



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 26 No. 1

Marzo de 2023

INTEGRACIÓN DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES Y COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE FALTA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

Catalina María Garibay Guzmán¹
Universidad Autónoma de Nuevo León
México

RESUMEN

En el presente estudio de caso se describe a una paciente de 49 años, quien presenta una falta de comunicación asertiva. El objetivo del trabajo fue comprobar la funcionalidad y efectividad de la integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual en una modalidad en línea. Se utilizó el Cuestionario Centrado en Soluciones y la pregunta escala para medir el avance de la paciente a lo largo de las sesiones. Se trabajó con objetivos específicos establecidos por la paciente y operacionalizados por la terapeuta, utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación, reencuadre, búsqueda de excepciones, elogios, tareas, pregunta milagro, role playing, entre otras. Los resultados demuestran un proceso de cambio constante, evidenciado principalmente por la pregunta escala aplicada al final de cada sesión. El inventario pre y post demostró un ligero cambio en la paciente, sin embargo, los resultados cualitativos fueron más relevantes para el presente estudio.

Palabras clave: Terapia centrada en soluciones, Terapia cognitivo conductual, Integración, Comunicación asertiva, Estudio de caso.

¹ Correo Electrónico: catygaribay@gmail.com

INTEGRACIÓN DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES Y COGNITIVO CONDUCTUAL PARA UN CASO DE FALTA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

ABSTRACT

The present case study describes a 49-year-old patient who mainly presents a lack of assertive communication. This work's goal was to prove the functionality and effectiveness of the integration of the Solution-Focused Brief Therapy and Cognitive-Behavioral in relation to the improvement of the patient. Said integration was carried out in an online mode. The Solution-Focused Questionnaire and scale question were utilized to measure the patient's progress throughout the sessions. The study worked with specific objectives, which were established by the patient and operationalized by the therapist, using techniques like cognitive restructuring, psychoeducation, reframing, exception search, compliments, homework, miracle question, roleplaying, among others. The study's results demonstrate a constant change process, mainly evidenced by the Scale Question applied at the end of each session. The pre- and post-Inventory demonstrated a slight change in the patient, nevertheless, the qualitative results were more relevant for the present study.

Palabras clave: Solution-focused Therapy, Cognitive-behavioral Therapy, Integration, Assertive Communication, Case Study.

Rivera (2016), define asertividad como una habilidad social que se entiende como un comportamiento a través del cual una persona puede expresar sus pensamientos, emociones, necesidades y creencias sin ofender o dañar a los demás, propiciando un espacio para el diálogo y la vinculación interpersonal. Es una habilidad que le abre paso a un individuo para formar interacciones sociales positivas donde se hacen valer los derechos y las opiniones propias al expresarse de manera directa y honesta, respetando también los derechos de la otra persona (Omura *et al.*, 2016).

El comportamiento asertivo es la habilidad de poder expresar y actuar la forma en que pensamos de manera adecuada, en donde la persona no es agresiva con los demás, ni llega a sentir ansiedad con lo que comunica (Gaeta y Galvanovskis, 2009; Tamez, 2016). Corrales *et al.* (2016), mencionan que también implica cómo la persona se desenvuelve de una manera socialmente aceptable, y su habilidad para pedir ayuda o apoyo cuando le sea necesario.

Otro factor importante en la vida de una persona, resaltado por Rivera (2016), es la comunicación interpersonal. Es una parte esencial debido a que permite esa actividad y relación que se establece con los demás. Desde que un ser humano es pequeño, tiene ya la necesidad de relacionarse con los demás en todos los contextos donde se desenvuelve. Desde la postura de construccionismo social, desarrollada por Bandura (1969), la persona comienza con el proceso de la identidad que surge a partir de modelar pensamientos, acciones y sentimientos de alguien que considera un modelo a seguir.

Al hablarse de la comunicación asertiva e interpersonal, también se debe tomar en cuenta la comunicación en las parejas. Un requisito importante para la comunicación efectiva es que la persona sea capaz de reconocer e identificar sus emociones y pensamientos. Cuando estos se niegan o reprimen, se llega a promover la problemática por la cual está pasando la pareja, en lugar de resolverse. El abordar los sentimientos complicados con la pareja es fundamental para facilitar la identificación de dichas emociones y comprender el dolor o la dificultad que se está atravesando. La autocompasión es un elemento importante para poder facilitar la comunicación con la pareja sin juzgarse ni a uno mismo ni al otro (Schellekens *et al.*, 2017).

La comunicación en familia también es fundamental para la convivencia en casa, tanto con la pareja como con los hijos. La familia es un sistema donde comúnmente se resuelven los conflictos, se manejan los cambios en el día a día, y donde se fortalecen las habilidades básicas para lidiar con estresores y desarrollar habilidades de afrontamiento. Dentro de la familia es donde se fomenta la comunicación, personalidad y salud mental de los hijos, mediado por las prácticas educativas y los estilos de crianza de los padres. Estudios han encontrado una correlación entre buena comunicación y relación paternofilial, y el comportamiento de los hijos (Amirshamsi *et al.*, 2016). Debido a que la familia es fundamental para el cultivo de la resiliencia y reacciones ante la adversidad, las herramientas con las que las personas cuentan se desarrollan dentro de ella. El modelaje de respuestas apropiadas ante diversas situaciones es importante para formar la resiliencia

familiar, creando una red de apoyo entre los miembros de la familia para sobrellevar cualquier situación (Theiss, 2018).

Dentro de la salud mental y la capacidad para enfrentar situaciones estresantes, se encuentra la inteligencia emocional (IE) y su influencia en la percepción de las emociones. La IE es la habilidad que uno tiene para percibir dichas emociones de manera precisa y poderlas regular adecuadamente para promover el desarrollo personal. Al tener un buen manejo de las emociones, la persona llega a tener una adaptación óptima en sus interacciones sociales y un buen manejo y/o control del estrés cotidiano. Asimismo, la inteligencia emocional se compone de las siguientes dimensiones: la percepción de los estados emocionales, entendimiento de la naturaleza afectiva, y la regulación emocional para el desarrollo personal. La IE es sumamente importante y el tener un buen conocimiento de las propias emociones promueve el tener una buena calidad de vida, rendimiento académico, bienestar personal y salud (Moscoso, 2019).

La inteligencia emocional se considera un tipo de inteligencia debido a que apoya para la solución de problemas, guiando a las personas a poder lograr metas a través del reconocimiento y manejo de tanto sus emociones como las de los demás. Es una combinación de habilidades, talentos y actitudes que son necesarias para que una persona se pueda adaptar a su entorno y desarrollar adecuadamente. Incluso se puede ver a la IE como una parte de la personalidad, debido a que tiene importancia en la parte individual de la persona y en la interpersonal. Por lo mismo, el tener una inteligencia emocional elevada lleva a que una persona tenga un buen control interno de sus emociones y pensamientos (Mohammadi *et al.*, 2016).

La terapia cognitivo conductual es conocida por su tratamiento de problemáticas cognitivas, emocionales y conductuales. Unos ciertos modelos de aprendizaje, haciendo hincapié en el procesamiento de la información y la solución de problemáticas familiares. Al ser una terapia enfocada tanto en lo cognitivo como en lo conductual, se trabaja con elementos internos y externos de la persona, es decir, en lo que la persona piensa y siente, y a la vez también en lo que sucede en su ambiente. Se considera que lo que afecta a los pacientes son creencias disfuncionales que llegan a tener sobre cómo deben ser, cómo deben actuar, y lo

que piensan de sí mismos. Por ende, se busca modificar esas creencias que le son disfuncionales a los pacientes para romper patrones desadaptativos, promoviendo la mejora y el bienestar personal (Alvites, 2019).

Al hablarse de la terapia centrada en soluciones, se le conocen mucho sus técnicas características que pueden ser aplicadas en una gran diversidad de casos. Este modelo terapéutico sostiene que las personas son únicas en su genética y su desarrollo social, las cuales determinan sus interacciones con los demás. Hay unos supuestos centrados en la solución que definen y dan forma a la dinámica terapéutica, los cuales son que cada cliente es único, los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse, nada es totalmente negativo, la resistencia no existe, los terapeutas no pueden cambiar a los clientes, la TCS avanza con un paso lento, no hay causa y efecto, las soluciones no necesariamente tienen que ver con el problema, las emociones son parte del problema y la solución, el cambio es constante e inevitable, y no podemos cambiar el pasado por lo cual debemos enfocarnos en el futuro (Lipchik, 2004).

La integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual trabaja principalmente con la búsqueda de las excepciones, para que las personas se den cuenta de cuándo el problema no se está presentando. Se apoya en el análisis funcional para que el paciente pueda identificar esos momentos donde hicieron algo que les funcionó, para basar las intervenciones terapéuticas en eso (Candelaria *et al.*, 2016).

En esta integración de enfoques se trabaja con la persona que va a la terapia, así como con todas aquellas personas que pueden estar involucradas en el problema, y se hace énfasis en las fortalezas y herramientas que tiene el paciente para poder profundizar y generalizarlas. Se utilizan técnicas de ambos enfoques, planteando objetivos terapéuticos específicos para abordar las problemáticas necesarias entre 7 y 10 sesiones (Candelaria *et al.*, 2016).

Briones (2017), trabajó la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual en un caso de fortalecimiento de autocontrol y comunicación efectiva en pareja. Se buscó comprobar la efectividad de la integración de ambas terapias, al utilizar las técnicas de análisis funcional, inoculación al estrés, reestructuración

cognitiva, solución de problemas, excepciones, elogios, tareas, entrenamiento asertivo, entre otras. Se obtuvieron resultados positivos con mejoras considerables en las escalas aplicadas tanto pretratamiento como post-tratamiento, demostrando que la dinámica en pareja había tenido mejorías. En este estudio, la problemática principal que se buscó trabajar en la terapia logró disminuir satisfactoriamente, al plantear objetivos en común como pareja y trabajarlos sesión con sesión.

Al llevar a cabo la integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual, se hace uso de técnicas de ambos enfoques para así lograr resultados terapéuticos favorables al combatir la situación problema (García, 2017). Por lo mismo, se emplearon técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, reencuadre, proyección a futuro, y escalas de avance.

Por ende, el objetivo del presente estudio es comprobar la efectividad de la integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual, a través de la aplicación de técnicas de ambos enfoques, para tratar la problemática de una paciente con falta de comunicación asertiva, problemas familiares, e inteligencia emocional.

MÉTODO.

Diseño.

Se llevó a cabo un estudio de caso único N=1 de tipo AB con aplicación pre y post.

Participante.

La paciente fue una mujer de 49 años, de nivel socioeconómico medio, con escolaridad de maestría completada. Casada por 22 años, madre de cuatro hijas de 21, 17, 14 y 11 años. Estudió ingeniería, hizo maestría y trabajó por unos años, lo cual dejó para enfocarse en sus hijas.

Historia del Problema.

La paciente fue a terapia debido a problemas en el estilo de su comunicación, así como problemas familiares derivados de la falta de comunicación entre ellos. Esto se subyace en que a la paciente se le dificulta expresar sus emociones tanto con

sus hijas como con su marido. Menciona que su relación con sus hijas siempre ha sido buena, y la de su esposo con sus hijas no lo ha sido. Esto es motivo de discusión entre ellos, donde ella reacciona de manera explosiva. También reacciona de esta manera con sus hijas, por lo cual siente culpa y responsabilidad por haberlas afectado emocionalmente. La paciente refiere que decidió atender a terapia debido a que quiere trabajar en sí misma, en tener un mejor control de sus emociones y reacciones ante situaciones familiares, y una mayor independencia.

Instrumentos.

Cuestionario Centrado en Soluciones por Neipp et al. (2017). Este cuestionario consiste en 12 ítems, con una escala del tipo Likert que va del 1 al 5, que se agrupan en tres factores diferentes. El primero es “orientado a metas” el cual busca identificar cursos de acción en donde la persona intentó alcanzar o logró alcanzar la meta que se propuso. El segundo factor es “activación de recursos” y hace referencia a los pensamientos positivos que la persona tiene y su percepción de los recursos que dispone para poder solucionar y enfrentar sus problemas. Por último, está el factor de “distanciamiento del problema,” que se refiere a la tendencia a enfocarse en factores negativos del problema a mano, la cual suele impedir que uno logre sus metas establecidas. Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach de 0.88 y 0.66 en sus subescalas, por lo cual se puede considerar que tiene adecuada confiabilidad (Galindo et al., 2016).

La Pregunta Escala fue desarrollada por Steve de Shazer (Rodríguez y Beyebach, 1994) en la cual el terapeuta le pregunta al cliente que evalúe su estado actual en una escala del 1 al 10, el 1 significando que las cosas están en su peor momento, y el 10 significando que las cosas ya están del todo resueltas. Se utiliza para facilitar la fijación de objetivos a corto plazo y poder fijar avances, y son aplicables para cada persona presente.

Análisis Funcional.

Factores Predisponentes.

La paciente es la novena hija en su familia. Desde que era pequeña no tenía mucho apoyo de, ni buena relación con su padre. Ella buscaba independizarse y realizarse por su propia cuenta. Dejó de trabajar cuando sus hijas eran pequeñas para dedicarse al hogar, y desde hace varios años ha querido volver a trabajar porque no le gusta no ser independiente económicamente.

Factores Desencadenantes.

La paciente refirió que antes de acudir a terapia su conducta era explosiva con sus hijas y esposo, y no tenía buena comunicación con ellos. También tenía problemas para encontrar trabajo.

Factores De Control.

Los factores de control que se presentan en la paciente son las discusiones con su familia. Cuando discute con su familia, la paciente tiene una variedad de reacciones, como las siguientes.

1. Conductual: La paciente hace gestos de disgusto, llega a ignorar el problema para no enfrentarlo en ese momento.
2. Cognitivo: Piensa que la relación distante entre su marido e hijas es culpa de ella, que no es suficiente apoyo económico, que sus hijas se están separando de ella, y que no quiere separarse de sus hijas.
3. Emocional: Tristeza, frustración, cansancio, llanto.
4. Fisiológico: Pérdida de energía, aumento de ritmo cardiaco.

Situación Problema.

La paciente menciona que su motivo de consulta es para poder trabajar en y mejorar la comunicación tanto con su esposo como con sus hijas. Busca tener un mayor control de sus emociones y también encontrar independencia, especialmente económica. Durante las sesiones, la paciente comentó que le encontraron un tumor en el pulmón derecho, situación que fue abordada en terapia durante algunas sesiones, y posteriormente se le avisó que era benigno.

Factores de Mantenimiento.

Lo que mantiene el problema es que la paciente no se logra comunicar de manera adecuada con su familia, sino que reacciona de manera explosiva. Esto ocasiona más discusiones posteriores.

Recursos del Paciente.

La paciente cuenta con disposición para la terapia, y ganas de cambiar que influyen tanto en su toma de decisiones como su manera de pensar. Cuenta con una red de apoyo, una mentalidad abierta, y disponibilidad de recursos como videos o audios que utiliza como apoyo para buscar un bienestar propio. Tiene una gran capacidad de racionalización, de escucha activa al estar en la sesión terapéutica, y de resolución de problemas.

Resultados de Evaluación Diagnóstica.

La paciente presenta una falta de comunicación y bajo control de reacciones emocionales.

Objetivo de la Terapia.

Los objetivos del tratamiento, establecidos por la paciente y terapeuta, fueron:

1. Mejorar la comunicación con su esposo.
2. Mejorar la comunicación con sus hijas.
3. Trabajar en su control de emociones.
4. Trabajar en recuperar su independencia.

Diseño de Intervención.

Este proceso terapéutico fue llevado a cabo por una terapeuta principal y su equipo terapéutico. Fue por medio de una plataforma en línea, Microsoft Teams, que se hicieron las intervenciones terapéuticas. Se utilizó una integración de técnicas tanto de la terapia centrada en soluciones como de la terapia cognitivo conductual, tal y como se observa en la Tabla 1.

Número de sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas de intervención
1	Entrevista psicológica.	Excepciones, atribución de control, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
2	Trabajar las formas de comunicación y la autoestima.	Excepciones, atribución de control, psicoeducación, reestructuración cognitiva, pregunta milagro, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
3	Trabajar el entrenamiento asertivo.	Excepciones, atribución de control, reestructuración cognitiva, psicoeducación, entrenamiento asertivo, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
4	Trabajar en reforzar el entrenamiento asertivo.	Excepciones, atribución de control, entrenamiento asertivo, reencuadre, preguntas circulares, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
5	Introducir el autoconcepto.	Excepciones, atribución de control, psicoeducación, cuestionamiento socrático, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
6	Trabajar en la toma de decisiones.	Excepciones, atribución de control, cuestionamiento socrático, confrontación, preguntas circulares, reestructuración cognitiva, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
7	Trabajar la reestructuración cognitiva.	Excepciones, atribución de control, reestructuración cognitiva, psicoeducación, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
8	Trabajar en reforzar el entrenamiento asertivo.	Excepciones, atribución de control, reencuadre, entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, role playing, confrontación, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
9	Trabajar en reestructurar su necesidad de control. ²	Excepciones, atribución de control, psicoeducación,

² Durante esta sesión, la paciente comentó que le dio COVID-19, por lo cual el tratamiento se aplazó por aproximadamente un mes y medio. Posterior a esto, en la sesión 10, le encontraron un tumor en

		reestructuración cognitiva, flecha descendente, confrontación, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
10	Trabajar situación de salud e importancia de redes de apoyo.	Excepciones, atribución de control, psicoeducación, debate y cuestionamiento socrático, entrenamiento asertivo, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
11	Trabajar su necesidad de independencia económica.	Excepciones, atribución de control, reencuadre, reestructuración cognitiva, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
12	Trabajar el autoconcepto con sus logros.	Excepciones, atribución de control, psicoeducación, debate y cuestionamiento socrático, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
13	Trabajar su autovaloración y su aportación.	Excepciones, atribución de control, cuestionamiento socrático, preguntas circulares, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
14	Trabajar sobre el control y la inteligencia emocional.	Excepciones, atribución de control, reestructuración cognitiva, reencuadre, psicoeducación, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
15	Trabajar sobre relación de pareja y salud física.	Excepciones, atribución de control, diálogo y debate socrático, reencuadre, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
16	Reconocimiento de logros y atribución de control.	Excepciones, atribución de control, técnica del árbol de la vida, pregunta escala de avance, elogios, mensaje final y tareas.
17	Seguimiento y prevención de recaídas.	Excepciones, atribución de control, pregunta escala de avance, elogios y mensaje final.

Tabla 1. Número de sesiones con sus objetivos planteados.

Procedimiento.

La paciente se contactó con la Unidad de Servicios Psicológicos de Facultad de Psicología dentro de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Debido a que el caso se trabajó dentro de la maestría en Psicología con Orientación en Terapia Breve,

el pulmón derecho, por lo cual la terapia se enfocó completamente en estos temas durante las sesiones 9, 10 y 11, y fue necesario retomar algunas temáticas anteriores en las siguientes sesiones.

donde se hace una integración de la Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual, se buscó cumplir con los objetivos establecidos en la primera sesión en las menos sesiones posibles. Se trabajó con un equipo terapéutico en Cámara Gesell en línea.

Primera Entrevista.

La entrevista comenzó con la fase de orientación, en la cual se le explicó a la paciente la confidencialidad, la pausa, el funcionamiento del equipo terapéutico, entre otras cosas. Después comenzó la fase social, donde se le preguntó su edad, estado civil, hobbies, si tiene hijos, pareja, y se exploró para tener toda la información básica. Luego se indagó el motivo de consulta y se establecieron los objetivos terapéuticos, los cuales fueron trabajar en mejorar la comunicación con su pareja, trabajar en mejorar la comunicación con sus hijas, tener un mejor control de sus emociones, y trabajar en recuperar su independencia económica. Posteriormente se tuvo la pausa y al regresar se hizo la pregunta escala y como tareas para la próxima sesión se le encargó practicar el tiempo fuera indirecto y escribir lo que le gustaría decirle a su esposo.

Segunda Sesión.

Al comienzo, se le preguntó sobre las mejoras de la semana, a lo cual comentó algunas que sucedieron. También se indagaron aspectos restantes de la fase social, se le preguntó cómo le fue con su tarea a lo cual comentó que fue algo sentimental para ella y que creía que su esposo solamente estaba ahí por sus hijas. Mencionó que ella y su esposo batallan porque no se expresan de la misma manera. Se hizo una psicoeducación breve sobre las formas de comunicación y las maneras diferentes de expresar cariño. Posteriormente, se le hizo la pregunta milagro para completar la entrevista. Se tuvo la pausa, y al regresar se le dio el mensaje final, los elogios, se hizo la pregunta escala y se le encargó para la próxima sesión leer un documento sobre la comunicación asertiva, reescribir la carta utilizando el Mensaje del Yo, y utilizar el tiempo fuera y regresar.

Tercera Sesión.

Al comenzar, se le preguntó a la paciente sobre mejoras que tuvo durante la semana, donde comentó que había aplicado exitosamente la tarea y le había funcionado, encontrando excepciones. Se hizo una reestructuración cognitiva sobre la diferencia entre la dependencia emocional y la empatía. Después de esto, se llevó a cabo una psicoeducación sobre la comunicación asertiva, sus derechos y técnicas. Se tuvo la pausa y posteriormente se regresó para el mensaje final, los elogios, la pregunta escala y mencionarle su tarea, la cual fue conversar con su esposo sobre cómo ella le puede ayudar en su relación con sus hijas, platicar con su hija sobre qué pueden hacer ambas para mejorar su relación y tomar un tiempo fuera cuando note que está interpretando los pensamientos de los demás.

Cuarta Sesión.

Se empezó la sesión preguntando sobre las mejoras durante las semanas, donde comenzó contando sucesos negativos. Se llevó a cabo una reestructuración breve, comentando que asertividad es un proceso de aprendizaje que toma algo de tiempo, y que los pasos que había dado eran sumamente importantes. Prosiguió la revisión de la tarea, la cual no se dio en la mejor situación, por lo cual se le volvió a encargar, asegurando que se dé cuando la situación sea neutral. Comentó una situación sucedida con su hija, y se promovió una reflexión antes de la pausa. Para finalizar, se le dio el mensaje final, los elogios, la pregunta escala y las tareas para la siguiente semana fueron volver a plantear la conversación con su esposo, analizar cómo logra sus tareas y cómo está mejorando su comunicación con su hija, y fijarse y apuntar los pequeños cambios que ha ido logrando.

Quinta Sesión.

Al comenzar, se revisaron las cosas que fueron mejor en la semana, a lo cual la paciente comentó que fue una semana difícil por una situación con su esposo. Solamente se revisó la tarea con respecto a su esposo debido a que la paciente obtuvo una variedad de respuestas inesperadas que le ocasionaron tristeza y preocupación. Fue una sesión de acompañamiento, validación de sentimientos y

emociones, y psicoeducación sobre el hecho que ella es responsable solamente de sus acciones y emociones, y no de las de los demás. Se conversó sobre su relación y dónde la paciente está parada en cuanto a esta, dándole unos momentos de reflexión durante la pausa. Al regreso, se siguió platicando sobre el tema, se le dio el mensaje final y los elogios, se hizo la pregunta escala y se le mencionaron las tareas correspondientes para la próxima sesión, las cuales fueron hacer una lista de pros y contras de quedarse en su matrimonio, y cómo se siente realmente cuando está con cada miembro de su familia.

Sexta Sesión.

La sesión comenzó con la paciente diciendo que “todo” fue mejor durante la semana. Se exploraron esas excepciones y se anclaron, para que ella pueda visualizar las cosas que ha hecho diferente, que le han funcionado. Se revisó su tarea, en los pros se encontraban aspectos de tranquilidad y buen humor, y en los contras preocupaciones económicas que la hicieron darse cuenta de que no le gustaría divorciarse, pero le gustó buscar soluciones. En relación con a la segunda tarea, surgió una situación que le causaba molestia con su esposo, la cual se trabajó. Se llevó a cabo una reestructuración cognitiva con respecto a su valía personal y su aportación como esposa y madre, y después se invitó a una reflexión sobre lo mismo. Después de la pausa, se cerró con la reflexión, se dio el mensaje final, se hizo la pregunta escala y se dejaron las tareas para la siguiente sesión, tal y como anotar situaciones positivas que le suceden día a día, preguntarse “por qué” cuando suceden cosas que le molestan, y abrazarse por cada elogio que haya recibido del equipo y creérselos.

Séptima Sesión.

Al preguntarle sobre las mejoras de la semana, sus comentarios reflejaron su avance con la comunicación asertiva. Tuvo reacciones diferentes y funcionales ante eventos en la semana, lo cual promovió un estado de tranquilidad tanto personal como familiar. Se revisó la tarea y se exploraron una variedad de excepciones en su semana y momentos importantes de comunicación asertiva en la paciente. Se llevó a cabo una psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas, y cómo llegan a

influir en el día a día de una persona. Se le pidió que ejemplifique cada una con relación a su vida y posteriormente se tuvo la pausa. Al regresar se le dio el mensaje final, los elogios, la pregunta escala y las tareas para la sesión siguiente, las cuales fueron preguntarle el “por qué” asertivo a su esposo si algo le molesta, fijarse durante la semana si presenta alguna distorsión cognitiva, y no utilizar las palabras “tengo” y “debería”, sino cambiarlas por “prefiero” y “puedo”.

Octava Sesión.

Al comienzo de la sesión, se le preguntó a la paciente sobre las mejoras de las semanas anteriores, buscando las excepciones para posteriormente aterrizarlas y atribuir control. Comentó que no encontró distorsiones cognitivas, aunque lo intentó. Se trabajó sobre una problemática de falta de comunicación asertiva, miedos y preocupaciones por la relación de su hija, donde se utilizaron principalmente las técnicas de reestructuración cognitiva, reencuadre, psicoeducación y role playing. Posteriormente, se tuvo la pausa y al regresar se dieron los elogios, el mensaje final, se hizo la pregunta escala y se le comentó sobre las tareas para la siguiente sesión, que fueron aplicar la ley sándwich al hablar con su hija, y darse el tiempo para conocer más sobre su hija y su relación.

Novena Sesión.

No se vio a la paciente por aproximadamente un mes y medio debido a que le dio COVID-19. Se comentó sobre la transmisión, los síntomas que ella y su esposo habían tenido, sus hijas, y una variedad de instancias relacionadas con el virus. Por la misma situación, no se trabajó con las tareas de la sesión anterior, debido a que el enfoque de la sesión fue principalmente en la enfermedad de la cual seguía presentando secuelas. Se retomó el tema de sus preocupaciones por su hija, en donde se llevó a cabo la técnica de la flecha descendente y se aterrizó en su necesidad de control. Se tuvo la pausa, se le dieron los elogios y mensaje final, se le hizo la pregunta escala y se le encargó su tarea para la próxima sesión, que fue hacer una reflexión sobre lo que la hace pensar y sentir la situación con su hija.

Décima Sesión.

No se vio a la paciente por dos semanas debido a citas con doctores. Al comenzar la sesión, la paciente comentó sobre dichas citas, ya que le encontraron un tumor que pareció ser benigno en su pulmón, del cual tendría más información dentro de unos meses. Por la importancia de la situación, no se revisaron las tareas de la sesión anterior. Mencionó que no le había comentado de esta situación a sus hijas, a pesar de saberlo por aproximadamente dos semanas, a lo cual se comenzó con el desarrollo de una lista de pros y contras para decirle a sus hijas. Esto fue para resaltar la importancia de las redes de apoyo, especialmente al estar pasando por una situación de salud complicada. Posteriormente uno de los miembros del equipo entró a la sesión a dar una intervención sobre la importancia de tener una buena red de apoyo, y de lo que significaría en cuanto a la comunicación y la confianza el que ella tuviera esa apertura con sus hijas. Después de esta intervención se continuó con la lista y se reforzó el que la paciente comparta con sus hijas lo que está sucediendo. Se tuvo la pausa, se le dieron los elogios y el mensaje final, se hizo la pregunta escala y se le encargó su tarea, la cual fue dedicarse una hora al día para hacer lo que ella quiera y permitirse sentir.

Onceava Sesión.

La sesión comenzó con las mejoras de la semana, a las cuales se les atribuyó control. Comentó sobre una mejoría en la comunicación con su hija, y una dificultad en la comunicación con su esposo al realizar la tarea encargada la sesión anterior. Durante la sesión, se hizo una breve psicoeducación sobre los efectos del estrés en la salud, y reestructuración cognitiva sobre su necesidad de tener independencia económica, con lo que la paciente comenzó a demostrar más flexibilidad. Se le dieron los elogios, el mensaje final, la pregunta escala y se le encargaron las tareas, que fueron platicar con su esposo sobre la iniciativa que ella sentía que solo ella tenía, y apuntar características y logros positivos que ella y otras dos personas notaban de su vida.

Doceava Sesión.

La sesión comenzó con las mejorías en la semana, a lo cual se buscaron excepciones y se atribuyó control. Tomó mucho tiempo el hablar sobre su tarea, debido a que fue una donde ella comenzó a reconocer muchos logros que ha tenido, y cualidades positivas suyas. Se habló también sobre una situación que la llegó a incomodar y que inmediatamente alzó la voz e hizo saber su opinión sobre el asunto. Se trabajó el tema de su valor como persona, sin importar que tenga independencia económica o no, utilizando cuestionamientos y deconstrucción para lograrlo. Se le dieron los elogios, el mensaje final, se hizo la pregunta escala y se encargaron las tareas de platicar con su esposo sobre sus sentimientos, repetirse tres o cuatro veces su lista de cualidades y logros, y apuntar cosas que ella reconocía que le dan valor. También, se espaciaron las sesiones a cada dos semanas.

Treceava Sesión.

Al comienzo de la sesión, se le preguntó a la paciente sobre lo que fue mejor durante las últimas dos semanas, y se le atribuyó el control de las excepciones. Se revisó la tarea, donde la paciente se dio cuenta que ella necesitaba valorarse para ser valorada por los demás. Se llevó a cabo mucho empoderamiento sobre el valor que ella tiene como madre, esposa y mujer. Logró darse cuenta de muchas cosas que ella hace que tengan valor, y lo que podría seguir haciendo para sentirse así y para ponerse a ella primero. Fue un diálogo socrático, donde se llevó a cabo también una reestructuración breve y se anclaron esos cambios que la paciente presentó. Se le dieron los elogios, el mensaje final, se le hizo la pregunta escala y se le encargó la tarea, que fue repetir sus cualidades agregando las cosas que le dan valor, y reflexionar en la pregunta “¿por qué me siento mal?” para la próxima sesión, la cual sería dentro de tres semanas.

Catorceava Sesión.

La sesión comenzó con las mejoras de las últimas tres semanas, donde la paciente mencionó haberse sentido más tranquila y relajada, a lo cual se le atribuyó el control. Se revisó la tarea y se hizo una breve intervención sobre las cosas positivas

encontradas. Mencionó que no encontró muchas razones para sentirse mal, y que se sintió muy tranquila sin la necesidad de repetirse tanto la lista. Posteriormente se dio una psicoeducación de la inteligencia emocional con relación a sus pensamientos sobre el control, y se llevó a cabo una deconstrucción y reestructuración cognitiva donde la paciente pudo entender las emociones que llega a sentir, el control y la decisión que ella tiene sobre ellas, para reacomodar eso que piensa. Se le dieron elogios, mensaje final, se llevó a cabo la pregunta escala y se le encargó la tarea para la próxima sesión, la cual fue hacer un ABC de alguna situación donde sienta molestia, frustración, o falta de control.

Quinceava Sesión.

Al comienzo de la sesión se revisaron las mejoras durante las últimas tres semanas y se atribuyó el control sobre las que fueron mencionadas. Se revisó la tarea, donde comentó situaciones en el ABC donde ella reaccionó de manera asertiva, lo cual se le reconoció. Durante la sesión se abordó la temática de su pareja y cómo se había estado sintiendo con respecto a su relación, y se utilizó la técnica del diálogo socrático y el debate de pensamientos para indagar más sobre la situación y en conjunto encontrar una solución. Se le encargaron unas tareas con relación a su esposo, las cuales fueron explicadas, y posteriormente se hizo un breve chequeo de su salud en cuanto al tumor encontrado hace unos meses, y resultó todo estar en orden. Se le mencionó que la próxima sesión sería la penúltima, y se le reconocieron y atribuyó el control sobre todos los cambios obtenidos hasta ese momento. Se le dio el mensaje final, la pregunta escala, agregando también la pregunta de confianza, y se cerró con la tarea para la siguiente sesión, que fue transformar las quejas que tiene en deseos, y tener prendido su radar positivo.

Dieciseisava Sesión.

En la penúltima sesión se platicó sobre las mejoras, donde la paciente mencionó que le funcionó mucho la tarea de la sesión anterior del radar positivo para tener una visión optimista durante las semanas. Se atribuyó el control sobre las cosas buenas que sucedieron, y se abordó lo que la paciente ha aprendido durante el

proceso terapéutico. Después, se implementó la técnica del árbol de los logros, el cual fue llenado por la paciente con atributos positivos y funcionales que ella tiene el día de hoy. Posteriormente se le dio un certificado indicando que es una persona que reconoce sus propios logros y, debido a que la terapia fue en línea, se le mandó una fotografía de ese certificado para que lo tuviera con ella. Al finalizar la sesión, la paciente mencionó la frase “siempre hay una solución”, a lo que se le atribuyó el control de sus logros, se llevó a cabo la pregunta escala, y después se le dieron los elogios y el mensaje final. Su tarea fue seguir llevando a cabo las técnicas que le habían funcionado anteriormente.

Diecisieteava Sesión.

En la última sesión se platicó primero sobre las cosas que fueron mejor durante las semanas anteriores. Durante esta sesión, el enfoque principal fue seguirle atribuyendo el control a la paciente de las cosas que ha logrado. Mencionó una variedad de situaciones que sucedieron, donde su reacción fue totalmente diferente al comienzo del proceso terapéutico. Se notó una clara mentalidad centrada en soluciones, se le dieron elogios y el mensaje final, se hizo una breve despedida y se le dijo a la paciente que siguiera haciendo aquello que le ha funcionado.

Resultados.

Se le aplicó una prueba a la paciente, además de la pregunta escala, al principio y al final de la terapia. Al comienzo del proceso terapéutico se aplicó el Cuestionario Centrado en Soluciones (Neipp *et al.*, 2017) a la paciente, el cual se muestra en la Figura 1. Al principio de la terapia, la paciente obtuvo una puntuación de cuarenta y cuatro fuera de setenta y ocho, indicando que tenía un pensamiento centrado en soluciones. Al finalizar la terapia, la paciente obtuvo un cuarenta y siete, indicando un ligero aumento en su enfoque en soluciones.

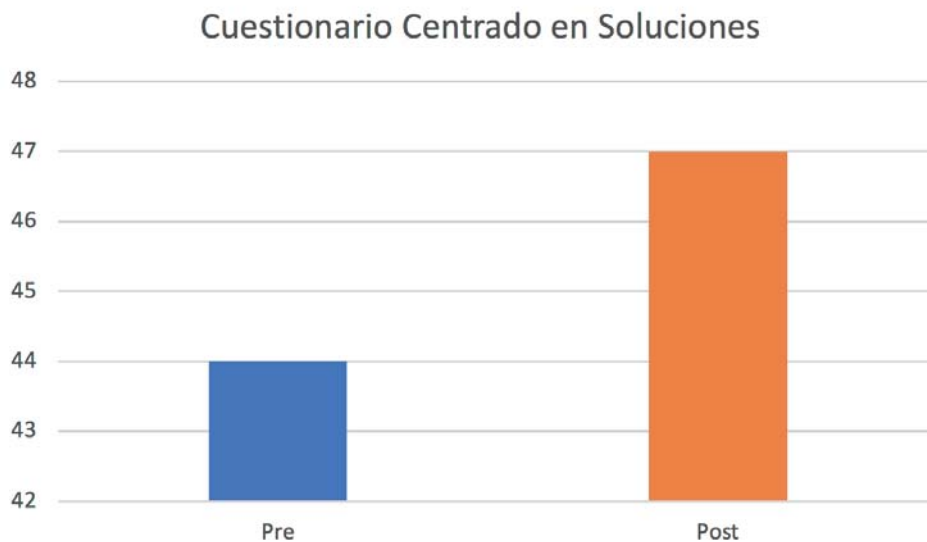


Figura 1. Resultados pre y post del Cuestionario Centrado en Soluciones.

En cuanto al establecimiento de objetivos, se muestran los resultados en la siguiente gráfica y se describen a continuación.



Figura 2. Resultados de la pregunta escala a lo largo de las sesiones.

En cuanto a la pregunta escala, la paciente fue incrementando sesión con sesión, como se puede observar en la Figura 2. Con respecto al primer objetivo, de “mejorar la comunicación con su esposo”, en la 1a y 2a sesión obtuvo un cuatro, en la 3a sesión obtuvo cinco, en la 4a sesión un seis, en las sesiones 5, 6, 7 y 8 obtuvo un siete, en la 9 y 10 un ocho, en la 11 y 12 un seis, en las sesiones 13, 14 y 15 un siete nuevamente, en la sesión 16 un ocho, y por último un siete en la sesión 17. Con respecto al segundo objetivo, de “mejorar la comunicación con sus hijas”, en la 1era sesión obtuvo un cuatro, en la 2a y 3a un seis, en la 4a y 5a un siete, en la 6a,

7a, 8a y 9a un ocho, en la 10a un siete, en la 11a un ocho, en la 12a un siete, en la 13a y 14a un seis, en la 15a un siete, y en las sesiones 16 y 17 un ocho. En cuanto al tercer objetivo, “trabajar en el control de sus emociones”, la paciente obtuvo un cuatro en la 1a, 2a, 3a y 4a sesión, un siete en la 5a y 6a sesión, un ocho en la 7a y 8a sesión, un siete en la 9a sesión, un cinco en la 10a sesión, un siete en la 11a sesión, un seis en la 12a sesión, un siete en la 13a y 14a sesión, un siete en la 15a sesión, y un ocho en las sesiones 16 y 17. Por último, con relación al cuarto objetivo, “trabajar en recuperar su independencia”, la paciente puntuó un cuatro en la 1a sesión, un tres en la sesión 2, cuatro en la sesión 3, un siete en la sesión 4, un seis en la sesión 5, un siete en las sesiones 6 y 7, un ocho en la sesión 8, un siete en la sesión 9, un seis en la sesión 10, un siete en la sesión 11, un seis en la sesión 12, un siete en las sesiones 13 y 14, un ocho en las sesiones 15 y 16, y un ocho en la sesión 17.

Discusión.

A lo largo de la terapia, la paciente fue trabajando sesión con sesión en sus objetivos terapéuticos. Por medio de las técnicas mencionadas anteriormente, se logró que la paciente desarrollara y descubriera herramientas internas que le sirvieron para su mejoría. Como resultado, ella se pudo comunicar con su familia de manera asertiva, disminuyendo la cantidad de discusiones. También tenía mayor introspección, lo cual fue de gran apoyo para que ella pueda comprender y aceptar sus emociones, lo cual indicaba que tenía mejor control sobre ellas. Además, con apoyo de la reestructuración cognitiva y sus habilidades asertivas, logró modificar su perspectiva ante eventos que previamente le causaban molestia, y también mejoró su autovalía.

Como se mencionó, durante el proceso terapéutico la paciente comentaba querer trabajar en las discusiones frecuentes que tenía con su pareja y con sus hijas. Al principio de la terapia, comentaba que reaccionaba de manera explosiva, impulsiva y con gritos, y se retiraba de la situación sin darle solución o seguimiento. A lo largo del proceso se fue trabajando en herramientas para mejorar la comunicación en familia, por lo cual las discusiones resultaban ser diferentes. La paciente decidía

tomarse un tiempo fuera cuando notaba que la discusión podría provocar reacciones impulsivas de su parte. Posteriormente, regresaba con su familiar, y se retomaba la plática. Al final de la terapia, la paciente ya no necesitaba esos tiempos fuera para mantenerse en calma durante las discusiones, sino que lograba comunicar lo que sentía y pensaba de manera asertiva.

La integración de la terapia centrada en soluciones y cognitivo conductual ha arrojado resultados satisfactorios. De acuerdo con Solís (2016), esta integración busca que los pacientes puedan aprovechar sus propias soluciones para una variedad de situaciones, y así vayan aprendiendo a resolver sus problemáticas. En el presente estudio, se logró obtener cambios en los pensamientos, emociones y conductas de la paciente a lo largo del tratamiento, avanzando de acuerdo con el motivo de consulta y los objetivos establecidos por la paciente. Esto se puede observar con los resultados de la Pregunta Escala, y con los cambios que la paciente fue teniendo a lo largo de las sesiones. Mejoró en su capacidad de comunicarse asertivamente con sus familiares, llevar a cabo una introspección funcional, y buscar alternativas para seguir fortaleciendo su bienestar integral. A lo largo de la terapia se presentaron dificultades como las fallas en la conexión al internet, inasistencias por eventos familiares y problemas de salud. Asimismo, también hubo facilitadores como el utilizar una plataforma fácil de navegar, y disposición y compromiso por parte del paciente.

El primer objetivo terapéutico de la paciente fue trabajar en mejorar la comunicación con su esposo. A lo largo del proceso de terapia, se fue trabajando la comunicación asertiva de diversas maneras, tal y como psicoeducación, reestructuración cognitiva, reencuadre, y tareas. La paciente fue mejorando en la manera en que le expresaba a su esposo sus emociones y pensamientos, y eso se vio reflejado en la manera en que ella se decía las cosas a sí misma también. En un caso que estudió a pacientes que padecían de cáncer pulmonar y a sus parejas, Schellekens *et al.* (2017) encontraron que las parejas pueden llegar a esforzarse en la demostración de sus sentimientos si perciben que la otra persona está batallando en hacerlo. Mientras que no es el caso de la paciente, la posibilidad de tener cáncer durante un par de sesiones causó tensión y miedo en ella y posteriormente impulsó la

comunicación con su pareja. Además, los autores encontraron que entre más esté la persona tranquila consigo misma, menos estrés y ansiedad presenta en general, lo cual se puede relacionar con lo sucedido en el presente estudio, debido a que la paciente fue mejorando sus habilidades para lograr una introspección y así poderse comunicar asertiva y tranquilamente con su esposo. Esto fue cambiando ya que antes no se daba un momento para pensar, y solamente discutía.

El segundo objetivo terapéutico de la paciente fue mejorar la comunicación con sus hijas. Este objetivo, al igual que el primero, fue mejorando sesión con sesión en lo que la paciente practicaba y refinaba su capacidad y habilidad para comunicarse de manera asertiva. Corrales *et al.* (2016) llevaron a cabo un programa donde evaluaron a adolescentes en varias categorías, una de ellas siendo su comunicación asertiva. A lo largo del programa, se fue viendo la disminución en la comunicación tanto agresiva como pasiva. Esto mismo sucedió con la paciente del estudio presente, debido a que ella fue trabajando sus habilidades de comunicación asertiva, y las mejoras se vieron reflejadas en la convivencia familiar en general. También se pudieron ver cambios en sus reacciones emocionales debido a que se fue de reaccionar de manera explosiva a reflexionar antes de reaccionar. Asimismo, Briones (2017), en su estudio de caso, utilizó una variedad de técnicas similares a las utilizadas en esta intervención terapéutica para lograr una comunicación efectiva en una pareja, lo cual dio resultados satisfactorios, al igual que con la paciente mencionada en este estudio.

El tercer objetivo terapéutico de la paciente fue tener un mejor control de sus emociones. Este se trabajó principalmente por medio de la introspección personal y reestructuración de pensamientos. Galdámez (2015), por medio de técnicas como la reestructuración cognitiva, y otras como la silla vacía, visualización, normalización, y búsqueda de excepciones, logró disminuir tanto la ansiedad como la depresión de su paciente. Esto se relaciona con lo visto en el presente caso, debido a que, utilizando algunas técnicas diferentes dentro de la TCS y TCC, así como reestructuración cognitiva, debate socrático, uso de excepciones y elogios, pregunta milagro, flecha descendente, entre otras, la paciente fue presentando mejorías en su control emocional. Por medio de estas técnicas, la paciente logró

reaccionar de manera tranquila con sus hijas y marido, y entender que las emociones fluctúan y es natural.

El cuarto objetivo fue recuperar su independencia. Este objetivo está muy ligado a su inteligencia emocional y su valía personal, debido a que ella expresaba no sentirse merecedora de tomar decisiones o hasta de comprarse cosas porque ella no generaba ese dinero y ya no era una mujer independiente. Esto se fue trabajando por medio de técnicas principalmente cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva, reencuadre, psicoeducación, elogios y tareas. Moscoso (2019) menciona que la inteligencia emocional se trabaja y mejora con respecto a la cognición y las emociones, las cuales generan un comportamiento funcional en la persona. Esto se vio claramente con la paciente a lo largo de la terapia, debido a que ella fue fortaleciendo su comprensión emocional para así valorarse y darse cuenta de su importancia como persona, madre y esposa.

Conclusiones.

Para concluir, se ha comprobado una efectividad adecuada y satisfactoria para este caso en particular, tomando en cuenta factores principalmente cualitativos. En cuanto a la pregunta escala, se ha puesto en evidencia un proceso de cambio y mejoría relativamente constante, con altibajos y finalmente incremento del número sesión tras sesión. Con relación a los factores cualitativos, se pudo ver reflejado dicho cambio en lo mencionado por la paciente, como su mejoría en la manera en que se comunica con su familia, en el control que tiene ahora al querer expresar y explorar una emoción que siente en ese momento, y, principalmente, en la manera en que se habla a sí misma.

La evidencia cuantitativa en cuanto a la prueba aplicada al comenzar y al finalizar con la terapia, no demuestra de manera clara el cambio que tuvo la paciente a lo largo de las sesiones. Esto es debido a que se midieron factores que se trabajaron de manera menos concreta. La terapia se enfocó principalmente en la mejoría de la comunicación asertiva, la cual fue medida exitosamente por medio de la pregunta escala. La paciente presentó una situación de salud en la mediación de la intervención terapéutica, la cual puso en pausa la planeación terapéutica, y fue

abordada en las sesiones de acuerdo con las necesidades que se presentaron. La integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual con modalidad en línea ha probado ser sumamente efectiva para tratar dicho caso de falta de comunicación asertiva, así como se ha demostrado en otros estudios (Tamez, 2016).

Limitaciones del Estudio.

Una sugerencia para llevar a cabo una integración de la terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual es aprovechar y utilizar las técnicas de ambas terapias dentro de una modalidad breve. Esto es para poder anclar y evidenciar los cambios que los pacientes estén obteniendo, y que ellos, con el paso de las sesiones, sean capaces de ver ese cambio por su propia cuenta. La modalidad del presente caso fue en línea, por lo cual se puede tomar como una limitación debido a que no siempre se podía llevar a cabo una sesión del todo fluida por falta de buena conexión. Se sugiere buscar tener una buena conexión de internet para llevar a cabo las sesiones de manera continua, y tener contempladas una variedad de alternativas por si surgen complicaciones.

Referencias Bibliográficas.

- Alvites, R. (2019). *Comunicación familiar prevalente en estudiantes de nivel secundaria de una institución educativa pública, Ayacucho, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote]. Archivo digital. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/15927/COMUNICACION_FAMILIAR_ALVITES_TACO_ROLY%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Amirshamsi, E., Fazel, A., y Hosseini, S. M. (2016). Forecast welfare psychological wellbeing of children based on child rearing methods by parents and family communication patterns. *Indian Journal of Positive Psychology*, 7(1), 5-8. Recuperado de: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/forecast-welfare-psychological-wellbeing-children/docview/1788740728/se-2>
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262. Recuperado de: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1969HSTR.pdf>

- Briones, C. L. (2017). *Fortalecimiento del autocontrol y la comunicación efectiva en una pareja a través de terapia breve cognitivo conductual y centrada en soluciones*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/14341/1/1080243324.pdf>
- Candelaria, M., García, I., y Estrada, B. D. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, (7), 32-39. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Corrales, A., Quijano, N. K., Góngora, E. A. (2016). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29251161005.pdf>
- Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 403-425. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Galdámez, R. M. (2015). *Terapia breve centrada en soluciones y cognitivo conductual aplicada a un caso con síntomas depresivos por infidelidad*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/9636/1/1080215003.pdf>
- Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A. y Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y salud*, 26(2), 263-271. Recuperado de: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2202>
- García, S. (2017). *Integración de los modelos Cognitivo-Conductual y Centrado en Soluciones en un caso clínico con diagnóstico en Distimia*. [Tesis de maestría, Universitas Miguel Hernández]. Archivo digital. <http://193.147.134.18/bitstream/11000/5898/1/Garc%C3%ADa%20Mart%C3%ADn%20TFM.pdf>
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá del problema* (1era ed.). Amorrortu.
- Mohammadi, K., Hematiahaoei, R., y Kiani, S. (2017). Relationship between Mother's Attachment Styles and Thinking Styles with Emotional Intelligence in Secondary School Girls with Hearing Loss in Cities of Tehran Province in Order to Provide Structural Equation Model. *International Academic Journal of Psychology and Educational Studies*, 3(1), 20-27. Recuperado de: <http://iaiest.com/abstract.php?id=10yarchiveid=1007>

- Moscoso, M. S. (2019). Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Liberabit*, 25(1), 107-117. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.09>
- Neipp, M. C., Beyebach, M., y Martínez-González, M. C. (2017). Adaptación española del Cuestionario Centrado en Soluciones. *Terapia Psicológica*, 35(1) 5-14. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000100001>
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., y Stone, T. E. (2016). Effectiveness of assertive communication training programs for health professionals and students: a systematic review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(10), 64-71. Recuperado de: doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003158
- Rivera, D. E. (2016). *Desarrollo de habilidades sociales de comunicación asertiva para el fortalecimiento de la convivencia escolar*. [Tesis de maestría, Universidad Libre]. Archivo digital. <https://core.ac.uk/download/pdf/198446565.pdf>
- Rodríguez, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, 241-289. Valencia: Promolibro.
- Schellekens, M., Karremans, J. C., van der Drift, M. A., Molema, J., van der Hurk, D., Prins, J. D., y Speckens, A. (2017). Are Mindfulness and Self-Compassion Related to Psychological Distress and Communication in Couples Facing Lung Cancer? A Dyadic Approach. *Mindfulness*, 8(2), 325-336. Recuperado de: DOI 10.1007/s12671-016-0602-0
- Solís, G. C. (2016). *Terapia cognitivo conductual y centrada en soluciones para la auto aceptación de la orientación sexual en un paciente homosexual*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/14236/1/1080237949.pdf>
- Tamez, A. I. (2016). *Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Archivo digital. <http://eprints.uanl.mx/13816/1/1080238545.pdf>
- Theiss, J. A. (2018). Family communication and resilience. *Journal of Applied Communication Research*, 46(1), 10-13. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/00909882.2018.1426706>