiese tener la presencia de la terapeuta durante su realización.

En lo que respecta a los factores del terapeuta, destacar que la falta de práctica en el entrenamiento de las HHSS por su parte, ha supuesto un hándicap a la hora de llevar a cabo la intervención, lo que ya comentaron Gil Rodríguez et al. (2013). De esta manera, en la realización de los roleplaying, para entrenar las habilidades de comunicación asertivas, se podrían haber hecho más largos e incluso haber grabado estas sesiones (previo consentimiento de la paciente) como apoyo para el feedback post entrenamiento; además, tras la aplicación de esta técnica, podría haberse realizado, como ya indicó Caballo (1993), alguna fase de relajación para rebajar cualquier nivel de nerviosismo generado en la paciente durante la puesta en marcha de este ensayo de conducta.

Por otro lado, y a pesar de que la terapia con Lucía ha constado de veinte sesiones en total, se hubiesen necesitado más para poder continuar realizando roleplayings de las situaciones que le generaban malestar y que no dio tiempo a practicar (enfrentarse a una entrevista de trabajo, discusiones con su pareja y expresar su descontento a su madre). Asimismo, con respecto a la temporalidad de la terapia, ya que no ha sido posible continuar con el proceso terapéutico, se podría haber llevado a cabo el seguimiento de la paciente, para valorar sus avances y el mantenimiento de los objetivos a lo largo del tiempo, así como prevenir recaídas y poder trabajarlas si se diese el caso; pero esta fase tampoco ha podido llevarse a cabo, debido a la finalización del proceso de prácticas de la terapeuta.

7.2. Cuestiones para investigaciones futuras

A pesar del avance de Lucía en los objetivos comentados (a través de la observación y de la diferencia en las puntuaciones pre-post intervención referente a los instrumentos estandarizados) el presente estudio cuenta con una serie de limitaciones.

Con respecto a la paciente, a pesar de que se generó una alianza terapéutica sólida y exponencial a lo largo de la terapia, siendo este un buen predictor del éxito terapéutico

(Etchevers et al., 2014), se tuvo que hacer frente a sus problemas de independencia e intimidad en su entorno familiar, ya que, por este motivo no realizaba los autorregistros de la fase de evaluación ni parte de las tareas de la búsqueda de pensamientos alternativos en la fase de intervención. Esto dificultó ambas fases de la terapia, teniendo que llevar a cabo estas tareas con la paciente en sesión, por lo que la información recogida de estos instrumentos y ejercicios se ha tenido que tratar con precaución por la posible influencia que pudiese tener la presencia de la terapeuta durante su realización.

En lo que respecta a los factores del terapeuta, destacar que la falta de práctica en el entrenamiento de las HHSS por su parte, ha supuesto un hándicap a la hora de llevar a cabo la intervención, lo que ya comentaron Gil Rodríguez et al. (2013). De esta manera, en la realización de los roleplaying, para entrenar las habilidades de comunicación asertivas, se podrían haber hecho más largos e incluso haber grabado estas sesiones (previo consentimiento de la paciente) como apoyo para el feedback post entrenamiento; además, tras la aplicación de esta técnica, podría haberse realizado, como ya indicó Caballo (1993), alguna fase de relajación para rebajar cualquier nivel de nerviosismo generado en la paciente durante la puesta en marcha de este ensayo de conducta.

Por otro lado, y a pesar de que la terapia con Lucía ha constado de veinte sesiones en total, se hubiesen necesitado más para poder continuar realizando roleplayings de las situaciones que le generaban malestar y que no dio tiempo a practicar (enfrentarse a una entrevista de trabajo, discusiones con su pareja y expresar su descontento a su madre). Asimismo, con respecto a la temporalidad de la terapia, ya que no ha sido posible continuar con el proceso terapéutico, se podría haber llevado a cabo el seguimiento de la paciente, para valorar sus avances y el mantenimiento de los objetivos a lo largo del tiempo, así como prevenir recaídas y poder trabajarlas si se diese el caso; pero esta fase tampoco ha podido llevarse a cabo, debido a la finalización del proceso de prácticas de la terapeuta.

7.3. Conclusiones

Tal como se indica en la literatura científica y, por lo que se observa en los resultados de este estudio de caso, la corriente con mayor eficacia para llevar a cabo la evaluación e intervención de las HHSS es la TCC, a pesar de que existan diferentes líneas de investigación donde se han llevado a cabo el tratamiento de este campo a través de otras corrientes y otras técnicas (Mindfulness, realidad virtual, PEERs, arte), la TCC sigue siendo la que mayor evidencia empírica tiene, y la que cuenta con mayor número de manuales a disposición de los profesionales.

En el caso aquí presentado, se ha intervenido en el entrenamiento de las HHSS, trabajando en el área del estilo comunicativo, de la autoestima, del estado de ánimo, de la gestión emocional y de los pensamientos negativos. Los resultados obtenidos de este estudio son favorables, en la medida en la que Lucía ha adquirido la capacidad de comunicar de manera asertiva sus deseos y opiniones, y poner límites; asimismo ha generado nuevos pensamientos más adaptativos ante las autoverbalizaciones negativas que le generaban malestar y que no le permitían desarrollarse como ella quería en sus contextos más cercanos. Su gestión emocional ha mejorado en la manera en la que continúa siendo asertiva y demandando sus derechos, con independencia de las emociones generadas en el receptor. Con todo lo comentado, junto con la realización de actividades agradables para ella como el dibujo, la lectura y jugar a videojuegos; se ha observado una mejora en su autoestima y en su estado de ánimo.

Cabe destacar, que las mejoras han ocurrido gracias al trabajo de Lucía y a su implicación, de manera exponencial, a lo largo del proceso terapéutico, pero merece mención especial la buena alianza terapéutica generada con ella, gracias a la cual se ha podido desarrollar la terapia con un éxito considerable, siendo este considerado el objetivo principal en el proceso terapéutico y correlacionando con los resultados significativamente favorables para el caso (Etchevers et al., 2014).

Por todo lo comentado hasta el momento, la aportación principal de este trabajo a la literatura científica sería la de haber contribuido a aumentar los estudios sobre la intervención desde la TCC en el entrenamiento de las HHSS en población adulta, ya que continúan siendo escasos los estudios en este rango de edad.

Para finalizar, destacar que, a pesar de haber aplicado las técnicas que se proponen desde la TCC para trabajar el entrenamiento de las HHSS, se ha adaptado el orden en el que se han aplicado a lo largo de la terapia atendiendo a la individualidad del caso. A pesar de que existen manuales de referencia que nos pueden guiar en la intervención, es importante no perder de vista las necesidades y características únicas de la persona con la que se trabaja en terapia, y así, poder aplicar las generalidades a la especificidad de su caso, de manera que se cumplan los objetivos terapéuticos y la calidad de vida de la persona tenga una evolución favorable.

8. Referencias bibliográficas

- Alberti, R. E., Emmons, M. L., Fodor, I. G., Galassi, J. P., Galassi, M. D., Garnett, L., Jakubowski, P. & Wolfe, J. L. (1977). A statement of “Principles for ethical practice of assertive behavior training”. In R. E. Alberti. (Ed.), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. Impact.
- Agnihotri, S., Gray, J., Colantonio, a., Polatajko, H., Cameron, D., Wiseman-Hakes, C., Rumney, P & Keightley, M. (2012). Two case study evaluation of an arts-based social skills intervention for adolescents with childhood brain disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(4), 284-297.
- Baker, J., Parks-Savage, A. & Rehfuss, M. (2009). Teaching Social Skills in a Virtual Environment: An Exploratory Study. *The Journal for Specialists in Group Work*, 34(3), 209-226. <https://doi.org/10.1080/01933920903039195>
- Bautista Valdivia, J., Ramos Zúñiga, B., Pérez Orta, M. A., y Florentino González S. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en estudiantes universitarios. *Tlatemoani: Revista Académica de Investigación*, 11(34), 1-26.
- Beck, A., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporations.
- Bermúdez, K., Aviña, V., Chiquet, R., Olivas, S., & Sánchez, F. (2020). Efecto del Entrenamiento en Habilidades Conductuales sobre el establecimiento de habilidades sociales en niños con autismo. Effect of behavioral skills training on social skills in children with autism. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 23–36.
- Caballo, V. E. (1983) Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 4(13), 51-62. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821343>
- Caballo, E. V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. S.XIX.
- Caballo, E. V., Salazar, I. C., Olivares, P., Irurtia, M. J., Olivares, J. y Toledo, R. (2014). Evaluación de las habilidades sociales: estructura factorial y otras propiedades

- psicométricas de cuatro medidas de autoinforme. *Behavioural Psychology/Psicología conductual*, 22(3), 375-399.
- Caballo, E. V., Salazar, I. C., y Equipo de Investigación CISO-A España. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioural Psychology/Psicología conductual*, 26(1), 23-53.
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima*. Descleé de Brouwer.
- Cheng, Y., Huang, C-L. & Yang, C-S. (2015). Using a 3D Virtual Environment System to Enhance Social Understanding and Social Skills for Children With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Development Disabilities*, 30(4), 222–236. <https://doi.org/10.1177/1088357615583473>.
- Chung, U-S., Han, D. H., Shin, Y. J. & Renshaw, P. F. (2016). A prosocial online game for social cognition training in adolescents with high-functioning autism: an fMRI study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 651-660.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. Editorial Paidós.
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Giusti, S. y Helmich, N. (2014). Relación terapéutica: Estudio en población de psicólogos clínicos, *Anuario de Investigaciones*, 21(1), 23-30.
- Froján-M. X. y Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659-682.
- Gaeta González, L. y Galvanovskis Kasparane, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e investigación en psicología*, 12(2), 403-425.
- Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K. & Laugeson, E. A. (2012). Social Skills Training for Young Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *J. Autism. Dev. Disord.*, 42, 1094–1103.

- García Grau, E., Fusté Escolano, A., Ruiz Rodríguez, E., Arcos Pros, M., Balaguer Fort, G., Guzmán Pérez, D. y Bados López, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*: Barcelona. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona.
- Gil Rodríguez, F., Cantero Sánchez, F. J., y Antino, M. (2013). Tendencias actuales en el ámbito de las habilidades sociales. *Apuntes de psicología*, 31(1), 51-57.
- Gismero, E. (2002). EHS: *Escala de Habilidades sociales*. Madrid: TEA
- Hill, T. L., Gray, S. A. O., Baker, C.N., Boggs, K., Carey, E., Johnson, C., Kamps, J. L. & Varela, E. (2017). A Pilot Study Examining the Effectiveness of the PEERS Program on Social Skills and Anxiety in Adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 29, 797-808.
- Iruarrizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T., Zuazo, M. y Sastre, E. (1999). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1).
- Jones, S. M. & Hansen, W. (2015). The Impact of Mindfulness on Supportive Communication Skills: Three Exploratory Studies. *Mindfulness*, 6, 1115-1128.
<https://doi.org/10.1007/s12671-014-0362-7>
- Kelly, J. A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Desclée de Brouwer.
- León Camargo, A., Rodríguez Angarita, C., Ferrel Ortega, F. R. y Ceballos Ospino, G. A. (2009). Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24(91), 91-105.
- Matthews, N. L., Laflin, J., Orr, B. C., Warriner, K., DeCarlo, M. & Smith, C. J. (2020). Brief Report: Effectiveness of an Accelerated Version of the PEERS Social Skills Intervention for Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 2201-2207. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03939-9>.
- Nijman, S. A., Veling, W., Greaves-Lord, K., Vermeer, R. R., Vos, M., Zandee, C. E. R., Zandstra, D. C., Geraets, C. & Pijnenborg G. H. M. (2019). Dynamic Interactive

- Social Cognition Training in Virtual Reality (DiSCoVR) for social cognition and social functioning in people with a psychotic disorder: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19, 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2250-0>.
- Miranda-Zapata, E., Riquelme-Mella, E., Cifuentes-Cid, H. y Riquelme-Bravo, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de habilidades sociales en universitarios chilenos. *Revista latinoamericana de psicología*, 46(2), 73-82.
- Ortega Otero, M., Kendzierski, M. y Aranda Rubio, M. E. (2015). Intervención conductual en un caso de bajo estado de ánimo. *Revista de Psicoterapia*, 26(102), 175-188.
- Pacheco Marimon, M. y Osorno Álvarez, G. Y. (2021). Incidencias de competencias parentales en el desarrollo de habilidades sociales en hijos únicos. *Interdisciplinaria*, 38(1), 101-116.
- Peñañiel Pedrosa, E. y Serrano García, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Editex.
- Plutchik, R. (1984). Emotions: A general psychoevolutionary theory. *Approaches to emotion*, 1984, 197-219.
- Rathus, S. A. (1973). "A 30 item Schedule for assessing assertiveness". *Behavior Therapy*, n°4: 398-406.
- Rathus, S. A., Fox, J. A. & Cristofaro, J. D. (1979). Perceived structure of aggressive and assertive behaviors. *Psychological Reports*, 44, 695-698.
- Roca Villanueva, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. (4a ed.). ACDE Ediciones.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Ruiz Fernández, M. A., Díaz García, M. I., y Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Salavera, C., Usán, P. & Quilez-Robres, A. (2022). Exploring the effect of parental styles on social skills: the mediating role of affects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-12.

- Sanz, J., Perdigón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Segrin, C. (2017). Indirect effects of social skills on health through stress and loneliness. *Health Communication*.
- Shimizu, H., Nakashima, K. & Morinaga, Y. (2019). The role of individual factors in friendship formation: considering shyness, self-esteem, social skills, and defensive pessimism. *Japanese Psychological Research*, 61(1), 47-56. <https://doi.org/10.1111/jpr.12201>
- Siqueira Pereira, A., Dutra-Thomé, L., y Joller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico (porto alegre)*, 47(4), 268-278. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23398>
- Soler Sarrió, A. (2013, Abril 9). *Los derechos asertivos*. Recuperado de <https://www.albertosoler.es/los-derechos-asertivos/>.
- Storebø, O. J., Elmoose Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Faltinsen, E. & Gluud, C. (2019). *Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years*. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub3>
- Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Kasari, C., Ollendick, T., Klin, A., Oswaki, D. & Scahill, L. (2010). Development of a Cognitive-Behavioral Intervention Program to Treat Anxiety and Social Deficits in Teens with High-Functioning Autism. *Clin. Child. Fam. Psychol. Rev*, 13, 77-90.
- Wolstencroft, J., Kerry, E., Denyer, H., Watkins, A., Mandy, W. & Skuse, D. (2021). New approaches to social skills training: Blended group interventions for girls with social communication difficulties. *Autism Research*, 14, 1061-1072.

9. ANEXOS

Anexo A: Modelo de entrevista semiestructurada

Fecha:

1. Nombre y apellidos:.....
2. Edad.....
3. Nivel de estudios y profesión.....
4. Ocupación:.....
5. Motivo de consulta:
 - ¿Por qué has decidido empezar terapia?
 - ¿Desde cuándo te lleva pasando? ¿Lo atribuyes a algún evento/s específico/s?
 - ¿Con qué frecuencia te ocurre en el día a día?
 - ¿Qué grado de malestar dirías que te genera?
 - ¿Cómo dirías que se ve reflejado en ti ese malestar?
 - ¿Cómo crees que afecta al resto de vida?
 - ¿Se lo has contado a alguien? ¿Qué te dice tu entorno acerca de lo que comentas?
 - ¿Qué te gustaría conseguir viniendo a terapia?
6. Área familiar:
 - ¿vives con tus progenitores?
 - ¿Cómo es la relación con ellos?
 - ¿Influyen de alguna manera en los motivos por los que vienes a terapia? ¿De qué manera?
 - ¿Qué opinan de que vengas a terapia?
7. Área sentimental:
 - ¿Tienes pareja? ¿Desde cuándo?
 - ¿Cómo dirías que influye tu pareja en la problemática que comentas?
 - ¿Qué opina tu pareja de que vengas a terapia?
8. Relaciones sociales:
 - Define tu grupo de amigos/as
 - ¿Cada cuánto os veis?
 - ¿Qué soléis hacer?
 - ¿Qué opinan de que vengas a terapia?
9. Hobbies:
 - ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
 - ¿Crees que han afectado de alguna manera los motivos por los que vienes a terapia en esos hobbies?
 - ¿Te gustaría hacer algún tipo de actividad que no hagas?
10. Terapias previas:
 - ¿Has ido antes al psicólogo?
 - ¿Coinciden los motivos de entonces con los actuales?
 - ¿Cómo fue la experiencia? ¿Crees que conseguiste tus objetivos? ¿Qué mejorarías? ¿Qué mantendrías?

Anexo B: Historia Autobiográfica (adaptada del CPA de la Universidad Autónoma de Madrid)

HISTORIA BIOGRÁFICA

Fecha: _____

MOTIVO DE CONSULTA

1. Trata de describir con tus palabras qué dificultad o dificultades tienes y cómo afectan a tu vida.

-Creo que tengo una relación tóxica con mis padres dónde no me dejan ser yo misma ni hacer lo que yo quiero porque sus deseos son más importantes que yo misma

-Siento que tengo problemas de autoestima hasta el punto de no poder reconocirme a mi misma.

-Creo que tengo ansiedad social, me siento terriblemente paranoica con la gente.

2. ¿Hace cuánto tiempo tienes estas dificultad/es? ¿A qué edad estimas que se iniciaron?

Practicamente desde que tengo memoria, tal vez desde los 7 años pero mis problemas de ansiedad comenzaron a los 16.

3. ¿Con qué frecuencia te ocurre aproximadamente (mensual, semanal, diaria...)?

No sabría decir

4. En la actualidad, ¿qué crees que puede estar causando tus dificultades?

Una serie de malas experiencias.

5. ¿Hay factores que las inician o **empeoran**? ¿Hay factores que las amortiguan o **mejoran**?

(Descríbelos)

- Momentos del día

Ninguno en especial.

- Personas

Mis padres y otras personas

- Lugares

Ninguno en especial

- Situaciones

Enfrentamientos o socialización general

(Descríbelos)

- Momentos del día

Ninguno en especial

- Personas

Mi pareja

- Lugares

Mi casa

- Situaciones

Cualquier momento
tranquilizador

6. ¿Quién te aconsejó venir?

La psicóloga de mi pareja.

7. ¿Tienes algún problema de carácter médico que pueda interferir, contribuir y/o intensificar tus dificultades actuales?

■ **SÍ** (especifique cuál):

□ **NO**

8. Señala los síntomas que padeces actualmente (rodea el número):

1. Dolores de cabeza	7. Ataques de pánico	13. Ideas de suicidio
2. Dolores de estómago	8. Fatiga	14. Temblor
3. Alteración del apetito (aumento / disminución)	9. Dificultades para disfrutar	15. Pensamientos negativos /repetitivos
4. Tristeza y/o apatía	10. Tensión muscular	16. Ahogos
5. Mareos y/o desmayos	11. Pesadillas	17. Miedos
6. Alteración del sueño (aumento / disminución)	12. Dificultades de concentración	18. Tics

19. Otros:

-

REFERENCIA A TRATAMIENTOS ANTERIORES

1. ¿Has buscado tratamiento psicológico, psiquiátrico o médico anteriormente?

- **SÍ*** (especifique de qué tipo): psicológico psiquiátrico médico
- NO**

*En caso de que hayas buscado tratamiento anteriormente, escribe en orden cronológico la especialidad profesional de quien te atendió (endocrinología, psiquiatría, cardiología...) y el tratamiento que te prescribió:

Fecha	Especialidad	Tratamiento
en 2018	Médico y psiquiatra	depresión por psiquiatra

2. Actualmente, ¿tomas alguna medicación?

SÍ (especifique cuál):

NO

3. Especifica tu consumo, pasado y actual, de las siguientes sustancias:

◦ Alcohol: Pasado _____ Actual

◦ Tabaco: Pasado _____ Actual

◦ Marihuana/Hachís: Pasado

_____ Actual _____

◦ Otras sustancias (cocaína, etc.):

Pasado _____ Actual _____

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA Y MOTIVACIONES

1. ¿Qué interés tiene para ti seguir un tratamiento psicológico en este momento?

Poder mejorar de los problemas que tengo, poder salir de mi casa sin que parezca algo traumático para mi, tener más autoestima y dejar de sentirme ansiosa con la gente.

2. ¿Te ha costado mucho decidirte a acudir a un/a psicólogo/a?

Un poco, puesto que creo que hay gente con mayores problemas que yo que necesiten ir al psicólogo

3. Después de una primera entrevista, ¿crees que la terapia te puede servir?

Espero que sí

4. ¿En qué crees que puede ayudarte?

Escuchando y dándome herramientas para dejar atrás ciertos pensamientos.

5. ¿Cuánto tiempo estimas que puede durar la terapia?

No lo sé, no creo que mucho.

6. ¿Qué desearías cambiar en tu vida? ¿Qué crees que puede impedirte cambiar?

Me gustaría tener más confianza y autoestima, y lo que lo pudiera impedir es el sentimiento de sentirme encerrada por mis padres y el hecho de que nunca he sido de otra forma.

DATOS FAMILIARES

1. Indica la edad de cada uno de tus familiares y describe el carácter y la relación con cada uno de ellos:

Edad	Descripción del carácter	Relación
Padre:	Fuerte, se enfada con facilidad, me ayuda con lo que necesite pero tiene un caracter autoritario.	No tenemos mala relación, pero en los últimos años nos hemos distanciado y siento que me trata como si fuese mi jefe.

Madre:	Infantil y bastante poco serio aunque es muy cariñosa.	Tenemos una relación complicada, a veces me ayuda y es cariñosa conmigo pero tiende mucho más a rechazar todo lo que hago por mi misma y a sacarme de quicio, a veces pienso que lo hace a proposito.
Hermanos:		
Hijos:		
Otros:		

2. ¿Cómo fue el ambiente familiar durante tu infancia?

Mis padres trabajaban los dos y yo soy hija única, he pasado mucho tiempo sola en casa, y no creo que mis padres fuesen malos, tengo buenos recuerdos, pero tambien muchos tantos otros de mi padre buscando discutir con alguien a gritos en casa, ya sea a mi o a mi madre por cualquier cosa.

3. ¿Qué personas viven contigo en el hogar actualmente?

Mis padres, mi pareja y yo

4. ¿Piensas que el origen de tus dificultades está relacionado, en algún aspecto, con tu ambiente familiar?

- **SÍ*** No me dejan independizarme de ninguna de las formas de ellos sin que me sienta fatal.
- **NO**

RELACIÓN DE PAREJA / SEXUALIDAD

1. ¿Tienes pareja estable?

- **SÍ** (fecha de inicio de la relación): marzo de 2018
- **NO**

2. ¿Convives con tu pareja?

- **SÍ** (¿desde cuándo?):
-

- **NO**

3. Indica la edad y describe el carácter y la relación con tu pareja:

20 años, tiene altas capacidades, así que es bastante maduro, a veces pienso que más que yo, es una persona con sentido del humor pero que también tiende a ser seria, tiene muchos problemas de ansiedad así que a veces puedes ser algo susceptible o demasiado sensible.

4. ¿Consideras que su vida erótica/sexual (en pareja o de forma individual) se ha visto afectada por tu problema?

- **SÍ** (¿en qué?):
-

- **NO**

5. Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales **antes** de que se iniciase el problema que te trae a terapia:

0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10

6. Indica el grado de satisfacción con tus relaciones eróticas/sexuales en la **actualidad**:

0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10

ASPECTOS SOCIALES E INTERESES

1. ¿Qué te gusta hacer en tus **días libres**? ¿Cómo te gusta **divertirte**?

Me gusta salir con mi pareja o con alguien más, pero aprecio mi tiempo en solitario, siento que nadie me juzga cuando me divierto sola, juego a videojuegos, veo series, leo o dibujo.

2. ¿Qué grado de facilidad tienes para **conocer gente y relacionarte** con los demás?

Muy bajo, no se donde conocer gente nueva, y a pesar de que no tengo problemas para hablar con gente nueva, enseguida me invaden los pensamientos negativos.

3. ¿Tienes dificultades para **profundizar o mantener** las relaciones de amistad?

Muchos, no soy capaz de mantener el contacto, siento que sobro o que no soy suficiente para nadie.

4. ¿Hay actualmente alguna persona de tu entorno social con la que tengas problemas o **interfiera en tu vida** de alguna forma?

Actualmente no, pero las he tenido

5. ¿Hay alguien de tu entorno que te esté ayudando a **superar tus dificultades**? ¿De qué forma lo está haciendo?

Mi pareja, en parte

6. Indica tu grado de satisfacción con tus **relaciones sociales**:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INFORMACIÓN ACADÉMICA

1. ¿A qué tipo de colegio y/o instituto fuiste? ¿Cómo fueron tus resultados académicos?

Escuela privada, siempre he tenido notas malas o mediocres y repetí dos veces

2. ¿Cómo te adaptaste a la situación escolar?

Me fuí adaptando lentamente, pero he tenido problemas con mis compañeros hasta cuarto de la eso.

3. ¿Cuál es tu formación después de los estudios obligatorios?

Estudie una carrera en diseño integral y gestión de imagen.

INFORMACIÓN PROFESIONAL

1. ¿Trabajas en la actualidad? Describe tus funciones.

No

2. ¿Tienes dificultades en tu entorno laboral (relaciones con compañeros, jefes, carga de trabajo...)?

No

3. ¿Cuáles son los aspectos que **más** te gustan y los que **menos** de tu trabajo actual?

No

4. ¿Qué aspiraciones laborales tienes?

De momento conseguir trabajo, pero no me está saliendo muy bien.

Anexo C: Autorregistro de situaciones que le generan malestar (fase de evaluación)

80/12/2021

→ Situación específica en un momento determinado

FECHA Y HORA	SITUACIÓN ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía? ¿Me encuentro solo, acompañado? ¿En qué lugar?	EMOCIÓN ¿Qué emociones sintió? En una escala del 0 al 10 ¿cómo de intenso lo sintió?	PENSAMIENTOS ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas...)? ¿En qué grado del 0 al 10 pensó que esos pensamientos eran reales?	CONSECUENCIAS ¿Después de ese momento qué fue lo que sucedió?
Algunos momentos del día.	Reclamar cocina y padre se quita del orden (conduce verbal presiva y molesto)	- Miedo - Vergüenza - Frustración 7 conecta y > 10	- "M. puede echádmelo la bronca..." - "Porque habla como un perro y se habla como un hombre" - "Ahora tengo que ir con..."	A veces → le responde "Si voy algo si voy no voy" → no responde / es culpabilizante y se reanuda la actividad.
Todos los semanas	Recl. dinero a su madre (por cuenta - miedo a la padre) y su madre que ya le lo da / pide mucho.	- Frustrada (10) - Incomprendida (6) - enfado	- "Es mentira" - "A qué va a ir a trabajar?"	Emocional → Culpa - Cómo decirle a que no tiene el dinero (hablar con él)
Hay a menudo.	→ reacción de forma muy negativa "solo a..."	- Triste - Frustración - enfado (10)	- "Porque no me comprende" - "No entiendo porque él le tiene que vivir tanto"	Emocional → Culpabilizador - Dole la razón y se calla el hecho de que no le parece justo que sobrecargue. (Miedo / enfado)

→ Discusión ZERRRENTE POR LOS PADRES DE (Apoyo de)

Declaración de que podría dar cuenta de lo que podría hacer: no padre / padre le enseña / no le enseña.

Anexo D: *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003) pre-intervención



Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

- 5. Sentimientos de Culpa**
0 No me siento particularmente culpable
① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
① Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
② Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusta a mí mismo.
- 8. Autocrítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
③ Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
① No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2 Querría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
① No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12 Pérdida de Interés**
① No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total

Anexo E: Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965) pre-intervención



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.		X		
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.		X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.			X	
4. Tengo un actitud positiva hacia mí mismo/a.			X	
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.			X	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.		X		
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a	X			
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	X			
9. Hay veces que realmente pienso que soy un/una inútil	X			
10. A veces creo que no soy buena persona.		X		

Anexo F: Escala de habilidades sociales (EHS) (Gismero, 2002) pre-intervención



ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

INSTRUCCIONES

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que la lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ÍTEMES	PUNTUACIÓN
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido o estúpida.	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No".	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas que me resultan atractivas.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardare mis opiniones para mí.	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedir que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D

15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé como negarme	A B <input checked="" type="radio"/> C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C <input checked="" type="radio"/> D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta	A <input checked="" type="radio"/> B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona que me parece atractiva, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella	A B <input checked="" type="radio"/> C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo	A B C <input checked="" type="radio"/> D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
23. Nunca sé como "cortar" a un amigo que hablar mucho.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
28. Me resulta incómodo que alguien me diga que le gusta algo de mi físico.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B <input checked="" type="radio"/> C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia otras personas, aunque tenga motivos justificados	<input checked="" type="radio"/> A B C D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C <input checked="" type="radio"/> D

Anexo G: Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) (Rathus, 1973) pre-intervención



INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

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

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

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación en el espacio de la derecha.

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	- 1
2. He dudado en solicitar o anular citas por timidez.	+ 3
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto no me quejo al camarero.	+ 2
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	+ 3
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no" .	+ 3
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	+ 2
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.	- 1
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	+ 1
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	+ 3
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	+ 1
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo. <i>(o el mismo)</i>	+ 1
12. Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	+ 3
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.	+ 3
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	+ 3
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	+ 3
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	+ 3
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	- 1

18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considere incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	-1
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	1

20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	+1
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	-1
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo/la busco antes para dejar las cosas claras.	+3
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	+3
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	+3
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante protesto por un mal servicio.	-3
26. Cuando me alaban con frecuencia no sé qué responder.	+2
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	-3
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	-2
29. Expreso mis opiniones con facilidad.	+1
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	+1

Anexo H: Plantilla consentimiento informado del centro PsicoEca Torrejón de Ardoz, Madrid.



Calle San Isidro 1A - 1º A

Torrejón de Ardoz - Madrid

📞 656 592 135

✉ info@psicoeca.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCESO TERAPÉUTICO

- Se realizará un tratamiento psicológico individualizado, acorde a las necesidades de cada usuario.
- Las técnicas y pruebas administradas serán exclusivamente de carácter psicológico.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- Las sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos, las cuales se llevarán a cabo con una determinada periodicidad indicada por el terapeuta.
- Se ruega puntualidad ya que los retrasos por parte del usuario, no implicarán tiempo extra en la hora de la finalización prevista.
- El paciente podrá interrumpir el proceso terapéutico cuando lo considere oportuno, informando de esta decisión al terapeuta.

LAS CITAS

- Cada sesión será firmada por el/la usuario/a en la hoja de asistencia.
- En caso de anulación o cambio de cita, es necesario avisar con 24 horas de antelación, en caso contrario la cita se dará como realizada. En caso de urgencia justificada, deberá comunicarse a la mayor brevedad posible.

COMUNICACIONES

- Cualquier cambio o modificación podrá ser efectuado mediante correo electrónico psicologia@psicoeca.com
- Para enviar un correo al profesional en asunto se indicará "A la atención del (nombre del terapeuta)" o seguir el hilo de correo que le envíe el terapeuta.

CONFIDENCIALIDAD

- Se garantiza la confidencialidad de lo tratado en consulta, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justificada de acuerdo a lo establecido en el código deontológico del ejercicio profesional.

En Torrejón de Ardoz, a

FDO.

Anexo I: Ficha legitimación – datos personales e imágenes – bono social del centro PsicoEca de Torrejón de Ardoz, Madrid

FICHA LEGITIMACIÓN – DATOS PERSONALES E IMÁGENES – BONO SOCIAL

NOMBRE Y APELLIDOS			
DNI / NIE		FECHA DE NACIMIENTO	
TELÉFONO		CÓMO NOS HA CONOCIDO	
DIRECCIÓN POSTAL			
E-MAIL			

A los efectos de lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LODGD) y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD), Centro de Psicología PsicoEca le informa que los datos personales incorporados en este formulario serán incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, con la finalidad de tener un registro de los clientes de nuestro gabinete psicológico (Centro de Psicología PsicoEca).

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS CLÍNICOS

Los datos clínicos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente por el equipo profesional de Centro de Psicología PsicoEca, y se incluirán en el fichero “Historial Clínico” bajo la responsabilidad de Centro de Psicología PsicoEca, almacenándose en un lugar seguro, de tal manera que ninguna persona ajena al equipo pueda acceder a esta información. Los datos clínicos serán utilizados únicamente con fines terapéuticos y formativos.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

Por otro lado, según el artículo 18 de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, Centro de Psicología PsicoEca le informa que, mediante la aceptación de este documento, usted nos autoriza a incorporar las imágenes realizadas por medios fotográficos, video y/o grabaciones de las sesiones. Estas imágenes serán incluidas en un fichero creado bajo la responsabilidad de Centro de Psicología PsicoEca.

Las imágenes serán recogidas con la finalidad de supervisar la formación del personal en prácticas. Las sesiones grabadas, se guardarán en fichero con contraseña en el ordenador del centro o en la nube para poder acceder a las mismas las personas autorizadas, quedando sus datos protegidos en todo momento. En ningún caso, las sesiones grabadas se almacenarán en los ordenadores personales del personal de prácticas.

Marque la casilla correspondiente:

Si consiente el uso de los datos con la finalidad anteriormente descrita

No consiente el uso de los datos con la finalidad anteriormente descrita

En todo caso, usted tendrá derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose por escrito a Centro de Psicología PsicoEca en C/ S. Isidro portal 1A, piso 1ªA – 28850 Torrejón de Ardoz (Madrid), o al correo electrónico psicologia@psicoeca.com.

Enterado y conforme con lo expuesto en los apartados anteriores, usted consiente expresamente y autoriza a Centro de Psicología PsicoEca, para que trate sus datos personales que voluntariamente facilita, según las finalidades expuestas en este escrito.

Esta autorización tiene validez hasta su revocación por parte del titular de los datos.

En Torrejón de Ardoz, a de de 2021

Aceptación:

Firmado:

Anexo J: Derechos Asertivos (Soler Sarrió, 2003)



www.albertosoler.es

Los derechos asertivos

Para poder desarrollar una conducta asertiva (la capacidad para defender tus derechos de forma no agresiva, sin violar los derechos de los demás) primero es necesario conocer cuáles son estos derechos. Toda persona tiene derecho a ser quien es y a expresar lo que piensa y siente, y hacerlo de forma asertiva significa hacerlo con el máximo respeto por los demás y por uno mismo. ¿Cuáles son tales derechos asertivos? Veamos:

1. Algunas veces, tienes derecho a **ser el primero**. Ceder siempre a los demás, no comunicar tus deseos o preferencias no te hace más cortés. No digas "lo que quieras" cuando tengas una preferencia.
2. Tienes derecho a **cometer errores**. Los errores forman parte de la vida, son necesarios para el aprendizaje. No te avergüences por ellos y defiende tu derecho a cometerlos.
3. Tienes derecho a **tener tus propias opiniones y creencias**. Tener una opinión distinta a la mayoritaria no implica estar equivocado, ¡quizá justo lo opuesto!
4. Tienes derecho a **cambiar de idea, opinión, o actuación**. Cambiar de opinión no es una traición a ti mismo, es evolucionar, aprender, ser flexible.
5. Tienes derecho a **expresar críticas** y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
6. Tienes derecho a **intentar cambiar lo que no te satisface**. No te digas a ti mismo que no lo has intentado.
7. Tienes derecho a **pedir ayuda o apoyo emocional**.
8. Tienes derecho a **sentir y expresar el dolor**. Todos sentimos dolor, y tienes derecho a expresarlo ante aquellas personas que son importantes para ti si lo necesitas.
9. Tienes derecho a **ignorar los consejos de los demás**. Cuando alguien te da un consejo es precisamente eso, no una orden de actuación.
10. Tienes derecho a **recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho**. Esto se aplica a los demás, pero sobretodo a ti mismo. Reconoce tus méritos.
11. Tienes derecho a negarte a una petición, a **decir "no" sin sentirte culpable o egoísta**. Decir "no" no te hace desleal o egoísta.
12. Tienes derecho a **estar sólo**, aún cuando los demás deseen tu compañía.
13. Tienes derecho a **no justificarte ante los demás**. En ocasiones con un "No, gracias" es suficiente. No tienes por qué dar excusas y menos si no son sinceras.
14. Tienes derecho a **no responsabilizarte de los problemas de los demás**.
15. Tienes derecho a **no anticiparte a los deseos y necesidades de los demás** y a no tener que intuirlos.
16. Tienes derecho a **ser tratado con dignidad**. Cuando sientes que no eres tratado con la dignidad y el respeto que mereces, tienes derecho a protestar por ello.
17. Tienes derecho a **tener tus propias necesidades** y que sean tan importantes como las de los demás.
18. Tienes derecho a **experimentar y expresar tus propios sentimientos**, así como a ser su único juez.
19. Tienes derecho a **detenerte y pensar antes de actuar**.
20. Tienes derecho a **pedir lo que quieres** y la aceptar un no por respuesta.
21. Tienes derecho a **hacer menos de lo que eres capaz de hacer**. No siempre puedes rendir al máximo.
22. Tienes derecho a **decidir qué hacer con tu cuerpo, tiempo, y propiedad**.

Recuerda que estos derechos se supeditan a uno principal, que es el derecho a decidir si deseas hacerlos servir o no, y el criterio para tomar tal decisión será siempre personal. No obstante, sólo puedes decidir con libertad si vas a ejercer tus derechos o no si tienes la capacidad asertiva para ejercerlos (puedes hacerte creer que no compras un Ferrari porque no te gusta, pero la verdad es que no tienes dinero para comprarlo). En caso contrario, estarías confundiendo la cortesía con la incapacidad para ser asertivo.

No olvides que todos cuantos le rodean tienen estos mismos derechos, no sólo tu. Ejerce tus derechos en libertad y respetando los derechos de quienes te rodean.

Artículo escrito bajo [licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) de Reconocimiento - NoComercial - CompartirIgual (by-nc-sa): Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, así como modificarla, reconociendo de forma específica al autor y compartiendo la obra bajo la misma licencia. No se puede utilizar esta obra ni sus derivadas para fines comerciales.



Anexo K: Técnicas de comunicación asertiva (adaptadas de Peñafiel Pedrosa y Serrano García, 2010)

TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

- 1. Lenguaje corporal:** a la hora de utilizar una comunicación asertiva tenemos que:
 - 1.1. Mantener contacto ocular con el interlocutor
 - 1.2. Mantener una posición erguida del cuerpo
 - 1.3. Hablar de forma clara, audible y firme
 - 1.4. No hablar en tono de lamentación
 - 1.5. Para dar mayor énfasis a las palabras, utilizar los gestos y las expresiones del rostro.
- 2. Técnica del acuerdo asertivo:** responder a la crítica admitiendo que se ha cometido un error pero separándolo de ser buena o mala persona.
- 3. Técnica del disco rayado:** consiste en repetir nuestro punto de vista con tranquilidad y sin hacer caso omiso a las veces que sea necesario repetirlo ante las intervenciones de la otra persona.
- 4. Ofrecer alternativas:** se utiliza cuando queremos decir que no a un ofrecimiento. Consiste en proponer algo positivo, que guste a la gente. Aunque a veces el presentar una alternativa se parece mucho a «cambiar de tema», el ofrecer algo positivo que guste a la gente supone una cierta riqueza de ofertas y un determinado poder de arrastre.
- 5. Técnica de ignorar:** consiste en ignorar la razón por la que el interlocutor parece estar enfadado y aplazar la discusión hasta que este se haya calmado.
- 6. Para ti - para mí:** es una técnica que se emplea cuando al manifestar nuestra negativa, podemos ser objeto de presiones, agresiones verbales o críticas injustas para intentar manipularnos. Cuando la empleamos conseguimos dos cosas: no enfadarnos cuando otros nos critican, y que no se salgan con la suya.
- 7. Técnica de la claudicación simulada o «banco de niebla»:** consiste en reconocer la razón o posible razón que pueda tener la otra persona, pero expresando la decisión de no cambiar nuestra conducta. Es huir del riesgo, sin atacar demasiado al que te dice u ofrece algo. De algún modo, se trata de no entrar en discusión. Aparentar ceder terreno sin cederlo realmente.
- 8. Técnica de la ironía asertiva:** responda positivamente a la crítica hostil.
- 9. Técnica del aplazamiento asertivo:** aplace la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente.
- 10. Aceptación positiva:** consiste en la aceptación asertiva de la alabanza que nos den (elogios, felicitaciones, etc.), pero sin desviarnos del tema central.

Anexo L: Tarea tono comunicativo (enviado por correo)

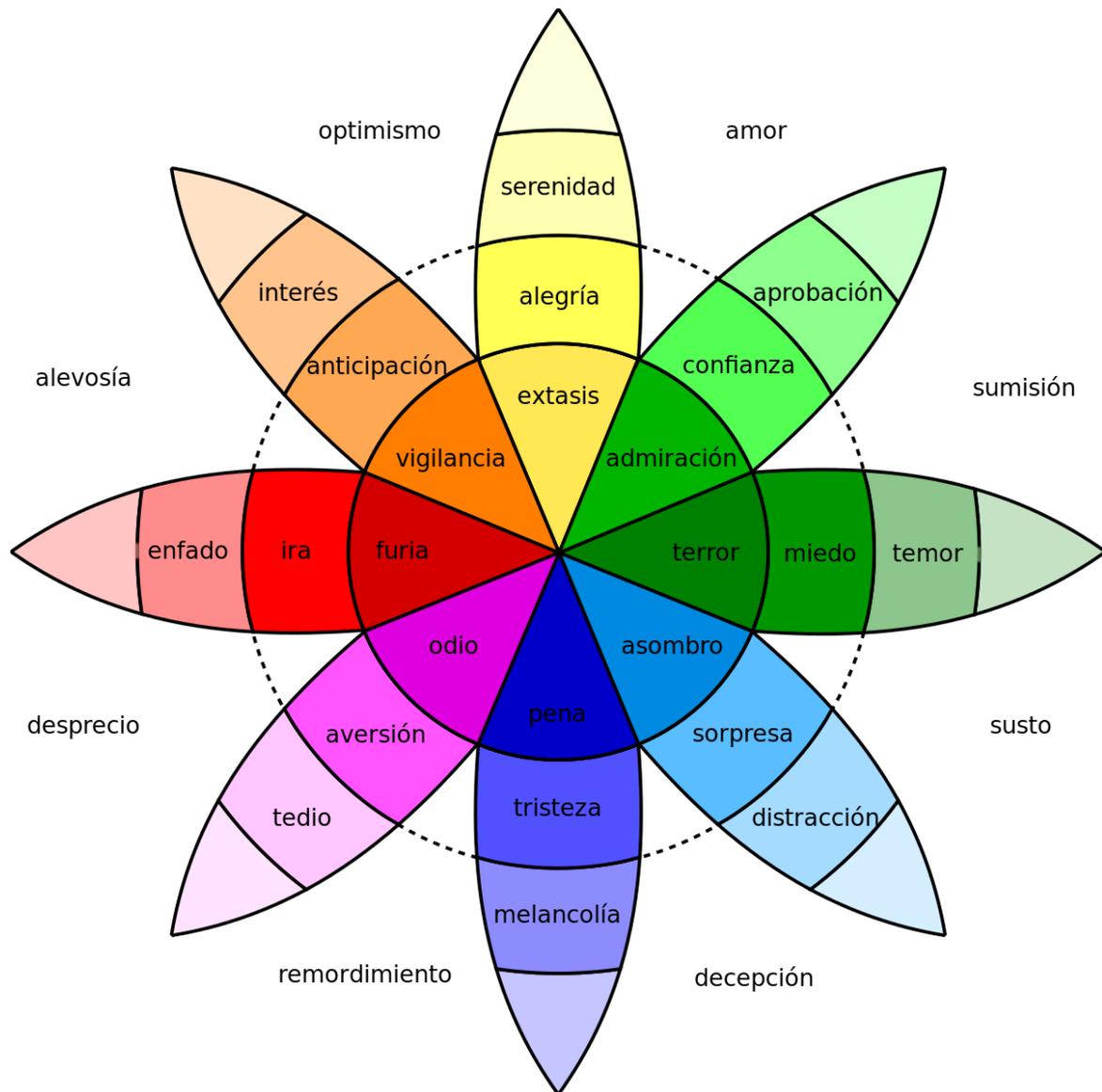
- Le pedí a mi madre que dejase de pedirme las cosas repetidamente de forma agresiva, me hizo sentir culpable después a mí misma.
- Le dije a (pareja) que en unos días me iba a poner a limpiar el cuarto, y le pregunté si quería ayudarme, él no se negó pero me dijo que tenía una forma un poco pasiva de decírselo, me sentí un poco culpable.
- (Pareja) me pide múltiples veces que le traiga cosas o baje al chino a por ellas, yo no soy capaz de decirle todas las veces que no debería ir yo siempre, siento enfado y frustración. Creo que esto es pasivo.
- Le digo a (pareja) que la próxima vez va a tener que ir el que ya le toca, creo que esto es pasivo-agresivo, de alguna forma me sentí mal.
- El otro día quería ir al centro comercial nuevo a dar una vuelta y le dije a (pareja) que quería ir para echar algún curriculum como excusa, (pareja) me dijo que debería dejar de poner excusas para ir a donde quisiera ir, me sentí confusa. Supongo que es comunicación pasiva.
- Mi padre me presionó con que quería que aprendiese a programar una cosa de ingeniería y no de lo mío, ni fui capaz de responderle y simplemente me fui con la cabeza agachada, fui bastante pasiva cuando lo que quería era que me dejase en paz.
- Le he dicho a (pareja) que quiero dibujar más y pasarme un juego que apenas había tocado, de forma asertiva, me sentí bien, y me dijo que le parecía bien.

Anexo M: Diario asertivo

DIARIO ASERTIVO

- Fecha:.....
- He sido asertiva cuando: (¿qué dije?, ¿cómo lo dije?).....
- Me he sentido:.....
- ¿He conseguido lo que quería?:.....
- Beneficios de haber sido asertiva:.....
- Dificultades a la hora de ser asertiva:.....

Anexo G: Rueda de las emociones (Plutchik, 1984)



Anexo Ñ: Autorregistro intervención

Situación	Pensamiento (lo más literal posible)	1. Emoción que te surgió 2. Qué hiciste
<p>Único padre me gritó increpándome por hacer ruido y luego me preguntó sólo por el trabajo que me pidió</p>	<p>Que sólo quiere marcar su territorio sobre mi y que no le importo</p>	<p>Me puse a trabajar de forma inmediata en lo que me ha dicho y me sentí triste y bochornada</p>
<p>Mi madre me pide que suba la ropa, le digo que el agua estaba cortada y no la puede lavar aún, mi madre vuelve a repetirme lo mismo.</p>	<p>Que lo único que quería era mantenerme controlada y que igual le importo poco</p>	<p>Enfado, no hice nada.</p>
<p>Salimos a comer [redacted] y yo y se nos olvida la tarjeta, [redacted] me pide que busque alguna solución porque el no entiende de apps y eeso, al final no lo consigo y tenemos que volver a casa por la tarjeta</p>	<p>Que soy bastante inútil</p>	<p>Frustración, volvemos a casa por la tarjeta</p>
<p>Hago la prueba para el próximo trabajo y luego me pongo a dibujar</p>	<p>Siento he no valgo y que todo lo estoy haciendo es inútil y que no voy a llegar a ningún lado</p>	<p>Me pongo triste pero sigo adelante</p>

Anexo O: *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz et al., 2003) post-intervención

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- ③ Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- ① No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- ① He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- ① No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- ① No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- ① No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- ① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- ① Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

① Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

① Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo P: Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (Rosenberg, 1965) post-intervención



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	X			
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.	X	X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		X		
4. Tengo un actitud positiva hacia mí mismo/a.			X	
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.			X	
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.		X		
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a		X		
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	X			
9. Hay veces que realmente pienso que soy un/una inútil		X		
10. A veces creo que no soy buena persona.		X		

Anexo Q: Escala de habilidades sociales (EHS) (Gismero, 2002) post-intervención



ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (GISMERO, 2010)

INSTRUCCIONES

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Pare responder utilice la siguiente clave:

- A. No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ÍTEMS	PUNTUACIÓN
1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido o estúpida.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	<input checked="" type="radio"/> A B C D
4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C <input checked="" type="radio"/> D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle "No".	A <input checked="" type="radio"/> B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	<input checked="" type="radio"/> A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	<input checked="" type="radio"/> A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas que me resultan atractivas.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
10. Tiendo a guardare mis opiniones para mí.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedir que se calle.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	<input checked="" type="radio"/> A B C D

15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
18. Si veo en una fiesta a una persona que me parece atractiva, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	<input checked="" type="radio"/> A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
23. Nunca sé cómo "cortar" a un amigo que hablar mucho.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
25. Si un amigo al que le he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
28. Me resulta incómodo que alguien me diga que le gusta algo de mi físico.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A <input checked="" type="radio"/> B C D
30. Cuando alguien se me "cuera" en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A <input checked="" type="radio"/> B C D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia otras personas, aunque tenga motivos justificados.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B <input checked="" type="radio"/> C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B <input checked="" type="radio"/> C D

Anexo R: Inventario de Asertividad de Rathus (RAS) (Rathus, 1973) post-intervención



INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

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

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

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación en el espacio de la derecha.

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

16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	+3
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	-1
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considere incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	+1
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.	+2

20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	+1
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	+1
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, lo/la busco antes para dejar las cosas claras.	+1
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	+2
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena.	-1 +2
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante protesto por un mal servicio.	-1
26. Cuando me alaban con frecuencia no sé qué responder.	+3
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	-1
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención.	+2
29. Expreso mis opiniones con facilidad.	-1
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	+1