



Vol. 16 No. 2

Junio de 2013

INTERVENCIÓN CENTRADA EN SOLUCIONES-COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Nancy Guajardo Riojas¹ y Blanca Eugenia Cavazos Cisneros²
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, México

RESUMEN

En la actualidad ha avanzado considerablemente la población de mujeres adolescentes que reciben abuso sexual y/o algún tipo de violencia dentro del noviazgo y que reportan afectación a nivel psicológico, emocional y social. En este estudio se presenta el caso de una mujer que acude a terapia por tener problemas en la escuela y trabajo, para comunicarse con los hombres. Posteriormente reportó que se lo atribuye a que recibió abuso sexual y violencia dentro de su relación de noviazgo anterior. Se utilizó el modelo de intervención centrada en soluciones y cognitivo conductual, lo que proporcionó diferentes estrategias terapéuticas diseñadas para buscar soluciones combinadas con técnicas de la terapia cognitivo conductual para la evaluación de la situación y las diversas intervenciones. Los objetivos a trabajar fueron: 1. Superar y aprender de su relación de noviazgo anterior, 2. Aumentar su seguridad personal y autoestima, 3. Mejorar la relación con su padre. Esto permitió hacer cambios favorables en los patrones cognitivos, conductuales e interacciones de la paciente, logrando incrementar su bienestar psicológico. En 8 sesiones presenciales y 2 llamadas de seguimiento se

¹ Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: nancygdoci@gmail.com

² Profesora de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo electrónico: becavaci@yahoo.com.mx

alcanzaron los objetivos planteados. El modelo de terapia breve orientado en soluciones cognitivo conductual resulta eficaz en la intervención con mujeres que han recibido algún tipo de violencia en su noviazgo.

Palabras clave: abuso sexual, violencia en el noviazgo, terapia centrada en soluciones, Terapia cognitivo conductual.

INTERVENTION FOCUSED ON COGNITIVE BEHAVIORAL SOLUTIONS IN A CASE OF DATING VIOLENCE

ABSTRACT

Today has advanced considerably adolescent population receiving sexual abuse and / or some form of violence within courtship and reporting a psychological impairment, emotional and social. In this study we present the case of a woman who goes to therapy for having problems at school and work, to communicate with men. Subsequently reported that it received attributed to sexual abuse and violence in their previous dating relationship. We used the model of solution-focused intervention and cognitive behavior, which provided different therapeutic strategies designed to seek solutions techniques combined with cognitive behavioral therapy to assess the situation and the various interventions. Work objectives were: 1. Overcome and learn from their previous dating relationship, 2. Increase your personal safety and self-esteem, 3. Improve your relationship with your father. This allowed for favorable changes in cognitive patterns, behavior and interactions of the patient, thereby increasing their psychological wellbeing. In 8 sessions and 2 follow-up calls were achieved objectives. The model solutions oriented brief therapy cognitive behavioral intervention is effective in women who have received some form of violence in their dating.

Key words: sexual abuse, dating violence, solution-focused therapy, cognitive behavioral therapy.

El noviazgo tiene como función desarrollar las habilidades necesarias para la edad adulta, ya que interviene en el desarrollo de la identidad y de la sexualidad, al permitir experimentar sensaciones, afectos y emociones que facilitan el conocimiento propio y del ser querido; contribuye al desarrollo de la intimidad entre pares, al crear vínculos empáticos y amorosos; se relaciona con los logros académicos y profesionales, ya que influye en el estado de bienestar y de la motivación; además influye en el prestigio social, al desarrollar sentimientos de

valía y pertenencia (Hetzl-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007; González, 2009; Renner y Whitney, 2010).

Las relaciones de noviazgo se han visto afectadas por la violencia en sus interacciones y se cuenta como uno de los problemas sociales más serios a los que se enfrenta nuestra comunidad. La violencia en una relación de pareja se refiere a toda acción u omisión que daña a nivel físico, psicológico o sexual, con el fin de dominar y mantener el control sobre la otra persona causando secuelas. Una relación con estas características suele denominarse noviazgo violento (González, 2009).

Definir los tres tipos de agresiones (física, psicológica y sexual), permite distinguir una amplia gama de malos tratos que se relacionan entre sí. En este sentido, es necesario destacar el hecho de que en la realidad las conductas agresivas se entrelazan formando un patrón de comportamientos que caracterizan la relación, prolongándose estas condiciones en el tiempo. Así, los miembros de la pareja pierden el control de la situación y se ven envueltos en una espiral conflictiva.

La violencia física: Es la más evidente, se manifiesta porque el daño producido se marca en el cuerpo de la víctima, como golpes, heridas, mutilaciones e incluso la muerte. También se considera violencia física por omisión, como el impedir salir de casa.

La violencia psicológica: La noción de violencia psicológica es relativamente la más reciente como tema de investigación y análisis y como denuncia de trasgresión de derechos. Cuando se ejerce violencia psicológica, se produce un daño en la esfera emocional y se vulnera la integridad psíquica.

Se puede únicamente observar, a través de las referencias de quien la padece, como la sensación de incomodidad, confusión, incertidumbre, humillación, dudas de la propia capacidad, etc. Así mismo las personas cercanas, ven insultos, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación y desprecio y a la vez, ven reducida la autoestima de quien la sufre; puede haber alteraciones de la alimentación, el sueño, de la piel, gastritis, jaquecas, dolores musculares, etcétera.

Quien la ejerce, lo hace con el fin de que la otra persona se sienta mal, sin embargo, esas reacciones varían con cada individuo, pues una misma palabra, puede ser muy hiriente para uno y para otro no causar la más mínima incomodidad. Entre los medios utilizados, se pueden mencionar, la mordacidad, la mentira, el sarcasmo con relación al aspecto físico, ideas o gustos de la víctima, las bromas hirientes, las amenazas, el aislamiento y el silencio.

La violencia sexual: Al igual que las otras tiene diversas manifestaciones, la más contundente es la violación, pero esta también los tocamientos en el cuerpo de la víctima, obligar a tocar el cuerpo del agresor, las burlas sobre la sexualidad, el acoso y cualquier forma de práctica sexual que la víctima no desee, incluyendo la prostitución forzada y la pornografía infantil; en esta variante existe violencia física y psicológica.

LA VIOLENCIA EN EL CONTEXTO SOCIAL

Ubicando la violencia en un contexto social en el que ciertas pautas de comportamiento otorgan reconocimiento a aspectos como la masculinidad, la identidad familiar, la fortaleza de carácter, la responsabilidad, entre otras; donde hay ciertas creencias aceptadas y expuestas en algunas expresiones conocidas como “a las mujeres les gusta que les peguen” “en realidad ellas lo provocan” “algo habrá hecho para que le dieran una paliza” “te pego porque te quiero” “la letra con sangre entra” “así se hace hombre” “es tu cruz” etc. que se repiten cotidianamente y que se detectan en el lenguaje, en las imágenes publicitarias, en los libros de texto, en los consejos de las abuelas y las madres a las futuras esposas, en los refranes y hasta en los juegos infantiles y que son una manifestación de violencia cultural (Torres 2001).

Sluzki (1995), clasifica este tipo de convivencia como una socialización cotidiana, que ocurre cuando las situaciones de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales; produciéndose el fenómeno de la naturalización, ejerciendo mecanismos detectados que implican la violencia emocional; entre las que se cuentan la descalificación, con la que se invalida la comunicación; la

desconfirmación, a través de la cual se invalida a la persona; el doble vínculo, la mistificación y el hechizo.

Las víctimas, principalmente mujeres, se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tomen los hombres; se acostumbran a ser humillada mediante bromas descalificadoras, mofas y apodos, pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene efecto anestésico ante la violencia.

LA VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO

Para las mujeres que han recibido abuso sexual, violencia física o psicológica dentro de una relación de noviazgo, les resulta muy difícil hablarlo y salir de ese círculo que se vuelve vicioso, la mayoría de ellas se alejan de sus familiares y amigos, quedando su red de apoyo muy debilitada, afectando considerablemente su bienestar psicológico y calidad de vida.

Los diferentes tipos de violencia que ocurren dentro de una relación de pareja se presentan en forma simultánea y están ligados entre sí. Una de las formas más humillantes para la pareja es el abuso o agresión sexual que se ejerce mediante presiones físicas o psicológicas que imponen las relaciones sexuales no deseadas mediante la coacción, intimidación o indefensión (Alberdi y Matas, 2002; Offman y Matheson, 2004).

Es posible destacar algunos indicios que deben alertar a quienes comienzan una nueva relación de pareja: los intentos de control y aislamiento, la agresividad, el desprecio y humillación, la manipulación y amenazas así como la negación de sus errores (González y Santana, 2001; Hirigoyen, 2006; González, 2009; Almendros, Gámez-Guadix, Carrobes, Rodríguez-Carballeda y Porrúa, 2009).

González y Santana (2001), mencionan que existen factores importantes que parecen colocar a las relaciones de noviazgo en situación de riesgo tendiente a la violencia, lo cual no significa que necesariamente vaya a ocurrir así. Concretamente, destacan además del deseo de controlar a la pareja, la violencia vivida dentro del contexto familiar, las actitudes tradicionales respecto a los roles de género y una visión excesivamente romántica de las relaciones amorosas.

Entre los indicadores se mencionan los siguientes: mostrarse posesivo con la pareja y extremadamente celoso, exigir que se retire de familiares y amigos, mostrar conductas humillantes y crueles hacia la pareja, amenazar o intimidar, presionar para mantener relaciones sexuales, culpar a la pareja por los problemas propios, mostrar cambios de humor, baja estima, agresiones verbales, manifestar creencias sobre la subordinación de las mujeres, consumo abusivo de alcohol o drogas.

INTERVENCIÓN

Se utilizó un modelo de terapia centrada en soluciones y cognitivo conductual, el cual se aplica como esquema de intervención a los pacientes atendidos dentro de la práctica clínica de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Consiste en tener como base el esquema que se emplea en la terapia breve centrada en soluciones. Se enfoca en los recursos de la persona más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones y a la vez combina elementos del enfoque cognitivo conductual como lo es el análisis funcional y de los tres sistemas de respuesta y las diferentes técnicas, dinámicas o entrenamientos que se aplican dentro de esta terapia según sea el caso, para profundizar más la intervención en el manejo de las emociones y creencias.

Se describe de manera general los lineamientos fundamentales de la intervención centrada en soluciones y cognitivo conductual, basada en el esquema de primera y segunda sesión de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve (MPTB) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Estrada, González y Rodríguez, 2011). Esquemas de la primera sesión, segunda y posteriores de la MPTB:

Primera sesión.

- Se inicia un abordaje cognitivo conductual donde se le permite al paciente describir brevemente la historia de su problema para después realizar un análisis funcional breve.

- Posteriormente se inicia el trabajo centrado en soluciones aplicando la pregunta de cambios pre-tratamiento, se definen los objetivos de la terapia en términos claros, medibles y observables en positivo, se utiliza la pregunta milagro, se evalúa inicialmente el problema por medio de la pregunta escala. Posteriormente, el terapeuta sale de 3 a 5 minutos para ir junto al equipo terapéutico que se encuentra tras el espejo, y preparar el mensaje final, los elogios y la tarea.

- Durante la sesión en general se realiza el trabajo con excepciones y la atribución de control en los momentos pertinentes (De Shazer 1985; De Shazer, 1996; Beyebach, 2006).

Segunda sesión y posteriores.

- Revisión de las mejorías y cómo ayudó la tarea realizada durante la semana para los avances.

- Trabajamos con excepciones, atribución de control y reestructuración cognitiva.

- Se retoma el objetivo de la terapia y los avances que haya.

- Se realiza la aplicación de una intervención cognitivo conductual o centrada en soluciones dependiendo el caso.

- Se aplica la pregunta escala con opción de incluir el seguimiento de ella.

- Se realiza una pausa de 3 a 5 minutos para estructurar el mensaje final, elogios y tareas.

MÉTODO

Participante.

Para este estudio participó una mujer de 21 años de edad, estudiante de licenciatura de quinto semestre, la segunda de tres hermanas a quien se le llamará Rebeca³.

Instrumentos.

Se utilizó el esquema de intervención de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve. Para el seguimiento de las sesiones y se evaluó a Rebeca por medio de su discurso verbal tomando en cuenta su lenguaje analógico y sus respuestas hacia la pregunta escala de avance, que se enfocó a diferentes aspectos relacionados con su problemática (De Shazer, 1985; Beyebach, 2006).

Procedimiento.

El cliente acudió a la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León para solicitar terapia debido a que presentaba problema para relacionarse con los hombres en su trabajo y escuela tras haber terminado su relación de noviazgo donde recibió violencia física, psicológica y abuso sexual.

Se le explicaron las condiciones en las que se lleva a cabo la terapia que es por medio de la cámara Gessell donde hay un micrófono, un espejo y atrás se encuentra un equipo de terapeutas que pueden intervenir haciendo recomendaciones durante la sesión por medio del teléfono intercomunicador y colaboran realizando el mensaje final, elogios y tareas, donde las sesiones son grabadas con fines de investigación. Se estableció un contrato terapéutico y se le dio a conocer que el enfoque del trabajo que se realiza es por medio del el modelo de intervención centrado en soluciones cognitivo conductual que consiste en la integración de técnicas del enfoque centrado en soluciones y del cognitivo conductual. No hay un número exacto de sesiones, se usa el menor número posible pero siempre el necesario, la duración es de aproximadamente una hora, son semanales en un principio y después se van espaciando hasta llegar a llamadas de seguimiento.

³ Nombre ficticio utilizado para proteger la confidencialidad del caso.

RESULTADOS

Descripción del proceso.

Evaluación diagnóstica.

Debido a que la paciente reportó que la experiencia de su relación de noviazgo le había dejado algunas secuelas a nivel emocional y psicológico como: una pobre valoración de sí misma, inseguridad para tomar decisiones, falta de motivación y esperanza en el futuro, dificultad para confiar y relacionarse con los hombres incluso en el trabajo y disminución de la comunicación con su padre. Se llegó al acuerdo de trabajar los siguientes objetivos:

1. Superar y aprender de su relación de noviazgo anterior.
2. Aumentar su seguridad y autoestima.
3. Mejorar la comunicación con su padre.

Plan de Tratamiento.

Las intervenciones concluyeron a la octava sesión y se realizaron dos llamadas de seguimiento a los 3 y 6 meses cumpliendo los objetivos terapéuticos establecidos. A continuación se presentan las principales intervenciones que encaminaron con éxito este trabajo.

PRIMERA SESIÓN.

El propósito de la primera sesión de entrevista fue realizar una alianza terapéutica para lograr la participación activa de la paciente en su tratamiento así como brindar seguridad por medio de la empatía.

Posteriormente se realizó un análisis completo y global sobre la situación y estado psicológico, explorando la historia breve del problema y se plasmó un análisis funcional breve que abarca conocer los antecedentes, comportamiento y consecuencias del mismo, definiendo operacionalmente el problema y la pauta en torno al problema, indagando sobre los tres sistemas de respuestas: conductuales, cognitivas y emocionales-fisiológicas. Se complementó con un análisis topográfico para conocer la frecuencia, duración e intensidad del problema, tomando en cuenta los determinantes de la conducta problema que incluyen los factores de control actual y la hipótesis de mantenimiento, identificando los intentos de

solución ineficaces y eficaces destacando los recursos de afrontamiento de la paciente (Caballo, 1997; Lega, Caballo, y Ellis, 1997; Caballo, 1998).

a) Historia del problema.

Tras mantener una relación de noviazgo donde recibió violencia psicológica, física y abuso sexual se le dificulta relacionarse con hombres en su lugar de trabajo y escuela, se siente y percibe alterada emocionalmente, no se concentra en las actividades que tiene que realizar.

b) Definición operacional del problema.

Antecedentes: relación de noviazgo violenta en la que sufrió abuso sexual en varias ocasiones, maltrato físico por medio de jalones y golpes, maltrato emocional por medio de amenazas y chantajes, celos excesivos y comportamientos autoritarios. Como acontecimiento importante, se menciona el divorcio de los padres, por lo que recibe poco apoyo de parte de ellos. Refiere experimentar sentimiento de inferioridad ante sus hermanas, ella piensa que a sus hermanas las quieren y apoyan más.

Comportamientos: dejó de salir con amigas y se enfocó en su relación de noviazgo; soportó el maltrato que sufría en su noviazgo por temor a causar dolor a su madre quien sostenía una relación con el padre del agresor, manifestando llanto frecuente.

Consecuencias: las principales muestras fueron, la baja autoestima e inseguridad personal, temor a relacionarse con los hombres, miedo a una nueva relación de noviazgo y sentimientos de frustración y desánimo ante la vida.

c) Pauta en torno al problema.

A consecuencia del noviazgo violento que duró aproximadamente dos años donde sufrió abuso sexual y maltrato psicológico y emocional, comienza a alejarse de su familia, amistades e intereses profesionales. Enfrascada en su relación de noviazgo donde el agresor por medio de su comportamiento autoritario y demandante logró abusar de la paciente causando severos daños en su autoestima, seguridad personal, que le dificultó la interacción con otros hombres.

La paciente por proteger a su madre y por miedo al agresor no comenta la situación que vive, guardando un profundo coraje hacia su padre y madre por no protegerla lo cual es injustificado ya que ellos desconocían la situación de la paciente.

d) Análisis de los tres sistemas de respuesta.

Conductuales: estar fuera de casa, indiferencia hacia sus padres, desconfianza a los hombres, dejar de salir con amistades y callar su dolor para proteger a su madre.

Cognitivas: sentimientos de inferioridad ante sus hermanas, coraje hacia sus padres por el divorcio y por no apoyarla, sentimientos de culpabilidad por lo que le sucedió y haberlo permitido; y desvalorización hacia sí misma.

Emocionales – Fisiológicas: llanto frecuente, dolores de cabeza, fatiga crónica y desanimo.

e) Análisis Topográfico.

Frecuencia: Siete días a la semana, al recordar su relación de noviazgo, donde recibía abuso sexual una o dos veces por semana.

Duración: periodos de 15 a 30 minutos y aproximadamente 5 veces al día.

Intensidad del problema: nula comunicación con sus padres y amistades, bajas calificaciones y aislamiento social.

f) Determinantes de la conducta problema.

Factores de control actual: los sentimientos de culpabilidad, el pensamiento de querer mantener una relación de amistad con el agresor, la escasa comunicación con sus padres y redes de apoyo.

Hipótesis de mantenimiento: en ocasiones tiene contacto telefónico con el agresor y éste aprovecha para chantajear con probables enfermedades y problemas, pidiéndole a la paciente ayuda para resolverlos intentando convencerla de nuevo. Y probablemente por los sentimientos de culpa y autoacusaciones.

g) Intentos de Solución.

Eficaces: dejar de contestar el celular y evitar mantener contacto con el agresor, pensar en sus prioridades y necesidades, compartir la experiencia que vivió con amistades y personas cercanas para extender su red de apoyo.

Ineficaces: contestar las llamadas y decirle que no lo puede ayudar pero después cede a escucharlo lo que la deja confundida, pedirle favores como amigo, mantener la relación de amistad con él.

h) Recursos de afrontamiento.

Fortaleza, actitud emprendedora para terminar con su situación, además de su firme decisión de asimilar esta experiencia y afrontarla positivamente utilizando su capacidad de razonamiento en positivo. La red de apoyo en quienes podría confiar: primas, abuela, padre, amigos y uno de sus maestros.

Pregunta pre tratamiento.

Es importante tener en cuenta que los cambios y mejorías en la persona ocurren desde el momento en el que le surge la idea de hacer algo diferente, siendo una alternativa el acudir a terapia.

Tx⁴. Hemos observado que con frecuencia las cosas mejoran desde la llamada telefónica hasta el momento de la primera entrevista. ¿Cuéntame las mejorías que has notado hasta este momento? (Beyebach, 2006).

Px⁵. Me sentí un poco más tranquila de saber que ya iba a ser atendida...

Pregunta Milagro.

Se utiliza para ayudar al cliente a construir objetivos y encontrar una historia con una perspectiva positiva, se aplicó de acuerdo a la versión Salamanca de la siguiente manera:

Tx. Imagínate que esta noche, después de ir a dormir, sucede una especie milagro y los problemas que te han traído aquí se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y con mucho esfuerzo, sino de repente, sin que tengas que hacer absolutamente nada. Mañana por la mañana ¿qué sería diferente? (De Shazer, 1985; Beyebach, 2006).

Px. Estaría sonriendo y muy platicadora, me sentiría liberada, me enfocaría en mi escuela y me iría muy bien, saldría con mis amigas a tomar una margarita

⁴ Tx. Terapeuta

⁵ Px. Paciente

de fresa de las que me encantan, mejoraría la relación con mi papá y mamá, tal vez les contaría una parte de lo que me paso...

Escalas de Avance.

Las escalas de avance ayudan a que el paciente este consciente de las mejorías durante el tratamiento, resaltando los logros intermedios de la terapia. Trabajan con base a los objetivos finales, realistas y alcanzables generando información operativa, funcional y concreta, ayudando al cliente a tener más claridad en la meta y apoyando la proyección al futuro deseado, por lo que es otra herramienta que se utiliza dentro del enfoque centrado en soluciones.

Una opción que resulta bastante funcional es aplicar varias escalas, una por cada objetivo, de esta manera estamos diferenciando los avances de una forma más detallada.

1.1 Pregunta escala de avance general.

Tx. En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas, y 10 que están del todo solucionadas, ¿dónde dirías que estás ahora? (De Shazer; 1985; O`Hanlon, 2001; Beyebach, 2006).

Px. En un 2.

1.2 Pregunta escala de avance enfocada a superar la experiencia de su relación de noviazgo anterior.

Tx. En una escala de 1 a 10, donde 1 sería que no has superado la relación de noviazgo anterior y 10 donde ya has logrado por completo dejarla atrás, ¿dónde dirías que estás ahora?

Px. En un 4.

1.3 Pregunta escala de avance enfocada a la seguridad personal y autoestima.

Tx. En una escala de 1 a 10, donde 1 sería que no tienes nada de seguridad personal y autoestima, y 10 lo más alto, ¿dónde dirías que estás ahora?

Px. En un 4.

1.4 Pregunta escala de avance enfocada al estado de la relación con su padre.

Tx. En una escala de 1 a 10, donde 1 sería que no hay buena comunicación con tu padre, y 10 lo más alto de comunicación, ¿dónde sitúas el día de hoy la comunicación?

Px. En un 3.

En este caso se aplicó también una escala enfocada al riesgo de que el agresor volviera a causar daño, con el fin de prevenir esta situación y trabajar en ella, ya que es primordial contemplar este aspecto en los casos donde la integridad de la persona está implicada. Se realizó sólo al inicio, mitad y final del tratamiento.

1.5 Pregunta escala de avance enfocada al riesgo de que el agresor vuelva a causar daño.

Tx. En una escala de 1 a 10, donde 1 sería que no hay probabilidad de que el agresor vuelva a causar daño y 10 que hay una alta probabilidad de que se acerque y cause daño, ¿dónde sitúas el día de hoy esta probabilidad?

Px. En un 10 porque aún lo sigo viendo...

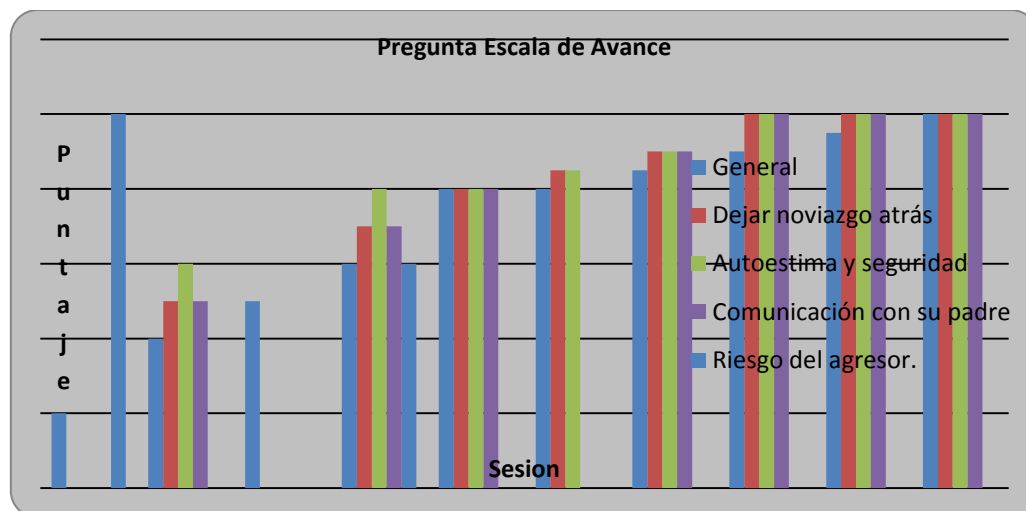


Figura 1. Resultados pregunta escala de avance.

Se presentan los resultados de Rebeca en cada sesión. En algunas sesiones se aplicaron todas las preguntas antes del mensaje final, los elogios y tareas y en ocasiones se aplicó sólo la general, dependiendo de lo trabajado en sesión.

Tareas o actividades a realizar para la siguiente sesión.

Consiste en dejar actividades para realizar durante la semana para reforzar y continuar con los cambios dentro del proceso, es importante que las tareas sean coherentes con la sesión, sencillas y claras para que el cliente las pueda realizar. Depende de la posición del cliente es la tarea que se encarga; por ejemplo, si es demandante sería algo de observar, si es comprador, algo que tenga que realizar y al cliente visitante, sólo reconocer y elogiar lo que ya ha hecho (Beyebach y Herrero de la Vega, 2010). Se presentan algunos ejemplos de las tareas que se encargaron durante el proceso terapéutico.

Lista de tareas prescritas:

1era sesión: la "Tarea de fórmula" (O'Hanlon, 1997; Beyebach, 2006) que consiste en hacer una lista de las cosas que quiere conservar de su vida.

2nda sesión: realizar una carta para alguien cercano compartiendo la experiencia que vivió y su sentir, con el fin de abrir su red de apoyo y externalizar sus emociones y pensamientos (White y Epston, 1993).

3era sesión: evitar por cualquier medio la comunicación con su ex – novio. Hacer un registro de los pensamientos disfuncionales basado en el que propone Judith S. Beck en 1995.

4ta sesión: hacer una lista de las ventajas y desventajas de mantener la comunicación con su ex novio.

5ta sesión: ver la película "Te doy mis ojos" que es una película española del 2003 dirigida por Icíar Bollaín acerca del tema de la violencia contra la mujer e identificar las diferencias y similitudes de ella y de su ex – novio con los personajes principales.

Todas estas actividades y algunas que no se mencionan apoyaron los cambios en el proceso terapéutico, ayudando a Rebeca a reflexionar diferentes aspectos durante la semana y así seguir trabajando en sus cambios.

SEGUNDA SESIÓN. Comienza preguntando por las mejorías.

Se comenzó preguntando por las mejorías ya que esto genera una expectativa de esperanza hacia el futuro reconociendo los pequeños cambios y

detallándolos. Beyebach (2006), mencionaba en un estudio que el 37% de los pacientes que empiezan no describiendo mejorías, sí las ven al final de la sesión.

Tx. ¿Qué ha ido mejor durante esta semana?

Px. Logré ponerle un alto a mi ex novio, porque me gritó por el teléfono que quería verme y que si me veía con alguien nos iba a ir muy mal y yo le dije que no me estuviera molestando y colgué, siguió intentando llamar más de 40 veces y no contesté...

Tx. ¿Y qué más?

Px. Eso me hizo sentir mejor conmigo misma, aunque si me pasó por la cabeza hablarle o ir a buscarlo porque tal vez le pasaba algo, pero no lo hice.

Deconstrucción.

Rebeca en ocasiones comentaba que los avances eran momentáneos o reportaba que su pensamiento se nublaba y no alcanzaba a distinguir los avances, para eso se aplicó la deconstrucción que es útil cuando el consultante no percibe mejorías y se torna un poco negativo, se aplica para sacar los aspectos positivos de la situación. Todo el proceso de deconstrucción es fundamental que vaya acompañado de una validación constante de las dificultades del paciente, es importante mantener una actitud de curiosidad y concretar al máximo los detalles. No deben ser percibidas como un optimismo exagerado, ni dar a entender que pasamos por alto sus dificultades o su dolor, pero sí transmitir una posición de esperanza hacia el futuro (O'Hanlon, 2001; Beyebach, 2006). Ejemplos de diferentes sesiones donde se aplicó la deconstrucción:

Tx. ¿Cuál día de la semana pasada fue el que te sentiste más segura y mejor contigo misma?

Px. El miércoles, que me olvide por completo de mi ex novio, hice lo que me gustaba hacer, platicar con amigos, ser yo, reírme.... tenía mucho de no hacerlo.

Tx. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste una muy buena comunicación con tu padre?

Px. Hace como 6 meses que lo fui a visitar y se interesó por saber cómo estaba y yo me di cuenta que le importaba.

Psicoeducación.

Esta intervención es indispensable para el avance de la paciente debido a que conocer más información sobre el ciclo de violencia en la pareja, las características de los agresores, los sentimientos y pensamientos que se pueden generar tras haber pasado por una experiencia de violencia emocional, psicológica y sexual dentro del noviazgo ayuda para identificar patrones de conducta que no favorecen el avance. Por ejemplo: las constantes llamadas que su ex – novio le hacía, justificando su llamada con tener un grave problema familiar o incluso con chantajes de que si no volvía con él, se iba suicidar, le prometía cambiar y se portaba muy amable al inicio y al final terminaban en pelea. Reconoció que las conductas que transmitían agresión de su parte y los sentimientos negativos que le provocaba esto, así como también se normalizó el hecho de que en ocasiones ella pensaba en volver con él o tenía confusiones al quererlo tener cerca como amigo aunque fuera perjudicial para ella, denotando síntomas de culpabilidad por dejarlo; son características comunes de las víctimas de noviazgos violentos.

Reestructuración cognitiva de Beck.

Es una estrategia de la terapia cognitivo conductual que consiste en modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva por medio de la conceptualización cognitiva, la identificación de pensamientos automáticos, el diálogo socrático, la modelación y la práctica de nuevos hábitos cognitivos funcionales (Oblitas, 2006; Labrador, Velasco y González, 2009). En este caso se exploró la creencia disfuncional de querer mantener a su ex - novio como amigo.

Px. Es que no lo quiero como novio pero me gustaría seguir frecuentándolo como amigo.

Tx. A pesar de que te ha hecho daño y cuando tienes contacto con él te hace sentir mal, ¿te gustaría seguir frecuentándolo como amigo?

Px. Si, lo que pasa es que anduvimos mucho tiempo y tal vez necesite algo y yo lo puedo ayudar.

Tx. ¿Y si tu llegarás a ocupar algo, él te podría ayudar?

Px.- Sí, pero me pediría algo a cambio o me comprometería, tal vez hacer algo que no quiero...

Tx. ¿Y es eso lo que quieres?

Px. No, pero me cuesta mucho saber que ya no lo tendré cerca... no se estoy confundida...

Tx. ¿Tienes más amigos, que te pueden ayudar sin pedir nada a cambio?

Px. Si...

Identificación de pensamientos automáticos.

Tx. En la mayoría de las ocasiones lo que pensamos tiene relación con lo que sentimos y con la forma en la que actuamos, ¿qué te parece si dedicamos un tiempo para hablar de esto? Recuerda el último momento de la semana en el que te hayas sentido mal...

Px. Hoy cuando venía me acorde de mi ex – novio y de todo lo que permití por amor a él y no quería. . . me hizo daño...

Tx. ¿Cuál era el sentimiento? ¿Tristeza, enojo?

Px. Tristeza

Tx. ¿Qué pasaba por tu mente en ese momento que te sentías triste?

Px. Que será difícil que alguien me quiera después de lo que pasé con él, que no valgo lo suficiente y que no puedo estar con él aunque sienta algo por él...

Se le explicó cómo evaluar esos pensamientos automáticos negativos y generar una respuesta alternativa, pidiéndole que lo llevara a cabo por medio de un registro durante la semana.

Conceptualización cognitiva.

Se utilizó esta técnica para combatir la creencia disfuncional de la culpa.

- Creencia central: soy culpable por dejarlo.
- Creencia Intermedia: si no estoy con él, no va estar bien, le va pasar algo malo.
- Pensamiento automático: no soportaré ya no verlo más.

TERCERA SESIÓN

Se utilizó una metáfora (Navarro, 1992) (las metáforas son a la medida del cliente, muy personales y adecuadas a cada caso y momento); además de las siguientes preguntas:

Preguntas presuposicionales.

Las preguntas presuposicionales básicamente dan por hecho que el consultante tiene la solución y que el cambio ya está ocurriendo. Ayudan a determinar los cambios que el paciente quiere lograr al final del tratamiento, clarifican sus objetivos, generan una expectativa hacia el futuro libre de problemas. Es importante que se apliquen frecuentemente para enfocarlos hacia un panorama más satisfactorio (O'Hanlon, 2001; Selekman, 2002; Selekman, 2005; Nardone, 2006).

Tx. ¿Cómo te darías cuenta de que ya has logrado tus objetivos?

Px. Porque ya no tengo miedo y tengo amigos, hablo y sonrío más, hago ejercicio, me valoro y tomo las decisiones con más seguridad...

Tx. Si tuviéramos una bola de cristal que me mostrara los cambios que tú tendrás en 2 semanas, ¿qué es lo que veríamos?

Px. Que me va mejor en la escuela, que platico con mis amigos, les cuento parte de lo que me sucedió, ya no estaría la sombra de mi ex novio, sería libre para tomar mis propias decisiones, tal vez me llevaría mejor con mi papá y a mis compañeros del trabajo les tendría más confianza.

CUARTA SESIÓN

Debido a que Rebeca presentaba dificultad para expresar sus pensamientos y emociones en sus decisiones además del esquema en soluciones se trabajó con la siguiente técnica:

Entrenamiento en Asertividad.

Se utiliza más en el ámbito de la terapia cognitivo conductual y se llevó a cabo por medio de los siguientes pasos (Castanyer y Ortega Hernández, 2005):

1. Identificar el estilo de conducta de relación. Si es agresivo, pasivo - agresivo o asertivo que es el más indicado. Rebeca reconoció que frecuentemente era pasivo-agresivo.

2. Tener el objetivo claro, de los cambios a realizar y lo que quiere lograr con esa interacción. El objetivo de la paciente era evitar dar un doble mensaje al rechazar las llamadas o salidas con su ex novio.

3. Practicar y ensayar una conducta asertiva adecuada a esa situación. Dentro de la sesión, ensayo las palabras a comunicar teniendo consciencia de su lenguaje corporal, tono de voz, posturas y miradas.

4. Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. Debido a que su ex novio utilizaba diferentes estrategias anteriormente para hacerla sentir mal o culpable por rechazarlo, se entrenó a Rebeca para manejar esa situación.

QUINTA SESIÓN

Se trabajó por medio de las excepciones, atribución de control y preguntas enfocadas a reconocer los avances en cada objetivo utilizando las preguntas escala de avance (Tomm, 1988; Selekman, 1996).

Excepciones.

Para el avance del cliente es esencial realizar preguntas enfocadas a los momentos en los que el problema no está ocurriendo. El esquema a seguir es identificar, ampliar, marcar y atribuir control (O'Hanlon y Weiner-Davis 1997; O'Hanlon, 2001; Beyebach, 2006; González, Estrada y O'Hanlon, 2011).

Tx. ¿Cómo le hiciste para evitar enredarte con su llamada? A pesar de que te estaba amenazando...

Px. Pensando en que es un juego donde él quiere que yo caiga y vuelva a ser la misma de antes a la que podía manejar y que no es lo que quiero para mi vida.

Tx. ¿Qué hiciste diferente ahora?

Px. Pensar en mí, en mi bienestar, en mi futuro...

Tx. ¿Cómo te beneficia esto?

Px. En que me siento mucho mejor conmigo misma y puedo enfocarme en mi escuela y trabajo.

Tx. ¿Qué tendría que suceder para que esto ocurra con más frecuencia?

Px. Que yo pensara más en mí y en que es un juego de él y que él no es una persona que me convenga porque no me hace bien.

Cuando se obtienen respuestas pesimistas podemos aplicar preguntas enfocadas al peor escenario. En el caso de rebeca no fueron necesarias.

SEXTA SESIÓN.

Imaginería.

La paciente mencionó que sólo le faltaba perdonar a su ex novio por el daño que le causó. Mediante la imaginería por medio de la técnica de dar un salto hacia adelante en el tiempo (Oblitas, 2006) se realizó una dinámica de perdón iniciando con el perdón a sí misma por haber permitido la violencia y abusos ocurridos, debido a que constantemente se lo reprochaba. Consistió en que Rebeca primeramente escribiera en un pizarrón las cosas que no le gustaban de la "Rebeca de antes", posteriormente se le pidió que cerrara los ojos e identificara mentalmente a la "Rebeca de antes", que se dejaba que la humillaran, triste, sin amigos y que fue maltratada, que reconociera como era su imagen corporal y gestual y que, teniéndola identificada la "Rebeca de ahora" que se quiere a sí misma, se respeta, es segura de sí misma y tiene muchos apoyos y herramientas, perdonará a la "Rebeca de antes". La paciente fue diciendo cada una de las cosas por las que perdonaba a la "Rebeca de antes" imaginando que la tomaba de las manos y le decía de frente cada mensaje, al final le dio un abrazo y le dijo que ahora ella la iba a proteger. Reportó sentirse liberada con esta dinámica y ya no necesitar perdonarlo a él, porque ella ya se encontraba en paz. Esta técnica se utiliza en su mayoría dentro del enfoque cognitivo conductual.

SÉPTIMA SESIÓN

Se aplicó el esquema en soluciones, excepciones, atribución de control y preguntas de proyección al futuro.

Prevención de recaídas.

Que los pacientes en ocasiones tengan recaídas es normal y esperado dentro del proceso terapéutico. El trabajo del terapeuta es guiar el correcto manejo de la recaída hacia un aprendizaje de la situación, una deconstrucción de lo que se hizo bien y como las cosas no están peor, por medio de hipótesis de lo que pudo haber sucedido y hacer conscientes los cambios que seguirán para el avance del paciente (Beyebach, 2006; Lipchik, 2002; O`Hanlon, 2001).

En este caso se aplicó por medio de exponer diferentes alternativas de lo que pudiera suceder que llevara a Rebeca a retroceder y cómo lo manejaría, para que en el momento que sucediera ella estuviera preparada para manejar la situación.

Tx. ¿Qué harías si tu ex novio el día que menos te lo esperes, llega de sorpresa a tu escuela, con un ramo de flores pidiéndote que regreses o invitándote a salir?

Px. Simplemente lo saludaría y cordialmente le diría que estoy ocupada, que si le molestaría retirase... y si me invita a salir le diría no creo porque tengo muchos trabajos y pendientes....

Tx. ¿Y si te dice que cuándo puedes?

Px. Le diría que no sé... evitaría darle una respuesta, mejor sacó una excusa y me retiro a un lugar seguro, con más gente o al salón....

Tx. ¿Qué confianza tienes en que vas a poder mantener estos cambios, de aquí en un mes?

Px. muy segura, totalmente.

OCTAVA SESIÓN a los 15 días.

Entrenamiento en auto instrucciones.

Dentro de la terapia cognitivo conductual es común utilizar el entrenamiento en auto instrucciones de Meichenbaum, debido a que resulta altamente eficaz para lograr cambios favorables a nivel cognitivo. Se le brindó a Rebeca la herramienta del entrenamiento en auto instrucciones para que en los momentos

que sintiera alguna emoción negativa, se repitiera frases positivas que le provocarían seguridad y estabilidad. Las frases que utilizó fueron: “yo valgo mucho”, “yo puedo lograr lo que me propongo”, “tengo mucha gente que me apoya y confían en mí” al mismo tiempo recordaba momentos en los que había podido manejar situaciones difíciles exitosamente (Caballo, 1997; Labrador et al., 2009).

Preguntas de cierre.

Las preguntas de cierre se utilizan cuando nos damos cuenta de que los objetivos se han alcanzado y el paciente está preparado para dejar la terapia (Beyebach, 2006). En el caso de Rebeca se presentan algunas de las preguntas que se realizaron.

Tx. ¿Qué cualidades de tu persona, te ayudaron más a lograr tus objetivos?

Px. Mi fortaleza, perseverancia y paciencia

Tx. ¿Cómo ha cambiado su forma de ver el problema?

Px. Ahora pienso que tengo la oportunidad para ayudar a mujeres que han pasado experiencias de violencia en su noviazgo, porque puedo decirles lo que pasé y como logré salir adelante. También creo que tenía que conocerme más y reconocer lo valiosa que soy y tal vez esta experiencia fue necesaria para aprenderlo.

NOVENA Y DÉCIMA SESIÓN.

Seguimiento Telefónico.

Se realizó un seguimiento por medio de dos llamadas telefónicas, la primera a los tres meses y la segunda a los seis meses. Siguiendo como base el esquema del cuestionario de seguimiento propuesto por la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve enfocada en soluciones cognitivo conductual (Estrada, et al, 2011); se presentan algunas intervenciones:

Tx. ¿Cómo están ahora las cosas respecto a lo que te trajo a consulta?

Px. Muy bien, la verdad estoy súper contenta, todo va de maravilla, sigo haciendo ejercicio, he salido con algunos chicos que me han pretendido pero

preferí dedicarme un tiempo más a mí misma, para seguir disfrutando de mi carrera, amigos, familia y más.

Tx. Notaste alguna mejoría en otra cosa que no fuera tu problema directamente:

Px. Si en la relación que tengo ahora con mis amigos, es más sana y constructiva, tengo más planes y motivación en mi futuro.

CONCLUSIÓN

El inicio de la violencia en las relaciones jóvenes es la creencia de que el noviazgo es la etapa perfecta para vivir cada experiencia con intensidad, alegría y pasión sin detenerse a pensar en las consecuencias o en lo que más les conviene (González –Ortega, Echeburúa y De Corral, 2008; Almendros et al, 2009). La violencia está ligada a una serie de factores de riesgo multidimensionales, en este caso se comprobó que la paciente justificaba las agresiones que recibía en nombre del amor argumentando lo siguiente: “lo hace porque me quiere y porque soy importante para él”, “aunque no quería yo permitía el abuso sexual porque lo amaba”. Poniendo de manifiesto las creencias disfuncionales sobre el amor, también mencionó que tenía grabado en su mente las palabras que su ex pareja le decía como: “lo tienes que hacer porque eres mujer y eres mi novia”, denotando una interiorización tradicionalista sobre los roles de género. En ocasiones la violencia no es percibida debido a que se presenta de una forma sutil y poco a poco, hasta hacerse más frecuente e incrementar la intensidad y es cuando la víctima comienza a identificarla (Kaura y Lohman, 2007; Guerrero y García, 2008).

Respecto a los indicadores de riesgo para las víctimas que son: emparejarse de forma temprana, tener pocos recursos económicos, bajo nivel de escolarización, tener ciertos déficits psicológicos (baja autoestima, carencias afectivas o problemas de asertividad); no disponer de una red familiar y social de apoyo, iniciarse tempranamente en las relaciones sexuales, mostrar conductas de promiscuidad o implicarse en situaciones sexuales de riesgo, relacionarse con grupos violentos que abusan de alcohol o drogas y haber pasado por violencia en la infancia o relaciones de noviazgo pasadas (González-Ortega, Echeburúa y De

Corral, 2008). La paciente presentó los déficits psicológicos como principal característica, falta de una red familiar y social de apoyo, inicio temprano de las relaciones sexuales y fue víctima de violencia moderada familiar en su infancia. Por lo que refiere al agresor fue descrito como impulsivo, con baja autoestima, dependencia emocional excesiva, celos patológicos, conductualmente violento, con experiencias de violencia en su infancia y con parejas anteriores, utilizando este argumento como chantaje para pedir ayuda a la paciente. A partir de estas observaciones es pertinente contemplar los indicadores de riesgo que se comprobaron para la prevención de la violencia en el noviazgo en futuras relaciones, asesorando a la joven para tomar en cuenta estos aspectos al momento de elegir una nueva pareja.

En cuanto a la intervención centrada en soluciones cognitivo conductual por medio de los resultados obtenidos podemos hacer algunas observaciones. Los objetivos planteados se lograron al cabo de ocho sesiones presenciales y dos intervenciones telefónicas, en las cuales se reportó que las mejorías se mantenían incluso con el paso del tiempo e incrementaban brindándole mayor estabilidad a la paciente. El programa de tratamiento fue integrador ya que combinó estrategias del enfoque en soluciones y de la terapia cognitivo conductual. Los cambios se consiguieron a partir de las diferentes preguntas e intervenciones que se plantearon. Cabe destacar que las habilidades y motivación de la paciente ayudaron en el proceso terapéutico; las características, cualidades y recursos de la joven, así como el tipo de problema entre otros, ayudaron a la selección de las estrategias a utilizar durante la terapia.

El modelo de la Terapia Breve Enfocada en Soluciones Cognitivo Conductual, es eficaz para el tratamiento de mujeres que han recibido abuso sexual y violencia en el noviazgo. Se comprueba que por medio de la integración de los enfoques y de acuerdo a las necesidades de la paciente, se incrementó su autoestima, mejoró la relación con su padre y logró asimilar como una experiencia de aprendizaje su relación de noviazgo anterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). **Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España**. Colección de Estudios Sociales.
- Almendros, C; Gàmez-Guadix, M; Carroble, J; Rodríguez-Carballeria, A. y Porrúa, C. (2009). Abuso psicológico en la pareja: Aportaciones recientes, concepto y medición. **Behavioral Psychology / Psicología Conductual**. **17** (3), 433-451.
- Beck J. (1995) **Cognitive Therapy: Basics and Beyond**. New York, NY: Guilford Press.
- Beyebach, M. (2006). **24 ideas para una psicoterapia breve**. Barcelona: Herder.
- Beyebach, M. y Herrero de la Vega, M. (2010). **200 tareas en terapia breve**. Barcelona: Herder.
- Caballo, V. (1997). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos V.1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos**. España: Siglo veintiuno.
- Caballo, V. (1998). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. España: Siglo veintiuno.
- Castanyer Mayer-Spiess, O. y Ortega, H. (2005). **¿Por qué no logro ser asertivo?** España: Desclée de Brouwer.
- De Shazer, S. (1985). **Claves para la Solución en Terapia Breve**. Paidós. Buenos Aires.
- De Shazer, S. (1996). **Pautas de terapia familiar breve**. Paidós. Barcelona.
- Estrada, B. González, M. y Rodríguez, J. (2011). Esquemas de la 1ª sesión, 2ª y subsiguientes. **Formatos elaborados para la práctica clínica de la Maestría en Psicología con orientación en Terapia Breve**. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.
- González, L. (2009). Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la comunidad de Madrid. **Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid**. ISBN: 978-84-692-1011-6.
- González, M; Estrada, B. y O'Hanlon, B. (2011). Possibilities and Solutions: The "Differences that make a difference". **International Journal of Hispanic Psychology**, **3** (2). Recuperado de: https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=22084

- González–Ortega, I., Echeburúa, E. y De Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. ***Behavioral Psychology / Psicología Conductual***. 16(2), 207-225.
- González, R. y Santana, J. (2001). ***Violencia en parejas jóvenes. Análisis y Prevención***. Madrid: Pirámide.
- Guerrero, G. R. y García, M. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista – sistémica en casos de violencia contra las mujeres. ***Apuntes de Psicología***. 26 (2), 269-280.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. y Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. ***Child Abuse & Neglect***, 31 (2), 125-141. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/230161793?accountid=38057>
- Hirigoyen, M. (2006). ***Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja***. Barcelona: Paidós.
- Kaura, S. A. y Lohman, B. J. (2007). Dating violence victimization, relationship satisfaction, mental health problems, and acceptability of violence: A comparison of men and women. ***Journal of Family Violence***, 22 (6), 367-381. Recuperado de:
<http://search.proquest.com.remoto.dgb.uanl.mx:443/psychology/index?accountid=38057>
- Labrador, F., Velasco, R. y González, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. ***Pensamiento Psicológico***, 6 (13), 49-67. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/365976539?accountid=38057>
- Lega, L. Caballo, V. y Ellis, A. (1997). ***Teoría y práctica de la terapia racional emotiva conductual***, Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Lipchik, E. (2002). ***Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica***. Madrid: Amorrortu.
- Nardone, G. (2006). ***El diálogo estratégico***. Barcelona: Herder.
- Navarro, G. J. (1992). ***Técnicas y programas en terapia familiar***. España: Paidós.
- Oblitas, G. L. A. (2006). ***Psicología de la salud y calidad de vida***. México: Thomson.

- Offman, A. y Matheson, K. (2004). The sexual self-perceptions of young women experiencing abuse in dating relationships. **Sex Roles**, **51** (9-10), 551-560. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/remoto.dgb.uanl.mx:443/psychology/docview/225373100/132A678C4F712F8F6DA/1?accountid=38057>
- O'Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1997). **En busca de soluciones. Un nuevo enfoque de psicoterapia**. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, H. (2001). **Desarrollar posibilidades**. Barcelona: Paidós.
- Renner, L. y Whitney, S. (2010). Examining symmetry in intimate partner violence among young adults using socio-demographic characteristics. **Journal of Family Violence**, **25** (2), 91-106. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/remoto.dgb.uanl.mx:443/psychology/docview/233219859/132A69754144716DA1A/1?accountid=38057>
- Selekman, M. (1996). **Abrir caminos para el cambio. Soluciones en terapia breve para adolescentes con problemas**. Barcelona: Gedisa.
- Selekman, M. (2002). **Self-harming adolescents**. New York: Norton.
- Selekman, M. (2005). **Pathways to change**. (2nd edition). New York: Norton.
- Sluzki, C. (1995). **Violencia Familiar y Violencia Política**, Buenos Aires Paidós
- Tomm, K. (1988). Interventive: Part 3 Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive question? **Family Process**, **27** (1). 111-125.
- Torres, M. (2001) **La Violencia en Casa México** Paidós.
- White, M. y Epston, D. (1993). **Medios narrativos para fines terapéuticos**. Barcelona: Paidós.