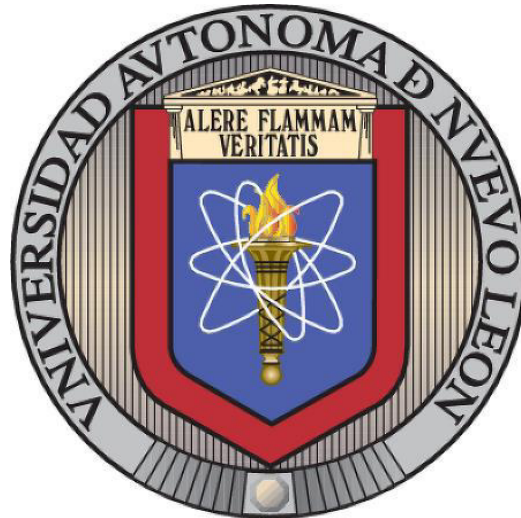


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**FORTALECIMIENTO DEL AUTOCONTROL Y LA COMUNICACIÓN EFECTIVA  
EN UNA PAREJA A TRAVÉS DE TERAPIA BREVE COGNITIVO CONDUCTUAL  
Y CENTRADA EN SOLUCIONES**

**PRESENTA**

**LIC. CYNTHIA LIZETH BRIONES COVARRUBIAS**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

**JUNIO, 2017**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**FORTALECIMIENTO DEL AUTOCONTROL Y LA COMUNICACIÓN EFECTIVA  
EN UNA PAREJA A TRAVÉS DE TERAPIA BREVE COGNITIVO CONDUCTUAL  
Y CENTRADA EN SOLUCIONES**

**PRESENTA**

**LIC. CYNTHIA LIZETH BRIONES COVARRUBIAS**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA BREVE**

**DIRECTORA**

**DRA. MA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO**

**JUNIO 2017**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AUTORIDADES:

DR. ALVARO ANTONIO ASCARY AGUILLÓN RAMÍREZ  
DIRECTOR DE LA FACULTAD

DRA. NORA ISELA MACIAS NÚÑEZ  
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

DRA. MAGALY CÁRDENAS RODRÍGUEZ  
SUBDIRECTORA ACADÉMICA

DR. JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ  
SUBDIRECTOR DE POSGRADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN TERAPIA  
BREVE

DR. JOSÉ CRUZ RODRÍGUEZ ALCALÁ  
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA

SINODALES:

DRA. MA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ  
DIRECTORA

MTRA. MELISSA BENNETT VIDALES  
REVISORA

MTRO. JORGE RAMÍREZ TREVIÑO  
REVISOR

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por la manera en que trazó mi vida para que yo llegaré a este momento, por los caminos que me ayudó a recorrer para enamorarme de mi carrera y también por las personas que puso a mi lado en el tiempo justo.

A mi mamá que le debo absolutamente todo, por ella y para ella avanzo, por ser la persona que nunca se ha cansado de apoyarme, de recordarme mis fortalezas y alentarme cuando fue necesario. Gracias por creer en mí y por ser ese motor, ese amor incondicional que me ayuda a ser mejor persona y mejor profesionista. Gracias por inculcarme los valores que necesito cada día y por ser mi mayor ejemplo a seguir.

A las personas que estuvieron estos dos años apoyando mi camino, a todos aquellos que no me dejaron sola cuando más los necesité y que tuvieron esas palabras o ese gesto idóneo para sentir que se podía continuar.

Gracias a mis compañeros de maestría, que en este tiempo se volvieron mis amigos, por formar ese gran equipo. Gracias a quienes en algún momento me escucharon o se acercaron a mí cuando la situación se tornaba difícil.

Cada uno de mis maestros me dejó grandes enseñanzas, agradezco por su tiempo, su sabiduría, su paciencia, su dedicación y su amor a la psicología. Especialmente doy gracias a la Dra. Alma Nava, por ser mi directora y porque sin conocerme me brindó su apoyo y confianza desde el inicio permitiéndome ser parte de su equipo de trabajo. A la Mtra. Melissa Bennett y al Mtro. Jorge Ramírez por dedicar su esfuerzo como revisores para ayudarme a crecer en la elaboración de este producto integrador.

¡Gracias infinitas!

FORTALECIMIENTO DEL AUTOCONTROL Y LA COMUNICACIÓN EFECTIVA  
EN UNA PAREJA A TRAVÉS DE TERAPIA BREVE COGNITIVO CONDUCTUAL  
Y CENTRADA EN SOLUCIONES

STRENGTHENING AUTO CONTROL AND EFFECTIVE COMMUNICATION IN A  
COUPLE THROUGH COGNITIVE-BEHAVIORAL AND SOLUTION FOCUSED  
BRIEF THERAPY

POR

CYNTHIA LIZETH BRIONES COVARRUBIAS\*

MA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ \*\*

\*Egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.  
Psicoterapeuta. [cynthia\\_bcovarrubias@hotmail.com](mailto:cynthia_bcovarrubias@hotmail.com)

\*\*Psicoterapeuta y Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.  
[alma\\_nava\\_rdz@hotmail.com](mailto:alma_nava_rdz@hotmail.com)

## RESUMEN

El presente artículo muestra el procedimiento psicológico que se llevó a cabo en un caso de terapia breve de pareja combinando los enfoques cognitivo conductual y centrado en soluciones. El propósito del equipo terapéutico fue confirmar la efectividad de dichas teorías en el caso presentado. Con el fin de notar mejoría en la convivencia marital los objetivos planteados y trabajados durante el proceso terapéutico fueron relacionados con la violencia entre la pareja. En primer lugar, aprender acerca del proceso del enojo y las implicaciones cognitivas que presenta para conseguir autocontrol sobre esta emoción por medio de auto-diálogo y, finalmente, conseguir una comunicación efectiva entre los miembros de la pareja. Los resultados muestran que la terapia propuesta funcionó satisfactoriamente, se notó una disminución en la agresión del paciente masculino consiguiendo control de sí mismo en situaciones de enojo y logrando dar su opinión de manera tranquila, por otro lado se logró un aumento en la comunicación por parte del miembro femenino, al comunicar situaciones comunes a su pareja y convivir mejor con su familia política.

Palabras clave: terapia breve de pareja, cognitivo-conductual, centrado en soluciones, violencia, autocontrol, comunicación efectiva

The present article show the psychological process practiced in a case of couple therapy combining two brief approaches: cognitive-behavioral and solution focused. On one hand, the therapeutic purpose of the reflexive team was to confirm the effectivity of using both approaches combined in the same case. On the other hand, the objectives established by the patients, during the therapeutic process, were to learn about the cognitive implications present during the experience of anger in order to rise their self-control about this emotion, to increase his self-talk and; finally, to acquire new and more effective communication strategies for both members. At the end of the process the results reported less aggression of the male patient, more control of himself on anger situations, and finally a significant increase in this communication by both members specially the wife. Definitely, for the reflexive team the combination of these two therapeutic approaches works satisfactory for couples.

Key words: couple brief therapy, behavior-cognitive, solutions focused, violence, self-control, effective communication.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge por la llegada a terapia de una pareja buscando solucionar la cantidad significativa de peleas y discusiones que vivían desde años atrás.

Se considera la relación de pareja como un tipo de relación social estable, es un vínculo tan fuerte como dúctil y que una vez establecida tiende a adquirir una dinámica que aspira a su conservación; en dónde el elemento más importante es el amor (Núñez, Cantó-Milà y Seebach, 2015).

Para Maureira (2011) la relación de pareja es una mezcla de cultura y biología, con esto se fundan cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor. Para una relación se debe poseer los cuatro elementos.

Según Paz (2010) en una relación de pareja sana no es necesario comportarse diferente para agradar al otro. Existe la comunicación, confianza mutua, respeto de los límites y reconocimiento de los derechos de la otra persona.

### Terapia de pareja

Martínez y cols. (2014) reconocen que el establecimiento de la alianza terapéutica con una pareja es más complejo que en un tratamiento individual. Para crear esta alianza se observan indicadores positivos y negativos de la pareja y del terapeuta, entre estas dimensiones se encuentra: enganche en el proceso terapéutico referente al sentido que da el cliente al tratamiento, involucramiento a la terapia, objetivos y tareas negociables con el terapeuta, reconocimiento de que el cambio es posible, y finalmente la conexión emocional con el terapeuta. Esta última cobra relevancia puesto que el cliente ve al terapeuta como una persona importante en su proceso, ya que inevitablemente en ocasiones se forma una relación de afecto, confianza y seguridad dentro del sistema terapéutico definido como un lugar en el que se puede arriesgar, estar abierto a nuevas cosas, flexibilizarse y sentirse cómodo ya que el conflicto puede superarse sin correr riesgos. Así mismo también puede surgir lo que se conoce como el sentido de compartir el propósito, lo cual se refiere a que los miembros de la pareja se ven a sí mismos trabajando de manera



conjunta para mejorar la relación y conseguir objetivos comunes, sentimiento de unidad dentro de la pareja en relación a la terapia.

En cualquier terapia de pareja hay que tomar en cuenta los aspectos afectivos y cognitivos presentes en la relación. Siendo los primeros considerados como la razón fundamental para el mantenimiento de la pareja. Las relaciones personales se miden con creencias y esquemas sobre uno mismo y los demás, las creencias influyen en la información que cada persona atiende, percibe, almacena y recupera, por ende, las atribuciones, interpretaciones y valoraciones que hace de los comportamientos de los otros. (Labrador, 2016).

Hewitt y Gantiva (2009) hablan sobre las características de la terapia breve, entre ellas mencionan que se centra en el presente y que pretende incrementar la motivación y disposición hacia el cambio. Así mismo, tiene como objetivo llevar al paciente a tomar decisiones e iniciar el cambio desde lo cognitivo o emocional (al analizar los pros y contras), así como las posibles formas de actuar para conseguir las metas que se han propuesto.

Dentro de esta terapia de pareja se hizo uso del omnipartidismo, que, cómo menciona Beyeback (2012), se trata de la capacidad terapéutica de escuchar las opiniones de todos para que se sientan igual de válidos.

Violencia.

Moral de la Rubia y Cols (2011) observaron una prevalencia del patrón agresor activo, en el que la persona es incapaz de modificar su postura, adopta estrategias de evitación ante el conflicto y aparenta acomodarse, pero finalmente ejerce violencia contra la pareja, la cual reacciona con violencia. Este planteamiento es válido para ambos géneros, aunque es más potenciada en hombres.

La violencia es una forma de imponerse en situaciones de conflictos vulnerando los derechos o voluntades de la pareja. Si se diera un afrontamiento eficaz, con diálogo y negociación, se previenen los problemas anteriormente mencionados y prevalece el amor.

En el caso presentado dentro de este artículo la comunicación es poco efectiva, reportan que ella no expresa sus opiniones y él lo hace de manera agresiva. Anteriormente se han realizado estudios referentes a esta situación, como el realizado por Moral de la Rubia y cols. (2011) en el que mencionan que en el acto de ejercer violencia no hubo diferencia entre hombres y mujeres, mostrándose la correlación más fuerte de la violencia con la evitación, y/o el afrontamiento pasivo. Y por el contrario, se reporta menos violencia cuanto mayor sea la negociación, el afrontamiento constructivo y auto-modificación.

### Autocontrol

Regular la razón y el deseo, lo que la psicología ha llamado inteligencia emocional, desde la teoría de (Mayer y Salovey, citado en Fernández y Ramos, 2004) es la habilidad de las personas para percibir, usar, comprender y manejar las emociones. De tal forma que se percibe y se expresa la emoción, se facilita, se comprende y finalmente se llega a la regulación emocional, que es dirigir y manejar de forma eficaz las emociones positivas y negativas. (Fernández y Ramos, 2004). El autocontrol es, pues, la capacidad de contener o liberar las emociones. Es necesario contar con autocontrol, inteligencia emocional, en casos de estrés.

### Comunicación efectiva

Para tener relaciones interpersonales exitosas se debe identificar el estilo comunicativo, de acuerdo a Aguilar-Morales y Vargas-Mendoza (2010), existen tres tipos de respuestas comunicacionales: la huida ansiosa, referente a respuestas pasivas permitiendo que violen sus derechos; respuesta asertiva, protegen sus derechos y respetan los de los otros, tienen éxito en sus objetivos y toman decisiones; y la respuesta agresiva, en la que violan los derechos de los demás y actúan violentamente. Considerando la respuesta asertiva como la ideal para una adecuada comunicación y resolución de conflictos. Muchas personas tienen dificultad con los estilos de comunicación debido a las ideas, o supuestos irracionales que presentan.

En un estudio realizado por Nóbrega (2012) se encontró que cuando la mujer percibe a su pareja como asertiva es menos probable que se ejerza violencia tanto física como emocional hacia ella. Los factores de riesgo para que la mujer sea víctima de violencia emocional son los celos y la inestabilidad que se percibe en la pareja, mientras que la asertividad es un factor de protección.

#### Terapia cognitivo-conductual

Según Núñez y cols. (2005) la Terapia cognitivo-conductual es una de las más utilizadas por los psicólogos de la actualidad. Su origen tiene como base la terapia conductual de los años sesenta y su conjunción con la terapia cognitiva en los años setenta, posicionándose como tal en los años ochenta y noventa mediante una consistente línea de investigación sobre su eficacia, efectividad y eficiencia en el tratamiento de diferentes trastornos psicológicos.

Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meichembaum son algunos de los autores principales que representan esta teoría.

La terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo y con límite temporal empleado para tratar una variedad de trastornos psiquiátricos (por ejemplo, depresión, ansiedad, fobias, dolor, etc.). Se basa en una formulación teórica subyacente que plantea que el afecto y la conducta de un individuo están sobre todo determinadas por la forma en que estructura el mundo. Sus cogniciones (“acontecimientos” verbales o pictóricos en su flujo de conciencia) se basan sobre las actitudes o supuestos (esquemas), desarrollados a partir de experiencias previas. (Beck, citado en Caro, 2013)

#### Terapia centrada en soluciones

Espina y Cáceres (1999) definen la psicoterapia breve centrada en soluciones como una serie de sesiones, no más de diez, donde el Equipo y el/los consultantes se ocupan fundamentalmente de los momentos y las maneras en que se ha resuelto la dificultad que les trae a consulta.

El contenido de la terapia se centra en los recursos del paciente, es decir de las situaciones en que el problema no está presente, llamadas excepciones o los

aspectos relacionados con el futuro sin el problema presente, los objetivos. (Ramírez y Rodríguez, 2012).

#### Técnicas de la TCS del caso

Excepciones: de acuerdo a Beyebach (2012) podemos identificar recursos por medio de preguntas de afrontamiento, sin minimizar importancia a las dificultades por las que atraviesa el cliente. Con estas preguntas podemos también transmitir empatía y apoyo. Cuando se identifica algún recurso entonces, según este autor, podemos marcar, ampliar y anclar los cambios. Si al preguntar por mejoría obtenemos respuestas negativas pasamos a de-construir, tratar de encontrar mejoría buscando con más detalle.

Pregunta escala: se trata de pedir a los consultantes que valoren del 1 al 10 la gravedad del problema para trabajar las mejorías a partir de ahí, definir objetivos y concretar metas intermedias. Es un instrumento de intervención dirigido a crear nuevos diálogos sobre recursos y posibilidades (Beyebach, 2012). La pregunta textualmente es: En una escala de 1 a 10, donde 1 sería el momento en que los problemas que te han traído aquí han estado peor y 10 sería que están del todo solucionados, ¿dónde dirías que están ahora? En este caso se realizó como escala de avance en cada sesión y un par de ocasiones también fue útil una variedad de esta pregunta.

Pregunta pretratamiento: de acuerdo a lo que menciona Beyebach (2012) se refieren a la conversación en primera sesión sobre todas aquellas mejorías que se han producido en el problema antes de que los consultantes iniciaran terapia; cuando se consiguen identificar, ampliar y anclar este tipo de cambios, la terapia se convierte en un proceso mucho más sencillo que cuando no es así. Estas mejorías ayudan a reforzar la competencia de los consultantes al haberlas logrado sin la intervención terapéutica.

## Técnicas de la TCC del caso

**Análisis funcional:** es una estrategia sistémica de toma de decisiones clínicas que incrementa la validez de la formulación de casos clínicos. En el marco del análisis funcional el caso se formula en términos de las relaciones entre las características de comportamiento y eventos asociados, derivándose la información a métodos de evaluación guiados por la investigación empírica con problemas de comportamiento similares. Los problemas varían con diferentes eventos o situaciones para su ocurrencia, intensidad o duración. (Virues-Ortega y Haynes, citado en González y Juárez, 2016)

**Inoculación al estrés:** según Meichenbaum (1987) el estrés es la reacción psicológica y fisiológica del individuo o el grupo cuando están expuestos a un entorno desafiante. El adiestramiento en inoculación al estrés consiste en utilizar a los pacientes como colaboradores para recoger datos que les llevarán a reconocer señales de baja intensidad y aprender a interrumpir y cambiar tales pautas de conducta engendradoras de estrés. Se compone de tres fases: la fase de conceptualización, la fase de adquisición de habilidades y de ensayo y la fase de aplicación y seguimiento. El terapeuta se convierte en apoyo para el paciente consiguiendo que éste tenga mayor conciencia de sus procesos de pensamiento y se aumente la probabilidad de que en el futuro note el diálogo encubierto y lo modifique por un pensamiento alternativo.

**Reestructuración cognitiva:** consiste en que el cliente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de manera que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine la perturbación emocional y/o conductual. Los pensamientos son considerados como hipótesis y se deben recoger datos que determinen si son correctas o útiles; el terapeuta formula preguntas y diseña experimentos conductuales para que el paciente evalúe su validez y utilidad. (Clark, citado en Bados y García, 2010). De acuerdo a estos mismos autores, el modelo en que se basa la Reestructuración Cognitiva ha sido denominado ABC por algunos terapeutas reconocidos como lo es Albert Ellis, donde A es la situación, B la cognición y C la consecuencia emocional.

Solución de problemas: el terapeuta ayuda al paciente a llegar del estado en curso (la queja o problema) a su estado deseado. La resolución racional de problemas consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas útiles para resolver problemas con eficacia; entre ellas están a) la definición del problema, b) generación de opciones, c) toma de decisiones y d) evaluación de resultados. (Nezu y cols., 2006).

Entrenamiento asertivo: es tener una comunicación abierta y clara, es una habilidad que puede ser aprendida a través de un entrenamiento por medio de la comunicación donde la persona expresa, piensa o siente sin la intención de dañar a lo demás. (Castanyer, citado en Armas, 2015).

## MÉTODO

Esta investigación consistió en un estudio de caso de intervención terapéutica. Definiendo estudio de caso, de acuerdo a Scandar (2014) como una investigación en profundidad de un caso en su contexto, buscando ver sus particularidades y determinaciones dadas por su anclaje temporo-espacial. El estudio de caso de intervención terapéutica tiene como objetivo centrarse en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, no haciendo hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos. (Roussos, 2007).

La pareja compuesta por la paciente femenina de 25 años dedicada al hogar y el paciente masculino de 27 que se desempeña como obrero, reportan tener peleas constantes por diferentes situaciones, siendo lo más común los reclamos por parte de él al no sentir que ella comunica correctamente. Ambos reconocen que él tiene un carácter agresivo, al punto que se ha presentado violencia física y psicológica incluso desde que eran novios.

Iniciaron su relación de noviazgo 12 años atrás, la pareja menciona haber tenido una etapa como novios en la que se llevaban bien, convivían y salían a cenar, al cine, y demás actividades recreativas; reconocen, de igual manera, ya haber tenido escenas violentas desde entonces, incluso reportan que en esta etapa las agresiones eran más constantes. Se casaron hace 7 años y un año después de matrimonio nació su primer hijo, el cual llevan a terapia también por tener actitudes rebeldes principalmente en la escuela. Así mismo, tienen una hija menor de 1 año y medio. Desde que se casaron viven con la mamá de ella a pesar de ya contar con casa propia.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron dentro del proceso y durante las sesiones fueron los siguientes:

- DAS Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976).
- LWMAT Locke Wallace Marital Adjustment Test (Locke Wallace, 1959).
- Inventario de Ira de Nývaco (Nývaco, 1975, 1977).
- Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).

## ANÁLISIS FUNCIONAL

Los diferentes aspectos considerados dentro del análisis funcional se describen a continuación en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis funcional

Factores predisponentes	<p>La interacción de pareja se ha mostrado disfuncional desde la relación de noviazgo. Él se molesta o siente celos por ver la convivencia de su esposa con su madre o por la presencia de unos vecinos que en el pasado fueron amigos de su esposa. Mientras ella menciona haber tenido episodios de celos por parte de su pareja cuando le ha platicado charlas con otras personas, dice que él se molesta cuando ella le cuenta algo que a él le parece incorrecto, siente miedo a la reacción de su esposo, y por esto prefiere reservarse información, permaneciendo callada durante el reclamo de él y sin platicar algunos aspectos de su día por considerarlos no esenciales.</p> <p>Él en su familia de origen reconoce haber observado violencia entre sus padres y haber vivido bullying en la pubertad, la paciente proviene de una familia de padres divorciados.</p>
Factores desencadenantes	<p>La intensificación del enojo por parte de él se manifiesta con un auto-diálogo negativo, repitiéndose que por parte de su pareja existe un desinterés hacia su persona. Esta situación se presenta desde los años del noviazgo, detectando como punto de partida los celos que él sintió por el vals de XV años que ella bailó con un vecino.</p> <p>Vienen en este momento a terapia al darse cuenta que su hijo mayor comienza con actitudes similares a las de su papá en la escuela.</p>



Factores de control	<p>El enojo en el paciente se presenta por alguno de estos antecedentes: ella platica con su mamá y su hermano cuando él llega del trabajo, no le dedica tiempo exclusivo. Ella se muestra fastidiada, al pedirle ayuda a él en el cuidado de los niños no recibe este apoyo. Ver a los vecinos en la calle. Descubrir que hubo cosas que ella no le platicó a su pareja (por aparente irrelevancia).</p> <p>Cualquiera de estas situaciones enciende el diálogo negativo que él se repite donde deja de sentirse importante para su esposa</p>
Situación problema	<p>Los síntomas que él presenta son: mucho coraje, auto-diálogo negativo y sensación de inseguridad.</p>
Factores de mantenimiento	<p>Cuando la emoción intensa pasa él siente remordimiento y reconoce ante su esposa que está mal, por un momento se comporta amable con ella. Por otra parte, tiende a hacerla sentir culpable diciéndole frases como: “si ya sabes que batallo para controlarme ¿por qué haces esto?” (Refiriéndose a la falta de comunicación o la poca atención que su esposa le brinda).</p> <p>Ella se mantiene en la relación porque dice amarlo, y quiere que sus hijos convivan con él.</p>

Tabla 1. El análisis funcional es descrito en seis apartados, teniendo una mejor descripción de la convivencia marital en cada una de estas categorías.

## PLAN DE TRATAMIENTO

Los objetivos planteados en terapia pensando en mejorar la convivencia de la pareja fueron:

- Aprender lo que es el enojo y el proceso cognitivo implícito, para posteriormente detectar pensamientos que lo provocan.
- Elaborar planes, con auto-control, para manejar la emoción de enojo por medio del auto-diálogo
- Obtener una comunicación asertiva entre ambos miembros de la pareja.

El plan de tratamiento desarrollado durante las sesiones fue el siguiente:

### Sesión 1

Objetivo de la sesión: fase social, establecer rapport, obtener información necesaria y determinar la demanda. Todo esto por medio del formato de primera entrevista utilizado en la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve de la UANL (ver anexo).

Intervención: pregunta escala (resultados en gráfica 1), mensaje final.

Elogios y tarea terapéutica: se les externó una felicitación por la disposición y la decisión de iniciar terapia, se les agradeció la confianza. Como tarea se les encargó “romper el patrón de la secuencia problemática que se presenta en la pareja”, pidiéndoles que cuando comenzaran a discutir se alejaran y se dieran el tiempo de pensar una posible solución. , después de esto debían acercarse a su pareja para hablar lo que pensaron y llegar a un acuerdo de solución.

### Sesión 2

Objetivo de la sesión: aplicación de instrumentos e iniciar la fase de conceptualización de la inoculación al estrés

Excepciones: mencionan haber tenido una buena semana, no se han presentado situaciones que provoquen el enojo de él.

Intervención: trabajo con excepciones, pregunta escala, mensaje final e inoculación al estrés.

Elogios y tarea terapéutica: se elogió su esfuerzo y se les encargó nuevamente la tarea de la sesión anterior. Se llevaron las pruebas de ajuste marital para responder en casa.

### Sesión 3

Objetivo de la sesión: continuar el procedimiento de inoculación al estrés

Excepciones: él ha podido reconocer las ocasiones en que la emoción del enojo comienza a presentarse, menciona tener problemas para controlarlo completamente pues su expresión facial continúa aunque evite explotar verbalmente.

Intervención: trabajo con excepciones, pregunta escala, inoculación al estrés y mensaje final

Elogios y tarea terapéutica: se les externó felicitaciones por los logros de esta semana al percibirse mejor en la pregunta escala y ser capaces de identificar los momentos conflictivos. Se les encargó como tarea determinar tiempos para la convivencia diaria de él con sus hijos comprendiendo el cansancio de su esposa y darse un tiempo exclusivo para ellos.

### Sesión 4 (individual con él)

En esta ocasión se decidió dedicarla únicamente al miembro masculino de la pareja por los resultados obtenidos en las pruebas en los que se muestran puntuaciones “disfuncionales” en su ajuste marital, además se quería conocer su punto de vista de la situación.

Objetivo de la sesión: explorar la situación desde el punto de vista de él, buscando la auto-aceptación y compromiso necesarios para el cambio, explorar las cosas buenas y no tan buenas que existen en la relación, así como la manera de mejorarlas buscando alternativas para estar bien personalmente y en pareja.

Excepciones: Menciona estar controlando su coraje, reconoce sus cambios al contener la emoción, llevaron a cabo la tarea y esto le permitió convivir más con sus hijos, además de ser relajante salirse un rato con los niños y no estar pensando en lo que le causa enojo

Intervención: trabajo con excepciones, mensaje final y pregunta escala

Elogios y tarea terapéutica: se le felicitó por esa contención que ha logrado y el esfuerzo que está haciendo. Se le habló de la importancia de los sentimientos, el respeto y la lealtad dentro de las relaciones de pareja. Como tarea se le pidió que continuara haciendo el esfuerzo de controlar el enojo y que escribiera lo que él siente por ella, las maneras de mostrarle respeto y lealtad, de igual manera que pensara en la manera en que ella demuestra estos componentes y la importancia que él tiene para su pareja.

Sesión 5 (individual para él)

Nuevamente se dedicó sesión individual a él para hacer completamente consiente la parte de responsabilidad que tenía en la situación problema y para aplicar pruebas únicamente a él que estaba señalado como el causante de violencia.

Objetivo de la sesión: aplicación de inventario. Reestructurar ideas por medio de debate y auto diálogo alternativo.

Excepciones: ha conseguido, además de contener la emoción de enojo, acercarse a su pareja para hablar de lo que no le agrada.

Intervención: trabajo con excepciones, reestructuración cognitiva (Ellis, 1958), mensaje final y pregunta escala

Elogios y tarea terapéutica: se felicitó por los logros obtenidos hasta el momento y la confianza depositada en él para seguir mejorando. La tarea de esta sesión fue encontrar la manera de demostrarle a ella que le importa y comenzar a dar votos de confianza por medio de poner en duda sus pensamientos negativos.

## Sesión 6 (individual para ella)

En esta ocasión se tomó la decisión de ver únicamente al miembro femenino de la pareja por la sospecha de que ella no expresaba todo lo que sentía frente a su pareja, además se quería hacer consiente su parte de responsabilidad en el problema.

Objetivo de la sesión: indagar su percepción de la falla comunicacional e iniciar proceso psicoeducativo de los estilos comunicativos.

Excepciones: dentro de esa semana no habían tenido discusiones, y que esto le ha permitido comunicarse de mejor manera con su esposo. Ella lo percibe cambiado, confirma que él ha sabido controlar su enojo y agresión, incluso comienza a trabajar en su casa participando en la elección del piso y demás detalles.

Intervención: trabajo con excepciones, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, mensaje final y pregunta escala

Elogios y tarea terapéutica: se le agradeció su confianza y se reconoció la conciencia que ella tiene sobre la importancia de la comunicación efectiva para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Se felicitó por los logros obtenidos en la semana y por la mejora de la relación. Como tarea se le encargó expresar o platicar sobre sentimientos, situaciones o necesidades.

## Sesión 7

Objetivo de la sesión: brindar psicoeducación vivencial del tema de asertividad.

Excepciones: iniciaron a trabajar con las mejorías de su casa. Ambos dicen que están cooperando y hablando más a fondo de las situaciones. Se presentó una dificultad el fin de semana, él logró controlar con mucho esfuerzo y ella reconoce no haber comunicado correctamente en el momento. Él en el trabajo se ha concentrado más, ha dejado que fluyan las situaciones y nota su control incluso en la calle. Ella menciona mostrarse más comunicativa al brindarle apoyo y agradecimiento a su pareja.

Intervención: trabajo con excepciones, psicoeducación, mensaje final y pregunta escala.

Elogios y tarea terapéutica: se les felicitó por el avance de la semana, se agradeció la confianza al expresar sus ejemplos durante la intervención. Como tarea se encargó a ambos continuar con el control y la comunicación.

## Sesión 8

Objetivo de la sesión: concretizar objetivamente la conducta que desean modificar por medio de la técnica de solución de problemas.

Excepciones: por parte de ella se ha dado más demostración de las emociones. El paciente ve que su pareja está cambiando su actitud para bien. Él se mostró más amoroso esta semana, cuidó a la niña pequeña, y logró controlarse cuando ella le comunicó lo que pasaba realmente con una vecina. Él ha mostrado su autocontrol incluso en partidos de futbol.

Intervención: trabajo con excepciones, solución de problemas, mensaje final y pregunta escala.

Elogios y tarea terapéutica: se les re-encuadró la idea sobre la puntuación estática de la pregunta escala de él diciéndole que se califica de esta manera por la lentitud en que él siente el progreso, porque el avance ha seguido constante. Además de la aplicación del plan elaborado dentro de la técnica de solución de problemas, se le pidió de tarea a él idear la manera para hacer sentir protegida a su pareja sin lastimar a su madre cuando van a visitarla.

## Sesión 9

Objetivo de la sesión: atribuir el control del avance

Excepciones: en un disgusto de su pareja ella se comunicó de manera adecuada, mientras él reconoce haber actuado mal pues decidió decir cosas ofensivas, no hablar sobre la solución y mostrando mala cara. El paciente se fue a jugar futbol solo, lo cual es una muestra de haber "roto el patrón", esta situación fue percibida como una manera de despejarse, brindar voto de confianza y de no quedarse más

tiempo en la discusión. En casa de sus padres él se sentó a lado de su pareja, haciéndola sentir más segura. Otra muestra de auto-control se notó cuando les rompieron el cristal del carro, al contrario de lo que esperaba ella, el paciente se mostró tranquilo al saber que su pareja y su familia estaban bien.

Intervención: trabajo con excepciones, mensaje final y pregunta escala.

Elogios y tarea terapéutica: Se retroalimentó la necesidad de los dos de seguir mejorando y se le pidió a él que busque la oportunidad de hablar con su mamá y ser mediador en caso de que la señora haga malos comentarios. Se le comunicó una felicitación por continuar notando avances.

### Sesión 10

Objetivo de la sesión: definir objetivamente de qué manera él percibiría que se da una buena comunicación por parte de su pareja.

Excepciones: las mejorías continúan, él manteniendo el autocontrol y ella platicando más y con actitud diferente frente a la familia política. Él la nota más relajada y ella reporta que esto se debe a la confianza que siente de hablar con su pareja. Él reconoce que para mostrar esa confianza ha requerido aumentar su tolerancia, paciencia y control de la emoción.

Intervención: trabajo con excepciones, variación de la pregunta escala para puntuar la bondad percibida en su pareja, mensaje final y pregunta escala.

Elogios y tarea terapéutica: se le cuestionó al paciente el motivo de permanecer en el mismo número de la escala durante varias sesiones y él reconoce que es por una desconfianza, incluso ella dijo que su pareja quiere ver que ponga más de su parte. Se le pidió a ella que actué de la manera en que él define una buena comunicación y a él se le encargó continuar el auto-control para escuchar a su pareja.

### Sesión 11

Objetivo de la sesión: realizar el cierre de la intervención terapéutica.

Excepciones: reportan continuar con el autocontrol del paciente y la comunicación de ella. Incluso las mejorías han sido notadas por más personas (el hermano de la paciente).

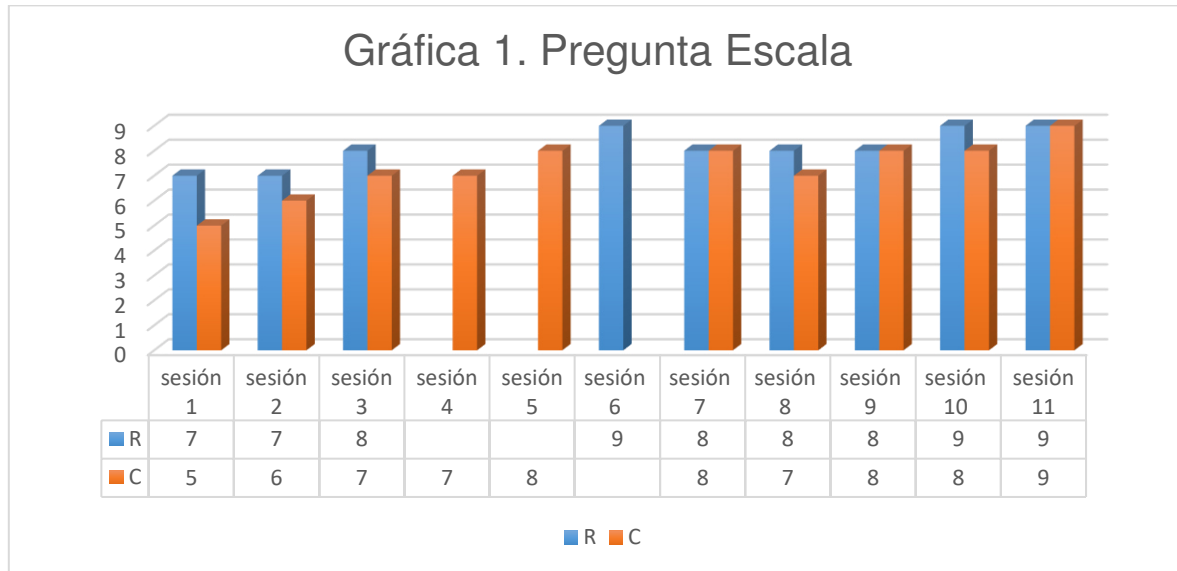
Intervención: trabajo con excepciones, prevención de recaídas, ritual (viéndose a los ojos y diciendo por turnos: “confío tanto en ti, como deseo que tú confíes en mí, en un marco de respeto y amor”), pregunta escala (privada y como pareja)

Elogios y tarea terapéutica: se elogió su esfuerzo y sus logros, se reconoció que se evaluarán igual, lo cual puede indicar la capacidad para sostener un buen nivel de confianza.



## RESULTADOS

La pregunta escala, que como ya se ha mencionado es un indicador de la percepción que tienen los clientes con respecto a su mejora, fue variable con esta pareja (véase gráfica 1).



Gráfica 1. Él se puntuó la primera sesión en 5, aumentando a 6 en la sesión número dos y en la tercera se localiza en 7, la sesión cuatro y cinco fueron dedicadas al paciente masculino y se percibe en una escala de 7 y 8 respectivamente. En la séptima sesión, cuando nuevamente acudieron en pareja, él se puntuó en 8, la siguiente sesión baja a 7, permanece puntuándose en 8 las sesiones nueve y diez. Ya en la última sesión coloca la escala en 9.

Mientras que ella menciona 7 en la primera y segunda sesión, en la sesión número tres se puntuó con un 8, después de no verla un par de sesiones se ubicó en 9 en la sexta sesión. De la séptima a la novena sesión permaneció en 8, posterior a esto aumentó en la escala a 9 y se mantuvo así las últimas dos sesiones.

En las evaluaciones aplicadas a la pareja los resultados son presentados en la Tabla 2, mostrándose puntuaciones cuantitativas y cualitativas de los mismos.

Debido al apego que se tiene en la maestría al calendario de la Universidad Autónoma de Nuevo León el tiempo no fue suficiente para la realización de una sesión extra, dada esta situación no fue posible llevar a cabo un postest, sin embargo, por medio del discurso se pudo constatar los cambios cualitativos presentados en su relación: el paciente masculino aumentó su autocontrol, hubo mayor comunicación por parte de ambos, así como también reportaron mejoría en sus interacciones con la familia extensa.

Tabla 2. Resultados según las pruebas

INSTRUMENTO	APLICADO A:	RESULTADOS	
		ELLA	ÉL
DAS Dyadic Adjustment Scale	Ambos	Esta prueba se divide en sub-escalas, puntuando:	
		Consenso: 49 Cohesión: 22 Satisfacción: 47 Expresión de afecto: 13	Consenso: 45 Cohesión: 19 Satisfacción: 41 Expresión de afecto: 10
		Total: 131 (funcional)	Total: 111 (funcional)
		Compromiso para cambiar	
		Propio: 9 De pareja: 9	Propio: 10 De pareja: 7
LWMAT Locke Wallace Marital Adjustment Test	Ambos	119 (funcional)	89 (disfuncional)
Inventario de Ira de Nývaco	Paciente masculino	37 (muy bajo, poca población puede alcanzarlo, pacífico)	
Escala de Impulsividad de Barratt	Paciente masculino	Sub-escalas -Impulsividad Cognitiva: 24 (disfruta poco las actividades que representen control mental) -Impulsividad Motora: 16 (pocas veces realiza acciones pensando en el momento) -Impulsividad No planeada: 21 (carente de autocontrol)  Total: 61 (punto medio: requiere psico-educación)	

Tabla 2. Resultados cuantitativos y cualitativos de los instrumentos aplicados pretratamiento, se indican los instrumentos aplicados a ambos miembros de la relación y los aplicados únicamente al paciente masculino.

Dentro del DAS Dyadic Adjustment Scale se mide la satisfacción marital subjetiva de cada miembro, se pueden definir las subescalas de la siguiente manera:

- Consenso, se refiere al grado de acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación.
- Cohesión, evalúa el grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas.
- Satisfacción, se refiere al grado de satisfacción de la pareja con la relación en el momento presente y su grado de compromiso para continuar con la misma.
- Expresión del afecto, indica el grado en que la pareja está satisfecha con el afecto dentro de la relación y con la satisfacción que deriva de la relación sexual.

Las puntuaciones conjuntas permiten diferenciar entre un ajuste diádico satisfactorio o pobre. Las puntuaciones máximas de las subescalas son: Consenso (65), Cohesión (24), Expresión de afecto (12) y Satisfacción (50), mientras que la puntuación máxima del ajuste total es de 151. Se entiende que cuanto mayor sea esta puntuación, mayor grado de ajuste tendrá con la pareja. En la puntuación total, se toma como puntuación divisoria los 100 puntos, que determinan si el ajuste diádico es satisfactorio (por encima de esta puntuación) o insatisfactorio (por debajo de esta puntuación). A la vez, una puntuación por encima de 125 se considera un ajuste idealizado (Cáceres, citado en Espinosa y cols., s/f).

El LWMAT Locke Wallace Marital Adjustment Test toma en cuenta el ajuste marital considerando las situaciones o conductas en las que coinciden y puntuándolo dentro de una escala Likert clarificando desde siempre de acuerdo hasta siempre en desacuerdo. Dentro de esta escala son pocas las coincidencias que presenta la pareja evaluada, incluso muestran desacuerdos realmente importantes que deja a la vista la poca comunicación y conocimiento uno del otro.

Es importante mencionar que en las dos pruebas anteriores se califica como disfuncional y funcional, siendo funcional superando 100 puntos. Entre mayor sea el puntaje se considera mejor ajuste marital.

El inventario de ira de Nývaco consta de 25 ítems calificando situaciones del 0 al 4 siendo cuatro "muy enojado". Al hacer la sumatoria se las calificaciones dadas del paciente se verifica en la interpretación cualitativa, en este caso se ubica en 37 y el inventario señala que de 0-45 la cantidad de ira e irritabilidad que experimenta, generalmente es notablemente baja.

Pensando en el posible sesgo presentado en esta prueba se decidió aplicar la Escala de impulsividad de Barratt, ya que el puntaje no corresponde a lo que los pacientes reportan en sesión.

La escala de impulsividad de Barrat Consta de 30 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta, desde raramente o nunca hasta siempre o casi siempre. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. No tiene punto de corte, la puntuación máxima posible es de 120.

## DISCUSIÓN

Los pacientes fueron una pareja muy comprometida con el tratamiento, en un inicio se planteó la posibilidad de trabajar únicamente con el paciente masculino al mencionar que era su agresividad la causante de los problemas fuertes dentro de la pareja, sin embargo al plantear esta idea en sesión ambos decidieron trabajarlo en pareja planteándose objetivos en común, sin dejar de lado la importancia de disminuir los episodios agresivos y aumentar la comunicación asertiva.

Se aplicaron pruebas de ajuste marital a ambos miembros de la pareja, al miembro masculino se le aplicaron test sobre impulsividad e ira, y de acuerdo a los resultados obtenidos dentro de las evaluaciones que se les aplicaron a ambos se puede discutir que el paciente muestra resultados menores, lo cual nos habla de una poca capacidad para resolver situaciones maritales, tolerancia, comunicación, capacidad de acuerdo, afecto y disfrute dentro de la relación de pareja. Los resultados de la paciente se puntúan como funcionales, mayores a su pareja, lo cual significa que dentro de la relación tiene mayores recursos para enfrentar las dificultades y la convivencia.

Tomando en cuenta que en las pruebas aplicadas únicamente a él los resultados arrojan poco auto-control. Es importante recordar que el autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar a nosotros mismos nuestras emociones y no que éstas nos controlen a nosotros, sacándonos la posibilidad de elegir lo que queremos sentir en cada momento de nuestra vida (Ferrari, 2012). El escaso autocontrol, de acuerdo a la prueba y al reporte verbal, que se deja notar en la interacción de la pareja es justamente la causa por la que las peleas comienzan fácilmente en cuestiones cotidianas.

Otro de los factores relevantes implicados en la problemática de la pareja es la deficiente comunicación que manifestaban, por este motivo fue importante trabajar con un entrenamiento asertivo para mejorar la relación. Tomando en cuenta lo que la Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid (2012) menciona acerca de la comunicación, se coincide en que es el proceso mediante el cual transmitimos y

recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión. Siendo esta fundamental en el desarrollo del caso.

Complementando el tema de la comunicación efectiva ejemplificándola a través de la asertividad, se puede definir ésta como la habilidad que permite a las personas ser directas, honestas y expresar sus sentimientos, opiniones y pensamientos; haciendo esto en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás (Llacuna y Pujol, 2004). Esta carencia asertiva es otro de los factores que detonan las problemáticas de la pareja al no decir sus opiniones o expresarlas en alguno de los extremos (pasivo o agresivo).

Aguilar-Morales y Vargas-Mendoza (2010) reconocen la importancia de trabajar con las ideas irracionales que no permiten llevar a cabo un estilo asertivo de comunicación, en su artículo estos autores mencionan algunas alternativas de pensamiento más racionales que pueden colaborar para modificar las relaciones interpersonales.

Los programas cognitivo conductuales ofrecen los mejores resultados en la reducción de la reincidencia (Dutton, 2008; Johnson, 2007, citado en Loinaz y Echeburúa, (2010). Por otra parte, en un estudio realizado por estos autores se considera que hay diferentes tipos de terapia para trabajar con violencia en una relación, entre estas modalidades terapéuticas están la individual, grupal y de pareja, recomendando ésta última en casos de sujetos de bajo riesgo, alta motivación por el tratamiento, violencia leve y sin abuso de drogas.

## CONCLUSIÓN

El tratamiento propuesto para esta pareja en particular fue efectivo, tomando en cuenta la queja de ambos dentro de la relación se consiguió una mejor convivencia, comunicación y autocontrol.

Es de suma importancia procurar una sana relación de pareja, es esencial promover los indicadores de una buena y una mala relación para ayudar a la prevención de violencia dentro de los noviazgos y matrimonios, de igual manera sería ideal promocionar la atención terapéutica en busca de una mejor convivencia entre sí.

Se considera que la investigación sobre el tema que aquí interesa debe continuar, se cree relevante saber identificar y tratar, incluso desde más temprana edad, aspectos como la inseguridad, comunicación asertiva y autocontrol, con el fin de buscar el bienestar individual, principalmente, para después ofrecer bienestar de pareja y familia.

## REFERENCIAS

- Aguilar-Morales, J. y Vargas-Mendoza, J. (2010). Comunicación Asertiva. **Network de Psicología Organizacional**. Recuperado de: [http://www.conductitlan.net/psicologia\\_organizacional/comunicacion\\_asertiva.pdf](http://www.conductitlan.net/psicologia_organizacional/comunicacion_asertiva.pdf)
- Armas, M. (2015). Entrenamiento asertivo en ansiedad social de los estudiantes de noveno año "a" de la unidad educativa del milenio "Ángel Polibio Chávez" del cantón san Miguel, provincia Bolívar periodo noviembre 2014-abril 2015. **Universidad Nacional de Chimborazo**. Recuperado de: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/910/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2015-0002.pdf>
- Bados, A. y García, E. (2010). **La técnica de la reestructuración cognitiva**. Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. España. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Eugeni\\_Garcia-Grau/publication/43436214\\_La\\_Tecnica\\_de\\_la\\_reestructuracion\\_cognitiva/links/00b4951dd1637ba63f000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eugeni_Garcia-Grau/publication/43436214_La_Tecnica_de_la_reestructuracion_cognitiva/links/00b4951dd1637ba63f000000.pdf)
- Barrat. (2011). **Escala de Impulsividad de Barratt** (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).
- Beyebach, M. (2012). **24 ideas para una psicoterapia breve**. España. Ed. Herder.
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). **200 tareas en terapia breve**. España. Ed. Herder.
- Caro, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas una reflexión crítica. **Boletín de psicología 107**. 37-69. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N107-3.pdf>
- Espina, J y Cáceres, J. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 19**(69), 23-38. Recuperado de: [http://www.juconicomparte.org/recursos/15630-15727-1-PB\\_crp9.pdf](http://www.juconicomparte.org/recursos/15630-15727-1-PB_crp9.pdf)
- Espinosa, M., Griñón, M., Novella, P., Sanjuan, M. & Vizcaino, L. (s/f). **El impacto de la situación laboral en el ajuste diádico de pareja**. Recuperado de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40947833/El\\_impacto\\_de\\_la\\_situacion\\_laboral\\_en\\_el\\_ajuste\\_diadico\\_de\\_la\\_pareja.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490056409&Signature=WsyLQu1s9v%2B66%2Bso8VDxiwxPHXo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl\\_impacto\\_de\\_la\\_situacion\\_laboral\\_en\\_el.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40947833/El_impacto_de_la_situacion_laboral_en_el_ajuste_diadico_de_la_pareja.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1490056409&Signature=WsyLQu1s9v%2B66%2Bso8VDxiwxPHXo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEl_impacto_de_la_situacion_laboral_en_el.pdf)
- Fernandez, P. y Ramos, N. (2004). **Desarrolla tu inteligencia emocional**. España. Ed. Kairós S.A.



- Ferrari, L. (2012). **El poder de tu mente 1ª parte**.[http://www.tusbuenoslibros.com/resumenes/el\\_poder\\_de\\_tu\\_mente\\_1.pdf](http://www.tusbuenoslibros.com/resumenes/el_poder_de_tu_mente_1.pdf)
- Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid (2012). **Manual de comunicación para investigadores**. FUAM. España. Recuperado de: <http://fuam.es/wp-content/uploads/2012/10/INTRODUCCION.-La-Comunicacion.-Principios-y-procesos.pdf>
- González, M. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 19(3). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>
- Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. **Avances en Psicología Latinoamericana** 27(1). Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/10>
- Labrador, F. (2016). **Intervención Psicológica en Terapia de Pareja: Evaluación y tratamiento**. Psicología Pirámide. España.
- Llacuna, J. y Pujol, L. (2004). **La conducta asertiva como habilidad social**. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. España. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp\\_667.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_667.pdf)
- Locke Wallace (1959). Modificada por Tapia Villanueva, L., Armijo, I., Schilling, V., Manheim, J. (2007). **LWMAT Locke Wallace Marital Adjustment Test**
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades Terapéuticas en agresores de pareja y su perfil diferencial. **Perspectivas teóricas Clínica Contemporánea** 1(2). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/268265871\\_Necesidades\\_Terapeuticas\\_en\\_Agresores\\_de\\_Pareja\\_segun\\_su\\_Perfil\\_Diferencial\\_Therapeutic\\_Needs\\_of\\_Partner-Violent\\_Men\\_According\\_to\\_their\\_Differential\\_Profile](https://www.researchgate.net/publication/268265871_Necesidades_Terapeuticas_en_Agresores_de_Pareja_segun_su_Perfil_Diferencial_Therapeutic_Needs_of_Partner-Violent_Men_According_to_their_Differential_Profile)
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 14(1). Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>
- Meichenbaum, D. (1987). **Manual de inoculación al estrés**. España. Ed. Martínez Roca, S.A. Recuperado de: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35849848/Meichenbaum-Manual\\_de\\_Inoculacion\\_de\\_Estres.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWY YGZ2Y53UL3A&Expires=1488864342&Signature=O8Mdpb5mzqTnnMHjYIEcDYp5DHs%3D&response-content-](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35849848/Meichenbaum-Manual_de_Inoculacion_de_Estres.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWY YGZ2Y53UL3A&Expires=1488864342&Signature=O8Mdpb5mzqTnnMHjYIEcDYp5DHs%3D&response-content-)

[disposition=inline%3B%20filename%3DDonald\\_Meichenbaum-Manual de Inoculacio.pdf](#)

- Moral de la Rubias, J., López, F., Díaz, R. & Cienfuegos, Y. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. **Revista CESPsicología** 4(2). Recuperado de:  
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1502/1325>
- Nezu, A., Nezu, C. & lombardo, E. (2006). **Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales**. México. Ed. Manual Moderno.
- Nóblega, M. (2012). Características de los agresores en la violencia hacia la pareja. **Liberabit** 18(1). Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100008&script=sci_arttext)
- Nóvaco. (1977). **Inventario de Ira de Nóvaco**
- Núñez, A., Tobón, S. y cols. (2005). **Terapia Cognitivo Conductual. El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica**. Universidad de Manizales. Manizales.  
Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/profile/Ariel\\_Nunez/publication/287206980\\_Terapia\\_cognitivo-conductual\\_El\\_Modelo\\_Procesual\\_de\\_la\\_Salud\\_Mental\\_como\\_camino\\_para\\_la\\_integracion\\_la\\_investigacion\\_y\\_la\\_clinica/links/56bdeb9708aee5caccf2e5e9.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ariel_Nunez/publication/287206980_Terapia_cognitivo-conductual_El_Modelo_Procesual_de_la_Salud_Mental_como_camino_para_la_integracion_la_investigacion_y_la_clinica/links/56bdeb9708aee5caccf2e5e9.pdf)
- Núñez, F., Cantó-Milà, N y Seebach, S.(2015). Confianza, mentira y traición. El papel de la confianza y sus sombras en las relaciones de pareja. **Sociológica (Méx.)** 30(84). Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732015000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732015000100004)
- Paz, J. (2010). **Relaciones y parejas saludables: como disfrutar del sexo y del amor**. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. España. Recuperado de: <http://www.caib.es/sites/M150218084716442469342/f/217917>
- Ramírez, J. y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. **Revista electrónica de Psicología Iztacala**. 15 (2). Recuperado de:  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32370>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un círculo entre la investigación y la práctica clínica. **Revista argentina de clínica psicológica** 16(3). 261-270. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Scandar, M. (2014). El uso del estudio de casos en la investigación en psicoterapia. **Psicodebate** 14(1). 69-84. Recuperado de:

[http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate\\_N14\\_T1\\_04.pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N14_T1_04.pdf)

Spanier. (1976). Modificada por Tapia Villanueva L., Armijo, I., Schilling, V.,  
Manheim, J. (2007). ***DAS DyadicAdjustmentScale***.

## ANEXO

### Formato de entrevista para primera sesión

- Contexto: se da a conocer al paciente la manera en que se trabaja dentro de la sesión; se le explica la teoría utilizada, el costo, el tiempo de sesión y demás detalles necesarios para que tenga una idea de cómo se llevará a cabo el tratamiento.
- Fase social: es el momento en que se conoce mejor al paciente, preguntando acerca de sus relaciones interpersonales, empleo, pasatiempos, gustos y demás datos importantes que permitan detectar la manera más conveniente de aplicar las técnicas dentro de sesión y las tareas que pudieran funcionarle.
- Demanda: se inicia preguntando qué es lo que lo motivó a buscar terapia, en este momento se busca conocer la situación problema. Se realizan las preguntas necesarias para completar un correcto análisis funcional. Después de obtener la información necesaria se negocia y se delimitan los objetivos de terapia.
- Pregunta pretratamiento: se realiza para conocer que mejorías ha notado el paciente antes de acudir a la sesión, con el fin de empezar a detectar las primeras excepciones (momentos en que no se presenta el problema) y atribuirle control de las mismas.
- Pregunta milagro: funciona para confirmar la demanda, da una idea más clara de lo que el paciente busca y ayuda a tener idea de las conductas, sensaciones y pensamientos esperados.
- Pregunta escala: puntúa de manera cuantitativa la percepción de avance que tiene el paciente.
- Mensaje final: se retroalimenta al paciente con las fortalezas que fueron detectadas en esa sesión buscando nuevamente atribuir control de la situación, se puede hacer un pronóstico de mejora y se aprovecha este momento para pedirle la tarea que consideremos apta en ese momento.