

Entrenamiento en asertividad en una paciente con un estilo de comunicación pasivo

Máster en Psicología General Sanitaria

Autor/a: Paula Rodas Pinilla

Tutor/a: Nerea Amezcua Valmala

Fecha de realización del trabajo: 23 de Junio 2022

Resumen

En el presente trabajo se realiza una revisión sobre el concepto de asertividad, es decir la capacidad para expresar sentimientos, emociones, actitudes, deseos, opiniones y derechos, de forma directa y sin sentimientos de culpa, respetando los de los demás. Además, se expone el estudio de un caso clínico de una mujer de 37 años, con un estilo de comunicación pasivo ante interacciones con miembros de su familia, como con su grupo de iguales, que le provocan sentimientos de frustración y culpabilidad consigo misma, y distorsiones cognitivas relacionadas con ser egoísta por anteponerse a los demás y de perfeccionismo. Para aumentar el aprendizaje de conductas asertivas y reestructurar esas creencias irracionales, se llevó a cabo un entrenamiento en asertividad a través de diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Concretamente, se desarrollaron tres sesiones de evaluación, once de tratamiento y dos de seguimiento. Los resultados obtenidos muestran la eficacia de este tratamiento tras generarse un cambio en el patrón de comunicación de la paciente, disminuyendo el uso de interacciones pasivas hacia conductas más asertivas y habiéndose producido una modificación de los pensamientos irracionales.

Palabras clave: asertividad, caso clínico, entrenamiento en asertividad, estilo comunicación pasivo.

Abstract

In the present work, a review of the concept of assertiveness is carried out, which is, the ability to express feelings, emotions, attitudes, desires, opinions and rights, directly and without feelings of guilt, respecting those of others. In addition, the study of a clinical case of a 37-year-old woman is exposed, with a passive communication style in the face of interactions with members of her family, as well as with her peer group, which provoke feelings of frustration and guilt with herself, and cognitive distortions related to being selfish by putting yourself before others and perfectionism too. To increase the learning of assertive behaviors and restructure these irrational beliefs, assertiveness training was carried out through different cognitive-behavioral techniques. Specifically, three evaluation sessions, eleven treatment sessions and two follow-up sessions were carried out. The results obtained show the efficacy of this treatment after generating a change in the patient's communication pattern, reducing the use of passive interactions towards more assertive behaviors and having produced a modification of irrational thoughts.

Keywords: assertiveness, clinical case, assertiveness training, passive communication style.

Resumen.....	2
Abstract.....	3
1. Introducción	6
1.1 Habilidades sociales	6
1.2 Asertividad	7
1.2.1 Características de la Conducta Asertiva	7
1.2.2 Estilos de Comunicación	8
1.2.3 Tratamientos.....	10
2. Identificación del paciente y motivo de consulta.....	12
3. Estrategias de evaluación.....	13
4. Formulación clínica del caso.....	15
4.1 Descripción de la conducta.....	15
4.2 Origen, mantenimiento y análisis funcional.....	16
4.3 Conductas a modificar y a implantar	18
5. Tratamiento	19
6. Valoración del tratamiento	22
7. Discusión y conclusiones	26
8. Referencias bibliográficas	30
9. Anexos.....	35
9.1 Anexo A. Cómo decir no.....	35
9.2 Anexo B. Cómo afrontar las críticas	36

Índice de Tablas

Tabla 1 Modelo De Autorregistro De Interacción.....	15
Tabla 2 Análisis Funcional Del Caso	17
Tabla 3 Objetivos Terapéuticos y Técnicas De Intervención	20
Tabla 4 Resumen De Sesiones, Objetivos Y Técnicas De Tratamiento	22

1. Introducción

1.1 Habilidades sociales

El interés por las habilidades sociales tuvo lugar por una serie de estudios llevados a cabo por Thorndike (1920) (citado en Ozamiz et al., 2019), cuyo objeto era comprender qué capacidades son necesarias para poder entender a las personas y relacionarnos con ellas. No es hasta los años 60, cuando este concepto empieza a adquirir mayor relevancia. Durante estos años se proponen varios modelos de explicación del funcionamiento de las habilidades sociales, como el propuesto por Alglyle y Kendon (1967), la teoría del aprendizaje social de Bandura (1962), que, junto al avance del desarrollo de la teoría conductual, han favorecido la base de las teorías que en la actualidad explican las habilidades sociales (Ozamiz et al., 2019).

Actualmente, todavía existe gran controversia a la hora de establecer un concepto de habilidades sociales. Diversos autores la definen como el repertorio de conductas o comportamientos interpersonales necesarios para que exista una eficaz interacción y conexión con los demás. Estas conductas permiten la expresión de actitudes, deseos, necesidades, sentimientos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación, respetando también la expresión de esas conductas en los demás (Morán et al., 2018; Vélez et al., 2018).

Estas habilidades sociales se adquieren y se desarrollan a lo largo de toda la vida, gracias a la interacción con el resto de las personas y del contexto y la cultura en la que habitemos. Todo ello, mediante la observación, la experimentación y el refuerzo de ciertos comportamientos (Montes et al., 2018).

En definitiva, las habilidades sociales nos ayudan a poder relacionarnos, comunicarnos e integrarnos en la sociedad de manera efectiva y adecuada. Para que esto tenga lugar, están implicadas una serie de capacidades o factores que hay que desarrollar (Morán et al., 2018; Vélez et al., 2018):

- Autoexpresión en situaciones sociales: ser capaces de expresar nuestros sentimientos, deseos y opiniones de manera adecuada hacia los demás;
- Defender nuestros derechos, respetando los derechos y necesidades de los demás;
- Favorecer un adecuado manejo de las críticas;
- Exponer nuestra propia opinión;
- Tener un buen concepto de nosotros mismos;
- Adquirir relaciones con los demás que sean eficientes, satisfactorias y respetuosas. Disminuir los conflictos que se puedan dar.

Por otro lado, según Ramos et al., (2014) las habilidades sociales, dependiendo de su nivel de dificultad, se pueden dividir en dos grupos: habilidades simples y las habilidades complejas:

- Habilidades simples: en este grupo se encuentran habilidades como ser capaz de iniciar una conversación, presentarnos a otras personas, dar las gracias, etc.

- Habilidades complejas: en este grupo se encuentran la asertividad, la capacidad de disculparse, la capacidad de escuchar, la negociación, la modulación de la expresión emocional, la empatía, etc.

1.2 Asertividad

La asertividad es una parte esencial de las habilidades sociales (Ortega et al., 2015). A lo largo de la historia se ha definido de diversas maneras, encontrándose dificultades para delimitar este concepto. Fue descrita por primera vez, por el autor Andrew Salter (1949) (citado en Ortega et al., 2015), que la consideró un rasgo de personalidad presente en ciertas personas. Más adelante, este concepto fue desarrollándose y autores como Wolpe (1958) y Lazarus (1966) (citados en Palau et al. 2006) lo consideran como una forma de manifestar nuestras emociones y sentimientos, siendo las personas en algunos ambientes asertivas y en otros ineficaces (Silvério y Matos, 2021).

En la actualidad se considera la asertividad como la capacidad o la conducta que tiene una persona para expresar sus sentimientos, emociones, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de forma directa y sin sentimientos de culpa, respetando los sentimientos, emociones, actitudes, deseos, opiniones o derechos del resto de personas. Esta habilidad puede ser aprendida y facilita que haya una adecuada relación con el resto de los individuos (Caballo, 1983; Güell, 2005).

1.2.1 Características de la Conducta Asertiva

La conducta asertiva se puede explicar atendiendo a una serie de indicadores expresivos tanto verbales como no verbales entre los que destaca: mantener contacto ocular, volumen de la voz, contenido del mensaje claro y fluido y postura erguida (Valdivia et al., 2020).

Según varios estudios de Leal y Vidales (2019) y Valdivia et al. (2020) las personas asertivas se caracterizan por compartir una serie de emociones y singularidades:

- Las personas asertivas se conocen a sí mismas y son conscientes de lo que sienten.
- Se aceptan a sí mismas incondicionalmente, sin depender de los demás.
- Saben comprender y guiar tanto sus sentimientos como los de los demás.
- Saben cómo tienen que pedir las cosas, sin exigir en ningún momento.
- Aceptan sus limitaciones, pero al mismo tiempo luchan para poder cumplir sus ambiciones u objetivos.
- Expresan sus deseos, pensamientos, sentimientos y opiniones a los demás sin esperar que sean ellos los que los adivinen.
- Se respetan, valoran y defienden sus derechos.
- Se pueden comunicar con toda clase de personas, siendo esta comunicación fluida, transparente, directa y franca.

1.2.2 Estilos de Comunicación

A la hora de hablar del empleo de la conducta asertiva, es necesario añadir la descripción de otros modelos o estilos de conductas: el pasivo y agresivo, que empleamos en cualquier comunicación interpersonal.

De acuerdo con el caso planteado, no centraremos en describir más a las personas que emplean estilos de comunicación pasivos y asertivos:

- *Estilo comunicativo asertivo*: se considera el más eficaz. Como se ha dicho anteriormente, en este tipo de comunicación se protegen, respetan y expresan de forma directa los propios deseos, sentimientos, pensamiento y derechos, pero sin ir en contra de los del resto de personas. Cuando se lleva a cabo este estilo de comunicación entre dos o más interlocutores, se suele producir una buena relación interpersonal entre todos los componentes, aunque esto no quiere decir que haya ausencia de conflictos (Alonso et al., 2014; Castro y Calzadilla, 2021; León 2014; Ortega y Calero, 2015).

Según los autores Alonso et al. (2014), León (2014), Castro y Calzadilla (2021) y Ortega y Calero (2015) emplear una conducta asertiva conlleva multitud de consecuencia positivas entre las que se encuentran:

- Facilitar una comunicación clara y no manipuladora. Minimizar la probabilidad de que haya malinterpretaciones de los mensajes por parte de los demás, fomentando tanto el respeto hacia ellos como hacía los demás.
 - Fomentar las emociones positivas en los demás y en sí misma.
 - Favorecer mayor seguridad, autoestima, autoconcepto en las personas.
 - Aumentar la probabilidad de lograr lo que queramos.
 - Mayor eficiencia ante situaciones de conflicto
- *Estilo comunicativo agresivo*: se emplea cuando se defienden los derechos personales. Se expresan los pensamientos, sentimientos, opiniones y deseos, sin tener en cuenta los de los demás. Normalmente, esto se lleva a cabo de forma inapropiada, ejerciendo faltas de respeto hacia los derechos de los demás, peleas y amenazas. Como consecuencia el resto de las personas suelen evitarlos (Alonso et al., 2014; Castro y Calzadilla, 2021; León, 2014; Ortega y Calero, 2015).
 - *Estilo comunicativo pasivo o inhibido*: en este caso se produce una violación de los derechos e intereses personales. La persona es incapaz de expresar sus pensamientos, sentimientos, opiniones y deseos, pero respeta y prioriza los de los demás.
Desde el punto de vista cognitivo, consideran que el resto de personas deben saber que les ocurre sin ellos expresarlo, y además, piensan que deben sacrificarse por los

demás. Esta conducta tiene como objetivo evitar conflictos, obteniendo como recompensa ser queridos y apreciados por los demás, no siendo rechazados, aunque, todo ello provoca un gran estado de frustración, resentimiento, culpa, tristeza, falta de autoestima e irritabilidad hacia ellos mismos. Esto puede deberse a la creencia de quedarse solo si se enfrenta a los demás, a miedo a herir a otros, o a no tener estrategias para poder afrontar la situación (Alonso et al., 2014; Castro y Calzadilla, 2021; León, 2014; Ortega y Calero, 2015).

Estos tres tipos de estilos de comunicación interpersonal, pueden representarse como un continuo, estando en un extremo el estilo agresivo o dominante y en el otro el estilo pasivo o inhibido, mientras que, el estilo asertivo, considerado el grado óptimo de la comunicación, se encontraría en el centro. Por tanto, cuando una persona no emplea una comunicación asertiva, está utilizando alguno de los otros estilos (Castro y Calzadilla, 2021).

En cuanto a la etiología, existen una serie de aspectos o factores que influyen en el aprendizaje de un individuo de la conducta asertiva o no. Por un lado, se encuentra el modelo centrado en el ambiente en el que las normas, las creencias culturales y la educación, pueden reforzar o castigar conductas asertivas o no asertivas. Cuando se refuerza una conducta no asertiva y se castiga la asertiva interfiere en su aparición.

Por otro lado, se encuentra el modelo centrado en el sujeto, según el cual la persona no ha tenido la oportunidad de observar y aprender repertorios de conductas asertivas, y por tanto, ponerlas en práctica (Ortega y Calero, 2015).

Aunque un déficit en la conducta asertiva no es considerado un trastorno perteneciente al DSM-V, se ha observado que no disponer de estas estrategias de comunicación provoca en el sujeto el desarrollo, establecimiento y mantenimiento de una serie de conductas desadaptativas que pueden afectar a su bienestar social, psicológico y personal (Cervantes et al., 2011; Palau et al., 2006, Salazar et al., 2014). Existen estudios en los que se ha podido contemplar que una falta de asertividad está relacionada con una baja autoestima, y por tanto, aumentar el establecimiento de ellas, provoca un aumento en la seguridad, confianza y autoestima de las personas. Además, se encontró que trabajar las conductas asertivas, correlaciona positivamente con una mejora en la satisfacción de las relaciones interpersonales, siendo la mayor parte de las relaciones investigadas las de pareja (Melhem, 2021; Obineli y Ezioko, 2019; Parray et al., 2020; Speed et al., 2018). Por otro lado, en distintas investigaciones se ha observado que existe una relación entre asertividad y psicopatología. Sobre todo se han centrado en la ansiedad y la depresión.

En cuanto a la ansiedad, en particular la ansiedad social, está asociada con problemas de falta de asertividad, encontrando que estos síntomas pueden mejorar con un correcto entrenamiento en estas conductas.

Otros estudios examinaron que el entrenamiento en conductas asertivas experimenta una disminución de determinados síntomas depresivos (Cervantes et al., 2011; Palau et al., 2006, Salazar et al., 2014; Speed et al., 2018).

1.2.3 Tratamientos

El tratamiento psicológico más eficaz y con mayor apoyo empírico para el déficit en la conducta asertiva es la terapia asertiva o el entrenamiento en asertividad. Se encuentra dentro de las terapias cognitivo-conductual, y se ha enmarcado dentro de las técnicas de habilidades sociales (García, 2021).

Este tratamiento, consiste en una intervención que emplea técnicas cognitivos-conductuales para tratar de modificar aquellos estilos de comunicación pasivo o agresivo, sustituyéndolas por un repertorio conductual más asertivo, incrementando el respeto hacia uno mismo y las interacciones interpersonales en individuos de todas las edades, incluyendo niños, adolescentes y adultos, además de individuos con trastornos psiquiátricos (Ortega et al., 2015; Ortega y Calero, 2015; Ustun y Kucuk, 2020).

Por lo tanto, el entrenamiento en asertividad consiste en eliminar el repertorio de conductas no asertivas, favoreciendo la autoobservación y el autoconocimiento, para así poder tener en cuenta los deseos e intereses personales (Ortega et al., 2015).

Este entrenamiento en asertividad se introdujo por primera vez en la década de los cincuenta como una forma de terapia conductual por parte de los psicólogos estadounidenses Salter y Wolpe (citados en Omura et al., 2019). Se conceptualizaba cómo un déficit en el comportamiento debido a que el individuo no sabía cómo o cuándo ser asertivo. Más adelante, Goldfried y Davinson (1976) (citados en Speed et al., 2018), plantearon la posibilidad de que debido a los pensamientos y preocupaciones sobre las consecuencias de la interacción con los demás, los individuos no asertivos podrían verse inhibidos a expresarse, por lo que se introdujo la conceptualización cognitiva dentro de la terapia conductual, marcando así el comienzo de un cambio en el entrenamiento de asertividad, hacia la utilización de técnicas cognitivas-conductuales (Speed et al., 2018).

En la actualidad, este entrenamiento en asertividad, no se suele utilizar tanto de manera independiente, sino dentro de paquetes para el tratamiento de trastornos pertenecientes al DSM-V. No obstante, se ha comprobado que es muy útil y eficaz como tratamiento independiente, no sólo para problemas de déficit en la conducta asertiva, sino dentro de problemas clínicos sobre todo trastornos de depresión y ansiedad, y también enfermedades mentales graves, baja autoestima (Palau et al., 2006; Speed et al., 2018).

En el caso de los trastornos de ansiedad, González et al. (2018) confirmaron que disponer de dificultades en asertividad correlacionaba positivamente con trastornos de ansiedad, sobre todo con

ansiedad social, y el tratamiento utilizando el entrenamiento en asertividad, mejoraba los síntomas a través de una progresiva disminución de las situaciones temidas y evitadas (Armas, 2015).

En el caso de la depresión, en la revisión bibliográfica realizada por Speed et al. (2018), recogen varios estudios en los que se afirma la idea de que los individuos deprimidos poseen dificultades para emitir comportamientos asertivos. Se recoge la idea de que la asertividad está inversamente relacionada con los síntomas depresivos, de tal forma que el entrenamiento en asertividad es eficaz para aumentar la utilización de conductas asertivas y aliviar los síntomas depresivos.

En los trastornos mentales graves (esquizofrenia, bipolaridad, etc), se necesita una mayor investigación, pero existen estudios relacionados con que patologías graves como es el caso de la esquizofrenia, pueden disponer de comportamientos poco asertivos como consecuencia de falta de habilidades sociales, disminución de la motivación, etc., y en este tipo de patologías uno de los tratamientos más eficaces para el aumento de asertividad, es el entrenamiento en ella de forma grupal (Casas-Anguera et al., 2014; Speed, 2018).

Dejando de lado la relación entre la conducta asertiva y trastornos específicos, también existe evidencia de que esta falta de asertividad está asociada con otros factores como es la falta de autoestima. La evidencia de la investigación sugiere que este déficit puede tener un impacto negativo en el autoconcepto y autoestima del individuo, es decir, en la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Un correcto entrenamiento en asertividad, correlaciona positivamente con un aumento de la autoestima o el autoconcepto del individuo (Quevedo et al., 2019; Speed et al., 2018; Valdivia et al., 2020).

Fuera del ámbito clínico, se utiliza cada vez con más éxito para ayudar tanto en la discriminación como en el abuso sexual, etc (Speed et al., 2018).

Los componentes más destacados que debe poseer un entrenamiento en asertividad son (Ortega y Calero, 2015):

- Saber qué conducta es necesaria aplicar para cada contexto o situación.
- Ser capaz de observar y llevar a la acción esa conducta.
- Conocer la eficacia que tiene esa conducta.
- Mantener los éxitos que se vayan logrando mediante refuerzo.
- Afianzar y generalizar de esa conducta a otros contextos.

Este entrenamiento en asertividad conlleva que la persona adquiera una serie de habilidades verbales, no verbales, cognitivas y emocionales, y como sintetiza Carballo se pueden dividir en 6 etapas (Caballo, 2009; Castanyer, 2014; García-Grau et al., 2019):

- Ensayo de conducta: puesta en práctica de conductas ante determinadas situaciones que simulan la vida real.
- Modelado: demostraciones al individuo de un modelo de conducta.

- Instrucciones: información que se le trasmite al paciente y que guía su actuación ante determinadas situaciones indicándole que debe hacer.
- Retroalimentación: transmitir al paciente información sobre aspectos y pautas para mejorar habilidades y estrategias.
- Reforzamiento: recompensa al paciente de aproximaciones hacia la conducta que se desea adquirir.
- Tareas para casa: actividades que pueda realizar el individuo en casa sin presencia del terapeuta.
- Reestructuración cognitiva: identificar y modificar por parte del terapeuta pensamientos y creencias irracionales del paciente.

Estas etapas pueden verse modificadas, por la implantación o eliminación de técnicas, dependiendo de distintos factores que sean la causa de dónde vienen estas dificultades en la conducta asertividad, es decir, si se produce por un déficit en habilidades asertivas o si es más por problemas de ansiedad anticipatoria ante esas dificultades (Mahmoud et al., 2022; Speed et al., 2018).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Para salvaguardar la identidad de la paciente y respetar el Código Deontológico de Psicología y la Ley Orgánica de Protección de Datos, se van a nombrar tanto a la paciente como a sus familiares con nombres ficticios, en el caso de la paciente se referirá a ella como Isabel.

Isabel es una mujer de 36 años de edad, soltera y que vive sola. Es Graduada en Danza y profesora de baile. Actualmente se encuentra trabajando en su propio negocio, un gimnasio en la provincia de Madrid. Desde la pandemia generada por la COVID-19, ha tenido dificultades económicas para llevar hacia delante el negocio, aunque está remontando.

Aunque es la primera vez que acude a una consulta psicológica para realizar un proceso terapéutico, anteriormente asistía cada quince días al gabinete con un experto para practicar Mindfulness. Este fue quien le aconsejó acudir a terapia.

En cuanto a su ámbito familiar, sus padres se divorciaron cuando ella tenía 16 años, época que la describe cómo trágica, pues su padre se fue de casa, sintiéndose abandonada por él. Al poco tiempo su madre comenzó a tener problemas con el alcohol y a medicarse, encargándose de ella su hermana Sonia, 4 años mayor que ella. No obstante, en la actualidad mantiene buena relación con sus padres, y no existe por parte de su madre ningún problema de salud. Su hermana trabaja con ella en el gimnasio. La razón es que su madre se lo pidió como un favor cuando esta se quedó sin trabajo, y ella no supo negarse. Refiere que mantiene una correcta relación, aunque no confía en ella tanto a nivel personal como laboral y le gustaría ser capaz de despedirla.

Durante su proceso terapéutico comienza a conocer a su actual pareja. Desea comenzar una relación con él, pero tiene miedo a que le ocurra lo mismo que pasó con sus anteriores relaciones, en las que sentía que daba mucho más de lo que recibía.

Isabel acude por iniciativa propia al gabinete, refiriendo que su principal problema o motivo de consulta es un fuerte sentimiento de frustración y culpabilidad consigo misma. Este es el objetivo primordial de evaluación y tratamiento en diferentes situaciones que acontecen en su vida, sobre todo con su familia, amigos, pareja y exparejas.

Habitualmente, refiere que estos sentimientos aparecen en situaciones en las que cede ante los intereses y deseos de su familia, amigos, etc. anteponiéndolos a los suyos, o situaciones en las que desea exponer sus opiniones y emociones pero no lo hace, pues si expresa sus intereses y deseos genera en ella una sensación de culpabilidad y de ser una persona egoísta.

3. Estrategias de evaluación

Según los autores Botella y Corbella (2011) para realizar un correcto plan de intervención, es necesario iniciar una primera fase de evaluación, cuyo principal objetivo es la obtención de toda la información necesaria para conocer cuál es el motivo de consulta de la paciente. Se pretende así, ir afianzando una buena alianza terapéutica, pues se ha demostrado que está relacionada con resultados favorables en el proceso terapéutico.

En este caso clínico, la fase de evaluación se llevó a cabo durante 3 sesiones semanales de 50 minutos de duración cada una de ellas. Durante el desarrollo de la primera sesión se aplicó la entrevista semiestructurada. En la segunda sesión se administró la técnica de la línea de vida y el autorregistro de interacción. Finalmente, durante la última sesión de evaluación se analizó el autorregistro interacción completados durante el transcurso de esa semana y se administró la técnica del genograma.

A continuación, se procede a describir en mayor profundidad estos instrumentos o técnicas de evaluación:

- Entrevista semiestructurada: se utilizó con el objetivo de poder obtener información específica y relevante del propio paciente en las distintas áreas de su vida. Para ello se prepararon antes de la sesión una serie de cuestiones o aspectos importantes que iban a ser preguntadas a la paciente, de tal forma que sirven de guía, siendo más flexible y permitiendo ir adaptándose a los contenidos que se consideraban relevantes de cada persona (Labrador, 2008; Ríos, 2019). En este caso, gracias a la entrevista se obtuvo información sobre las diferentes áreas de su vida concretamente: en el área familiar, en el área de la salud, en el área laboral, en el área de las relaciones sociales, en el área de la pareja, y por último en el área personal.

- Línea de vida: es una técnica de perspectiva más humanística, aunque también se suele emplear en otras corrientes psicológicas. Esta técnica consiste en la realización por parte del paciente de un cronograma de todos los acontecimientos vitales que sean relevantes para él o ella. Su finalidad es poder obtener una secuencia cronológica del desarrollo de la persona, además permite al paciente mejorar su autoconocimiento.

Según Villegas (2013) para la realización de esta línea de vida no existen pautas concretas, aunque se le comunica al paciente que señale cronológicamente aspectos de su vida que hayan sido importantes utilizando el siguiente orden: se comienza con acontecimientos vitales, posteriormente con acontecimientos significativos, momentos de inflexión y por último momentos de corte.

En el caso de Isabel se aplicó esta técnica para poder tener un orden cronológico, ya que en el momento de la entrevista semiestructurada se observó que había ciertos acontecimientos que le resultaba difícil ponerlos en orden y recordarlos.

- Genograma: esta técnica sirve para obtener una representación gráfica, tanto de la estructura familiar como del tipo de relación que mantienen cada uno de los miembros que la componen, adquiriendo de forma organizada gran cantidad de información.

Para construir un genograma, es necesario tener en cuenta una serie de pasos: 1. se representa la estructura de la familia, utilizando para ello diferentes figuras, dependiendo de la persona, de las relaciones que tienen entre ellos, etc; 2. se obtiene información sobre la familia en general, es decir estudios, ocupación, edad, estado civil, etc; 3. se obtiene información sobre el tipo de relación, para ello se utilizan diferentes clases de líneas que representan si existe una relación conflictiva, fusionada, distante, positiva, etc (Compañ et al., 2012 ;Suarez, 2010).

En este caso, se utilizó esta técnica con el fin de obtener información clara sobre el tipo de relación que mantenía con los miembros de su familia, ya que durante la entrevista semiestructurada se observó la existencia de ciertos problemas con algunos miembros de su familia.

- Observación durante las sesiones: se trata de una técnica en la que se va a obtener información sobre el comportamiento no verbal del individuo. Dicho comportamiento es muy útil, puesto que se puede indagar sobre las situaciones o contextos en los que se ha producido esa conducta, que puede complementar a la información obtenida mediante el lenguaje verbal. En este caso el lenguaje no verbal que se tuvo en cuenta fue: postura corporal, volumen y velocidad de la voz, gestos faciales y contacto visual (Labrador, 2008).
- Autorregistros: se trata de una técnica de evaluación semiestructurada que sirve para obtener información sobre multitud de conductas, de distinta clase o tipo, en el entorno natural en el que se producen.

Se lleva a cabo por el propio paciente, y para ello, es necesario que atienda deliberadamente a su propia conducta problema, y posteriormente la registre por el procedimiento previamente acordado con el psicólogo.

Por lo tanto, esta técnica cuenta con unas características específicas. En primer lugar, hay que proporcionarle al paciente una hoja en la que se explique: las conductas que tiene que registrar y las condiciones en las que se tienen que producir. Por último, debe quedar claro que estas conductas tienen que registrarse nada más producirse (Fernández-Ballesteros, 2013).

En la tabla 1, se expone el modelo de autorregistro administrado en el presente caso, se utilizó el autorregistro de interacción sobre situaciones en las que la paciente experimentaba ese sentimiento de frustración o culpabilidad, para obtener información detallada sobre el contexto en el que se manifestaba el problema. Además, este autorregistro también sirvió para poder identificar qué estilo de comunicación tanto agresivo, pasivo o asertivo empleaba la paciente en las diversas situaciones y contextos. Concretamente, en este autorregistro la paciente tenía que plasmar, durante las primeras sesiones de pretratamiento y las últimas de postratamiento, aquellas situaciones en las que experimentaba ese sentimiento de frustración y malestar consigo misma. Debía anotar la situación que se producía y su reacción, qué hacía o decía y qué pensamientos y sentimientos tenía en ese momento. También debía anotar la reacción que tenían el resto de personas.

Tabla 1

Modelo De Autorregistro De Interacción

Día	Hora	Situación	Qué hago/digo	Qué pienso	Qué siento	Qué hace y dice el otro	Consecuencias de mi comportamiento
-----	------	-----------	------------------	---------------	---------------	-------------------------------	--

4. Formulación clínica del caso.

4.1 Descripción de la conducta.

A partir de los resultados obtenidos a través de la técnica de evaluación del autorregistro de interacción, se observa que Isabel utilizaba un estilo de comunicación pasivo, antepone los intereses, sentimientos y emociones de sus múltiples relaciones interpersonales, a los suyos. Concretamente, se evidencia un déficit en la comunicación asertiva, ante situaciones en las que tiene que decir no, rechazar peticiones, aceptar y recibir críticas. Además, esta conducta se realiza cuando va dirigido a amigos o parejas, en ocasiones su hermana y no tanto con sus padres.

En definitiva, a través de este autorregistro se observa que Isabel adopta un estilo de comunicación pasivo y evasivo ante situaciones de interacción contrarias a sus deseos. Como consecuencia acepta lo que los demás le ofrecen, generando en ella sentimientos de frustración, incompreensión y culpa, como efecto de despreocuparse de sus verdaderos intereses personales. Si da prioridad a sus deseos, le genera sentimientos de culpabilidad y remordimientos por estar perjudicando a otra persona y por temor a los pensamientos que tengan sobre ella.

Durante la administración de la técnica de la línea de vida, refiere distintas situaciones sucedidas, especialmente en su infancia, que afirman la existencia de esta conducta de interacción.

Del mismo modo, Isabel manifiesta distintas ideas irracionales. Por una parte, cree que si da prioridad a sus deseos será considerada por el resto de las personas como un ser egoísta, y como resultado se quedará sola y abandonada por los demás. Por otra parte, considera que no es necesario expresar y comunicar sus sentimientos, opiniones, emociones, etc, porque sus conocidos y familiares tienen que conocerla de tal manera que deben saber qué le ocurre. Todas estas creencias estaban relacionadas con la idea de ser una persona perfecta como sinónimo de felicidad y aceptación. Esta creencia también se observó sobre todo al comienzo del proceso terapéutico, por la necesidad que tenía de agradar a las terapeutas, dándoles a entender que era una persona correcta y perfecta.

4.2 Origen, mantenimiento y análisis funcional

En cuanto al origen del problema, gracias a los resultados derivados de las técnicas de evaluación, la entrevista semiestructurada y la línea de vida, se percibió que no ocurrió ningún hecho que lo desencadenara. A partir de los resultados obtenidos con estas técnicas se hipotetizó que este déficit puede estar relacionado con una amplia gama de variables ambientales ocurridas durante su infancia y adolescencia. Entre ellas se encuentran la falta de transmisión por parte de sus padres de unos modelos de enseñanza adecuados de habilidades asertivas, junto con características de su personalidad tímida y empática.

Esta ausencia se refleja en situaciones en las que tenía que dar su opinión, elegir entre varias opciones, etc. en las que evitaba hacerlo, y como consecuencia sus padres la obligaban a ello, lo que provocaba que se sintiera presionada, incómoda e incomprendida por su familia. Para disminuir este malestar, comienza a emitir respuestas de evitación. Como ejemplo: cuando su madre le pedía que decidiera entre dos opciones de compra, su respuesta era que eligiera ella. Este alivio de malestar provocó que esta conducta se fuera generalizando a otras situaciones y que no pusiera en práctica nunca habilidades asertivas.

Por otro lado, durante esta época vivía en un entorno de comparación con su hermana. Para sus padres ella era perfecta (sacaba buenas notas, no se metía en problemas, no discutía, etc), mientras que su hermana mayor, no tanto.

Por último, otra variable que incrementó el problema fue el divorcio de sus padres. Para ella este hecho fue el comienzo de una mala época. Su padre se fue de casa, y su madre empezó a consumir alcohol junto con medicación, encargándose de su madre, su hermana mayor. La paciente comenta que durante este período se sintió abandonada e incomprendida por su padre, y que no podía expresar sus sentimientos y emociones para no ocasionar más problemas en su casa. Además, gracias a la técnica de evaluación del genograma, ese es el momento en que ella asocia que hubo un cambio en la relación actual que tiene con sus padres. Cuando era más pequeña tenía muy buena relación con ellos, en la actualidad la sigue manteniendo, aunque no ha vuelto a ser la misma con su padre.

El mantenimiento del problema, como se ha descrito anteriormente y se presenta a través del análisis funcional del caso en la tabla 2, Isabel refiere que ante situaciones en las que quiere poner límites, decir que no, rechazar peticiones, realizar y recibir críticas, se produce el problema.

Ante estas situaciones se producen respuestas condicionadas a nivel cognitivo, aparecen pensamientos irracionales de ser egoísta, de no ser buena persona, de no ser perfecta, de que se va a quedar sola, etc. A nivel emocional experimenta culpa, tristeza, incompreensión y miedo, y a nivel fisiológico siente palpitaciones y opresión en el pecho. Para disminuir este malestar, la paciente realiza respuestas operantes: no es capaz de poner límites, ni de realizar críticas, acepta cualquier crítica aunque no esté de acuerdo, no expresa sus necesidades ni sus intereses. Esto contribuye a que disminuya todo ese malestar a corto plazo (refuerzo negativo), y al mantenimiento del problema. Como consecuencia, a largo plazo aumentan sus sentimientos de incompreensión, frustración, baja autoestima, inseguridad y culpa consigo misma.

Tabla 2

Análisis Funcional Del Caso

Antecedente	Respuesta			Consecuente	
	Cognitiva	Emocional	Fisiológico	Corto plazo	Largo plazo
Situaciones en las que recibe críticas.	Baja autoestima. Inseguridad. Creencias distorsionadas: de no estar siendo perfecta, y quedarse sola.	Tristeza. Miedo. Incomprensión Culpa.	Palpitaciones Opresión en el pecho.	Disminuye malestar: pensamiento y miedo a la soledad, palpitaciones etc (r-)	Aumenta: Incomprensión, Inseguridad, Baja autoestima

Antecedente	Respuesta			Consecuente	
	Cognitiva	Emocional	Fisiológico	Corto plazo	Largo plazo
Situaciones de: poner límites, decir que no, rechazar peticiones y realizar críticas	Baja autoestima. Creencias distorsionadas y remordimientos de ser egoísta y mala persona.	Tristeza. Culpa.	Palpitaciones. Opresión en el pecho.	Disminuye malestar: culpa, palpitaciones, opresión pecho, remordimientos y pensamientos de ser egoísta y mala persona (r-).	Aumenta: Frustración, culpa consigo misma, incomprensión, baja autoestima, inseguridad,

4.3 Conductas a modificar y a implantar

Finalmente, después de esta descripción del problema, junto con la explicación del origen y mantenimiento del mismo, se puede concluir que es necesario aprender un nuevo repertorio de respuestas y modificar creencias disfuncionales en la paciente.

Todas estas modificaciones, están relacionadas con un cambio en el empleo de un estilo de comunicación pasivo por una conducta más asertiva, en sus distintas interacciones interpersonales. Para ello, se escogió una intervención cognitivo-conductual, concretamente el entrenamiento en asertividad.

Centrándonos específicamente en las conductas que se debían modificar nos encontramos con:

- Falta de límites personales: la paciente refiere no ser capaz de poner límites en distintas situaciones interpersonales, relacionadas sobre todo con tener que decir no a peticiones o planes.

En estas situaciones actuaba yendo en contra de sus verdaderos intereses o deseos, como consecuencia de sus creencias de ser egoísta y el aumento del sentimiento de culpa, provocando que cediera ante lo que la otra persona prefería.

Para modificar estas conductas se emplearon distintas técnicas cognitivo-conductuales, comenzando en primer lugar por una reflexión de los límites que deseaba implantar en su vida, y seguir con psicoeducación (de asertividad, de estilos de comunicación, de derechos y responsabilidades asertivas), role-playing, moldeamiento y exposición a situaciones reales.

- Emitir críticas y recibir críticas: la paciente refiere no ser capaz por un lado de emitir críticas hacia los demás. Ante estas situaciones, reaccionaba no dando su opinión, a raíz de un aumento

del sentimiento de culpa por el dolor que puede provocar y las creencias de no estar siendo buena persona.

Para modificar esta conducta se volvió a realizar una intervención cognitiva-conductual, entre las que destacan el uso del role-playing, modelado y exposición, junto con la técnica de la respiración diafragmática.

Por otro lado, también adoptaba un patrón pasivo, cuando recibía críticas por parte de las personas. Estas situaciones le producen un aumento de su inseguridad, además de tristeza, incomprensión, miedo y culpa por no estar haciendo las cosas bien.

Para modificar esta conducta se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales de modelado y role-playing, junto con varios ejercicios para aumentar autoestima y seguridad en sí misma.

Todas estas modificaciones de conducta, se acompañaron de la utilización de reestructuración cognitiva, para la modificación de las diferentes creencias irracionales que poseía.

5. Tratamiento

La intervención del tratamiento se llevó a cabo durante 16 sesiones, con una duración en torno a 50 minutos cada una de ellas. Las sesiones tenían una periodicidad de una vez por semana, hasta la sesión 15 que pasó a ser quincenalmente, sesión que corresponde con las sesiones de seguimiento.

Durante las primeras sesiones se acordó, conjuntamente, el objetivo general de adquirir un estilo de comunicación asertivo, que le permitirá expresar de manera asertiva sus emociones, sentimientos e intereses, sin sentir culpabilidad por ello.

Este objetivo general fue dividido en los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y respetar sus límites personales hacia los demás.
- Aumentar la seguridad en sí misma y su autoestima.
- Gestionar la manera de dar y recibir críticas.
- Aumentar el tiempo de calidad y dedicación a ella misma y su autocuidado.

Para lograr estos objetivos, se propuso como tratamiento la aplicación del entrenamiento en asertividad a través de diferentes técnicas cognitivo-conductuales, de tal forma, que se consiguiera sustituir el estilo pasivo por un nuevo repertorio de conductas más asertivas, además de modificar las creencias irracionales que dificultan la correcta ejecución.

En la tabla 3 se expone una síntesis de los objetivos terapéuticos, con las respectivas técnicas utilizadas para el tratamiento de cada uno de ellos.

Tabla 3

Objetivos Terapéuticos y Técnicas De Intervención

Objetivos específicos	Técnicas
Identificar y respetar sus límites personales hacia los demás.	Psicoeducación. Reestructuración Cognitiva y parada de pensamiento. Técnicas de asertividad "Decir no" y de discusión asertiva. Modelado. Ensayo conductual o role-playing. Exposición progresiva.
Aumentar la seguridad en sí misma y su autoestima.	Psicoeducación autoestima. Planificación y realizar de actividades agradables.
Gestionar la manera de dar y recibir críticas.	Psicoeducación comunicación asertiva. Reestructuración cognitiva. Ensayo conductual o role-playing. Modelado. Exposición Progresiva. Técnicas de asertividad para discusiones, decir no, emitir y recibir críticas. Técnica de relajación.
Aumentar el tiempo de calidad y dedicación en ella misma y su autocuidado.	Psicoeducación. Planificar y realizar actividades agradables.

Las principales técnicas cognitivos-conductuales empleadas durante la intervención fueron las siguientes:

- Psicoeducación: esta técnica estuvo presente a lo largo de todo el tratamiento terapéutico. Se utilizó con la finalidad de que la paciente comprendiera el funcionamiento de las técnicas y el problema. En este caso, a lo largo del proceso terapéutico se realizó una explicación del concepto de autoestima, de asertividad, los tipos de estilos de comunicación y sus respectivas consecuencias y los derechos y responsabilidades asertivas en las diferentes relaciones interpersonales.

- Reestructuración cognitiva: esta técnica se centró en la modificación de las diversas ideas y pensamientos irracionales que la paciente tenía en torno al egoísmo y culpa por darse prioridad a sí misma, en lugar de a los demás, y como consecuencia, perdería al resto de personas y se quedaría sola. Se trabajaron también las ideas o creencias irracionales que expresaba en torno al concepto de perfección, y que le influían en su manera de aceptar las críticas, pues, es muy exigente consigo misma y quiere hacer todo perfecto y que el resto de las personas piensen que es perfecta. La razón de esto, es que para ella la perfección es una forma de conseguir que las personas la acepten. Todos estos pensamientos irracionales se trabajaron a través del debate socrático.
- Parada de pensamiento: se utilizó con el objetivo de detener esos pensamientos irracionales cuando ocurrieran. Sobre todo se utilizó con los relacionados con ser egoísta, el modo de actuar sería una palmada en una superficie dura, cuando aparecieran.
- Técnica de asertividad “Decir no”, de discusión, emitir y recibir críticas: se le explicaron distintas habilidades asertivas para emplear ante las situaciones problemáticas de establecer límites, rechazar y recibir críticas (Ver Anexo A y Anexo B).
- Modelado: demostraciones realizadas junto con la paciente de los modelos de conducta asertiva ante cada situación problema.
- Ensayo conductual o role-playing, se empleó con el objetivo de poner en práctica las conductas asertivas enseñadas (“decir no” y rechazar peticiones, realizar y recibir críticas), ante determinadas situaciones pasadas en las que no las hubiera puesto en práctica.
- Exposición progresiva: para la aplicación de esta técnica se realizó una lista jerarquizada de menor a mayor dificultad a la hora de establecer límites, y progresivamente ir enfrentándose a ella.

En cuanto a realizar críticas, esta exposición se realizó en un entorno de confianza del gabinete, realizando críticas asertivas a las terapeutas, y debía continuar en casa cuando tuviera la oportunidad.

- Técnicas de relajación: en concreto se utilizó la técnica de la respiración diafragmática, para disminuir la activación provocada a la hora de exponerse ante las situaciones temidas.
- Planificación de lista de actividades agradables: se realizó junto con la paciente, una lista con actividades placenteras, con el fin de aumentar su autoestima, autocuidado y el tiempo de calidad consigo misma.
- Retroalimentación: transmitir al paciente información sobre aspectos y pautas para mejorar esas habilidades y estrategias.
- Reforzamiento: recompensa al paciente de aproximaciones hacia la conducta asertiva que se desea adquirir.

- Tareas para casa: actividades que pueda realizar el individuo en casa sin presencia del terapeuta.

Finalmente, en la tabla 4 se expone la descripción de las sesiones junto con los objetivos trabajados en ellas y las técnicas utilizadas:

Tabla 4

Resumen De Sesiones, Objetivos Y Técnicas De Tratamiento

Sesión	Objetivos Sesión	Técnicas
1, 2 y 3	<p>Evaluar y recoger información.</p> <p>Empezar a afianzar alianza terapéutica.</p> <p>Definir conjuntamente objetivos.</p> <p>Revisar Autorregistros.</p> <p>Explicar origen de Problema.</p>	<p>Entrevista Semiestructurada.</p> <p>Línea de Vida.</p> <p>Genograma.</p> <p>Autorregistro de interacciones.</p>
4	<p>Revisar Autorregistros.</p> <p>Explicar concepto de asertividad.</p> <p>Explicar tipos de estilos de comunicación y sus consecuencias.</p> <p>Empezar a diferenciar ideas entre egoísmo y culpa e interés en uno mismo.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Tarea casa: reflexionar sobre cuáles son sus límites personales.</p>
5, 6, 7 y 8	<p>Revisar límites.</p> <p>Modificar ideas irracionales entre la diferencia entre egoísmo y respeto por uno mismo y necesidad de decirlo.</p> <p>Explicar los derechos asertivos y sus responsabilidades.</p> <p>Entrenar comunicación asertiva.</p> <p>Exponerse a límites.</p> <p>Mantener avances conseguidos con cada sesión y revisar autorregistros.</p>	<p>Psicoeducación y reestructuración cognitiva.</p> <p>Lista de límites de mayor a menor facilidad llevarlo a cabo.</p> <p>Entrenamiento en comunicación y técnicas de asertividad “Decir no” y de discusión asertiva.</p> <p>Modelado, role-playing y parada de pensamiento.</p> <p>Exposición progresiva a lista de situaciones de mayor a menor facilidad</p> <p>Reforzamiento y Retroalimentación.</p> <p>Tarea: Exponerse a límites durante toda semana.</p>

Sesión	Objetivos Sesión	Técnicas
9	Entrenar habilidad de realizar críticas de forma asertiva. Disminución de activación fisiológica.	Role-Playing de situaciones pasada. Exposición. Respiración Diafragmática.
10	Entrenar habilidades de recibir críticas de forma asertiva. Modificar ideas irracionales con relación al perfeccionismo.	Role-playing. Reestructuración cognitiva.
11	Desahogo emocional al ser la semana en la que despide a su hermana. Empezar a trabajar autoestima y seguridad en sí misma.	Desahogo emocional. Reforzamiento y Retroalimentación. Psicoeducación. Tarea casa: cualidades o aspectos positivos de sí misma.
12	Trabajar autoestima y seguridad. Repasar habilidades de recibir y realizar críticas.	Cualidades y aspectos positivos. Logros que ha conseguido. Fortalezas. Realizar actividades placenteras. Role-Playing. Exposición.
13	Mantener los avances. Administrar autorregistros.	Role-playing. Exposición. Retroalimentación y reforzamiento.
14	Repasar y comprobar la consecución de los objetivos conseguidos . Revisar autorregistros.	Retroalimentación y reforzamiento.
15	Revisar autorregistro.	Prevención de respuesta.
Seguimiento	Anticipar posibles problemas futuros en relación a la conducta problema que puedan llevar a una recaída.	
16	Repaso de los avances.	Refuerzo y Retroalimentación.
Seguimiento		

6. Valoración del tratamiento

En relación a la adherencia al tratamiento, hay que destacar que desde el primer momento, hubo por parte de la paciente una motivación, implicación, actitud positiva y confianza en el proceso terapéutico, que favoreció que la adherencia fuera desde el comienzo notablemente efectiva.

Influyeron varias circunstancias que incrementaron esta adherencia al tratamiento y consecución de los objetivos terapéuticos.

En primer lugar, se estableció muy buena alianza y vínculo terapéutico con Isabel. Además, adoptó en todo momento una gran implicación, motivación y responsabilidad con la terapia. Todo esto, contribuyó a que hubiera una mayor facilidad para ir mejorando e ir consiguiendo los objetivos terapéuticos.

En segundo lugar, tenía una gran capacidad para entender y comprender tanto sus emociones como las de los demás, es decir, posee un gran desarrollo de su inteligencia emocional, lo que facilitó poder transmitir en terapia exactamente sus emociones y sentimientos, e ir comprendiendo y darse cuenta de sus mejoras a medida que avanzaba en el proceso terapéutico. Esto también la ayudó a sentirse más segura y, en definitiva, más motivada en el tratamiento.

Además, gracias a la experiencia positiva de la práctica de Mindfulness, favoreció que dispusiera de una postura positiva hacia la terapia psicológica.

Por último, el hecho de conocer el origen de su problemática, la ayudó a relativizar mucho los pensamientos que tenía, sobre todo, los relacionados con sentirse incomprendida por lo demás.

Todos estos aspectos contribuyeron a que hubiera una gran cooperación y los resultados fueran satisfactorios durante su proceso.

Durante el tratamiento, no sólo mejoró la frecuencia del empleo de un patrón de interacción asertivo a nivel personal, enriqueciendo y aumentando sus relaciones sociales, sino que también era capaz de poner límites y hablar de lo que no estaba de acuerdo. Como ejemplo, comenzó a actuar de esta forma con la persona con la que empezó una relación a mediados de su proceso terapéutico, dándole mayor seguridad y confianza de que no le ocurriría lo mismo que con las relaciones pasadas.

En el ámbito laboral también consigue aplicar las técnicas y herramientas trabajadas en terapia. Toma la decisión de despedir a su hermana y consigue llevarla a cabo.

Para determinar y comprobar la eficacia del tratamiento, se procedió a examinar la consecución de los objetivos. No se pudo comprobar de forma cuantitativa, pero sí a través del análisis de los autorregistros de interacción. Se compararon los autorregistros rellenados durante las primeras sesiones de pre-tratamiento con los aplicados en las últimas sesiones post-tratamiento.

Se pudo observar, como se ha dicho anteriormente, una disminución de la frecuencia de interacciones con un patrón de comportamiento pasivo, para ir empleando unas conductas más asertivas. Además,

se apreció que ha modificado los pensamientos de no considerarse una buena persona y ser egoísta, gracias a comprobar que las consecuencias de sus conductas no tenían los resultados que esperaba.

Sin embargo, se observó que tardaba más tiempo en disminuir los sentimientos de culpa que le generaba utilizar este comportamiento asertivo.

Por otra parte, se pudo comprobar el logro de los demás objetivos específicos, tras la finalización del proceso terapéutico:

- Identificaba y respetaba sus límites personales: Isabel describe un aumento en su capacidad para poner límites, gracias a haber reflexionado y tener claros cuáles son, así como, ir exponiéndose y poniéndolos en práctica. Todo ello ayudó a disminuir los sentimientos de culpa y pensamientos de ser egoísta.

Por lo tanto, una vez finalizado su proceso terapéutico, era capaz de decir que no a un plan que tenía organizado si necesitaba descansar y estar sola, de poner límites a su pareja para turnarse sobre en qué casa quedarse y qué planes iban a realizar.

- Aumentar la seguridad en sí misma y su autoestima: al comenzar a utilizar y poner en práctica una conducta asertiva, Isabel refiere que contribuyó a tener más claro el concepto que tenía de sí misma, sin tener en cuenta lo que los demás opinaran de ella, y por tanto tener mucha más seguridad en sí misma.

- Gestionar la manera de dar y recibir críticas: al finalizar la terapia se sentía capaz de emitir críticas cuando no estaba de acuerdo con algo, sin pensar que estaba haciendo algo mal. Por ejemplo: con su pareja, se sentía capaz de comentarle aspectos con los que no estaba de acuerdo y dar su opinión, en lugar de ceder.

Por otro lado, recibir críticas fue un objetivo que le costó más alcanzar, principalmente, por su tendencia al perfeccionismo y autoexigencia, y por una mayor dificultad de exponerse a ellas. Isabel comenta que no le afectaba tanto como antes y que en las ocasiones en las que se han producido, no le han hecho dudar del concepto que tiene de sí misma.

- Aumentar el tiempo de calidad y dedicación en ella misma y su autocuidado: adquirió nuevos hábitos en su rutina, en los que hubo un aumento del tiempo que se dedicaba a sí misma. Como ejemplo, todos los días dedicaba un rato a practicar sus ejercicios de Mindfulness, que le ayudaban a sentirse mejor, y también aumentó el número de actividades placenteras que realizaba: quedarse en casa leyendo, ir a ver a su padre, etc.

Por lo tanto, se puede observar que durante el proceso terapéutico la paciente tuvo un desarrollo y valoración positiva del tratamiento, sobre todo, en la consecución de los objetivos.

Sin embargo, también hubo dificultades durante el proceso terapéutico. Por un lado, la necesidad de la paciente en determinados momentos del proceso terapéutico, de querer avanzar y conseguir todos los objetivos con mayor rapidez. La paciente comprendía su problemática, y ponía en práctica las

estrategias y habilidades asertivas adquiridas, pero, durante un breve momento al llevarlo a cabo le generaba esos sentimientos de culpabilidad y egoísmo, provocando desmotivación y frustración consigo misma. Esto es algo habitual en terapia psicológica, pues se trata de un proceso largo en el que la paciente tiene que desaprender un patrón de conductas que ha estado utilizando, en este caso, durante toda su vida, para aprender otras conductas más adecuadas.

Además, observamos que la paciente al comienzo del proceso tenía la necesidad de agradar a los terapeutas. Por lo tanto, actuó como una resistencia que dificulta poder abrirse completamente ante situaciones que le ocurrían, pues se hicieron patentes sentimientos de inseguridad y culpabilidad, además de creencias y críticas negativas que reafirmaban su miedo a poder ser una persona egoísta. Esto, se pudo observar, ante la dificultad de poder contar que no confiaba en su hermana.

7. Discusión y conclusiones

El objetivo principal de este caso clínico era disminuir el uso de patrones de respuestas pasivas ante interacciones sociales, por un empleo de conductas más asertivas.

Con el propósito de conseguirlo, se dividió en cuatro objetivos específicos, anteriormente mencionados, y se diseñó un plan de tratamiento en el que se emplearon distintas técnicas cognitivas-conductuales que forman parte de lo que se conoce como el entrenamiento en asertividad.

Una vez concluido y analizados los resultados del tratamiento, se consiguieron de manera satisfactoria, tanto el objetivo general como los objetivos específicos abordados durante la intervención. La paciente argumenta ser capaz de poner límites, realizar y recibir críticas, al mismo tiempo que se siente más segura de sí misma.

Además, el sentimiento de culpa y la tendencia al perfeccionismo disminuyeron, así como las distorsiones cognitivas respecto a ser considerada una persona egoísta por tener en cuenta sus intereses personales, que contribuían todo ello al empleo de su conducta pasiva.

Por lo tanto, el presente estudio parece confirmar la eficacia del entrenamiento en asertividad para eliminar repertorios de déficits en conductas asertivas, es decir, una intervención en la que la persona modifica sus patrones de conducta hacia unas habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales más asertivas, y que incluye técnicas como sintetizan Caballo (2009) y García- Grau et al. (2019), citadas anteriormente en la introducción: ensayo de conducta, modelado, retroalimentación, reforzamiento, reestructuración cognitiva y tareas para casa.

En este caso clínico, es importante destacar que la técnica de reestructuración cognitiva y el ensayo de conducta fueron claves para la mejora de la paciente. Permitieron que pudiera modificar las distorsiones cognitivas sobre que la perfección es sinónimo de felicidad y sobre ser egoísta por darse prioridad a sí misma, y que practicara las conductas asertivas que se deseaban implantar. Dichas

técnicas, han ayudado a que la paciente afronte de manera más adecuada y con mayor seguridad el problema.

No obstante, pese a que el conjunto de estas técnicas, tanto cognitivas como conductuales, que conforman el entrenamiento en asertividad son de los tratamientos con mayor apoyo empírico, esta eficacia se va a ver influida para cada caso en concreto. Se debe tener en cuenta a cada persona de forma individualizada y adaptándonos a su historia de aprendizaje, valores y creencias, además de la creación de una buena alianza y vínculo con el paciente (Caballo, 2009; García, 2021; Ortega y Calero, 2015; Ortega et al., 2015). En nuestro caso, se estableció una muy buena alianza y vínculo terapéutico con la paciente, que contribuyó a que adquiriera una actitud positiva e implicación y motivación en el proceso terapéutico, que favoreció la consecución de los objetivos de manera satisfactoria. En el área emocional, la paciente disponía de un gran desarrollo de la inteligencia emocional, que facilitó la comprensión y claridad de transmitir sus emociones y sentimientos.

Esta individualidad de cada caso clínico puede provocar, como sintetizan Mahmoud et al. (2022) y Speed et al. (2018) en sus estudios, que se eliminen o se introduzcan técnicas adicionales a las citadas anteriormente, pertenecientes al entrenamiento en asertividad, para así conseguir la eficacia en la terapia. En este caso clínico, se añadieron las siguientes técnicas: psicoeducación, exposición progresiva, técnica de relajación como la respiración diafragmática, técnicas cognitivas como la parada de pensamiento, técnicas de asertividad para discusiones, decir no, emitir y recibir críticas.

Este tipo de intervenciones son de gran importancia, puesto que la manera de interactuar con los demás y en sí las relaciones interpersonales pueden actuar como estresores y tener grandes efectos negativos en la salud de la persona. Como se ha citado anteriormente, se han publicado varios estudios en los que existe una correlación positiva entre déficit en asertividad y trastornos de ansiedad, sobre todo en la ansiedad social (Cervantes et al., 2011; González et al., 2018; Melhem, 2021; Palau et al., 2006, Salazar et al., 2014; Speed et al., 2018). En el caso de la depresión, los comportamientos asertivos están inversamente relacionados con los síntomas depresivos (Cervantes et al., 2011; Melhem, 2021; Palau et al., 2006, Salazar et al., 2014; Speed et al., 2018). Existen estudios sobre la autoestima e inseguridad, que evidencian que este déficit puede tener un impacto negativo en ambas y autoconcepto de la persona (Obineli y Ezioko, 2019; Parray et al., 2020; Quevedo et al., 2019; Speed et al., 2018; Valdivia et al., 2020).

En definitiva, un entrenamiento en asertividad individualizado puede ser utilizado como una herramienta de prevención, ante determinados problemas psicológicos que contribuyan a actuar como factores de protección de la salud.

Como limitaciones del estudio y posibles mejoras, en primer lugar sería recomendable la utilización de cuestionarios e instrumentos estandarizados como por ejemplo la Escala de Asertividad de Rathus, para obtener datos más preciso sobre las medidas del pretratamiento y postratamiento, e información

mucho más exacta sobre la eficacia y efectividad de la intervención. En este caso, a pesar de que la información recogida a través de la línea de vida, la entrevista semiestructurada, los autorregistros de interacción y el genograma fue suficiente, hubiera sido recomendable realizar un cuestionario estandarizado para poder tener datos de post-tratamiento cuantitativamente, que ayudaran a comprobar la eficacia del tratamiento y su el correcto desarrollo en la dirección adecuada.

Por otro lado, hubiera sido necesario abordar en mayor profundidad la autoestima y la seguridad de la paciente desde el inicio del tratamiento, tener más información sobre el entrenamiento en Mindfulness, de tal forma que se podrían haber obtenido más datos sobre cómo le estaba repercutiendo en su control emocional, y por tanto, cómo este factor influía en el tratamiento. Finalmente, se debería haber podido realizar un seguimiento durante los meses posteriores, para analizar el mantenimiento de los objetivos conseguidos a través del paso del tiempo.

Por otra parte, como posibles líneas de investigación futuras, se debería seguir estudiando, en mayor profundidad, más variables que predican un mayor déficit en asertividad para así poder realizar programas de prevención. estudios de nuevas intervenciones clínicas, que pueden contribuir a ser más eficaces para el tratamiento de esta problemática.

Aunque el entrenamiento de la asertividad sea considerado de los tratamientos con mayor apoyo empírico en las guías de tratamiento eficaces, sería interesante investigar cómo individualizar ese entrenamiento para ver cómo influye en la eficacia de cada caso concreto. Como ejemplo sería importante investigar más casos en los que se emplee un estilo pasivo o incluso se emplee un estilo de comunicación agresivo.

A modo de conclusión, a través de este caso clínico de déficit en la conducta asertiva, se pone de manifiesto la evidencia de la eficacia y efectividad de las técnicas cognitivos-conductuales que forman el entrenamiento en asertividad, para adquirir un estilo de comunicación asertivo. Entre estas técnicas se encuentran: el ensayo de conducta, modelado, instrucciones, retroalimentación, reforzamiento, tareas para casa y reestructuración cognitiva.

En este estudio se ha podido comprobar la importancia de que este entrenamiento sea ajustado e individualizado a cada paciente, de tal forma que se permita la introducción de técnicas adicionales que sean ajustadas a los objetivos, tanto generales como específicos, propuestos durante la terapia. En este caso se añadieron las técnicas: psicoeducación, exposición progresiva, técnica de relajación como la respiración diafragmática, técnicas cognitivas como la parada de pensamiento, técnicas de asertividad para discusiones, decir no, emitir y recibir críticas.

Además de adaptar el tratamiento a cada caso en concreto, permitió comprobar la importancia que tiene para la terapia establecer una buena alianza y vínculo terapéutico, que mejora favorablemente la motivación e implicación hacia la terapia.

8. Referencias bibliográficas

- Alonso, M., González, D. y Mejía, A. (2014). La asertividad: una competencia primordial del docente en línea. *Revista Mexicana de Bachillerato a Distancia*, 12(6), 33-38.
- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). The Experimental Analysis of Social Performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60342-1](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60342-1)
- Armas, M. A. (2015). *Entrenamiento asertivo en ansiedad social de los estudiantes del noveno año "a", de la Unidad Educativa del Milenio "Ángel Polibio Chaves" del Cantón San Miguel, provincia bolívar período* (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Chimborazo).
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/910>
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, 101(1), 21-33.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: Definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 4(13), 51-62.
<https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821343>
- Caballo, V.E. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7ra ed.). Siglo Veintiuno.
- Caldera Montes, J. F., Reynoso González, O. U., Angulo Legaspi, M., Cadena García, A., y Ortíz Patiño, D. E. (2018). Habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes universitarios de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Escritos de Psicología*, 11(3), 144-153.
<https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2018.3112>
- Casas-Anguera, Emma., Prat, Gemma., Vilamala, Sonia., Escandell, Maria J., Garcia-Franco, Mar., Martin, José R., López, Ester y Ochoa, Susana. (2014). Validación de la versión española del inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 30(2), 431-437. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.154311>
- Castanyer, O. (2014). *La asertividad: Expresión de una sana autoestima* (34ra ed.). Desclée De Brouwer.

- Castro, G., y Calzadilla, G. (2021). La comunicación asertiva: una mirada desde la psicología de la educación. *Didasc@Lia: Didáctica Y Educación*, 12(3), 131–151.
- Cervantes, L. S. C., Lagunes, D. I. R., Sofía, D., y Aragón, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e AvaliaçãO Psicológica*, 1(29), 27-50.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., y Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. (Trabajo académico, Universitat de Barcelona). Dipòsit Digita. <http://hdl.handle.net/2445/32735>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2ra ed.). Pirámide.
- García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. y Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*. (Trabajo académico, Universitat de Barcelona). Dipòsit Digital. <http://hdl.handle.net/2445/136063>
- González-Fragoso, C., Guevara-Benítez, Y., Jiménez-Rodríguez, D., y Alcázar-Olán, R. J. (2018). Relación entre asertividad, rendimiento académico y ansiedad en una muestra de estudiantes mexicanos de secundaria. *Acta Colombiana de Psicología*, 21 (1), 116-127.
- Güell, M. (2005). *¿ Por qué he dicho blanco si quería decir negro?: Técnicas asertivas para el profesorado y formadores* (1ra ed.). Graó.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., y Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (1ra ed.). Pirámide.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta* (1ra ed.). Pirámide.
- Leal, K. M. O., y Vidales, M. B. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-71.
- Mahmoud Ahmed, S., Hamed Desouki, H., Mohamed Mourad, G., y Mohamed Barakat, M. (2022). Effect of Assertiveness Training Program on Psychiatric Mental Health Nurses'

- Communication Skills and Self-esteem. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(1), 738-752.
- Melhem, M. A. (2021). The Impact of Assertiveness Training on Improving Social Efficacy among Higher Basic Stage Bullied Students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 21(3), 27-39. <https://doi.org/10.049.194/jestp.2021.3.014>
- Morán, V., García, F., y Hormazabal, P. (2018). Validación transcultural del Cuestionario de Habilidades Sociales para Universitarios en estudiantes chilenos y argentinos (CHS-U). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(47), 111-123. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.0>
- Obineli, R. A., y Ezioko, R. O. (2019). Effect of Assertiveness Training on Low Self Esteem Among Secondary School Students in Enugu North Local Government Area, Enugu State, Nigeria. *Journal of Guidance*, 3(2), 104-132. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3831261>
- Omura, M., Levett-Jones, T., y Stone, T. E. (2019). Evaluating the impact of an assertiveness communication training programme for Japanese nursing students: A quasi-experimental study. *Nursing open*, 6(2), 463-472. <https://doi.org/10.1002/nop2.228>
- Ortega, M., Aranda, M. E., y Kendzierski, M. (2015). Dificultades en la relación maternofilial: Un caso tratado mediante entrenamiento en asertividad y otras técnicas complementarias. *Análisis y Modificación de Conducta*, 41(163-164). <https://doi.org/10.33776/amc.v41i163-64.2764>
- Ortega, M., y Calero, A. (2015). Un caso de interacción no asertiva. *Clínica Contemporánea*, 6(1), 21-32. <https://doi.org/10.5093/cc2015a3>
- Ozamiz Etxebarria, N., Jiménez-Etxebarria, E., y Picaza Gorrochategui, M. (2019). Grupos de ocio para adolescentes: educando las habilidades sociales para la promoción de la salud mental positiva. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 1(73), 75-94.
- Palau, N., Ballester, M., Morales, M., y Riesco, N. (2006). Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 76(77), 66-72.

- Parray, W. M., Kumar, S., y David, B. E. (2020). Investigating the impact of assertiveness training on assertiveness and self-esteem of High School students. *Polish psychological bulletin*, 51 (3) 171-176. <http://doi.org/0.24425/ppb.2020.134724>
- Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., y Nogueira, M. J. (2018). Treino de Assertividade na Enfermagem de Saúde Mental.
- Quevedo, N.V., Meléndez, R., Beltrán, J.M., Terán, W.G y Montece, S.A. (2019). Autoestima y asertividad en estudiantes de la carrera de odontología. *Revista Espacios*, 40 (21), 27-38.
- Ramos, Y. C., Cantillo, A. F., y Bestard, C. M. (2014). Algunas consideraciones teóricas sobre las habilidades sociales. *Revista Información Científica*, 87(5), 949-959.
- Ríos Martínez, K. M. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Caleidoscopio - Revista Semestral De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 23(41), 65–91.
<https://doi.org/10.33064/41crscsh1203>
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., y Garrido, L. (2014). Asertividad, problemas emocionales y desgates en profesionales sanitarios. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(3), 523-549.
- Silvério, B. M., y Matos, M. P. (2021). Assertividade: Um Olhar a Partir da Análise Comportamental. *Acta comportamentalia: revista latina de análisis del comportamiento*, 29(1), 151-162.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L., y Goldfried, M. R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1-20.
<https://doi.apa.org/doi/10.1111/cpsp.12216>
- Suarez, M. A. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.
- Ustun, G., y Kucuk, L. (2020). The effect of assertiveness training in schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 297-307.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12427>

Valdivia, J. B., Zúñiga, B. R., Orta, A. P., y González, S. F. (2020). Relación entre autoestima y asertividad en estudiantes universitarios. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 11(34), 1-26.

Vélez, A. P., Osés, M. A. V., y Goñi, J. L. (2020). Habilidades sociales en alumnado de 8 a 12 años: perfil diferencial en función del sexo. *Bordón: Revista de pedagogía*, 72(1), 103-106.

Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo mora* (1ra ed.). Herder.

9. Anexos

Anexo A. Cómo decir no

Razones por las que es importante decir no:

1. Nos ayuda a no implicarnos en situaciones en las que sentiríamos más tarde habernos implicado. “¡Para qué le habría dicho que sí! ¡Me cago en la leche! ¡En menudo fregao me he metido!”
2. Nos ayuda a evitar el desarrollo de circunstancias en las que sentiríamos que se aprovechan de nosotros o nos manipulan para hacer algo que no queremos hacer
“Cómo somos amigos, no puedes negarte, los amigos están para ayudarse y hacerse favores, bien sabes que si fuera al revés yo lo haría por tí.”
“Me siento gilipollas, siempre hago todo lo que me piden, soy imbécil por no saber decir que no, se aprovechan de mi y no sé cómo pararlo porque si no hago lo que me piden me siento culpable”
3. Nos permite tomar nuestras propias decisiones y dirigir nuestra vida en esa situación
“He sido capaz de decir que no. ¡Que bien me siento! . ¡De menuda me he librado! Ahora puedo hacer lo que realmente me apetece”

Pasos a seguir para decir no:

1. Comprensión de lo que la otra persona nos pide. Se trata de ponernos en el pellejo de la otra persona haciéndole ver que entendemos su posición Ejemplo: Entiendo que el sábado quieras mi coche para llevar a tu hija al Parque. Ejemplo: Sé lo que te gustaría que te prestara mi vestido.
2. Decir que prefieres no hacerlo y sólo si se desea aportar alguna razón (no obligatorio) y nunca una excusa. Ejemplo: ...pero prefiero no dejártelo Ej. He quedado para ese mismo día con mis padres en Valladolid, cualquier otro día estaré encantado de dejártelo.

Algunas recomendaciones para decir que no:

1. Pedir tiempo, si es necesario para pensar sobre la decisión “Ya entonces dices que te gustaría que fuera el sábado a cuidar a tus hijos... entiendo... déjame que lo piense ¿De acuerdo? Mañana te lo digo”.
2. Cuando somos presionados y/o nos preguntan las razones por los que nos negamos tenemos que saber que no existe la obligación de dar una razón o justificar nuestra decisión. Utilizar la técnica del disco rayado y si no fuera suficiente frases como la siguiente podrían ser adecuadas: “Te he dicho que no quiero hacerlo, así que te agradecería que no me lo volvieras a pedir. Mi respuesta seguirá siendo la misma”.

Anexo B. Cómo afrontar las críticas

No importa lo buenas que sean nuestras relaciones, podemos estar seguros de que de vez en cuando seremos criticados. De cómo afrontemos la crítica depende la calidad de nuestras relaciones

Las personas solemos responder de diferentes maneras inadecuadas a la crítica:

1. Evitar la crítica, ignorándola, negándonos a discutirla, cambiando de tema, o marchándonos “bueno, venga, vale”, “si si...” “Mejor vamos a dejar el tema”, “me voy”

El resultado es que dejamos el problema sin resolver

2. Negarla directamente: ¿pero qué dices?, ¿yo? “son cosas tuyas”.

El resultado es el mismo que el anterior

3. Disculpar nuestra conducta, explicándola con detalle y rebajando su importancia, o justificándola “no es para tanto”, “tampoco te lo tomes así” “si, pero en realidad...”

El resultado es que la otra persona siente que no hemos prestado atención a sus sentimientos o razones

4. Responder a la crítica con otra crítica “pues anda que tú”, “pero si tú eres la que...”

El resultado es que aunque expresemos nuestros sentimientos, suele causar un daño importante en las relaciones, favorece los argumentos acalorados y hace que la gente se pierda el respeto mutuo. El problema sigue sin resolverse.

Una manera de abordar la crítica de forma constructiva es la siguiente:

Si estamos de acuerdo con lo que dice:

0. Afecto: tono de voz, expresión de la cara y volumen de voz tranquilo y sereno
1. Pedir detalles: con el fin de enterarnos exactamente de cuáles son las objeciones de la otra persona, siempre y cuando no nos las haya transmitido de una manera clara y específica. ¿qué fue exactamente lo que te sentó mal? Desde tu punto de vista, ¿cuáles son las cosas que crees que hice mal? ¿qué te hubiese gustado que yo hiciera? ¿Qué crees que tendría que haber hecho?”
2. Repetición: se trata de repetir o hacer un resumen de las objeciones que nos ha presentado la otra persona. De esta manera la otra persona percibe que le estamos escuchando y reducimos el riesgo de discusión: “entonces dices que lo que te sentó mal fue...”, “entonces estás molesta porque yo dije/hice...” Se acompaña de señales de escucha activa: “ya”, “ahá”, asintiendo con la cabeza
3. Estar de acuerdo con lo que dice: “Es cierto, no debí hacerlo”, “tienes razón, me pongo en tu lugar y creo que estaría igual que tú”
4. Pedir disculpas “créeme que lo siento” “perdóname”

5. Pedir u ofrecer alternativas para compensar el error “qué podría hacer ahora para mejorar la situación”, “La verdad, no sé qué hacer para solucionar lo que he hecho” “me gustaría tratar de compensarte haciendo...”

Si no estamos de acuerdo con lo que dice:

0. Afecto: tono de voz, expresión de la cara y volumen de voz tranquilo y sereno.
1. Pedir detalles: con el fin de enterarnos exactamente de cuáles son las objeciones de la otra persona, siempre y cuando no nos las haya transmitido de una manera clara y específica.
2. Repetición: Se trata de repetir o hacer un resumen de las objeciones que nos ha presentado la otra persona. De esta manera la otra persona percibe que le estamos escuchando y reducimos el riesgo de discusión: “entonces dices que lo que te sentó mal fue...”, “entonces estás molesta porque yo dije/hice...”. Se acompaña de señales de escucha activa: “ya”, “ahá”, asintiendo con la cabeza
3. Estar de acuerdo con el derecho del crítico a dar una opinión: “me parece bien que digas las cosas que te sientan mal” “es bueno que me digas las cosas que no te gustan”
4. Dar nuestra propia opinión con “mensajes en yo” aportando razones “sin embargo, creo que...”, “mira, yo pienso que...”
5. Volver a mostrar acuerdo con el derecho del crítico a dar una opinión: “me ha parecido bien que digas las cosas que te sientan mal” “creo que ha sido bueno decirme las cosas que no te gustaron”...

