



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN Y
HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica en un caso de conflicto de
pareja**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Chuquitarco Marín, María José

Director: Jaramillo Bustamante, María Emilia

LOJA

2022



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2022

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 01 de julio del 2022

PhD.

Mariana del Rocío Ramírez Zhindón

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: "Intervención psicoterapéutica en un caso de conflicto de pareja" realizado por María José Chuquitarco Marín, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Ps. Cl. María Emilia Jaramillo Bustamante Mgtr.

C.I.: 1105632531

Correo electrónico: mejaramillo43@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María José Chuquitarco Marín, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: “Intervención psicoterapéutica en un caso de conflicto de pareja”, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno, marco teórico referente a la presentación del caso, segundo capítulo respecto a la metodología utilizada en la intervención terapéutica, y en el capítulo tres donde se describen los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias, siendo Mgtr. María Emilia Jaramillo Bustamante, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Autor: María José Chuquitarco Marín

C.I.: 1105932600

Correo electrónico: mjchuquitarco@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Con infinito amor y cariño, dedico el presente trabajo a mis padres por sus esfuerzos, soporte, consejos y amor incondicional, que han guiado mi camino en todo momento y me han permitido culminar exitosamente esta etapa importante en mi formación profesional. A mis hermanos, quienes han formado parte de mi crecimiento personal y me han apoyado siempre, motivándome a mejorar cada día.

María José Chuquitarco

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios que ha representado una luz en mi camino y me ha brindado la fortaleza para afrontar las distintas adversidades a lo largo de mi vida, permitiéndome alcanzar esta meta anhelada a nivel profesional.

De igual forma, agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) que me ha brindado el espacio y recursos necesarios para mi formación académica, de manera particular a la Carrera de Psicología Clínica, a sus autoridades y catedráticos, quienes con su dedicación y enseñanzas han aportado significativamente en mi crecimiento personal y profesional.

Igualmente, quiero brindar un grato agradecimiento a la Ps. Cl. María Emilia Jaramillo Bustamante Mgtr., quien con su gentileza, paciencia, apoyo, responsabilidad y consejos me brindó una acertada dirección en el desarrollo del presente trabajo.

A mi pareja y amigos, que me han acompañado y brindado su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios universitarios, haciendo de esta experiencia algo inolvidable.

A mi familia, pero principalmente a mis padres ya que gracias a su soporte y amor he podido alcanzar grandes metas, convirtiéndose en mi pilar fundamental.

María José Chuquitarco

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso.....	7
1.1.1 Identificación de los pacientes.....	7
1.1.2 Motivo de consulta.....	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología.....	9
1.2 Proceso de evaluación.....	11
1.2.1 Entrevistas en pareja.....	11
1.2.2 Entrevista individual con los pacientes.....	13
1.2.3 Genograma.....	13
1.2.4 Observación de la pareja.....	15
1.2.5 Instrumentos psicológicos aplicados.....	17
1.3 Diagnóstico.....	25
1.3.1 Diagnóstico presuntivo.....	25
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	26
1.3.3 Diagnóstico final.....	36
Capítulo dos	38
Metodología	38
2.1 Tratamiento/Intervención.....	38
2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	38

2.1.1.1	Objetivo general.....	38
2.1.1.2	Objetivos específicos.....	38
2.1.2	Plan de tratamiento/intervención.....	38
Capítulo tres.....		67
Resultados.....		67
3.1	Análisis de resultados cuantitativos.....	67
3.2	Análisis de resultados cualitativos.....	73
Discusión.....		77
Conclusiones.....		88
Recomendaciones.....		89
Referencias.....		90

Índice de tablas

Tabla 1	Funciones mentales de los pacientes.....	15
Tabla 2	Resultados de la Escala de Ajuste Diádico (DAS).....	20
Tabla 3	Resultados del Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA).....	21
Tabla 4	Resultados del Cuestionario Salamanca.....	23
Tabla 5	Resultados del Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI).....	24
Tabla 6	Trastorno de la personalidad paranoide.....	28
Tabla 7	Trastorno de la personalidad histriónica.....	29
Tabla 8	Trastorno anancástico de la personalidad.....	30
Tabla 9	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.....	31
Tabla 10	Trastorno anancástico de la personalidad.....	32
Tabla 11	Problemas en la relación entre esposos o pareja.....	35
Tabla 12	Plan de intervención terapéutica.....	39
Tabla 13	Plan sesiones de seguimiento.....	61
Tabla 14	Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Ajuste Diádico (DAS).....	67
Tabla 15	Resultados pre-intervención y post-intervención del Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA).....	69

Tabla 16 Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI).....	72
Tabla 17 Resultados cualitativos referente a la evolución del tratamiento psicológico.....	73

Índice de figuras

Figura 1 Genograma de la familia nuclear	7
Figura 2 Genograma de la pareja	14

Resumen

El presente trabajo aborda un caso de problemas en la relación entre esposos, codificado según la CIE-10 con Z63.0 y en el DSM-5 bajo el código V61.10; se trata de una mujer de 33 años y un hombre de 37 años que acuden a consulta por: dificultades en el cuidado de los hijos, problemas económicos, resentimiento, conductas hostiles e insatisfacción con las expresiones afectivas. La evaluación incluyó: 5 entrevistas semiestructuradas, 2 genogramas, 1 ficha de observación y 4 reactivos psicológicos (DAS, ASPA, RBI y Cuestionario Salamanca). Se aplicó un tratamiento con enfoque integrativo basado en la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP), Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Psicoterapia Gestáltica durante 8 sesiones de 90 minutos, y 2 sesiones de seguimiento. Los resultados según los objetivos terapéuticos reportan una mejoría en la interacción y calidad del vínculo; concluyendo, que el tratamiento favoreció cambios a nivel cognitivo, conductual y emocional.

Palabras clave: problemas de pareja, terapia de pareja, caso clínico.

Abstract

The present paper deals with a case of problems in the relationship between spouses, coded according to ICD-10 with Z63.0 and in the DSM-5 under code V61.10; it is a 33-year-old woman and a 37-year-old man who come for consultation due to: difficulties in the care of the children, economic problems, resentment, hostile behaviors and dissatisfaction with affective expressions. The evaluation included: 5 semi structured interviews, 2 genograms, 1 observation sheet and 4 psychological reagents (DAS, ASPA, RBI and Salamanca Questionnaire). A treatment with integrative approach based on Cognitive-Behavioral Couple Therapy (CBCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Gestalt Psychotherapy was applied during 8 sessions of 90 minutes, and 2 follow-up sessions. The results according to the therapeutic objectives report an improvement in the interaction and quality of the bond; concluding that the treatment favored changes at a cognitive, behavioral and emotional level.

Keywords: couple problems, couple therapy, clinical case.

Introducción

Dentro del sistema social, la pareja es reconocida como una entidad basada en la relación entre dos personas, cuyas características básicas y función social se encuentran marcadas por las leyes y costumbres colectivas que influyen decisivamente en su dinámica (Stange et al., 2017). Por lo tanto, las relaciones de pareja son una unión social, psicológica y emocional, donde los integrantes buscan objetivos en común como: el matrimonio, la formación de una familia, la expresión de amor y compañerismo (Barajas y Cruz, 2017; Mendoza et al., 2019).

En este sentido, en Ecuador entre el año 2020 y 2021 los matrimonios incrementaron un 46,2% pasando de 38.938 a 56.921 matrimonios; mientras que, la duración promedio de las nupcias en el 2021 alcanzó los 15,7 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2022). La tendencia de establecer relaciones de pareja se debe a que es uno de los vínculos afectivos más significativos fuera de la familia de origen, ya que, el apoyo que brinda el compañero puede disminuir los factores de riesgo relacionados a la salud general, y, aumentar el bienestar psicológico (Dalsmo et al., 2021; Espinosa et al., 2017).

No obstante, las relaciones amorosas también pueden ser fuente de múltiples factores estresantes que afectan emocionalmente a los integrantes (Epstein y Zheng, 2017); una relación conflictiva hace referencia a un exceso de intercambios conductuales negativos y un déficit de interacciones positivas (Baucom y Fischer, 2019).

Por ello, la pareja tiende a sufrir cambios en su dinámica, puesto que, implica la unión de dos individuos que comparten distintas experiencias, actitudes, creencias y características personales; siendo probable que el vínculo amoroso entre en conflicto y en algunos casos termine de manera temporal o permanente (Barajas y Cruz, 2017). Es así que, hoy en día existen más separaciones y divorcios en nuestro país, entre los años 2020 y 2021 aumentaron en un 54,4% (INEC, 2022).

Con respecto a las causas que generan conflictos en las parejas, se encuentran: problemas de salud física, tensión financiera, alta demanda de trabajo, crianza de los hijos, violencia física o psicológica, pérdida de intimidad sexual, déficit de estrategias de

afrontamiento, dificultades de comunicación e incapacidad para establecer un balance entre las expectativas individuales y de pareja (De Longis y Zwicker, 2017; Epstein y Zheng, 2017); así mismo, los roles de género, la monotonía y las malas relaciones con la familia política pueden originar desarmonía y fragmentación conyugal (Chen y Hu, 2021; Palacios y Pinto, 2021; Quintana et al., 2020; Villavicencio y Jaramillo, 2020).

Otro motivo de conflicto son las diferencias derivadas de la personalidad, ya que rasgos como el neuroticismo, escurpulosidad e impulsividad se correlacionan negativamente con la satisfacción en la relación, a diferencia de rasgos como amabilidad y apertura a la experiencia que se asocian positivamente con las relaciones íntimas (Ahmadi, 2017; Taggart et al., 2019).

Por otra parte, las creencias irracionales se encuentran entre las principales causales de problemas en la pareja, puesto que, ante su presencia los miembros experimentan un malestar significativo (Sánchez et al., 2017). Eidelson y Epstein (1982) refieren que las distorsiones cognitivas son un factor clave para el inicio y mantenimiento de los conflictos maritales, entre las principales creencias disfuncionales se encuentran: el desacuerdo considerado destructivo, lectura mental, percepción de incapacidad de cambio en la pareja, perfeccionismo sexual y diferencias de género como fuente de problemas.

Sumado a ello, la crisis sanitaria como la pandemia por COVID-19 intensificó los problemas de pareja, ya que, generó grandes desafíos al verse incrementada la carga laboral y el trabajo doméstico, así como, las dificultades económicas y el cuidado de los hijos (Ramírez et al., 2020; Rodríguez y Rodríguez, 2020; Waddell et al., 2021).

Para la valoración de los conflictos en la relación de pareja, en las clasificaciones diagnósticas de la CIE-10 y DSM-5 se tipifican dentro de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; las codificaciones en el DSM-5 habitualmente aluden a códigos V y en la CIE-10 como códigos Z (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992); se considera la categoría de problemas relacionados con el grupo de apoyo primario y se establece el diagnóstico de Z63.0 problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10), siempre y cuando el objetivo

principal de la asistencia clínica se base en abordar la calidad de la relación de pareja (cónyuge o no), y el conflicto de la relación implique un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos, como dificultad de resolución de conflictos, abandono, intromisión excesiva, atribuciones negativas, rechazo de comportamientos positivos, tristeza, apatía o rabia crónica contra el otro miembro de una relación (APA, 2014).

En cuanto al tratamiento, la intervención psicoterapéutica desde un enfoque integrativo representa una opción adecuada para abordar estos tipos de problemas, debido a que los pacientes pueden beneficiarse de técnicas de diferentes modelos teóricos (Monestés y Hayes, 2022; Neufeld, 2019). De acuerdo con Christensen y Doss (2017), los terapeutas de pareja abordan diversos conflictos relacionados con los esquemas conyugales, dificultades individuales y factores psicosociales estresantes; por ello, es esperable que las estrategias terapéuticas destinadas a facilitar el cambio varíen, resultando eficaz un abordaje integral del sistema conyugal y familiar.

Dentro de los diversos enfoques, la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP) (Baucom y Epstein, 1990) ha sido ampliamente utilizada y se basa en la interacción entre las cogniciones, las respuestas emocionales y conductuales (Bodenmann et al., 2020). Este tipo de abordaje aplica métodos de terapia cognitiva para reestructurar distorsiones cognitivas, tales como: atención selectiva, atribuciones referentes, suposiciones, generalizaciones y estándares caracterizados por los “debería” (Epstein y Zheng, 2017); la técnica de reestructuración cognitiva de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) (Ellis, 1957) resulta ser efectiva (Cheme-Villamar y Giniebra-Urra, 2022); además, de las estrategias de autorregulación emocional que promueven la calma durante los conflictos, y las técnica a nivel conductual que mejoran la comunicación, resolución de problemas e intercambio de reforzadores (Sungur y Giami, 2021).

Otra intervención terapéutica que actualmente resalta es la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (Hayes, 1984) que forma parte de las terapias de tercera generación y cuenta con un nivel de eficacia considerable para abordar las dificultades en la satisfacción de parejas, sus métodos fundamentales incluyen metáforas, paradojas y ejercicios

existenciales aplicables a muchos contextos con el objetivo de disminuir el patrón de evitación experiencial mediante la aproximación de los pacientes a los ámbitos importantes de su vida (Alvarez, 2020).

Finalmente, la Psicoterapia Gestáltica (Perls et al., 1951) centrada en el aquí y el ahora busca que las personas se sitúen en el presente y se distancien del pasado que provoca malestar (Augustin y Bandeira, 2020); los principios gestálticos permiten trabajar sobre el perdón promoviendo un cambio afectivo, conductual y cognoscitivo para que las personas logren sanar emocionalmente tras haber sido lastimadas por su pareja y puedan reconstruir el vínculo afectivo (Rosales-Sarabia et al., 2018).

En el presente estudio se aborda un caso clínico de pareja que de acuerdo con las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE-10 y DSM-5) cumple con las consideraciones para problemas en la relación entre esposos o pareja. El informe se encuentra conformado por 3 capítulos: el primer capítulo hace referencia al marco teórico que contiene la descripción del caso, proceso de evaluación y diagnóstico; en el segundo capítulo se describe la metodología utilizada durante el proceso de intervención terapéutica; y, en el capítulo tres se establecen los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias.

En base a la literatura expuesta, se evidencia la importancia de intervenir ante los dilemas que deterioran la calidad de la relación de pareja, considerando las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que afectan el bienestar psicosocial de los miembros; por otro lado, el trabajo de integración curricular adquiere relevancia a nivel institucional y social, puesto que, brinda un aporte teórico y práctico referente al proceso de evaluación y tratamiento psicológico dirigido a parejas que se encuentran en una relación conflictiva, desde una perspectiva integrativa basada en la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP), Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Psicoterapia Gestáltica, cuya aplicación permite mejorar la calidad del vínculo afectivo y reduce el malestar de los cónyuges.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación de los pacientes

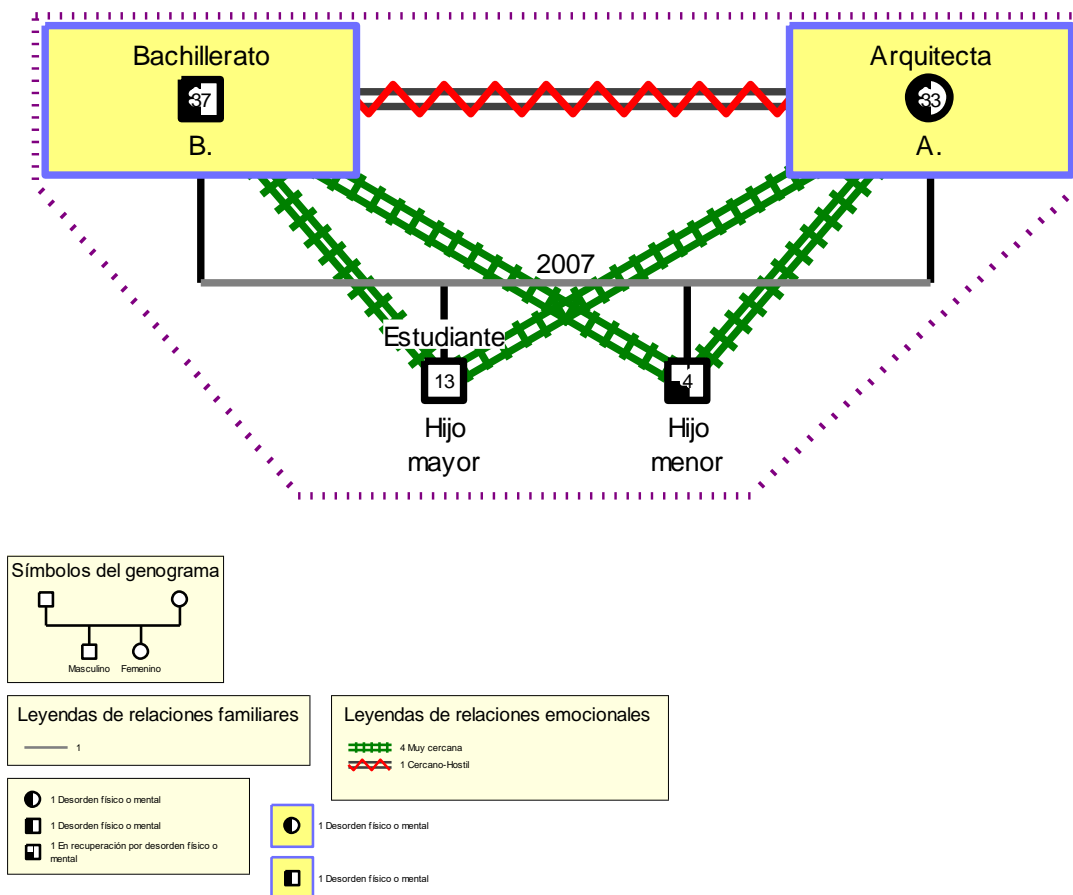
Se aborda el caso de una pareja de nacionalidad ecuatoriana, de estado civil casados, con un nivel socioeconómico medio y de religión católica. A. es una mujer de 33 años de edad, con nivel de instrucción superior y de profesión arquitecta; y B. es un hombre de 37 años, con escolaridad de bachillerato y de ocupación diseñador gráfico, fotógrafo y coach.

A nivel de salud general, A. ha sido diagnosticada de hipotiroidismo y no padece ningún desorden mental, no consume sustancias psicoactivas ni medicamentos; a diferencia de su esposo B. quien refiere pancreatitis, ocasionalmente ingiere paracetamol para controlar las cefaleas y tiene un consumo social de alcohol; no presenta diagnóstico de trastornos mentales, sin embargo, manifiesta constantes problemas debido a la impulsividad y descontrol emocional.

Al momento de la primera entrevista llevan 14 años de relación y han formado una familia de tipo nuclear junto a sus dos hijos varones de 13 y 4 años de edad. El hijo mayor estudia y tiene un nivel de educación básica, y el hijo menor actualmente no se encuentra estudiando debido a la pandemia por Covid-19 y presenta una afección en el funcionamiento del riñón; los pacientes mantienen una relación estrecha con cada uno de ellos. En la figura 1 se detalla el genograma de la pareja.

Figura 1

Genograma de la familia nuclear



Nota. En la figura se presenta el genograma de la familia nuclear.

1.1.2 Motivo de consulta

Pacientes asisten de manera voluntaria y refieren acudir a consulta por sugerencia de la psicóloga que anteriormente abordó su caso, ya que, hace aproximadamente 2 años han presentado dificultades en la organización del cuidado de los hijos, y problemas económicos debido a la desigualdad de ingresos dentro de la pareja.

De forma individual, A. señala guardar resentimiento frente a situaciones del pasado y dificultad para perdonar, generando sentimientos de tristeza, enojo y miedo; textualmente expresa: “deseo poder identificar a mi pareja, restaurar cosas que nos han hecho daño para vivir en armonía, ya que nos casamos para estar juntos y soñar” y “existen bastantes vacíos en la relación y rencores del pasado, me gustaría saber cómo borrar las secuelas”. Por su parte, B. menciona percibir que su esposa presenta una actitud hostil y poca demostración de afecto hacia él por lo sucedido en el pasado, desencadenando tristeza, enojo y estrés;

textualmente solicita: “deseo sentir que estoy con una persona que me hace bien, controlar mi carácter y ser asertivo con mis hijos”.

En base a lo descrito, se plantea la siguiente demanda: trabajar en el perdón, reestructurar distorsiones cognitivas, fomentar el cambio conductual, mejorar la regulación emocional, reducir el intercambio negativo en la relación, delegar las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, desarrollar habilidades de comunicación asertiva y estrategias de resolución de problemas.

Con respecto a las dificultades o factores que puedan afectar el cambio de los pacientes, se encuentran factores individuales, en la paciente A. existe: dificultad para perdonar, rigidez cognitiva y alta carga de trabajo doméstico; en cuanto al paciente B. resalta: falta de autorregulación emocional, rigidez cognitiva y enfermedad médica. También, existen factores ambientales relacionados con la condición médica del hijo menor, alta demanda de trabajo, perturbaciones económicas y en la organización del cuidado de los hijos.

1.1.3 Historia del problema y descripción de sintomatología

La pareja lleva aproximadamente 14 años de casados, refieren haber mantenido una relación estable y saludable durante el primer año de matrimonio tiempo en que compartían diversas actividades como andar en bicicleta, jugar deportes, paseos en parques, etc. Sin embargo, los problemas de pareja según A. empezaron durante el primer embarazo hace aproximadamente 13 años, debido a la ausencia y poca implicación del esposo durante el proceso de gestación, generando malestar emocional, necesidad de afecto, apoyo y cuidado por parte de él. Posterior al embarazo, A. menciona haber experimentado sentimientos de minusvalía y baja autoestima como consecuencia de comentarios negativos por parte de su cónyuge, tales como: “estas gorda, yo no me case con una gorda”.

Adicional, la paciente resalta “falta de respeto a la relación” relacionada con situaciones que han generado desconfianza, señalando que constantemente B. tenía comportamientos de cortejo hacia otras mujeres; a partir de ello, la esposa experimenta intensos sentimientos negativos hacia su cónyuge, dificultad para perdonarlo y poca

esperanza de cambio en un futuro mostrándose distante y hostil de forma recurrente, situación que afecta a B., quien señala sentirse desplazado e insatisfecho con las expresiones de afecto.

Los pacientes también manifiestan problemas con la familia política que han afectado el vínculo afectivo de pareja. Por un lado, señalan problemas con la madre y abuela de B. debido a la “crianza machista” que A. no tolera, mencionando que en una ocasión tuvieron una fuerte discusión y se distanciaron durante 3 años con la familia del esposo; en la actualidad la situación ha mejorado y procuran compartir tiempo con la madre de B.

Por otra parte, B. menciona problemas con la madre y hermana menor de A., pues no tolera la forma en que se tratan dentro de la familia ya que le resulta “exagerada” considerando que proviene de una familia “poco expresiva”; además, manifiesta que su suegra no respeta límites entorno al cuidado de sus hijos, situación que en el pasado ocasionó problemas y enfrentamientos; no obstante, tras la salida de los pacientes de la casa de los padres de A. la situación ha mejorado. En cuanto a su cuñada de 14 años de edad, B. expresa sentir rencor por los malos tratos ejercidos hacia su hijo mayor cuando era pequeño, existiendo actualmente una relación hostil con la misma.

Hace aproximadamente 2 años tras la emergencia sanitaria por Covid-19, surgen problemas económicos y en la organización/cuidado de los hijos desencadenando discusiones frecuentes acompañadas de control de tiempo y dinero, así como, comportamientos impulsivos y problemas del pasado no resueltos; en consecuencia, durante este tiempo se plantearon como opción el divorcio, sin embargo, acudieron a terapia de pareja donde trabajaron en estrategias de autorregulación emocional y técnicas conductuales, logrando reestablecer su relación.

Actualmente, los conflictos descritos han generado ambivalencia y malestar intenso en los pacientes, donde A. manifiesta a nivel afectivo enojo por problemas económicos y control de su pareja, tristeza debido a la dificultad para perdonar y recuerdos latentes del pasado, y miedo ante las reacciones impulsivas del cónyuge; en cuanto a las cogniciones presenta pensamientos distorsionados respecto a que su esposo no es sincero con los

cambios de conducta actuales a pesar de evidencias claras, y ser el culpable de todos los conflictos; a nivel conductual presenta: aislamiento, interrupciones en la comunicación, violencia verbal con la pareja, y a nivel físico alteraciones del sueño.

B. manifiesta tristeza ante la ausencia de expresión de afecto y comportamientos hostiles de su cónyuge, enojo respecto a los problemas económicos, y estrés derivado de la alta demanda de trabajo; también, denota pensamientos referentes a que su esposa no lo quiere y ser culpable de todos los problemas, además, ideas irracionales que conllevan a conductas impulsivas frente a situaciones estresantes; a nivel conductual y físico presenta violencia verbal, control sobre la pareja, comportamientos impulsivos y cefaleas.

En consecuencia, mencionaron que los síntomas descritos han afectado su bienestar individual, clima familiar y desenvolvimiento en distintas áreas como el trabajo y hogar; por otra parte, indicaron incompreensión en algunas prácticas sexuales y disminución de relaciones íntimas debido a la probabilidad de embarazo tras la retirada del método anticonceptivo hace aproximadamente 6 meses.

1.2 Proceso de evaluación

La evaluación del caso se realizó en 5 sesiones. Se emplearon varias técnicas, entre ellas: 5 entrevistas semiestructuradas 3 en pareja y 2 individuales, 1 genograma referente a la familia nuclear y otro de la familia de origen, 1 ficha de observación de la interacción de pareja y 4 reactivos psicológicos; que permitieron conocer la dinámica actual de la pareja, con la finalidad de identificar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales que desencadenan, modulan y mantienen los conflictos dentro de la relación marital, para llegar a un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

A continuación, se brinda un mayor detalle de cada instrumento empleado durante el proceso de evaluación:

1.2.1 Entrevistas en pareja

La entrevista clínica se considera el método de evaluación más utilizado en el ámbito de la psicología y consiste en recabar información sobre distintos problemas de salud, con el objetivo de establecer un diagnóstico y tratamiento (Moura et al., 2019); específicamente,

las entrevistas semiestructuradas combinan preguntas abiertas y cerradas permitiendo explorar la presencia de síntomas a nivel emocional, cognitivo y conductual (Rodríguez-Rodríguez et al., 2020).

Las entrevistas en pareja se realizaron en la primera, segunda y quinta sesión:

- **La primera entrevista:** tuvo como objetivo recabar información referente a los datos sociodemográficos, motivo de consulta y realizar una exploración del cuadro clínico; adicional se indagó acerca de la historia de pareja (recursos y fortalezas de la relación, aceptación y tolerancia del otro) e historia del problema. Al inicio de la sesión, A. reflejó escasa apertura al diálogo, un estado anímico de enojo y tristeza; mientras que, B. denotó una adecuada apertura, un estado anímico de tristeza y se mostró inseguro.
- **La segunda entrevista:** se realizó con la finalidad de indagar sobre la familia política, estado de salud general y consumo de sustancias; encontrando que los pacientes en el pasado mantuvieron relaciones disfuncionales con la familia política de cada uno, y en cuanto al estado de salud general los pacientes no presentan problemas asociados con el consumo de sustancias ni ingesta de medicamentos, tienen diagnósticos médicos controlados y no padecen desórdenes mentales; únicamente, B. manifiesta problemas relacionados con la autorregulación emocional (ira) que son poco frecuentes, principalmente aparecen frente a la sobrecarga laboral y conflictos maritales. Durante la sesión, A. se encontró predispuesta a participar y presentó un estado anímico de enojo y tristeza; mientras que, B. se mostró colaborador y denotó tristeza.
- **La quinta entrevista:** se enfocó en tratar temas relacionados con los hijos y la sexualidad; destacando que los pacientes refieren mantener una relación estrecha con los hijos, pero en ocasiones tienden a emplear un estilo autoritario de crianza; referente al ámbito sexual, señalaron problemas debido a la incomprensión y miedo a un embarazo no planificado por la

retirada del método anticonceptivo de la paciente A. En esta sesión, también se realizó la devolución de resultados de los instrumentos aplicados e información recopilada mediante las entrevistas realizadas en las sesiones anteriores; los pacientes fueron participativos y reflejaron un estado de tranquilidad, evidenciando una disminución del malestar emocional.

1.2.2 Entrevista individual con los pacientes

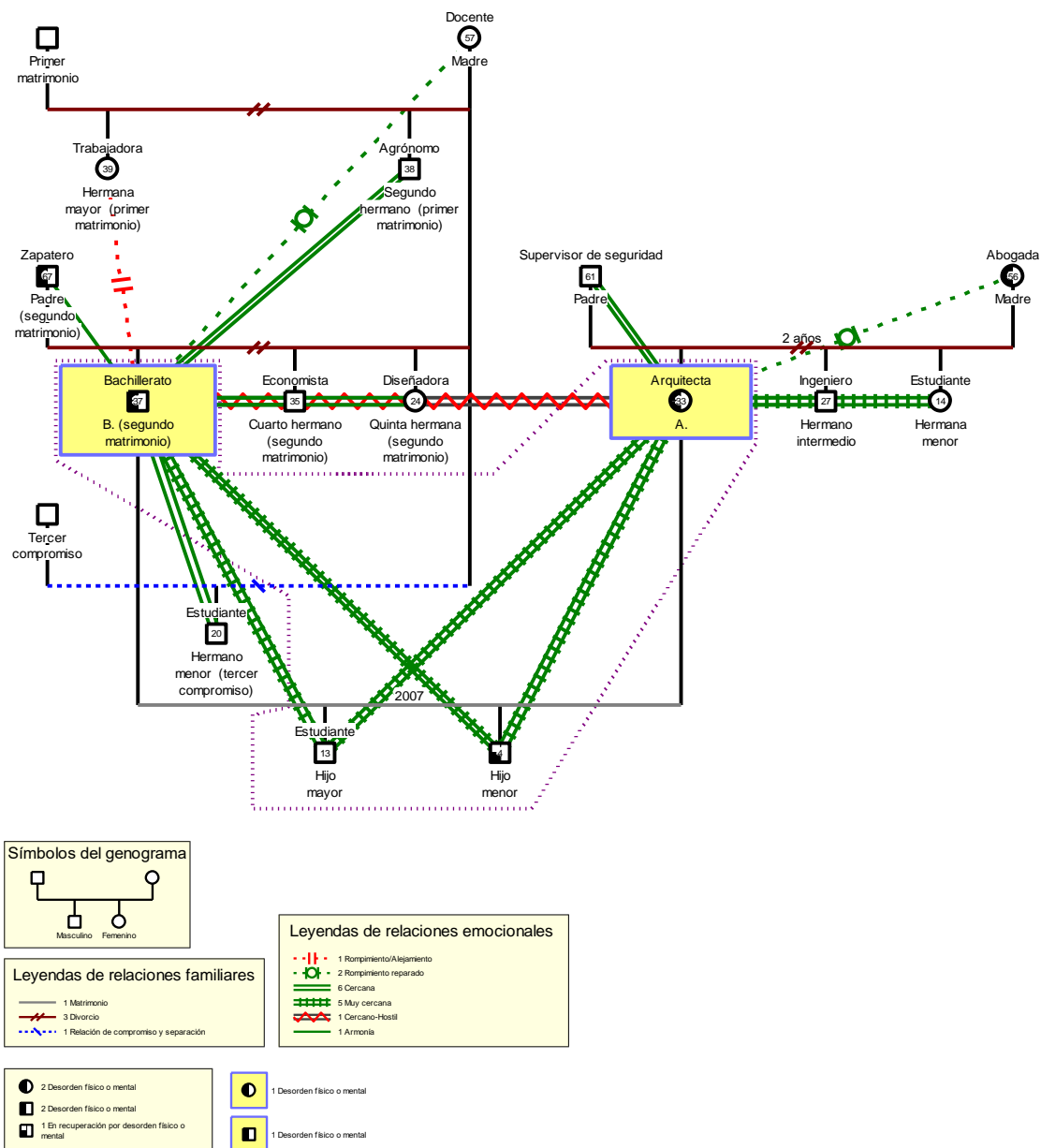
Se efectuó una entrevista individual con cada paciente en la sesión tres y cuatro, cuyo objetivo fue recopilar información de su familia de origen y anamnesis personal mediante la técnica del genograma; a más de ello, se profundizó sobre la demanda particular, expectativas del vínculo de pareja, y se evaluó rasgos de personalidad; encontrando que ambos miembros de la pareja desean restablecer el vínculo matrimonial y cumplir sueños como familia (terminar de construir su casa, comprarse un carro y ver a sus hijos crecer); en cuanto a la personalidad se identificó en la paciente A. rasgos anancásticos especialmente en el ámbito laboral, y en B. resaltan rasgos de impulsividad y anancásticos frente a situaciones estresantes; también, se evaluó en el paciente B. sintomatología asociada a un trastorno bipolar por el antecedente familiar del padre, donde se encontró que la patología de su papá se debía a un traumatismo craneoencefálico, por lo que, se descarta una predisposición genética y en la evaluación el paciente no reportó cambios bruscos del humor. Durante la sesión A. fue colaboradora y entusiasta, y B. se mostró colaborador y sereno. En el siguiente subapartado (genograma) se detalla los hallazgos obtenidos en cada uno de los pacientes.

1.2.3 Genograma

El genograma hace referencia a una representación gráfica a través del registro de información sobre la estructura y/o composición de la familia y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (Borrego y Gualdrón, 2021; Suarez, 2010); el objetivo de utilizar el genograma fue levantar datos familiares e intergeneracionales; donde se encontraron los siguientes hallazgos:

Figura 2

Genograma de la pareja



Nota. En la figura se presenta el genograma familiar de los pacientes.

A. proviene de una familia desestructurada, conformada por sus padres y dos hermanos, donde la paciente cumple el rol de hija mayor. Actualmente, sus padres se encuentran divorciados desde hace 2 años, y mantiene un vínculo positivo con todos los miembros de su familia de origen; su madre ha sido diagnosticada de hipertensión.

Sin embargo, señala que durante la niñez y adolescencia mantuvo una relación hostil con su madre quien presentaba un estilo de crianza autoritario; mientras que, con su padre

tuvo un vínculo distante debido a los antecedentes de infidelidad y ausencia durante la niñez-adolescencia. Por otra parte A., menciona un inicio temprano de su autonomía y antecedentes de acoso verbal por parte de familiares y conocidos, generándole problemas afectivos durante la pubertad.

Por su parte, B. proviene de una familia de tipo reconstruida, conformada por sus padres biológicos, dos hermanos y tres medios hermanos por parte de mamá, donde el paciente es el tercer hijo. Actualmente, sus padres están divorciados pero viven en la misma casa; B. mantiene una buena relación con los integrantes de su familia de origen, excepto con su hermana mayor quien vive en Europa; su padre presenta un diagnóstico de Trastorno Bipolar debido a traumatismo craneoencefálico.

No obstante, en la infancia y adolescencia el vínculo con la madre era negativo quien presentaba un estilo de crianza autoritario, ideas machistas, ausencia de apoyo y afecto, maltrato físico y psicológico hacia B, así como, malos tratos hacia el padre de B. Adicional, refiere un inicio temprano de su autonomía debido a la ausencia y falta de apoyo de su madre aprendiendo a ser autónomo y poco expresivo.

1.2.4 Observación de la pareja

La observación clínica implica el uso sistemático de los sentidos orientados al análisis de la realidad que se busca estudiar con un propósito específico (Rubio et al., 2019); en palabras de López et al. (2019) representa un método esencial para obtener información sobre aspectos vitales del paciente que permiten establecer el diagnóstico y plan de intervención, a través de la generación de hipótesis y contraste de información.

La observación se empleó a lo largo de todas las sesiones pero específicamente en la sesión uno y dos, la primera tuvo como finalidad corroborar la congruencia entre la información verbal y no verbal, también permitió realizar la valoración de las funciones mentales de los pacientes junto con la entrevista se encontró lo siguiente (ver tabla 1):

Tabla 1

Funciones mentales de los pacientes

Funciones	Paciente A	Paciente B
------------------	-------------------	-------------------

Conciencia	Adecuada.	Adecuada.
Memoria	Intacta a corto y largo plazo.	Intacta a corto y largo plazo.
Atención	Focalizada.	Focalizada.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Curso: productivo y continuo. - Contenido: presenta distorsiones cognitivas sobre situaciones vividas dentro de la relación y sobre el cambio actual de su esposo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curso: productivo pero con bloqueos de pensamiento debido a la presencia de sentimientos de culpabilidad. - Contenido: presenta alteraciones del pensamiento relacionadas con distorsiones cognitivas (culpabilización) y comportamientos impulsivos.
Lenguaje	Organizado, tono de voz medio y velocidad normal.	Organizado, tono de voz bajo y velocidad lenta.
Orientación	Orientado en tiempo, espacio y persona.	Orientado en tiempo, espacio y persona.
Afectividad	Tristeza, enojo, hostilidad, resentimiento, pena, melancolía, insatisfacción y preocupación.	Tristeza, frustración, melancolía, arrepentimiento, vergüenza, insatisfacción e inseguridad.
Sensopercepción	Sin alteraciones.	Sin alteraciones.
Psicomotricidad	Adecuada.	Adecuada.
Contacto visual	Variable y retardadora.	Variable.
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> - Alimenticios: adecuados y suficientes. - Higiénicos: adecuados. - Sueño: alterado (dificultades para conciliar el sueño). - Tipo de vida: dinámico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimenticios: adecuados y suficientes. - Higiénicos: adecuados. - Sueño: no refiere. - Tipo de vida: dinámico.

Nota. En la tabla 1 se presentan las funciones mentales observadas y evaluadas mediante entrevistas.

Observación de la interacción de la pareja (Labrador, 2015): se aplicó en la segunda sesión con el objetivo de observar de forma sistematizada la interacción de la pareja considerando tres dimensiones: habilidades para la solución de conflictos, habilidades de comunicación y expresión emocional; para ello, se solicita a la pareja elegir un tema que les genere conflicto o sobre el cual deban tomar una decisión, y deben hablarlo

en un tiempo máximo de 10 minutos. La hoja de registro de interacción contiene 25 afirmaciones, donde el terapeuta marca con un símbolo (x) cada vez que los miembros de la pareja realicen las acciones previamente establecidas; posterior a la interacción se valoran aspectos de la comunicación no verbal y otras observaciones. Encontrando lo siguiente:

A. se mostró sarcástica, amenazante y a la defensiva durante la interacción con un tono de voz elevado y mirada retadora; adicional, refirió no considerar la existencia de un problema, de esta manera, no buscaba llegar a un consenso y se negaba a asumir su responsabilidad, reflejando un estilo de solución de problemas evitativo e impulsivo. Por otra parte, B. en un inicio expresó emociones negativas, propuso alternativas de solución y se mostró empático con su pareja; sin embargo, hacia la mitad de la interacción reflejó un estilo de solución de conflictos evitativo, expresando sentir que sus emociones y opiniones no eran validadas, manteniendo el silencio y ausencia de contacto visual.

1.2.5 Instrumentos psicológicos aplicados

Tras el análisis de información recabada y continuando con el proceso de evaluación del caso clínico se consideró analizar las siguientes variables: ajuste diádico, estrategias de comunicación, creencias irracionales y rasgos de personalidad; puesto que, los pacientes refirieron dificultades para establecer consensos, insatisfacción con la relación actual y expresión de afecto. Además, los pacientes presentan problemas de comunicación, dificultad de resolución de conflictos, incapacidad de autorregulación emocional, atribuciones negativas, pensamientos disfuncionales, distanciamiento físico y emocional, y reflejan rasgos de impulsividad.

Los instrumentos psicológicos se administraron de forma autoaplicada, en donde se explicó su objetivo, tiempo, estructura, forma de respuesta y consideraciones al momento de llenar los reactivos; los pacientes se mostraron colaboradores y predispuestos a participar, adicional, no presentaron ninguna dificultad en el proceso.

Los instrumentos que se aplicaron son:

Escala de Ajuste Diádico (DAS; Spanier, 1976; versión adaptada al español: Cano-Prous et al., 2014): se aplicó en la segunda sesión, con el objetivo de evaluar la relación de pareja y el grado de ajuste diádico. Es una escala autoaplicada a parejas casadas o no casadas que cohabitan, y el tiempo de aplicación es de 10 minutos. Es de tipo cuantitativo y está conformada por cuatro dimensiones: consenso diádico, satisfacción diádica, expresión afectiva y cohesión diádica; el instrumento consta de 32 ítems con opciones de respuesta tipo Likert de 0-4 o 0-5 puntos, a excepción de dos ítems que puntúan de 0-1, y un ítem de 0-6. La calificación de cada dimensión se obtiene sumando los ítems correspondientes, y la puntuación total de ajuste diádico resulta de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada dimensión. La interpretación va a depender del estado civil (casados o divorciados), y los puntos de corte son los siguientes: entre 20 y 34 “muy bajo ajuste diádico”, entre 35 y 44 “bajo”, entre 45 y 55 “medio”, entre 56 y 65 “alto”, y entre 66 y >80 “muy alto”. El instrumento cuenta con una alta consistencia interna tanto en la escala total ($\alpha = 0.94$) como en las subescalas: consenso diádico ($\alpha = 0.88$), satisfacción diádica ($\alpha = 0.88$), cohesión diádica ($\alpha = 0.85$) y expresión afectiva con valores menores ($\alpha = 0.69$); además, tiene una alta validez discriminante en la escala total para diferenciar entre parejas clínicas y no clínicas (sensibilidad: 75,7%) y (especificidad: 82,4%), y en todas las dimensiones (apéndice A).

Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco, 1998): se administró en la segunda sesión, a fin de conocer las diferentes estrategias de comunicación que los miembros de la pareja emplean para afrontar situaciones conflictivas dentro de la convivencia marital. Se autoaplica a población adulta que conviven o han convivido en pareja, y es de tipo cuantitativo. Está conformada por dos formas, “A” evalúa el comportamiento de cada paciente, y “B” evalúa el comportamiento del cónyuge, cada una compuesta por 40 ítems y cuatro dimensiones: aserción (AS), sumisión (SU), agresión (AG) y agresión-pasiva (AP); las respuestas son de tipo Likert con 6 opciones de respuesta: 1 = casi nunca, 2 = raramente, 3 = ocasionalmente, 4 = con frecuencia, 5 = generalmente, y 6 = casi siempre. La calificación de cada dimensión se obtiene sumando los ítems

correspondientes, multiplicándolos por 100 y dividiéndolos para la puntuación total resultante de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una; por último, el puntaje final de las dimensiones se transforma a percentiles. La puntuación de las formas (A y B) varía en función del sexo, y se encuentra distribuida en: valor máximo, valor medio y valor mínimo; donde una puntuación alta indica mayor frecuencia de manifestación de la conducta. El instrumento tiene una buena confiabilidad en las subescalas de la forma A: aserción ($\alpha=0.83$), agresión ($\alpha=0.81$), agresión-pasiva ($\alpha=0.84$) y sumisión ($\alpha=0.75$); y una alta fiabilidad en la forma B: aserción ($\alpha=0.96$), agresión ($\alpha=0.92$), agresión-pasiva ($\alpha=0.94$) y sumisión ($\alpha=0.92$); asimismo, las escalas se correlacionan significativamente con medidas de aserción y ajuste marital, mostrando una adecuada validez convergente (apéndice B).

Cuestionario Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad – Versión 2007 (Pérez et al., 2007): se utilizó en la tercera sesión de evaluación, es una prueba de screening para valorar los rasgos/trastornos de personalidad en el contexto clínico diario. Se aplica a adultos de ambos sexos, de forma individual o colectiva en un tiempo breve de 10 minutos. Este cuestionario es de tipo cuantitativo y está conformado por 22 ítems, distribuidos en 11 tipos de personalidad integrados en tres grupos “A” (paranoide, esquizoide y esquizotípico), “B” (histriónico, antisocial, narcisista, subtipo impulsivo y subtipo límite) y “C” (anancástico, dependiente y ansioso). Las opciones de respuestas son de tipo dicotómicos: verdadero (v) o falso (f), en caso de que la respuesta sea verdadera se considera una escala tipo Likert para medir el grado de intensidad mediante 3 opciones: 1 = a veces, 2 = con frecuencia, y 3 = siempre. La puntuación para cada rasgo de personalidad se obtiene sumando los ítems correspondientes y las puntuaciones oscilan entre 0 a 6 puntos, divididos en tres rangos: bajo (0-2), medio (3-4) y alto (5-6). Presenta una consistencia interna alta ($\alpha=0.89$), y una adecuada validez discriminante (sensibilidad: entre 94,34% a 100%) y (especificidad: entre 64,84% a 76,32%) (Amaya, 2014) (apéndice C).

Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI; Eidelson y Epstein, 1982): se empleó en la cuarta sesión de evaluación. Mide expectativas poco realistas y creencias disfuncionales con respecto a la relación de pareja. Es un instrumento autoaplicado para

adultos en relaciones heterosexuales que están casados o cohabitan, con un tiempo de aplicación de 20 minutos. El inventario es de tipo cuantitativo y consta de 40 ítems, distribuidos en cinco dimensiones: el desacuerdo es destructivo (D), lectura mental (M), la pareja no puede cambiar (C), perfeccionismo sexual (S) y los sexos son diferentes (MF). Tiene una escala de tipo Likert con 6 opciones de respuesta: 0 = creo fuertemente que la afirmación es falsa, 1 = creo que la afirmación es falsa, 2 = creo que la afirmación probablemente es falsa o más falsa que verdadera, 3 = creo que la afirmación probablemente es verdadera o más verdadera que falsa, 4 = creo que la afirmación es verdadera, y 5 = creo fuertemente que la afirmación es verdadera. La calificación de cada dimensión se obtiene invirtiendo los ítems negativos y sumado todos los enunciados correspondientes; y la puntuación total resulta de la sumatoria de los puntajes obtenidos en las dimensiones. La puntuación por dimensión se divide en: máximo = 40, medio = 20, y mínimo = 0, mientras que, para el nivel de disfunción de las creencias en la relación se considera: máximo = 200, medio = 100, y mínimo = 0; una mayor puntuación refiere mayor nivel de disfunción de las creencias en la relación. El coeficiente alfa de Cronbach refleja una fiabilidad adecuada en todas las subescalas: desacuerdo es destructivo ($\alpha = 0.81$), lectura mental ($\alpha = 0.75$), la pareja no puede cambiar ($\alpha = 0.76$), perfeccionismo sexual ($\alpha = 0.72$) y los sexos son diferentes ($\alpha = 0.72$); también, demuestra validez convergente y de constructo para las escalas (apéndice D).

A continuación, se describen las puntuaciones obtenidas por parte de los pacientes en cada uno de los reactivos psicológicos antes señalados:

Tabla 2

Resultados de la Escala de Ajuste Diádico (DAS)

TEST	RESULTADOS	
	Paciente A.	Paciente B.
Escala de Ajuste Diádico (DAS).	-Consenso diádico: 43 - nivel bajo	-Consenso diádico: 46 - nivel bajo
	-Satisfacción diádica: 24 - nivel muy bajo	-Satisfacción diádica: 33 - nivel bajo
	-Cohesión diádica: 10 - nivel bajo	-Cohesión diádica: 18 - nivel alto
	-Expresión afectiva: 9 - nivel medio	-Expresión afectiva: 10 - nivel medio

Ajuste diádico: 86 - nivel muy bajo

Ajuste diádico: 107 - nivel medio

Nota. La tabla describe los resultados del instrumento psicológico aplicado.

En la tabla 2 se puede apreciar que ambos miembros de la pareja perciben un nivel bajo de *consenso diádico*, presentando dificultades en el establecimiento de acuerdos en aspectos importantes de la relación, lo cual influye negativamente en la toma de decisiones respecto al manejo de la economía, tareas domésticas, salidas con amigos, tiempo de ocio y decisiones en relación al futuro. En cuanto a la dimensión de *satisfacción diádica* A. presenta un nivel muy bajo a causa de las frecuentes discusiones y desconfianza hacia su cónyuge, en comparación a B. que percibe un nivel bajo debido a la disfuncionalidad de la relación en el momento presente, lo cual afecta el nivel de compromiso de los pacientes para mejorar y continuar la relación.

Dentro de la dimensión de *cohesión diádica*, la paciente A. reporta un nivel bajo asociado a una escasa participación en actividades fuera de la familia, a diferencia de B. que indica un nivel alto, representando un impacto negativo en la funcionalidad dentro de la pareja al diferir en la frecuencia de implicación en actividades conjuntas. Por otro lado, se observa una semejanza en cuanto a la subescala de *expresión afectiva* donde ambos miembros de la pareja indican un nivel medio asociado con escasas demostraciones de cariño e incompreensión en prácticas sexuales, lo que interfiere en el nivel de satisfacción con la expresión del afecto y relación sexual.

A nivel global se observa una marcada diferencia, puesto que, la paciente A. indica un nivel muy bajo de armonía de la pareja, en comparación a B. que presenta un nivel medio de ajuste diádico.

Tabla 3

Resultados del Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)

TEST	RESULTADOS	
	Paciente A.	Paciente B.
Cuestionario de Aserción en	Forma A (percentil) -Aserción: 13 - valor mínimo -Agresión: 99 - valor máximo	Forma A (percentil) -Aserción: 30 - valor mínimo -Agresión: 30 - valor máximo

la Pareja (ASPA).	-Sumisión: 40 - valor máximo -Agresión-pasiva: 70 - valor máximo	-Sumisión: 60 - valor máximo -Agresión-pasiva: 90 - valor máximo
	Forma B (percentil) -Aserción: 5 - valor mínimo -Agresión: 60 - valor máximo -Sumisión: 83 - valor máximo -Agresión-pasiva: 90 - valor máximo	Forma B (percentil) -Aserción: 10 - valor mínimo -Agresión: 83 - valor máximo -Sumisión: 43 - valor máximo -Agresión-pasiva: 90 - valor máximo

Nota. La tabla expone los resultados obtenidos del test psicológico.

En relación a la *forma A*, la paciente A. expresa con mayor frecuencia sus sentimientos, preferencias u opiniones personales mediante la agresión, sumisión y agresión-pasiva, mientras que, con menor frecuencia recurre a conductas de aserción frente a situaciones conflictivas; estas conductas afectan negativamente en áreas relacionadas a la delegación de tareas del hogar, toma de decisiones y preferencias sexuales.

De forma semejante, el paciente B. expresa con mayor frecuencia sus sentimientos, preferencias u opiniones personales a través de agresión, sumisión y agresión-pasiva, y con menor frecuencia presenta conductas de aserción en situaciones problemáticas, lo que interfiere en: el apoyo de la pareja, toma de decisiones, preferencias sexuales y recurre a verbalizaciones hirientes que generan desacuerdos.

En la *forma B*, la paciente A. percibe con mayor frecuencia que su cónyuge expresa sentimientos, preferencias u opiniones personales mediante la sumisión, agresión y agresión-pasiva; y, con menor frecuencia tiende a usar conductas de aserción como estrategias de comunicación para afrontar los problemas maritales, lo que coincide con lo manifestado por la pareja, esto afecta la resolución de conflictos en el ámbito sexual, incumplimiento de promesas y desvalorización del apoyo del cónyuge.

De manera similar, B. percibe con mayor frecuencia que su esposa expresa sentimientos, preferencias u opiniones personales de manera que incluye la sumisión, agresión y agresión-pasiva; y con menor frecuencia emplea conductas de aserción lo cual concuerda con la percepción de su esposa; lo que interfiere en la distribución de tareas

domésticas, cumplimiento de promesas, establecimiento de consensos y temas relacionados con preferencias sexuales.

Tabla 4

Resultados del Cuestionario Salamanca

TEST	RESULTADOS	
	Paciente A.	Paciente B.
Cuestionario Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad.	Grupo A	Grupo A
	-Paranoide: 3 - nivel medio	-Paranoide: 2 - nivel bajo
	-Esquizoide: 3 - nivel medio	-Esquizoide: 0 - nivel bajo
	-Esquizotípico: 0 - nivel bajo	-Esquizotípico: 0 - nivel bajo
	Grupo B	Grupo B
	-Histriónico: 3 - nivel medio	-Histriónico: 2 - nivel bajo
	-Antisocial: 0 - nivel bajo	-Antisocial: 0 - nivel bajo
	-Narcisista: 1 - nivel bajo	-Narcisista: 0 - nivel bajo
	-Subtipo impulsivo: 2 - nivel bajo	-Subtipo impulsivo: 3 - nivel medio
	-Subtipo límite: 2 - nivel bajo	-Subtipo límite: 2 - nivel bajo
Grupo C	Grupo C	
-Anancástico: 3 - nivel medio	-Anancástico: 4 - nivel medio	
-Dependiente: 2 - nivel bajo	-Dependiente: 0 - nivel bajo	
-Ansioso: 2 - nivel bajo	-Ansioso: 0 - nivel bajo	

Nota. La tabla describe los resultados del test psicológico aplicado.

En la tabla 4 se observa que los rasgos de personalidad de los pacientes son diferentes; A. presenta rasgos de personalidad *paranoide* caracterizado por la desconfianza, necesidad excesiva de autonomía e incapacidad para olvidar insultos, injurias o desprecios; *esquizoide* definido por el distanciamiento de las relaciones sociales y restringida expresión emocional; *histriónico* manifestado por un patrón de emotividad y búsqueda de atención excesiva; y *anancástico* que indica preocupación excesiva, perfeccionismo, rigidez y obstinación. Por otra parte, B. presenta rasgos de personalidad de *inestabilidad emocional* (subtipo impulsivo) caracterizado por actitudes hostiles y falta de control; y *anancástico* que implica un patrón de preocupación excesiva, perfeccionismo, rigidez y obstinación.

La disparidad existente en las características de la pareja dificulta el establecimiento de acuerdos y resolución de problemas maritales, puesto que, a pesar de que los rasgos de personalidad mencionados se encuentran dentro de la normalidad, pueden generar

conflictos debido a las características de control e impulsividad en B., y como la desconfianza y dificultad para perdonar en A.

Tabla 5

Resultados del Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI)

TEST	RESULTADOS	
	Paciente A.	Paciente B.
Inventario de	-El desacuerdo es destructivo: 20 - nivel medio	-El desacuerdo es destructivo: 22 - nivel alto
Creencias	-Lectura mental: 21 - nivel alto	-Lectura mental: 26 - nivel alto
Sobre la Relación (RBI).	-La pareja no puede cambiar: 24 - nivel alto	-La pareja no puede cambiar: 14 - nivel bajo
	-Perfeccionismo sexual: 19 - nivel bajo	-Perfeccionismo sexual: 18 - nivel bajo
	-Los sexos son diferentes: 23 - nivel alto	-Los sexos son diferentes: 19 - nivel bajo
	Nivel de disfunción de las creencias en la relación: 107 - nivel alto	Nivel de disfunción de las creencias en la relación: 99 - nivel bajo

Nota. La tabla expone los resultados obtenidos del instrumento psicológico.

En la tabla 5, se observa una marcada diferencia entre las puntuaciones de los pacientes en la mayoría de las dimensiones; respecto a la subescala *el desacuerdo es destructivo* la paciente A. presenta un nivel medio relacionado con una sensación de fracaso cuando no establece acuerdos con su pareja, a diferencia de B. que indica un nivel alto debido a la intolerancia frente a discusiones, lo que exacerba la creencia que de que el desacuerdo en valores, actitudes, metas o preferencias entre los miembros de la pareja deterioran la relación.

En la dimensión de *lectura mental* se evidencia una similitud en la pareja al puntuar alto respecto al deber de su cónyuge de reconocer necesidades y cambios de ánimo sin que se verbalicen, lo que genera malestar cuando la pareja no logra percatarse de sus pensamientos y sentimientos, incrementando las discusiones y hostilidad en la relación.

Por otro lado, A. reflejó un nivel alto en la subescala *la pareja no puede cambiar*, debido a ideas de que los daños hechos al inicio de la relación no pueden ser revertidos y a la percepción de incapacidad de su cónyuge para cambiar; frente a un nivel bajo del paciente

B. en esta subescala, lo que interfiere en la predisposición de A. al cambio conductual y desencadena una sensación de desvalorización en su esposo.

Dentro de la dimensión *perfeccionismo sexual* se evidencia una similitud relacionada a un bajo nivel de creencias asociadas a que deberían ser compañeros sexuales perfectos.

A más de ello, A. tiene un nivel alto en la dimensión *los sexos son diferentes*, derivado de la creencia de que los problemas entre las parejas se deben a diferencias psicológicas y biológicas entre sexos; en comparación a B. que puntuó un nivel bajo; situación que aumenta la intolerancia ante las diferencias dificultando asumir responsabilidades.

Por último, la paciente A. presenta un nivel alto de disfunción de las creencias en la relación que pueden ser fuentes de conflictos y B. denota un nivel bajo de creencias irracionales, estas creencias en la paciente se caracterizan por una rigidez cognitiva que deteriora la calidad del vínculo marital.

1.3 Diagnóstico

Para establecer el diagnóstico del presente caso, se ha considerado la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo alude a una impresión diagnóstica o hipótesis formulada en base a la información recogida sobre el problema y anamnesis personal; esta primera apreciación permite enmarcar acciones futuras para la resolución de la demanda de los pacientes (Frómeta et al., 2017); tomando en cuenta la sintomatología y problemas referidos por los miembros de la pareja se establecieron los siguientes diagnósticos presuntivos:

A nivel de pareja:

- Problemas de comunicación.
- Dificultades para establecer consensos y solucionar conflictos.
- Creencias distorsionadas sobre el comportamiento del cónyuge.

- Insatisfacción con la relación actual.
- Sentimientos de tristeza, enojo y resentimiento hacia el cónyuge.
- Problemas en la organización y cuidado de los hijos.
- Desigualdad de ingresos económicos dentro de la pareja que generan conflictos.

A nivel individual:

Paciente A.

F60 Trastornos específicos de la personalidad: la paciente A. no confía en su pareja, alberga rencores y no puede olvidar situaciones del pasado. Por otra parte, tiende a buscar el control sobre la relación y en ocasiones presenta una exagerada expresión emocional; además, es minuciosa, exigente dentro del ámbito laboral y denota rigidez cognitiva que posiblemente pueden ser patrones disfuncionales en su personalidad.

Paciente B.

F60 Trastornos específicos de la personalidad: el paciente B. refiere comportamientos impulsivos y falta de autocontrol emocional frente a la sobrecarga laboral y situaciones maritales conflictivas. También, manifiesta preocupación excesiva por detalles, organización y horarios en el ámbito laboral, y refleja rigidez cognitiva que presuntamente pueden ser patrones disfuncionales en su personalidad.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual el profesional determina un trastorno mental o problema mediante la exclusión de otras posibles patologías que se podrían presentar por un cuadro clínico idéntico o similar (Fernández-Jaén et al., 2018). Para De la Serna (2018) representa una de las dificultades más relevantes al momento de establecer un diagnóstico, puesto que, implica la distinción de otras enfermedades de origen médico o psicológico de sintomatología parecida.

De acuerdo con First (2017) es necesario seguir una serie de pasos previamente establecidos que permiten llegar al diagnóstico definitivo, que incluyen: 1) descartar la

simulación y el trastorno facticio; 2) descartar etiología relacionada con el consumo problemático de sustancias o medicamentos; 3) descartar la etiología de una afección médica general; 4) determinar el o los trastornos primarios específicos; 5) diferenciar el trastorno de adaptación de los cuadros no especificados y otros cuadros especificados; y 6) establecer el límite con la ausencia del trastorno mental.

En base a los pasos expuestos, en primer lugar, se descartó la *simulación y trastorno facticio*, ya que no se encontró evidencia de que los pacientes estén mintiendo respecto a su sintomatología y problemas, o que tuvieran alguna motivación o recompensa externa por la simulación de estos.

En segundo lugar, se descartó la presencia de una *etiología relacionada con sustancias (como drogas de abuso o medicamentos)*, dado que, en la historia clínica de los pacientes no se encontró un historial de consumo problemático de sustancias o medicamentos; A. refiere no consumir drogas ni medicamentos, y B. tiene un consumo de alcohol social y ocasionalmente toma medicamento para controlar cefaleas, situaciones que no interfieren en el funcionamiento de la pareja.

Como tercer paso, se descarta un *trastorno debido a una afección médica general*, dado que, el diagnóstico de enfermedad orgánica referido por los pacientes actualmente está controlado y no afecta la relación de pareja; además, los conflictos han iniciado previo al diagnóstico, y están relacionados con un déficit de habilidades de comunicación y afrontamiento, sentimientos de enojo y apatía hacia el cónyuge por situaciones de cortejo hacia otras personas, ausencia del cónyuge durante el periodo de gestación del primer hijo y comentarios negativos sobre la apariencia física.

En el cuarto paso se descartaron los *trastornos primarios específicos* a nivel individual; para ello, previamente se consideró la categoría de *Trastornos específicos de la personalidad* que fue la más acorde en función a los rasgos y características de los pacientes, en las siguientes tablas se describen los criterios diagnósticos establecidos para cada patológica y los criterios ausentes; resaltando que, en la paciente A. se descartaron los siguientes trastornos: F60.0 Trastorno de la personalidad paranoide (301.0), F60.4

Trastorno de la personalidad histriónica (301.50) y F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (301.4); mientras que, en B. se excluyeron: F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo (301.83) y F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (301.4).

Paciente A.

Tabla 6

Trastorno de la personalidad paranoide

Hipótesis diagnóstica	Criterios diagnósticos	Sintomatología de la paciente
F60.0 Trastorno de la personalidad paranoide (301.0).	d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.	No aplica, A. muestra una posición neutral y adecuada respecto al ejercicio de sus derechos y el de los demás.
	e) Predisposición a los celos patológicos.	No aplica, A. no presenta comportamientos que denoten celos patológicos o inseguridad respecto a la fidelidad del cónyuge.
	f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifiesto por una actitud autorreferencial constante.	No aplica, A. no presenta una actitud de autorreferencia, de igual manera, tampoco tiende a sentirse importante en diversas situaciones, por el contrario, prefiere tener una posición neutral.
	g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del fin del mundo en general.	No aplica, A. no refiere preocupación por conspiraciones en su contra por parte de amigos y familiares; además, es una persona amigable, no presenta problemas para relacionarse y se siente segura al compartir tiempo con otras personas.

Diagnóstico descartado

A pesar de que algunos criterios se cumplen para un trastorno de la personalidad paranoide no se establece este diagnóstico, puesto que, la sintomatología presente en A. relacionada con: *sensibilidad*

excesiva a los desaires, incapacidad para perdonar agravios o predisposición a rencores persistentes, y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones amistosas como hostiles; se manifiestan únicamente en el ámbito de pareja y se basan en hechos reales asociados a problemas pasados debido a la ausencia y poca implicación del cónyuge durante el periodo de gestación de su primer hijo, además, de comentarios negativos sobre su apariencia física posterior al embarazo y comportamientos de cortejo hacia otras mujeres que generaron resentimiento y apatía hacia B. así como, desconfianza referente a la sinceridad del cónyuge en sus cambios de conducta actuales; factores que explican la sintomatología presente en la paciente.

Nota. Se describen los criterios que no se cumplen para el diagnóstico de la patología.

Tabla 7

Trastorno de la personalidad histriónica

Hipótesis diagnóstica	Criterios diagnósticos	Sintomatología de la paciente
F60.4 Trastorno de la personalidad histriónica (301.50)	a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.	No aplica, debido a que la expresión "exagerada" de las emociones se da principalmente en el ámbito de pareja como consecuencia del resentimiento hacia el cónyuge; además, las emociones son genuinas y no existe tendencia a la teatralidad o representación de un papel.
	b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.	No aplica, A. no se deja influir con facilidad por los demás; por el contrario, toma sus propias decisiones personales.
	c) Afectividad lábil y superficial.	No aplica, A. presenta estados emocionales estables, sin cambios bruscos de afectividad.
	d) Búsqueda imperiosa de emociones, de ser apreciado por los demás y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.	No aplica, a pesar de que A. refiere ser sociable y amigable, no busca constantemente la aprobación de los demás o ser el centro de atención; adicional, la tendencia a buscar el control

	se identifica en el ámbito de pareja mediante juegos de poder como una respuesta defensiva frente a la intromisión excesiva del cónyuge en sus decisiones personales.
e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.	No aplica, A. mantiene un comportamiento adecuado y respetuoso acorde a la situación.
f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.	No aplica, A. presenta una adecuada higiene personal y cuidado físico que no representa algo patológico ni interfiere en su funcionalidad, a más de ello, no refiere preocupación por su aspecto físico.

Diagnóstico descartado

No cumple con el número de criterios necesarios para su diagnóstico.

Nota. Se describen los criterios que no se cumplen para el diagnóstico de la patología.

Tabla 8

Trastorno anancástico de la personalidad

Hipótesis diagnóstica	Criterios diagnósticos	Sintomatología de la paciente
F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (301.4)	a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.	No aplica, A. muestra seguridad, autonomía y capacidad para tomar decisiones personales.
	b) Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.	No aplica, a pesar de que A. refiere ser minuciosa y exigente en el ámbito laboral, esto está relacionado con la responsabilidad e implicación de la paciente con su trabajo, y no afecta su bienestar.
	c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.	No aplica, A. no presenta interferencias en su rendimiento habitual.

d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.	No aplica, A. señala que le gusta ser responsable y rendir de forma adecuada en su trabajo; sin embargo, no abandona actividades placenteras y destina los fines de semana para realizar hobbies, entre ellos andar en bicicleta y salir de paseo con sus hijos.
e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.	No aplica, A. mantiene un lenguaje educado al dirigirse hacia los demás y no presenta dificultades para expresar sus emociones; además, la hostilidad se presenta en situaciones maritales conflictivas.
g) Con insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.	No aplica, A. tiende a respetar las opiniones y decisiones de los demás, asimismo, dentro del ámbito laboral delega tareas; por otro lado, pese a la rigidez reflejada frente al establecimiento de consensos y resolución de problemas, principalmente está presente en la relación de pareja debido a la apatía hacia el cónyuge.
h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.	No aplica, la paciente no refiere rumiaciones o pensamientos intrusivos.
<i>Diagnóstico descartado</i>	
No cumple con el número de criterios necesarios para su diagnóstico.	

Nota. Se describen los criterios que no se cumplen para el diagnóstico de la patología.

Paciente B.

Tabla 9

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo

Hipótesis diagnóstica	Características predominantes	Sintomatología de la paciente
F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.	1) Inestabilidad emocional y ausencia de control de impulsos.	No aplica, B. manifiesta dificultad de autorregulación emocional y comportamientos impulsivos frente a situaciones concretas como la sobrecarga laboral y conflictos maritales que generan enojo y frustración en el paciente; sin embargo, no presenta inestabilidad emocional y muestra una adecuada capacidad para resolver conflictos en otros ámbitos de su vida.
	2) Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.	No aplica, B. no muestra explosiones violentas ni amenazas hacia terceras personas frente a críticas; además, los comportamientos impulsivos están relacionados con dificultades para gestionar sus emociones frente a una alta carga laboral, y dentro de la relación de pareja incurre en discusiones frente a la dificultad para establecer consensos y resolver conflictos debido a la apatía y enojo experimentados hacia su cónyuge, las cuales no han implicado amenazas ni violencia física.
<i>Diagnóstico descartado</i>		
No cumple con las características predominantes requeridas para su diagnóstico.		

Nota. Se describen los criterios que no se cumplen para el diagnóstico de la patología.

Tabla 10

Trastorno anancástico de la personalidad

Hipótesis diagnóstica	Criterios diagnósticos	Sintomatología de la paciente
------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad (301.4)	a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.	No aplica, B. muestra seguridad, capacidad para planificar y tomar decisiones personales.
	c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.	No aplica, B. no manifiesta interferencias en su rendimiento habitual.
	d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.	No aplica, B. refiere que le agrada ser responsable y tener un óptimo rendimiento en su trabajo; no obstante, no renuncia a actividades placenteras o relaciones personales, al contrario, mantiene un estilo de vida dinámico manifestando que los fines de semana le gusta realizar deportes extremos con amigos y ciclismo con su familia.
	e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.	No aplica, B. emplea un lenguaje culto y comportamiento adecuado a pesar de presentar dificultades para expresar emociones; además, la hostilidad está presente en situaciones problemáticas de pareja debido al enojo y frustración.
	h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.	No aplica, B. no señala rumiaciones o pensamientos intrusivos.

Diagnóstico descartado

Pese a que algunos síntomas concuerdan con los criterios para un trastorno de personalidad anancástica no se establece un diagnóstico debido a que la sintomatología presente en B. relacionada con: *preocupación excesiva por detalle, organización y horarios, dificultad para delegar e insistencia en que los demás se sometan a la propia rutina*; se encuentran presentes principalmente en el ámbito la laboral debido a que el paciente se encuentra sometido a un alto nivel de estrés por su trabajo

altamente demandante, en el cual, es delegado para realizar diversas actividades solo y requiere estar disponible la mayor parte del tiempo. Por otro lado, el querer controlar el dinero y tiempo de su esposa está relacionado con creencias disfuncionales.

Nota. Se describen los criterios que no se cumplen para el diagnóstico de la patología.

Respecto al quinto paso se descartó un *trastorno de adaptación*, ya que los conflictos de pareja no están relacionados con cambios en la estructura familiar ni el diagnóstico médico del hijo menor, mismos que no han generado un malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor estresante, tampoco han implicado un deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; a más de ello, durante el primer año de casados los pacientes mencionaron mantener una buena relación, y los problemas descritos han estado presentes previo al diagnóstico médico del segundo hijo. Por ende, se descarta que los síntomas y problemas expuestos por los pacientes hayan aparecido como una respuesta inadaptada a un factor estresante psicosocial, asimismo, se descartan otros trastornos residuales especificados o no especificados.

Finalmente, como sexto paso se estableció el *límite entre un trastorno y la ausencia de trastorno mental*, determinando que los pacientes a nivel individual no cumplen con los criterios diagnósticos para considerar un trastorno mental y los rasgos de personalidad se encuentran dentro de la normalidad, información que se respalda con los resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario Salamanca; por lo que según el modelo de First (2015) es conveniente utilizar el eje de las z que hace referencia a otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, puesto que, el motivo de consulta de los pacientes se encuentra relacionado con el abordaje de la calidad de la relación de pareja; para lo cual, se procedió a analizar un listado de problemas identificados durante el proceso de evaluación, encontrando un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos y afectivos dentro de la relación de marital. En base a esto, se seleccionó la categoría de problemas relacionados con el grupo de apoyo primario y se estableció el diagnóstico definitivo de *Z63.0 problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10)*.

En la tabla 11 se expone los dominios deteriorados dentro del vínculo marital; y en el siguiente subapartado se detallará con mayor precisión el diagnóstico definitivo.

A nivel de pareja:

Tabla 11

Problemas en la relación entre esposos o pareja

Hipótesis diagnóstica	Dominios deteriorados	Sintomatología de la pareja	
Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10).	Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de resolución de conflictos. - Intromisión excesiva. 	Los pacientes refieren problemas para establecer consensos y solucionar conflictos en áreas importantes relacionadas con la pareja, familia, tareas domésticas y economía. Además, señalan tener constantes discusiones debido al control que el paciente B. ejerce sobre el dinero y decisiones personales de A.
	Cognitivos	- Atribuciones negativas.	Los pacientes presentan distorsiones cognitivas que implican generalizaciones, expectativas caracterizadas por los "debería" y lectura mental relacionadas con el comportamiento del cónyuge.
	Afectivos	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamiento. - Rechazo de comportamientos positivos. 	La pareja se encuentra distanciada a nivel emocional y físico; además, los pacientes señalan sentirse

-
- Tristeza, apatía o rabia insatisfechos con la crónica contra el otro relación de pareja miembro de una actual debido a las relación. constantes discusiones, y situaciones pasadas que han generado sentimientos de enojo hacia el otro miembro, al igual que, apatía, una actitud negativa y hostil.
-

Diagnóstico definitivo

Los pacientes cumplen con las características necesarias para su diagnóstico; además, se descarta la asistencia por problemas de maltrato conyugal y orientación sexual.

Nota. Se detallan las características que cumplen para el diagnóstico.

1.3.3 Diagnóstico final

Representa el diagnóstico definitivo de una condición o enfermedad a partir del análisis de la información recabada a través del proceso de evaluación, la aprobación o rechazo de la hipótesis diagnóstica y la exclusión de otras patologías (Frómata et al., 2017); en este sentido, se concluye que los pacientes en base a las clasificaciones diagnósticas actuales (CIE-10 y DSM-5) cumplen con las características consideradas para el diagnóstico de una relación conflictiva con el cónyuge o la pareja:

Z63.0 Problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10): los pacientes presentan problemas de comunicación, pensamientos disfuncionales sobre la relación y conductas del cónyuge, dificultades para establecer consensos, insatisfacción con la relación marital y expresión de afecto, comportamientos hostiles y violencia verbal; que han distanciado a la pareja y han generado sentimientos de tristeza, enojo y resentimiento. Por ende, se establece el diagnóstico debido a que el objetivo principal de la asistencia clínica se basa en abordar la calidad de la relación de pareja y el problema de la relación implica un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos y afectivos, entre los cuales se incluyen: dificultad de resolución de conflictos, abandono, intromisión excesiva,

atribuciones negativas, rechazo de comportamientos positivos, tristeza, apatía y enojo que se mantienen durante un tiempo prolongado contra el otro miembro. Además, se excluye la asistencia en salud mental por problemas de maltrato conyugal y orientación sexual.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

2.1.1.1 **Objetivo general.**

- Mejorar la interacción y la calidad del vínculo afectivo mediante la adquisición de habilidades de comunicación asertiva y estrategias de afrontamiento, manejo del perdón, cambio conductual y regulación emocional; a fin de que los pacientes puedan establecer una relación marital funcional.

2.1.1.2 **Objetivos específicos.**

- Reestructurar los pensamientos disfuncionales mantenedores de problemas en la relación.
- Mejorar las estrategias de comunicación y de afrontamiento para la resolución de problemas maritales.
- Fomentar conductas gratificantes que favorezcan el intercambio positivo en la pareja.
- Mejorar el clima relacional y la corregulación emocional de la pareja.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Una vez identificadas las demandas de los pacientes y establecido el diagnóstico, se llevó a cabo un tratamiento centrado en mejorar la interacción y la calidad del vínculo de la pareja bajo un enfoque integrativo tomando como base la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP), Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Psicoterapia Gestáltica. Las principales áreas a intervenir fueron la esfera cognitiva, conductual, emocional, relacional y las dificultades adaptativas frente a los cambios.

El proceso terapéutico se realizó en 8 sesiones, las dos primeras sesiones en modalidad presencial y las 6 siguientes en modalidad virtual debido a la pandemia por Covid

– 19, cada sesión tuvo una duración de 90 minutos con una periodicidad semanal. En la tabla 12 se detalla el esquema del tratamiento psicológico:

Tabla 12

Plan de intervención terapéutica

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar y preparar al cambio. - Establecer objetivos comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación. - Entrevista motivacional. - Propósito de vida: mejorar mi relación de pareja. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de reestructuración cognitiva ABCDE de Albert Ellis. - Técnica del perdón. - Alternativas para trabajar el pasado. - Ritual de despedida. 	<p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autorregistro de pensamientos para practicar la técnica ABCDE.
3	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos. - Fomentar el cambio conductual. - Mejorar el clima emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre las diferencias entre hombres y mujeres. - Técnica de reestructuración cognitiva ABCDE de Albert Ellis. - Intercambio de reforzadores: “caja de los deseos”. - Técnica de planificación del tiempo. 	<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de horario semanal. - Registro de intercambios positivos. - Autorregistro ABCDE y discusión cognitiva. - Realización de intercambio de reforzadores.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el intercambio negativo en la pareja. - Fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo socrático. - Contrato conductual. 	<p>Tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diario feliz. - Lectura de la metáfora “la lucha con el monstruo”. - Experimentos conductuales. - Continuación del autorregistro ABCDE y discusión cognitiva.

5	- Mejorar la regulación emocional.	- Metáfora “la lucha con el monstruo”. - Psicoeducación sobre las emociones. - Técnica del semáforo. - Técnica de asuntos inconclusos.	Tareas: - Práctica de la técnica del semáforo. - Haciéndome responsable.
6	- Mejorar la comunicación entre los miembros de la pareja. - Psicoeducar acerca de los estilos de crianza adecuados para los hijos.	- Psicoeducación sobre las habilidades de comunicación. - Técnicas de comunicación asertiva. - Danza terapéutica en pareja. - Psicoeducación para padres acerca de la crianza positiva.	Tarea: - Lectura de la metáfora “el hombre en el agujero”.
7	- Dotar de estrategias de afrontamiento. - Mejorar la sexualidad.	- Metáfora “el hombre en el agujero”. - Psicoeducación: los problemas como parte de la vida cotidiana. - Técnica de solución de problemas. - Técnica de control estimular. - Psicoeducación sobre la sexualidad en pareja. - Entrenamiento en imaginación guiada.	Tareas: - Control estimular. - Lectura de la metáfora “las calles con tiendas”.
8	- Prevenir recaídas. - Evaluar indicadores post-tratamiento.	- Metáfora “las calles con tiendas”. - Prevención de recaídas. - Como si el otro nunca hubiera ido a terapia. - Retroalimentación de las técnicas trabajadas en las 8 sesiones de intervención terapéutica.	

- Aplicación de post-test para evaluar la eficacia de la terapia.

Nota. En la tabla se exponen las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico:

Sesión 1:

El objetivo de la sesión fue motivar y preparar para el cambio, y establecer objetivos comunes para trabajar en la intervención terapéutica; para ello, en primer lugar la terapeuta empleó la técnica de psicoeducación, seguidamente realizó una entrevista motivacional y para finalizar aplicó el ejercicio propósito de vida «mejorar mi relación de pareja». A continuación, se detalla el proceso de aplicación de las técnicas y el logro obtenido:

- **Psicoeducación:** es una técnica terapéutica que relaciona las herramientas psicológicas y pedagógicas para proporcionar a los pacientes información basada en evidencia científica actual sobre las dificultades personales o el proceso patológico que padece y su tratamiento (Lemes y Ondere, 2017; Tena-Hernández, 2020); su objetivo es mejorar los conocimientos acerca de la demanda referida, así como, la actitud y comportamiento frente al problema (Godoy et al., 2020). Mediante la técnica se abordaron temas que han representado un conflicto en la vida de los pacientes, entre ellos: dificultades económicas, cuidado de los hijos, manejo del perdón, problemas de comunicación y resolución de conflictos; también, se profundizó en dos temas fundamentales: el modelo conceptual de pareja y el modelo de deterioro de pareja, además, se explicó el plan de intervención con el fin de que puedan implicarse en el mismo. La técnica resultó eficaz, ya que los pacientes lograron comprender los distintos problemas que afectan su relación y los factores mantenedores de los mismos, además, favoreció la adherencia y preparación al tratamiento.
- **Entrevista motivacional:** es una estrategia de comunicación clínica cuya finalidad es movilizar y aumentar la motivación intrínseca hacia el cambio de

conducta mediante una reflexión empática y autónoma (Beltrán y Sepúlveda, 2018; Box, 2020); de acuerdo con Moore et al. (2017) busca resolver la ambivalencia de los pacientes en función de sus intereses. Con la aplicación de la entrevista motivacional se buscó modificar la actitud de los pacientes hacia el cambio de comportamiento y ayudarlos a identificar sus razones personales para cambiar, donde A. refirió: el deseo de continuar junto a su esposo, cumplir metas en pareja y velar por el bienestar de su familia; mientras que, B. resaltó como motivación: los sentimientos de afecto hacia su esposa, el querer seguir a su lado compartiendo momentos y trabajando en equipo por sus sueños, al igual que, poder educar a sus hijos en un entorno de armonía; de este modo, los pacientes lograron adoptar una postura flexible que favoreció su autoeficacia en el proceso terapéutico.

- **Propósito de vida: mejorar mi relación de pareja:** se trata de una reflexión conjunta con la pareja en donde los miembros adquieren un compromiso con la terapia, a fin de que durante el proceso terapéutico su objetivo principal o propósito de vida se enfoque en mejorar la relación de pareja (Labrador, 2015); este compromiso fomenta el interés y responsabilidad hacia su compañero, y la decisión de mantener la relación a largo plazo (Garrido-Macías, 2017). La técnica se empleó mediante una reflexión sobre el coste económico, emocional y de tiempo que implica la terapia psicológica, siendo conveniente centrar sus intereses en el establecimiento de una relación funcional; en base a ello, se solicitó a los pacientes que su propósito de vida a partir de este momento se enfoque en «mejorar su relación de pareja». Resultó de gran utilidad, puesto que, los pacientes lograron tomar conciencia de la importancia de su participación activa en el tratamiento y trabajar por un mismo objetivo.

Durante la sesión los pacientes se mostraron receptivos a las técnicas aplicadas; A. presentó un estado anímico de tranquilidad, notándose una disminución de sentimientos de

tristeza y enojo, y B. denotó tranquilidad y menor aflicción; lograron establecer un compromiso con el tratamiento y con su pareja para mejorar la relación marital. Además, reconocieron experiencias positivas que han vivido juntos y en familia, mismos que forman la base de la motivación para el cambio; en esta sesión no se envió tareas para casa.

Sesión 2:

Se enfocó en fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos mediante la aplicación de 4 técnicas; en primer lugar, la terapeuta aplicó la técnica de reestructuración cognitiva ABCDE, con ayuda de la coterapeuta quién brindó ejemplos sobre las creencias irracionales más frecuentes en una relación de pareja. Posterior a ello, la terapeuta empleó la técnica del perdón, el ejercicio de alternativas para trabajar el pasado y cerró con un ritual de despedida; adicional, la coterapeuta explicó a los pacientes la tarea para casa.

- **Técnica de reestructuración cognitiva ABCDE (Ellis, 1962):** se trata del modelo ABCDE de la terapia racional emotivo-conductual (TREC), donde los *eventos activadores* (A) son interpretados por los individuos dando lugar a *creencias* mediadoras (B) que posteriormente generan *consecuencias emocionales y/o conductuales* (C) (Early y Grady, 2017); su objetivo es detectar e intervenir en las creencias irracionales generando una modificación realista, racional y adaptativa a través del *debate* (DE) (Cheme-Villamar y Giniebra-Urra, 2022). En cuanto a la ejecución de la técnica se explicó el modelo ABCDE y distintos tipos de variables cognitivas, seguido de ello, se identificó y fomentó el cambio cognitivo de pensamientos irracionales sobre la relación y comportamientos del cónyuge que desencadenan emociones y conductas disfuncionales caracterizados por afirmaciones con “debería”, lectura mental y generalizaciones, tales como: “él nunca va a cambiar”, “es responsable de todos los problemas que tenemos” y “nunca me ayuda en la casa” por parte de A., y “pareciera que no me quiere”, “nunca es cariñosa” y “yo tengo la culpa por todo lo que he hecho” en el paciente B.; además, ambos integrantes de la pareja coinciden en que el otro “debería

reconocer sus sentimientos y deseos sin ser verbalizados”, y que “deberían estar de acuerdo en todo para que la relación funcione”. La técnica fue medianamente efectiva, puesto que, si bien favoreció la aceptación de la disfuncionalidad de los pensamientos, las creencias nucleares se encontraban muy firmes en cada cónyuge dificultando su debate.

- **Técnica del perdón:** es una técnica cognitivo-conductual que permite trabajar sobre el perdón tras un daño emocional causado por la pareja, busca distanciar emocionalmente a los pacientes con lo sucedido y valorar otros aspectos del compañero (Labrador, 2015); el perdón implica un cambio de emociones que generan malestar y permite a las personas sanar emocionalmente tras haber sido lastimadas por sus parejas (Beltrán y Montoya, 2019; Rosales-Sarabia et al., 2018). La técnica se empleó para promover un cambio hacia el cónyuge mediante la psicoeducación acerca del perdón, reestructuración de ideas equivocadas sobre este, y toma de decisiones acerca de sus beneficios y costes partiendo de la importancia de disfrutar plenamente la relación conyugal; fue medianamente eficaz, ya que se logró que los pacientes sean conscientes de la importancia del perdón y aparentemente sanaron a nivel emocional; sin embargo, reaparecieron los sentimientos de rencor por parte de la paciente A., y en su lugar se manejó con la técnica de expresión emocional “asuntos inconclusos” que permitió validar los sentimientos de los pacientes, que consistió en expresar los sentimientos que no pudieron ser manifestados en otro tiempo (la técnica se detalla en la sesión 5).
- **Alternativas para trabajar el pasado:** consiste en entablar un diálogo sobre acontecimientos pasados con el objetivo de fomentar la expresión emocional y la empatía entre los miembros para superarlos (Labrador, 2015); promoviendo un cambio afectivo, conductual y cognoscitivo hacia el cónyuge, y reconstruyendo el vínculo afectivo (Rosales-Sarabia et al., 2018). Dentro de

la intervención terapéutica se buscó que los pacientes afronten sucesos pasados, para ello, se solicitó dialogar sobre acontecimientos pasados sin centrarse en culpar al otro o encontrar la verdad absoluta, sino en expresar cómo se sintieron ante las situaciones que generaron malestar y el porqué de su comportamiento; resultó eficaz, puesto que lograron empatizar con la conducta del cónyuge en el pasado.

- **Ritual de despedida:** los rituales terapéuticos son ampliamente empleados en la Psicoterapia Gestáltica para facilitar la adaptación a un estado funcional centrado en el aquí y el ahora, en este sentido, buscan que la persona se sitúe en el presente y se distancie del pasado que provoca malestar (Augustin y Bandeira, 2020; Rosales-Sarabia et al., 2018). Con el ritual de despedida se buscó poner distancia emocional con el pasado y focalizar la atención de los pacientes en el presente, para lo cual los pacientes establecieron y se despidieron de su pasado mediante un contrato cuyo nombre fue “cantinfladas del matrimonio” en donde representaron simbólicamente todos los sucesos del pasado vividos en la relación; resultó muy efectiva, ya que permitió que los miembros se comprometan a no hablar sobre situaciones pasadas y centren su atención en el ahora.

Durante la segunda sesión terapéutica, A. en un inicio se encontraba entusiasta y tranquila, sin embargo, en el transcurso de la sesión presentó un estado anímico de enojo al describir los rasgos de personalidad de su pareja, mientras que, B. presentó un estado anímico de tristeza y frustración al mencionar situaciones conflictivas suscitadas en la semana. Los pacientes se mostraron atentos a las técnicas abordadas, y adquirieron conocimientos relacionados con la influencia negativa de las distorsiones cognitivas y la importancia del perdón; específicamente, el autorregistro de pensamientos resultó de gran utilidad para los pacientes, quienes refirieron asombro y mayor conciencia sobre la disfuncionalidad de sus cogniciones.

Tareas para casa: al culminar la sesión se envió a rellenar el autorregistro de pensamientos para practicar la técnica ABCDE como tarea en casa:

- **Autorregistros de pensamientos – técnica ABCDE:** es un procedimiento mediante el cual se registran e identifican pensamientos automáticos, emociones y conductas asociadas a determinadas situaciones que generan malestar (Alvarez y Contreras, 2019; Redondo y Agudelo, 2017). Los autorregistros se establecieron con el objetivo de que los pacientes individualmente anoten pensamientos vinculados con sus emociones desagradables, comportamientos inadecuados y problemas maritales; su práctica permitió que los cónyuges detecten eficazmente algunos errores cognitivos, así como, las consecuencias emocionales y conductuales que se derivan de estos.

Sesión 3:

Los objetivos de la sesión estuvieron orientados en fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos, favorecer el cambio conductual y mejorar el clima emocional; para lo cual, la coterapeuta inició con la psicoeducación sobre las diferencias entre hombres y mujeres, seguidamente la terapeuta aplicó la técnica ABCDE y técnica de planificación de tiempo; para finalizar la coterapeuta explicó el ejercicio de intercambio de reforzadores y socializó las tareas para casa.

- **Psicoeducación sobre las diferencias entre hombres y mujeres:** en la presente sesión, su aplicación se enfocó en trabajar los sesgos cognitivos sobre las diferencias entre hombres y mujeres a nivel biológico, y la influencia de la cultura en la asignación de roles de género. La técnica favoreció la comprensión acerca de las diferencias asociadas al sexo y su impacto en la asignación de roles; además, los pacientes lograron identificar creencias irracionales referentes a que las diferencias biológicas, psicológicas y emocionales entre el hombre y la mujer son causas de sus principales problemas de pareja.

- **Técnica de reestructuración cognitiva ABCDE (Ellis, 1962):** en esta sesión se continuó trabajando con distorsiones cognitivas y se procedió a debatir mediante el cuestionamiento de su veracidad, se abordaron las siguientes creencias: “todo lo que yo le digo a mi esposa no le parece bien” (generalización), “mi esposa debería conocer mis necesidades” (expectativas caracterizadas por los debería), “mi esposo jamás ayuda en casa de buena gana” (generalización) y “no cuida de nuestros hijos parece que no le importan o piensa que es solo mi responsabilidad (lectura del pensamiento); los pacientes lograron tomar conciencia de la disfuncionalidad de estos pensamientos y sus consecuencias negativas.
- **Técnica de planificación de tiempo:** se trata de una estrategia para gestionar eficazmente el tiempo con la finalidad de alcanzar un equilibrio consensuado entre las actividades individuales y en pareja (Labrador, 2015); según Urbano-Contreras et al. (2019) la organización adecuada del tiempo en pareja garantiza la satisfacción de necesidades afectivas, incrementa la estabilidad y seguridad en la relación. El uso de la técnica se consideró debido a que los pacientes presentaban dificultades para llegar a consensos y compartir actividades juntos; en este sentido, se solicitó a cada miembro realizar un calendario semanal indicando sus horarios libres, luego socializar ambos horarios para conocer el tiempo que disponen o de dónde podrían sacarlo, y por último, negociar el tiempo en pareja y planificar un horario semanal con las actividades a realizar. Resultó de gran utilidad para que los pacientes disfruten un tiempo de calidad y permitió incrementar los sentimientos de gratitud y afecto hacia el cónyuge.
- **Intercambio de reforzadores:** hace referencia a la emisión de conductas por parte de ambos cónyuges que generan gratificación en el otro miembro (Castillo et al., 2018; Delgado-Correa et al., 2022), por lo tanto, su objetivo es incrementar la satisfacción dentro de la relación a través del intercambio

positivo o reciprocidad, y a su vez, disminuir la cantidad de intercambios negativos (Lorenzo et al., 2019). Se utilizó a fin de mejorar el clima relacional de la pareja, ya que se encontraban distanciados a nivel emocional y refirieron sentirse inconformes con la expresión de afecto; para ello, se explicó la importancia de llevar a cabo una interacción positiva y se socializó el ejercicio “caja de los deseos”, se les indicó colocar en su domicilio una caja en la cual introducirán papeletas, cada uno de diferente color, donde hayan escrito sugerencias sobre conductas que les agradan del otro o detalles que desearían recibir, y en base a ello, realizar conductas positivas para su cónyuge; también, se acompañó de un registro para el seguimiento del intercambio de reforzadores (Labrador, 2015). La técnica fue eficaz, pues a pesar de que en un inicio los pacientes no cumplían en su totalidad lograron realizar actividades gratificantes para el compañero como: mensajes de texto, paseos juntos y cenas románticas.

Para esta sesión, A. se encontraba tranquila y cansada, y B. presentó un estado anímico de serenidad y denotó poca energía, esto debido a la carga horaria del trabajo de los pacientes; sin embargo, fueron colaboradores y receptivos a todas a las técnicas. La actividad que les resultó más eficiente fue el intercambio de reforzadores, si bien en un principio no pudieron cumplirla en su totalidad, a medida que fueron ejecutándola disfrutaron de su práctica.

Tareas para casa: se envió de tarea la elaboración del horario semanal, aplicación de la actividad “caja de los deseos” y el registro de intercambio de reforzadores trabajados en sesión. Adicional, se solicitó continuar con el autorregistro ABCDE y discusión cognitiva.

Sesión 4:

Tuvo como objetivo reducir el intercambio negativo en la pareja, fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos; para lo cual, la terapeuta comenzó con la aplicación del diálogo socrático, luego realizó en conjunto con los pacientes un contrato conductual, y para culminar la coterapeuta socializó las tareas para casa.

- **Diálogo socrático:** representa el procedimiento terapéutico central de la técnica de reestructuración cognitiva y consiste en plantear una serie de interrogantes incisivas sobre un tema central a través del diálogo, con la finalidad de modificar pensamientos desadaptativos que generan emociones y conductas disfuncionales (González-Terrazas y Froxán, 2021; Quispe-Arroyo, 2020). Dentro del abordaje psicológico se consideró su aplicación a fin de debatir creencias irracionales identificadas en la pareja mediante seis preguntas, tales como: ¿pueden darnos un ejemplo sobre lo que están diciendo?, ¿qué más podrían asumir o suponer?, ¿qué evidencias tienen de estas ideas?, ¿existe otra manera de ver esta situación?, ¿qué sentimientos, emociones y conductas han generado estos pensamientos?, y ¿qué otros pensamientos les hubieran ayudado a reaccionar de forma más adecuada?; sin embargo, debido a las características de los pacientes y a la rigidez cognitiva que presentan la técnica resultó medianamente efectiva.
- **Contrato conductual:** también llamados contratos de contingencias son acuerdos escritos en los cuales se establecen las conductas que serán reforzadas y las consecuencias en caso de que se cumplan o incumplan (Amador et al., 2021). Se llevó a cabo con la finalidad de orientar la actuación y establecer contingencias específicas dentro de la relación marital; para ello, se redactó un contrato con los pacientes donde se especificó: conductas objeto descritas con precisión, frecuencia y/o duración, consecuencias del cumplimiento o eliminación, criterios para evaluar si la conducta se ha emitido o no, y cuándo se obtendrán las consecuencias, además de, aspectos formales como: fecha de inicio, duración del contrato y momento de revisión de su cumplimiento (Labrador, 2015). No obstante, no fue eficaz dado que los pacientes posteriormente no siguieron lo acordado.

En el transcurso de la sesión, A. presentó un estado anímico de enojo caracterizado por comportamientos hostiles hacia su esposo, acompañados de una mirada retadora y tono

de voz elevado; por su parte, B. presentó un estado anímico de tristeza y frustración con un tono de voz bajo; la presencia de lo antes señalado se debió a que durante la semana tuvieron una discusión, donde B. solicitó reiteradas veces el cambio de lugar de un objeto que impide acceder fácilmente a sus pertenencias, mientras que A. no respondió a la petición de su esposo, generándoles un fuerte conflicto. A pesar de ello, se mostraron atentos y receptivos a las técnicas, y al finalizar la sesión lograron mantener una interacción adecuada permitiéndoles establecer contratos sobre las conductas aceptables e inaceptables en la relación. Por otra parte, la técnica de experimentos conductuales resultó de mayor utilidad para fomentar la flexibilidad psicológica en los pacientes.

Tareas para casa: se solicitó a los pacientes continuar con el autorregistro ABCDE y leer la metáfora “la lucha con el monstruo”; además, se enviaron las siguientes tareas:

- **Diario feliz:** es una herramienta terapéutica que implica el uso de la escritura reflexiva para adquirir conciencia sobre las emociones y pensamientos en torno a las vivencias del paciente (Sánchez y Santana, 2020). En la terapia de pareja su objetivo se centra en cambiar el foco de atención de lo negativo de la relación a lo positivo (Labrador, 2015). La técnica se aplicó con el propósito de que los pacientes adquirieran mayor conciencia de los aspectos gratificantes de su matrimonio, mediante un registro diario de al menos tres cosas positivas de su relación al finalizar el día; tuvo un efecto positivo, ya que su práctica disminuyó actitudes hostiles en la pareja e incrementó sentimientos de gratitud.
- **Experimentos conductuales:** consiste en un experimento para poner a prueba las creencias de los pacientes mediante el establecimiento de predicciones con la finalidad de confirmar o rechazar el pensamiento (González-Blanch et al., 2018; Zúñiga y Rodríguez, 2021); Se solicitó a los pacientes diseñar experimentos basados en hipótesis sobre determinadas conductas y el procedimiento para comprobar su veracidad de forma objetiva, por ejemplo: si lavas los platos al menos dos días, esta semana no te podré

decir «vago» (Labrador, 2015). Las creencias disfuncionales mantenidas por la pareja fueron poco susceptibles en la reestructuración cognitiva, por ello se utilizó esta técnica de forma que los pacientes puedan evidenciar objetivamente su disfuncionalidad; sus resultados fueron muy positivos, logrando que refuten dichas creencias a través de la evidencia.

Sesión 5:

Se aplicaron 4 técnicas con el propósito de mejorar la correulación emocional; en primer lugar, la terapeuta realizó una reflexión con la metáfora “la lucha con el monstruo”, luego psicoeducó sobre las emociones, y la coterapeuta aplicó la técnica del semáforo; para finalizar la terapeuta empleó la técnica asuntos inconclusos, y se explicaron las tareas.

- **Metáfora “la lucha con el monstruo” (Hayes et al., 1999):** las metáforas son una herramienta terapéutica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) mediante las cuales se establece una relación de coordinación entre la metáfora y los problemas de los pacientes para favorecer la comprensión y distanciamiento de sus pensamientos disfuncionales; su objetivo se centra en crear nuevas relaciones lingüísticas entre la persona y sus eventos privados (Arboleda y Urbina, 2021; Lozano-Segura et al., 2017). La metáfora “la lucha con el monstruo” trabaja el componente de la TAC *el control es el problema* a través de la ejemplificación de los eventos privados (emociones, pensamientos o recuerdos) que generan malestar como un monstruo que la persona busca controlar, sin embargo, al luchar contra estos el paciente ejerce una lucha consigo mismo y el monstruo se hace más grande (Jurado, 2017; Navarro, 2020). Dentro del proceso terapéutico se utilizó a fin de promover la flexibilidad psicológica respecto al control como fuente de conflicto; fue efectiva favoreciendo la aceptación y disminución de la rigidez cognitiva respecto a luchar erróneamente en contra de los recuerdos dolorosos de la pareja.

- **Psicoeducación sobre las emociones:** se brindó información acerca de los componentes fisiológicos, cognitivos y motores de la emoción, al igual que, sobre la triple función de la emoción: adaptativa, motivadora y comunicativa; con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre el adecuado manejo emocional y prevenir posibles situaciones conflictivas derivadas de una mala gestión emocional. Su práctica permitió la comprensión de la función de las emociones e influencia a nivel conductual y cognitivo; a más de ello, los pacientes lograron identificar situaciones donde experimentan determinadas emociones básicas, y aprendieron la forma adecuada de autorregular sus emociones.
- **Técnica del semáforo:** se centra en el autocontrol emocional a través de la enseñanza de una breve técnica de relajación y ejecución de una adecuada respuesta frente a situaciones estresantes, con la finalidad de mejorar la gestión de sentimientos y conductas (Aguaded y Valencia, 2017; Carbonell et al., 2019); el objetivo fue facilitar la autorregulación emocional frente a distintos grados de ira en situaciones conflictivas, para ello se indicó a los pacientes seguir los siguientes pasos: 1) parar (respirar profundamente utilizando la técnica de 4 tiempos); 2) pensar (¿qué puedo hacer? o ¿cómo podría solucionarlo?); y 3) actuar (¿qué alternativa podría funcionar mejor para mí y mi pareja?). Los resultados obtenidos fueron positivos, los pacientes mejoraron su capacidad de autorregulación emocional frente a distintos conflictos maritales, evidenciando una disminución de reacciones impulsivas.
- **Técnica de asuntos inconclusos:** se trata de una técnica de la Terapia Gestalt centrada en hechos pasados o asuntos inconclusos que no han sido resueltos y que afectan al paciente, con el objetivo de trabajar sobre ellos mediante la expresión emocional (Carmona, 2021; García et al., 2021). La técnica se utilizó con el propósito de facilitar la manifestación de emociones

respecto a situaciones del pasado que han generado resentimiento y resultan difícil de perdonar; para ello, se solicitó a los pacientes sentarse uno frente al otro, tomarse de la mano y cerrar los ojos, se les indicó que hablarían por turno guiándose de las siguientes instrucciones: «tengo resentimientos contra ti porque», «te estimo porque», «actúo en forma maligna contra ti cuando», «actúo en forma condescendiente contigo cuando», «veo en ti» y «te agradezco por». Su efecto fue bastante positivo, puesto que, los cónyuges lograron expresar con libertad sentimientos reprimidos que tenían hacia el otro, para así resolver asuntos inconclusos y reconectar con la relación actual.

Los pacientes fueron colaboradores en la práctica de todas las actividades, lograron expresar distintos sentimientos y aprendieron la forma adecuada de autorregular sus emociones; en el transcurso de la sesión A. se mostró nostálgica y denotó llanto; por su parte, B. reflejó nostalgia. La técnica de asuntos inconclusos fue la más agradable para la pareja y el uso de metáforas favoreció mayor efectividad en la disminución de la rigidez psicológica.

Tareas para casa: se solicitó a la pareja practicar la técnica del semáforo trabajada en sesión y la técnica haciéndome responsable:

- **Haciéndome responsable:** se centra en la responsabilidad de acciones, sentimientos y pensamientos, con el objetivo de aumentar la responsabilidad y conectar con la experiencia inmediata (Carmona, 2021); para Ayala y Rodríguez (2020) representa uno de los pilares de la Psicoterapia Gestáltica y potencia la capacidad de seleccionar la respuesta más adecuada a los intereses personales en el aquí y el ahora. Se empleó a fin de concientizar que los problemas son el resultado de las propias acciones, ya que los pacientes tendían a responsabilizar siempre al otro cónyuge; para ello, se indicó a los pacientes que cada vez que expresen algo que les genere malestar al final añadan frases como: *“Me hago cargo de esto”* o *“Elegí*

reaccionar así ya que me resultaba difícil hacerlo de otra manera". Su aplicación promovió la toma de un papel activo; sin embargo, resultó poco eficaz dado que la pareja no continuó con su práctica.

Sesión 6:

Tuvo como objetivo mejorar la comunicación entre los miembros de la pareja y psicoeducar acerca de los estilos de crianza adecuados para los hijos; para ello, la terapeuta inició con la psicoeducación sobre las habilidades de comunicación y empleó técnicas de comunicación asertiva con los pacientes, seguidamente realizó la técnica danza terapéutica en pareja; para terminar, la coterapeuta psicoeducó acerca de la crianza positiva y socializó la tarea para casa.

- **Psicoeducación sobre las habilidades de comunicación:** se realizó una explicación en relación a las habilidades de comunicación: escucha activa, modulación de tono de voz, regulación de mirada y adecuada postura corporal; la finalidad fue que los pacientes conozcan las bases de la comunicación necesarias para una interacción efectiva. La técnica resultó ser beneficiosa, ya que permitió a la pareja conocer la función de la comunicación y sus distintos tipos, asimismo, facilitó la identificación de los estilos de comunicación que emplean y valoración de su efectividad.
- **Técnicas de comunicación asertiva:** consisten en una herramienta terapéutica enfocada en el desarrollo de habilidades de comunicación que favorecen la expresión de opiniones e ideas de forma abierta, directa y adecuada (Ramírez et al., 2020); su finalidad es gestionar nuevos modelos de comunicación asertivos que disminuyan el riesgo de violencia fomentando la resolución de conflictos en la cotidianidad (Corrales et al., 2017). Se buscó dotar a la pareja de herramientas de comunicación asertiva que promuevan el entendimiento y respeto de opiniones, para lo cual se entrenó a los pacientes en tres técnicas: 1) *expresión de desacuerdos*: describir de manera clara la situación que resulta molesta y se pretende cambiar «cuando tú»,

expresar los sentimientos personales en primera persona «yo me siento», pedir un cambio concreto de comportamiento «me gustaría que», y mostrar agradecimiento por la atención prestada a la petición «agradezco que me hayas escuchado y lo consideres»; 2) *realización de peticiones*: hacer uso de la interrogación «¿puedes traerme?», del condicional «me gustaría que» o de una frase de cortesía «por favor»; y 3) *entrenamiento en decir «no»*. Al momento de ejecutar la actividad se requirió constante retroalimentación y práctica; no obstante, resultó efectiva propiciando un diálogo más fluido, directo, sin malentendidos e interrupciones, además, los pacientes aprendieron a modular el tono de voz, mirada y postura corporal durante la interacción con su pareja.

- **Danza terapéutica en pareja:** es una herramienta terapéutica basada en la relación del movimiento con las características psicológicas y las necesidades emocionales de las personas (Marín et al., 2019); cuya finalidad es favorecer la expresión emocional y desahogo terapéutico mediante una danza suave y silenciosa (Sánchez, 2012; Santillanes, 2021). Los pacientes refirieron estar distanciados emocionalmente y no compartir actividades, por ello, se consideró el uso de la técnica para fomentar la unión a nivel afectivo y físico entre los compañeros, para su aplicación se puso una música de fondo y se solicitó a la pareja en orden dejarse guiar por la melodía mientras el otro miembro le sigue. Los pacientes expresaron sentirse en armonía y lograron conectarse con el cónyuge después de realizar el baile; a pesar de la escasa literatura sobre la técnica, fue una de las más eficaces y agradables para la pareja.
- **Psicoeducación para padres acerca de la crianza positiva:** se informó sobre los estilos de crianza: autoritario, negligente, democrático y permisivo, así como, sugerencias para establecer un estilo de crianza adecuado con la finalidad de promover una crianza positiva; su aplicación favoreció la

comprensión y establecimiento de un estilo de crianza democrático dentro del sistema familiar.

Durante la sesión los pacientes fueron colaboradores y presentaron un estado anímico de tranquilidad; manifestaron que la técnica de la danza terapéutica les resultó muy agradable, ya que les permitió conectarse con el otro y en mucho tiempo no se habían sentido conectados.

Tareas para casa: al finalizar se envió de tarea la lectura de la metáfora “el hombre en el agujero”.

Sesión 7:

Se aplicaron 5 técnicas con la finalidad de dotar de estrategias de afrontamiento a la pareja y mejorar el aspecto de la sexualidad; la terapeuta inició con la reflexión de la metáfora “el hombre en el agujero”, luego psicoeducó acerca de los problemas como parte de la vida cotidiana, aplicó la técnica de solución de problemas y entrenamiento en imaginación guiada; además, la coterapeuta psicoeducó sobre la sexualidad en pareja, socializó la técnica de control estimular y las tareas para casa.

- **Metáfora “el hombre en el agujero” (Wilson y Luciano, 2002):** trabaja el componente de la TAC *desesperanza creativa*, el objetivo consiste en que los pacientes tomen conciencia de que sus intentos por solucionar el problema, más bien, han incrementado el sufrimiento y han limitado la forma de vivir (Navarro, 2020). El propósito de su aplicación se centró en explicar cómo en ocasiones se pueden utilizar las estrategias equivocadas para afrontar los conflictos y muchas veces son los mantenedores del problema; fue eficaz, los pacientes identificaron soluciones infructuosas que han deteriorado el vínculo afectivo, y reconocieron la importancia de ejecutar estrategias de afrontamiento adecuadas.
- **Psicoeducación: los problemas como parte de la vida cotidiana:** se explicó que los problemas forman parte de la vida cotidiana de las personas en distintos ámbitos, entre ellos las relaciones de pareja, con el objetivo de

normalizar la aparición de problemas en la convivencia marital y fomentar la predisposición para resolverlos (Labrador, 2015). La psicoeducación propició la comprensión y aceptación de los problemas dentro de la relación de pareja como un aspecto natural de la cotidianidad que constantemente se debe afrontar.

- **Técnica de solución de problemas:** parte del modelo cognitivo-conductual y consiste en ayudar a los pacientes a tomar decisiones y buscar alternativas de solución (Habigzang et al., 2019); su finalidad es anticipar los resultados de una acción, evaluando y comparando cada solución planteada para resolver una situación conflictiva (Ordaz y Vidales, 2019). Su aplicación se realizó con el fin de dotar a los pacientes de habilidades que les permitan identificar problemas y descubrir soluciones específicas mediante los siguientes pasos: 1) *orientación hacia el problema*: resaltar dos ideas fundamentales: «un problema es aquello que tiene solución», y «el problema es encontrar la solución»; 2) *formulación y definición del problema*: definir por escrito el problema; 3) *generación de alternativas*: anotar todas las soluciones posibles; 4) *toma de decisiones*: proponer criterios para la elección de una de las soluciones y escoger la más adecuada según sus valores; y 5) *ejecución y verificación de resultados*: acordar la fecha o situación en la cual ambos miembros de la pareja ejecutarán la solución y evaluar si el problema ha sido o no resuelto. Los resultados obtenidos reflejaron una adecuada efectividad, debido a que, los pacientes establecieron consensos y acuerdos frente a distintos problemas relacionados con las tareas del hogar, cuidado de los hijos y relación afectiva.
- **Entrenamiento en imaginación guiada:** es ampliamente utilizada para problemas relacionados con el estado de ánimo, y es definida como una técnica de relajación centrada en la intervención mente-cuerpo que usa la imaginación para la formación de representaciones mentales de un objeto,

lugar o situación (Felix et al., 2018). Entre sus objetivos se encuentran: lograr un estado de tranquilidad y eliminar la tensión subjetiva, favorecer la conciliación del sueño y descanso (Larios-Jiménez et al., 2018). La imaginación guiada se utilizó con el propósito de reducir el estrés y lograr un estado profundo de relajación, tomando en consideración la presencia de alteraciones del sueño, cefaleas y estrés referidos por los pacientes; para lo cual, se realizó la técnica de respiración de 4 tiempos, y empleó el ejercicio “El Día Perfecto”. Los resultados fueron positivos favoreciendo el bienestar de la pareja y disminución de síntomas negativos y estresantes.

- **Psicoeducación sobre la sexualidad en pareja:** se psicoeducó sobre temas relacionados con la respuesta sexual humana y sugerencias sobre prácticas que promuevan una sexualidad saludable; la explicación favoreció la adquisición de información sobre el tema, así como, la opción de distintas prácticas y pautas a considerar en la relación sexual de la pareja.
- **Técnica de control estimular:** se enfoca en modificar el ambiente de manera que no provoque respuestas desadaptadas, y, facilite la aparición de las conductas deseables en pareja (Labrador, 2015; Torales, 2019). La técnica se empleó considerando que múltiples objetos y acciones eran fuente de conflictos debido a la apatía y enojo contra el otro miembro; para su aplicación se solicitó a los pacientes modificar el entorno físico en su hogar dependiendo del problema, y establecer una «señal» que indique el momento y condición de llevar a cabo una conducta. Resultó eficaz permitiendo que realicen cambios en su hogar y mejoren su convivencia.

En el transcurso de la sesión, A. presentó un estado anímico alegre y actitud positiva hacia su pareja que reflejaba complicidad, y B. denotó alegría y una actitud positiva hacia su esposa. Fueron participativos y refirieron que la técnica de solución de problemas, así como, el entrenamiento en imaginación guiada les resultó de gran ayuda para establecer consensos y reducir los niveles de estrés.

Tareas para casa: se solicitó a los pacientes como tarea practicar la técnica de control estimular y leer la metáfora “las calles con tiendas”.

Sesión 8:

Tuvo como finalidad prevenir recaídas mediante la aplicación de 2 técnicas; en primer lugar, la coterapeuta realizó una reflexión de la metáfora “las calles con tiendas”, posterior a ello, la terapeuta aplicó la técnica de prevención de recaídas y psicoeducación «como si el otro nunca hubiera ido a terapia»; para cerrar el proceso terapéutico la coterapeuta retroalimentó las técnicas trabajadas y aplicó los instrumentos psicológicos.

- **Metáfora “las calles con tiendas” (Wilson y Luciano, 2002):** se aborda la dimensión de la TAC *orientación hacia los valores* para trabajar la dirección hacia la cual los pacientes desean orientar su vida y aquello que se los impide o les hace cambiar su dirección (Pérez, 2020). Con su aplicación se buscó que los miembros expresen hacia dónde les gustaría ir e identifiquen aspectos que puedan dificultar el proceso de cambio tras finalizar la intervención terapéutica, además de, motivar la acción comprometida hacia determinadas metas con aceptación de los obstáculos; su aplicación permitió a los pacientes comprender con mayor detalle el camino que desean seguir en conjunto y sintonía con sus valores como base para superar problemas futuros.
- **Prevención de recaídas:** su objetivo es evitar posibles recaídas en el futuro a través de la identificación de situaciones de riesgo y planeación de conductas funcionales alternativas (Alcázar y Hernández-Brussolo, 2018; Salas et al., 2020). Su aplicación tuvo como finalidad dotar de estrategias a la pareja para afrontar las situaciones problemáticas que se pueden presentar una vez finalizado el tratamiento, para ello, se abordó los conceptos de caída y recaída, se reconocieron instancias de riesgo y estrategias de acción. Los pacientes lograron identificar posibles situaciones de riesgo que pueden desencadenar problemas maritales y técnicas para afrontarlos, a su vez,

recordaron estrategias trabajadas en sesiones anteriores como: técnicas de comunicación asertiva y de solución de problemas.

- **Psicoeducación: como si el otro nunca hubiera ido a terapia:** se transmitió la idea del funcionamiento de la pareja como un equipo, donde cada miembro debe actuar asumiendo su propia responsabilidad y apoyando al otro para que cumpla sus tareas, su finalidad consistió en fomentar la responsabilidad del buen funcionamiento de la relación y disminuir la tendencia a culpabilizar al cónyuge (Labrador, 2015). Fue beneficiosa ya que fomentó el compromiso de los pacientes hacia su pareja y la conciencia de los efectos directos de sus acciones individuales en el vínculo marital.
- **Retroalimentación de las técnicas trabajadas en las 8 sesiones de intervención terapéutica:** la retroalimentación o "feedback" cumple una función de soporte para el aprendizaje (Canabal y Margalef, 2017); según Garcés et al. (2020) incluye un conjunto de prácticas ajustadas al aprendizaje y vinculadas con la evaluación de conocimientos adquiridos. Su objetivo se enfocó en reforzar la intervención terapéutica realizada, para ello, se socializaron las técnicas trabajadas en sesión, y realizó un feedback de logros, aprendizajes y cualidades de los pacientes; fue beneficiosa dado que permitió fortalecer conocimientos y reconocer los cambios obtenidos.
- **Aplicación de instrumentos psicológicos (post-test):** el objetivo fue valorar la eficacia del tratamiento en cuanto a las dimensiones que se trabajaron con la pareja, se aplicaron individualmente tres reactivos utilizados durante el proceso de evaluación mediante la plataforma digital "Google Forms", los instrumentos fueron: Escala de Ajuste Diádico (DAS), Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA) e Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI), no se consideró el Cuestionario Salamanca, puesto que, fue empleado como una prueba de screening para conocer los rasgos de personalidad; la técnica fue efectiva para analizar de forma objetiva la

evolución de los pacientes; en el capítulo 3, se detallan los resultados obtenidos en la post-intervención.

Los pacientes fueron colaboradores y mostraron un estado anímico alegre y actitud asertiva con su cónyuge. En conjunto resaltaron la importancia de valorar los cambios en su pareja, al igual que, trabajar en equipo para mejorar la calidad de la relación; adicional, se identificaron pensamientos adaptativos en relación a no promover comportamientos controladores que afecten el vínculo sentimental.

2.1.3 Plan de seguimiento

Adicionalmente se realizaron dos sesiones de seguimiento al mes y a los tres meses de haber finalizado la terapia. Las sesiones se efectuaron bajo modalidad virtual con una duración de 90 minutos con la finalidad de evaluar la estabilidad de los avances hallados tras la intervención. En la tabla 13, se detalla los objetivos y las técnicas del seguimiento.

Tabla 13

Plan sesiones de seguimiento

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
9	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la persistencia del cambio transcurrido un tiempo después de la finalización del tratamiento psicológico. - Evaluar cómo los pacientes sobrellevan sus problemas pasados y actuales tras la finalización del tratamiento psicológico. - Evaluar el estilo de comunicación asertiva entre los cónyuges. - Promover el intercambio de reforzadores dentro de la relación. - Fortalecer la intervención psicoterapéutica realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada: avances y dificultades presentados después del tratamiento psicológico. - Role-playing: técnicas de comunicación asertiva. - Retroalimentación de la técnica de comunicación asertiva e intercambio de reforzadores. - Retroalimentación de las técnicas trabajadas en las 8 sesiones de intervención terapéutica. - Técnica de expresión emocional – asuntos inconclusos. 	

10	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la persistencia del cambio tras finalizar el tratamiento psicológico. - Evaluar cómo los pacientes sobrellevan sus problemas después del tratamiento psicológico. - Evaluar el nivel de ajuste diádico en la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semiestructurada: avances y dificultades presentados después del tratamiento psicológico. - Retroalimentación de las técnicas trabajadas en la intervención terapéutica. - Aplicación de post-test.
-----------	--	--

Nota. En la tabla se especifican las sesiones realizadas en el proceso de seguimiento.

Descripción de las sesiones realizadas en el proceso de seguimiento:

El proceso de seguimiento hace referencia al contacto individual y sistemático después de uno o más intervalos de tiempo posterior al tratamiento, asimismo, es útil para diseñar y evaluar futuras intervenciones (Rodríguez et al., 2017). Conforme con Rocha-Nieto et al. (2017) su propósito es verificar y apoyar el mantenimiento de los cambios de comportamiento, al igual que, prevenir recaídas; y de ser necesario favorece la derivación del paciente a otro profesional (Osorio, 2017).

Sesión 9:

La primera sesión de seguimiento se realizó después de un mes, y tuvo como principal objetivo evaluar los cambios mantenidos transcurrido un tiempo, además de, conocer cómo los pacientes sobrellevan actualmente los problemas. Para ello la terapeuta llevó a cabo una entrevista semiestructurada y un role-playing como métodos de evaluación; seguidamente, aplicó la técnica asuntos inconclusos, y la coterapeuta retroalimentó las técnicas trabajadas en las sesiones de intervención.

- **Entrevista semiestructurada:** su finalidad fue evaluar los avances y dificultades presentadas después del tratamiento psicológico mediante una entrevista semiestructurada, se indagó acerca de las áreas que han mejorado, cambios individuales y del cónyuge, relación con la familia política, tareas del hogar y del cuidado de los hijos, problemas que han presentado durante estas últimas semanas y la puesta en práctica de las técnicas

aprendidas, también se incluyeron preguntas respecto a las técnicas que les resultaron más útiles. Su aplicación posibilitó recopilar información sobre el progreso de la pareja e identificar situaciones que han generado conflictos, de igual manera, favoreció el reconocimiento de cambios por parte de los pacientes y áreas que se requieren continuar trabajando.

- **Role-playing:** también denominado juego de roles, es un método interactivo y experiencial basado en la simulación o dramatización de una situación de la vida real o ficticia que resulta ser problemática (Araujo, 2017); su propósito se enfoca en cambiar el pensamiento y comportamiento, permitiendo que el paciente se vea a sí mismo realizando roles para esclarecer situaciones que representan un conflicto (Gutiérrez-Segura y Ocampo-Serna, 2021). Tuvo como meta poner en práctica las técnicas de comunicación asertiva, a través de un role-playing, planteando una situación problemática asociada con las salidas de la pareja con sus amigos, se solicitó que recreen y pongan en práctica las técnicas aprendidas para resolverla. El role-playing representó un alto grado de complejidad para los pacientes, ya que frente al tema mantenían una postura diferente y defensiva, a pesar de ello, favoreció una mayor conciencia y reflexión referente a la disfuncionalidad de sus conductas durante la interacción con el cónyuge; adicional, propició el establecimiento de un diálogo asertivo y empático frente a las opiniones del compañero, y a la vez, proponer posibles soluciones al conflicto tomando como base las técnicas trabajadas en sesión.
- **Retroalimentación de las técnicas de comunicación asertiva e intercambio de reforzadores:** se retroalimentó sobre las técnicas de comunicación asertiva y de intercambio de reforzadores; con su ejecución los pacientes lograron diferenciar aspectos puntuales entre la comunicación asertiva y pasiva, y reforzar conocimientos sobre conductas agradables que pueden aplicar dentro de su relación marital.

- **Técnica de expresión emocional – asuntos inconclusos:** se adaptó la técnica de asuntos inconclusos con la finalidad de facilitar la expresión emocional y disminuir niveles de malestar en los pacientes; en este caso, se solicitó a los pacientes que hablen por turno guiándose de las siguientes indicaciones: «me responsabilizo por», «me comprometo a» y «te agradezco por»; se realizó puesto que, la práctica del role-playing en un primer momento resultó compleja y generó discrepancia entre la pareja, por lo tanto se consideró pertinente proporcionar un espacio para que puedan expresarse con libertad, y a su vez, agradecer al cónyuge. Permitted disminuir el malestar entre los miembros, y centrar la atención en aspectos positivos de la situación y el manejo de la misma.
- **Retroalimentación de las técnicas trabajadas en las 8 sesiones de intervención terapéutica:** su propósito se centró en fortalecer las técnicas aprendidas previamente en la intervención psicoterapéutica, para ello, se abordó el objetivo y uso de cada una de las técnicas terapéuticas, así como, los aprendizajes y logros obtenidos mediante su práctica; resultó de gran utilidad permitiendo que recuerden distintas estrategias trabajadas en sesión y reconozcan las metas que han logrado como pareja.

Los pacientes fueron colaboradores y mostraron una actitud positiva con su cónyuge que reflejaba complicidad; manifestaron que tras finalizar el tratamiento han dejado de considerar el divorcio como una solución, y han notado una mejoría en distintas áreas de la relación y cambios en el comportamiento de su compañero.

Sesión 10:

Se realizó a los tres meses de haber concluido la terapia, con la finalidad de valorar la persistencia del cambio, evaluar cómo los pacientes sobrellevan sus problemas actualmente y valorar el nivel de ajuste diádico en la pareja; donde la terapeuta inició con la realización de una entrevista, luego la coterapeuta retroalimentó las técnicas aprendidas, y por último, aplicó un instrumento psicológico.

- **Entrevista semiestructurada:** nuevamente se centró en evaluar los avances y dificultades que han presentado los pacientes, se abordaron temas como: cambios que han notado en su relación de pareja, problemas durante estas últimas semanas y cómo los han podido resolver, y preguntas relacionadas con la práctica de las técnicas trabajadas. Su aplicación favoreció la identificación de cambios y situaciones problemáticas, puntualmente reconocieron la aparición de un nuevo problema relacionado con los estudios de la paciente A. quien desea obtener un título de cuarto nivel, frente a lo cual su cónyuge muestra molestia y no se siente apoyado, ya que habían acordado que al culminar la esposa sus estudios de tercer nivel se enfocarían en que el paciente B. obtenga su título universitario, por lo tanto, B. percibe desigualdad y A. egoísmo; frente a este conflicto los pacientes señalaron como les ha afectado, que han hecho para resolverlo y propusieron nuevas alternativas de solución.
- **Retroalimentación de las técnicas trabajadas en la intervención terapéutica:** se fortaleció las técnicas aprendidas en la terapia reforzando conocimientos sobre las actividades y estrategias practicadas en sesión; benefició la consolidación de aprendizajes por parte de los pacientes.
- **Aplicación de instrumentos psicológicos (post-test):** su finalidad fue evaluar cuantitativamente cambios en los pacientes al finalizar el proceso de seguimiento, a través de la plataforma digital "Google Forms" donde se administró de forma individual únicamente la Escala de Ajuste Diádico (DAS) por cuestiones de tiempo; resultó eficaz para analizar objetivamente los resultados obtenidos con el tratamiento psicológico aplicado.

Los pacientes colaboraron en todas las actividades planificadas y reflejaron tranquilidad; manifestaron percibir cambios estables en áreas inicialmente afectadas y mayor satisfacción con la relación, también, reconocieron la existencia de problemas que

requieren seguir tratando y que los mismos formarán parte de su relación a lo largo del tiempo, sin embargo, verbalizaron tener el compromiso y motivación para el cambio.

Capítulo tres

Resultados

En el presente capítulo, se detallan los resultados obtenidos en el abordaje del caso clínico asociado con problemas en la relación entre esposos; para el análisis de los datos, se emplean dos métodos: cuantitativo y cualitativo.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo se aplicaron 4 test antes del tratamiento (pre-intervención) en el proceso de evaluación, que incluyó: Escala de Ajuste Diádico (DAS), Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA), Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI) y Cuestionario Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad; y 3 test en la última sesión del tratamiento (post-intervención), donde se administró los instrumentos DAS, ASPA y RBI, y únicamente en la sesión de seguimiento se aplicó el DAS por cuestiones de tiempo. Obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 14

Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Ajuste Diádico (DAS)

Instrumento	Dimensiones	Pre-intervención	Post-intervención	Seguimiento
Paciente A				
Escala de Ajuste Diádico (DAS).	Consenso diádico	43 - nivel bajo	46 - nivel bajo	48 - nivel medio
	Satisfacción diádica	24 - nivel muy bajo	26 - nivel muy bajo	22 - nivel muy bajo
	Cohesión diádica	10 - nivel bajo	12 - nivel medio	10 - nivel bajo
	Expresión afectiva	9 - nivel medio	7 - muy bajo	8 - nivel medio
	Ajuste diádico	86 - nivel muy bajo	91 - nivel bajo	88 nivel bajo
	Paciente B			
Consenso diádico	46 - nivel bajo	50 - nivel medio	43 - nivel bajo	
Satisfacción diádica	33 - nivel bajo	37 - nivel medio	36 - nivel bajo	
Cohesión diádica	18 - nivel alto	21 - nivel muy alto	21 - nivel muy alto	
Expresión afectiva	10 - nivel medio	6 - nivel bajo	8 - nivel medio	
Ajuste diádico	107 - nivel medio	114 - nivel medio	108 - nivel medio	

Nota. La tabla describe los resultados obtenidos de la aplicación de pre-intervención y post-intervención de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) en tres momentos.

En la tabla 14, se observa una disparidad de los pacientes en cuanto a la percepción del grado de ajuste diádico en los tres momentos de evaluación. La paciente A. en un inicio

obtuvo un puntaje de 86 que indica un nivel muy bajo en la escala de ajuste total, y tras finalizar la intervención se evidenció una ligera mejoría obteniendo 91 puntos que refleja un nivel bajo de ajuste diádico, al igual que, en la mayoría de las dimensiones; únicamente existió una disminución respecto a la percepción de expresión afectiva (pasando de 9 a 7 puntos), posiblemente se deba a la reducción de las interacciones de pareja por el cambio de trabajo de A. fuera de la ciudad. Sin embargo, durante la entrevista de evaluación A. se mostró más alegre y entusiasta en compañía de su esposo, además, verbalizó percibir mayor armonía en la relación, satisfacción con el establecimiento de consensos y tiempo compartido en pareja.

Por otra parte, las puntuaciones obtenidas en el seguimiento reflejan un leve retroceso en la puntuación total de la escala de ajuste con una calificación de 88 manteniéndose en un nivel bajo de armonía o ajuste de la relación; asimismo existe una ligera disminución en las dimensiones de satisfacción diádica (nivel muy bajo) y cohesión diádica (nivel bajo).

El paciente B. en un primer momento tuvo una puntuación total de 107 que significa un nivel medio de ajuste diádico, y posteriormente, se observó una leve mejoría en el post-test donde obtuvo un puntaje de 114 que señala un nivel medio de armonía en la relación, asimismo, en las subescalas hubo un cambio favorable, a excepción de la dimensión de expresión afectiva donde se evidencia una reducción de las puntuaciones (pasando de 10 a 6 puntos) posiblemente se deba al cambio de trabajo de su cónyuge. No obstante, en la entrevista de evaluación al finalizar el tratamiento B. expresó sentir mayor satisfacción respecto a la expresión de afecto de su esposa, y sentir que han comenzado a trabajar en equipo y ayudarse mutuamente, aspectos que caracterizaban su demanda principal y que generaban mucho malestar.

Por lo contrario, en la evaluación de seguimiento existió una disminución en la puntuación global de ajuste diádico, manteniéndose en un nivel medio con 108 puntos, de igual manera, se observaron niveles bajos en las subescalas de consenso diádico y satisfacción diádica. Pero se evidencia un incremento en la dimensión de cohesión diádica

y expresión afectiva, existiendo mayor implicación de la pareja en actividades conjuntas y complacencia con las manifestaciones del afecto dentro de la relación.

En cuanto a los resultados obtenidos en la evaluación de seguimiento, se contrasta con los obtenidos en la entrevista, en donde los pacientes manifestaron una disminución de la frecuencia de conflictos y discusiones, y a su vez, mayor satisfacción con la relación y compromiso para continuar con la misma, intercambian más gestos de atención y cariño, y comparten tiempo de calidad juntos mediante viajes, paseos y cenas románticas. Frente a esto, se establece que las respuestas de los pacientes reflejadas en el instrumento psicológico se pudieron ver sesgadas debido a que presentaron una nueva problemática relacionada con los estudios de la paciente A., donde el cónyuge percibe desigualdad, mientras que, para ella representa una situación de egoísmo; conflicto que en un primer momento generó malestar, sin embargo, al culminar la sesión acordaron soluciones que permitieron que no afecte en la misma intensidad, evidenciado el uso de técnicas terapéuticas trabajadas en sesión.

Tabla 15

Resultados pre-intervención y post-intervención del Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)

Instrumento	Dimensiones	Pre-intervención	Post-intervención	Progreso	
Paciente A					
Forma A (Pc)					
Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA).	Aserción	13 - valor mínimo	23 - valor mínimo	Mejoría de 10	
	Agresión	99 - valor máximo	53 - valor máximo	Mejoría de 46	
	Sumisión	40 - valor máximo	63 - valor máximo	Retroceso de 23	
	Agresión-pasiva	70 - valor máximo	70 - valor máximo	Mantenimiento	
	Forma B (Pc)				
	Aserción	5 - valor mínimo	33 - valor mínimo	Mejoría de 28	
	Agresión	60 - valor máximo	53 - valor máximo	Mejoría de 7	
	Sumisión	83 - valor máximo	60 - valor máximo	Mejoría de 23	
Agresión-pasiva	90 - valor máximo	60 - valor máximo	Mejoría de 30		
Paciente B					
Forma A (Pc)					
	Aserción	30 - valor mínimo	26 - valor mínimo	Retroceso de 4	
	Agresión	30 - valor máximo	30 - valor máximo	Mantenimiento	
	Sumisión	60 - valor máximo	83 valor máximo	Retroceso de 23	

Agresión-pasiva	90 - valor máximo	60 - valor máximo	Mejoría de 30
Forma B (Pc)			
Aserción	10 - valor mínimo	5 - valor mínimo	Retroceso de 5
Agresión	83 - valor máximo	60 - valor máximo	Mejoría de 23
Sumisión	43 - valor máximo	53 - valor máximo	Retroceso de 10
Agresión-pasiva	90 - valor máximo	99 - valor máximo	Retroceso de 9

Nota. En la tabla 15 se detallan las puntuaciones pre-test y post-test obtenidas en el Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA).

Respecto a la forma A, en la paciente A. se observó una leve mejoría, puesto que el resultado en las subescalas de aserción y agresión, que en un inicio fueron de 13 y 99 pc respectivamente, aumentó a 23 en aserción y se redujo a 53 en agresión; no obstante, existió un retroceso en la dimensión de sumisión puntuando 63 pc en el post-test lo que indica mayor frecuencia de conductas sumisas frente a situaciones conflictivas, mientras que, la subescala de agresión-pasiva se mantuvo en un nivel máximo (70 pc), lo que se puede explicar por cambio laboral de A. (fuera de la ciudad), que dificultó poner en práctica las estrategias de comunicación asertiva y resolución de problemas aprendidas en terapia debido al cansancio, poca flexibilidad en el horario y escasa disponibilidad de tiempo para conversar con la pareja.

Por su parte, el paciente B. presentó un leve progreso, ya que en un primer momento puntuó 90 en la subescala de agresión-pasiva, y en el post-test el pc se redujo a 60; por otro lado, hubo un retroceso en las subescalas de aserción y sumisión, pasando de una calificación de 30 a 26 pc en cuanto a conductas asertivas, así como, un aumento de conductas sumisas con una variación de 60 a 83 pc. Y la subescala de agresión permaneció en un nivel máximo (30 pc); situación que se explica por el cambio laboral de su pareja antes expuesto, factor que generó un limitado espacio para expresar desacuerdos y sentimientos que permitan establecer consensos con su cónyuge.

Referente a la forma B, en la paciente A. se identificó un progreso en torno a la percepción del comportamiento de su cónyuge, en el pre-test puntuó 5 pc en aserción que denota un nivel mínimo, 60 en agresión, 83 en sumisión y 90 en agresión-pasiva; posterior al tratamiento, hubo un aumento de 33 pc en aserción, y disminución de 53 pc en agresión,

60 en sumisión y 60 en agresión-pasiva, indicando una apreciación positiva de las conductas de su pareja.

En el paciente B. se observó una afección en las dimensiones evaluadas tocante a la percepción de la conducta de su esposa, a excepción de la subescala de agresión donde se evidencia una mejoría pasando de 83 a 60 pc en el pos-test; en un principio sacó 10 en aserción que representa un nivel mínimo, y, en la valoración post-intervención disminuyó a 5 pc, del mismo modo, en la subescala de sumisión incrementó de 43 pc a 53, y en agresión-pasiva aumentó de 90 a 99 pc. Lo que se puede explicar debido a que la percepción de B. se vio afectada posterior al cambio laboral de su pareja, interpretando el cansancio de su cónyuge como falta de interés para resolver situaciones maritales conflictivas.

Sumado a ello, al analizar la percepción que los pacientes tienen respecto al cambio de conducta del otro; B. presenta dificultades para identificar su progreso terapéutico, no obstante, su cónyuge reconoce y valora los cambios evidenciados en él. Por otro lado, A. reconoce que al mejorar sus habilidades de comunicación ha evidenciado mejorías en su interacción marital, por el contrario, B. difiere en cuanto al progreso manifestado, ya que, percibe comportamientos pasivo-agresivos y sumisos en su pareja.

De forma general, se observa una similitud por parte de los pacientes en la evaluación de sus conductas y las del cónyuge, los cambios han sido leves manteniéndose en el mismo nivel la mayoría de las subescalas; también, persisten dificultades en las dimensiones de sumisión y aserción. A pesar de ello, se presenta un cambio positivo en cuanto a la subescala de agresión y agresión-pasiva, y en contraste con los puntajes descritos, durante la entrevista de seguimiento la paciente A. refirió mayor autocontrol en momentos de tensión con la pareja, ser más empática y comprensiva; además, percibe menor control e impulsividad, y mayor apertura de peticiones en su esposo. Mientras que, B. verbalizó mayor motivación para el cambio de comportamientos que afectan negativamente a su compañera, ser paciente y controlar mejor sus impulsos, asimismo, percibe menor hostilidad al solucionar problemas o llegar a consensos con su cónyuge.

Tabla 16

Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI)

Instrumento	Dimensiones	Resultados Pre-intervención	Resultados Post-intervención
Paciente A			
Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI).	El desacuerdo es destructivo	20 - nivel medio	16 - nivel bajo
	Lectura mental	21 - nivel alto	21 - nivel alto
	La pareja no puede cambiar	24 - nivel alto	19 - nivel bajo
	Perfeccionismo sexual	19 - nivel bajo	18 - nivel bajo
	Los sexos son diferentes	23 - nivel alto	21 - nivel alto
	Nivel de disfunción de las creencias en la relación	107 - nivel alto	95 - nivel bajo
	Paciente B		
	El desacuerdo es destructivo	22 - nivel alto	14 - nivel bajo
	Lectura mental	26 - nivel alto	17 - nivel bajo
	La pareja no puede cambiar	14 - nivel bajo	7 - nivel bajo
	Perfeccionismo sexual	18 - nivel bajo	11 - nivel bajo
	Los sexos son diferentes	19 - nivel bajo	13 - nivel bajo
	Nivel de disfunción de las creencias en la relación	99 - nivel bajo	62 - nivel bajo

Nota. En la tabla se muestran las puntuaciones mediante el Inventario de Creencias Sobre la Relación (RBI) antes y después del tratamiento.

En la tabla 16, se observa una clara mejoría de los pacientes tocante a las expectativas poco realistas y creencias disfuncionales con respecto a la relación de pareja. La paciente A. en la evaluación pre-intervención obtuvo un puntaje de 107 reflejando un nivel alto de disfunción de las creencias en la relación, y al finalizar el tratamiento se evidenció un progreso significativo puntuando 95 lo que denota un nivel bajo de creencias irracionales, al igual que, en la mayoría de las dimensiones evaluadas, a excepción de la subescala de lectura mental donde se mantuvo el puntaje inicial (21 puntos).

Por su parte, el paciente B. en un comienzo tuvo un puntaje de 99 aludiendo un nivel bajo de creencias irracionales sobre la relación de pareja, con afectación en la subescala “el desacuerdo es destructivo” donde obtuvo 22 puntos denotando un nivel alto; mientras que, en la evaluación de post-intervención existió una marcada disminución en la disfunción de

creencias obteniendo una calificación de 62 puntos, de igual manera, se evidenciaron niveles bajos en todas las dimensiones analizadas.

Estos resultados fueron corroborados por las verbalizaciones de los pacientes que reflejaron pensamientos más funcionales sobre las relaciones maritales, el cambio de comportamiento del otro y los problemas como parte de la vida.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

Para el análisis cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas para evaluar los avances y dificultades presentadas durante y después del tratamiento psicológico, y se elaboró una ficha de observación con la finalidad de comparar las conductas y aspectos inicialmente afectados en la pareja frente a su estado actual posterior a la intervención terapéutica; los resultados se detallan en la tabla 17.

Tabla 17

Resultados cualitativos referente a la evolución del tratamiento psicológico

		Evolución			Observación o razón
		Se mantuvo, es decir no hubo cambio	Cambio parcialmente	Se extinguió o se modificó	
A nivel individual					
Paciente A.	Dificultad para perdonar y recuerdos latentes del pasado.			x	Demostró un manejo adecuado del perdón y distanciamiento emocional de recuerdos del pasado.
	Poca demostración de afecto hacia su pareja.			x	Se identificó un incremento respecto a la expresión afectiva y sentimientos positivos hacia el cónyuge.
Paciente B.	Control sobre su pareja.		x		Presentó una ligera disminución de comportamientos controladores hacia su

		esposa, permitiéndole participar en el manejo de la economía y respetando sus decisiones.
A nivel de pareja		
Dificultades en la organización del cuidado de los hijos y tareas del hogar.	x	Se evidenció una mejoría en la organización del cuidado de los hijos y tareas del hogar, puntualmente los pacientes llegaron al consenso de contratar los servicios de una ayudante.
Problemas económicos debido a la desigualdad de ingresos de la pareja.	x	Demostraron un mejor manejo referente a la distribución de gastos monetarios por mes, y establecimiento de acuerdos respecto al uso de recursos económicos.
Conductas agresivas/hostiles a nivel verbal y no verbal.	x	Se observó una disminución de conductas agresivas y hostiles en la interacción de pareja, principalmente frente a situaciones conflictivas.
Dificultades para establecer consensos y resolver conflictos.	x	Mayor facilidad para establecer consensos y acuerdos favoreciendo la resolución de problemas en el ámbito de pareja, familiar y económico.
Incapacidad de autorregulación emocional y comportamientos impulsivos.	x	Demostraron mayor facilidad de expresión emocional y regulación de emociones, además de, una reducción de

			comportamientos impulsivos en situaciones estresantes.
Insatisfacción con la relación actual y expresión de afecto.		x	Mayor satisfacción de la pareja con la expresión del afecto dentro de la relación, así como, un aumento de intercambio de reforzadores.
Distanciamiento físico y emocional.		x	Actualmente comparten más actividades en pareja que han favorecido la conexión emocional entre los miembros; además, reflejaron mayor complicidad como pareja.
Problemas de comunicación.		x	Presentan una comunicación más asertiva, y mayor empatía frente a los sentimientos y deseos del cónyuge; a su vez, se evidenció una disminución de conductas agresivas en el diálogo.
Atribuciones negativas y pensamientos disfuncionales.		x	Muestran pensamientos más adaptativos y funcionales respecto a la relación y el comportamiento de la pareja.
Incomprensión en algunas prácticas sexuales y disminución de relaciones íntimas.		x	Se identificó un cambio parcial, evidenciándose una mayor empatía y comprensión respecto a los deseos e intereses sexuales del compañero.

Nota. En la presente tabla se expone el análisis cualitativo de los resultados obtenidos referente a conductas y aspectos con afectación inicial en los pacientes.

En la tabla 17 se muestran los cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual obtenidos por los pacientes tras finalizar la terapia psicológica, identificándose un progreso en las conductas y aspectos que se encontraban afectados en un principio. La pareja ha logrado comunicarse de forma asertiva: escuchando peticiones y estableciendo acuerdos; además, mencionaron que las dificultades económicas, en la organización del cuidado de los hijos y tareas del hogar han disminuido. Con frecuencia llenan el autorregistro de pensamientos, practican ejercicios de relajación, respiración, técnicas de solución de problemas e intercambio de reforzadores como: elogios, detalles, mensajes y abrazos; también, perciben menor hostilidad e impulsividad por parte del cónyuge, mayor satisfacción con la expresión de afecto, reflejan pensamientos funcionales sobre las relaciones maritales, comparten más tiempo de calidad en pareja y familia. Es así que, los pacientes refirieron que “han dejado de considerar el divorcio como una solución”, ya que cuentan con mejores herramientas para afrontar distintas problemáticas.

Finalmente, es importante que áreas relacionadas con la comunicación y establecimientos de acuerdos se continúen trabajando, del mismo modo, la nueva problemática requiere poner en marcha los aprendizajes adquiridos y técnicas terapéuticas trabajadas en sesión.

Discusión

En este trabajo se aborda un caso clínico relacionado con problemas en la relación entre esposos que implica un deterioro funcional a nivel conductual, cognitivo y afectivo del vínculo sentimental, que repercute negativamente en los pacientes afectando su bienestar psicológico y desenvolvimiento en áreas importantes como el trabajo y el hogar; a su vez, ha generado un impacto negativo en el clima familiar y desarrollo de los hijos.

Dentro del proceso diagnóstico se consideraron tres niveles: *presuntivo* donde se estableció un listado de problemas presentes en la relación de pareja y patologías relacionadas con rasgos de personalidad; *diferencial* en el cual se empleó el modelo de diagnóstico diferencial propuesto por First (2017) que incluye 6 pasos previamente establecidos para llegar a un diagnóstico final; y *definitivo* para el cual se asignaron los códigos Z y V. De esta manera, se estableció que según los manuales diagnósticos CIE-10 y DSM-5 los pacientes cumplen con el diagnóstico de Z63.0 problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10), ya que el objetivo central se enfocó en abordar la calidad de la relación de pareja y los problemas derivados de la dificultad de resolución de conflictos, rechazo de comportamientos positivos, problemas de comunicación, intromisión excesiva, conductas hostiles, atribuciones negativas sobre la pareja, distanciamiento físico y emocional, sentimientos de tristeza, apatía y enojo hacia el otro miembro; que de acuerdo con Garcés (2020) corresponde a una sintomatología característica en los conflictos de pareja, en su estudio de caso realizado en una pareja de nacionalidad española y de estado civil casados, formado por una mujer de 44 años y hombre de 49 años también presentaron: atribuciones negativas manifestadas por culpar al cónyuge, problemas de comunicación y resolución de conflictos, a más de ello, mostraron juegos de poder orientados a la manipulación y control de la pareja; situación que es muy similar con los pacientes del presente estudio, notando una relación de desigualdad en la que ambos miembros de la pareja deseaban llevar el control en determinadas situaciones, él con lo relacionado al dinero y las salidas con amigos, y ella con la toma de decisiones para resolver problemas y establecer consensos.

En este mismo sentido, Sharma et al. (2016) en su intervención psicoterapéutica a una pareja de esposos originaria de la India, conformada por una mujer de 28 años y hombre de 30 años, identificaron: problemas de comunicación, atribuciones y suposiciones negativas entre los cónyuges, sentimientos de tristeza y enojo en contra de la pareja, atención selectiva y creencias distorsionadas sobre los estándares de una relación y lo que el compañero sentimental “debe” cumplir. Diversas publicaciones de casos clínicos en parejas de estado civil casados coinciden en que los principales dilemas en la relación diádica están asociados con problemas de comunicación y afectividad, déficit de habilidades de afrontamiento, agresividad, disfunciones cognitivas, control y desconfianza (Collado, 2015; Fischer y Frink, 2014). Como se puede apreciar, nuestro estudio coincide con lo encontrado en la literatura y en otros estudios en cuanto a los principales generadores de una relación conflictiva.

En la mayoría de los casos clínicos referentes a problemas de pareja no establecen un diagnóstico como se plantea en este trabajo (Z63.0), más bien, identifican dominios afectados dentro de la relación que permiten orientar el tratamiento psicológico; esto puede deberse a que los conflictos en la relación de pareja no son considerados trastornos mentales, por ende, no se instauran criterios diagnósticos específicos, más bien se proponen consideraciones generales que pueden variar según las dificultades que presentan los pacientes, y también depende en gran medida de la corriente psicológica del terapeuta; a pesar de ello, existe similitud en cuanto a los signos y áreas afectadas que comparten las parejas que se encuentran en una crisis, representando un aspecto clave en la clarificación de la demanda. Entre los principales problemas que las parejas buscan intervención son: atribuciones negativas, problemas de comunicación y afectividad, control excesivo, déficit de habilidades de afrontamiento y hostilidad.

Tomando en cuenta lo descrito previamente, se orientó un proceso de evaluación mediante 5 sesiones utilizando varios instrumentos, entre ellos: entrevistas semiestructuradas individuales y en pareja, ficha de observación de la interacción de pareja, y cuatro reactivos psicológicos: Escala de Ajuste Diádico (DAS), Cuestionario de Aserción

en la Pareja (ASPA), Cuestionario Salamanca para el Screening de Trastornos de la Personalidad e Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI).

Este procedimiento coincide parcialmente con la evaluación psicológica realizada en el estudio de caso de Fischer y Frink (2014), quienes en una pareja casada de nacionalidad mexicana utilizaron como instrumentos: las entrevistas semiestructuradas, observación de la interacción de los pacientes y la Escala de Ajuste Diádico (DAS). Del mismo modo, este proceso concuerda parcialmente con Feixas et al. (2009) que abordaron un matrimonio de personas españolas: mujer (53 años) y hombre (62 años), donde utilizaron la entrevista semiestructurada y la escala DAS durante el proceso de evaluación realizado en 3 sesiones; pero no emplearon registros de observación, más bien aplicaron la Técnica de Rejilla (TR) en su versión adaptada que consiste en una entrevista estructurada para explorar las percepciones y meta-percepciones de los miembros de una familia o pareja, principalmente la utilizaron debido a que uno de los miembros (esposa) presentaba un cuadro de depresión agudo, basándose en la premisa de que las personas con trastornos depresivos se perciben a sí mismos y a los demás de forma más negativa (Feixas et al., 2008). En nuestro caso, ningún integrante presentaba algún trastorno mental por lo que utilizar la ficha de observación fue de gran ayuda para analizar la interacción de la pareja.

Por su parte, Sánchez et al. (2017) al evaluar el caso de una pareja peruana conformada por una mujer de 27 años y hombre de 23 años, realizaron 5 sesiones y utilizaron los siguientes instrumentos: entrevistas semiestructuradas, observación del tipo de interacción y comunicación, y reactivos psicológicos como el Registro de Opiniones Forma A que tuvo por objetivo identificar ideas irracionales que contribuyen a crear y mantener el malestar, y, el Inventario de Pensamientos Automáticos para medir los diferentes tipos de pensamientos automáticos en distintos ámbitos de la vida; los autores consideraron la aplicación de mencionados test para evaluar distorsiones personales, ya que de forma individual los pacientes presentaban creencias patológicas sobre sí mismos que afectan el vínculo afectivo, en nuestro caso los pensamientos disfuncionales estaban asociados a generalizaciones, lectura del pensamiento y expectativas caracterizadas por los

“debería” respecto a la relación y comportamiento del cónyuge, por cual se administró el inventario RBI.

En otros estudios de caso referentes a problemas en la relación entre esposos, las entrevistas semiestructuradas y observación clínica representan las técnicas de evaluación utilizadas con mayor frecuencia (Fuentes, 2013; Krämer et al., 2018; Martínez, 2020; Sharma et al., 2016); donde estos métodos cualitativos concuerdan con el presente estudio, ya que permitieron indagar información relevante sobre la dinámica relacional.

Como se puede apreciar dentro del proceso de evaluación ante problemas de pareja se emplean entrevistas, observación clínica y aplicación de instrumentos psicológicos para analizar la dinámica de los integrantes y las áreas que se encuentran deterioradas; con frecuencia se utilizan test que evalúan las variables de: ajuste diádico y creencias irracionales, mientras que, a través de las entrevistas se recopila información sobre la historia de la pareja y del problema; además de las fortalezas de la relación; y, con la observación se evalúa el estilo de comunicación e interacción de la pareja. Por lo tanto, se evidencia la relevancia de examinar estas variables; añadido, en base a la literatura otras variables que pueden ser objeto de evaluación como las estrategias de resolución de conflictos y las esferas individuales sobre todo los rasgos de personalidad, puesto que, el neuroticismo, escrupulosidad e impulsividad se correlacionan negativamente con la satisfacción en la relación (Taggart et al., 2019) y los trastornos de personalidad generalmente exacerban las alteraciones maritales (Collison y Lynam, 2021; Ferreiros y Clemente, 2022).

En cuanto al proceso de intervención terapéutica para este caso se llevó a cabo 8 sesiones bajo una terapia integrativa que incluyó estrategias de la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP), Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) y Psicoterapia Gestáltica con el objetivo principal de mejorar la interacción y calidad del vínculo afectivo, entre las principales técnicas se encuentran: psicoeducación, entrevista motivacional, reestructuración cognitiva ABCDE, comunicación asertiva, solución de problemas, organización del tiempo, intercambio de reforzadores, contrato conductual, haciéndome

responsable, alternativas para trabajar el pasado, asuntos inconclusos, técnica del semáforo, entrenamiento en imaginación guiada, autorregistros, metáforas y prevención de recaídas.

De modo semejante, Garcés (2020) en su trabajo propuso un tratamiento cognitivo-conductual para solucionar los conflictos en una pareja de nacionalidad española, donde planteó 12 sesiones semanales con una duración de 90 minutos y empleó las técnicas: psicoeducación, reestructuración cognitiva, ejercicios de reciprocidad (“pille a su pareja haciendo algo agradable” y “el día del amor”), responsabilización de la propia conducta, autorregistros, estrategias de comunicación asertiva decir «no» y sugerir alternativas ante una petición, técnica de resolución de conflictos y contrato conductual; adicional, utilizó ejercicios de tiempo fuera y planificación de actividades placenteras en solitario debido al control excesivo por parte de los cónyuges y presencia de dependencia emocional.

Lo descrito concuerda con lo realizado en nuestro trabajo referente al tratamiento cognitivo-conductual de pareja, a excepción de los ejercicios de tiempo fuera y establecimiento de actividades placenteras en solitario, dado que, por un lado no se planteó la técnica de tiempo fuera ya que los pacientes anteriormente tuvieron una experiencia con este ejercicio, donde adoptaban una excesiva actitud pasiva ante las situaciones generadoras de conflictos, frente a esto se trabajó en técnicas de autocontrol y comunicación asertiva; por otra parte, en los pacientes del presente estudio prevalecía el distanciamiento físico y emocional, por lo que se planificaron actividades placenteras en pareja en lugar de actividades individuales. También, difiere parcialmente con el estudio de Garcés (2020) en cuanto al uso de reforzadores donde se optó por utilizar un registro de intercambios positivos y “la caja de los deseos”, de manera que la pareja realice actividades agradables para el otro en base a sus deseos y tenga una amplia variedad de ideas.

Asimismo, Sharma et al. (2016) en su intervención terapéutica utilizó estrategias conductuales y cognitivas para mejorar el bienestar conyugal e individual de un matrimonio originario de la India, para ello realizó 15 sesiones semanales con una duración aproximadamente de 1 hora a 1 hora y media, y emplearon técnicas como: reestructuración

cognitiva, asertividad y estrategias de resolución de problemas, además de, técnicas de enfoque sensorial para trabajar el ámbito sexual, respiración profunda y relajación muscular progresiva de Jacobson (JPMR); también, utilizaron la escritura de metáforas respecto a la forma en que la pareja se ve como “prendas de ropa” para abordar la erotización a nivel sexual. Los autores tomaron en cuenta la escritura de metáforas, técnicas de enfoque sensorial y de respiración debido a que el esposo presentaba cuadros de ansiedad (principalmente sexual) y depresión mixta, y la esposa tenía antecedentes de trastorno obsesivo-compulsivo; en cambio, en el presente caso prevalecían niveles de estrés por trabajo, conductas impulsivas y dificultad de autorregulación emocional, por lo cual se trabajó el entrenamiento en imaginación guiada y técnica del semáforo, además, la lectura y reflexión de metáforas de ATC para abordar disfunciones cognitivas, resultando ser una actividad útil para los pacientes.

Collado (2015) en su abordaje clínico con una pareja de nacionalidad española ilustra un tratamiento cognitivo-conductual durante un año con sesiones semanales, que incorporó terapia individual y en pareja con el propósito de cambiar la base relacional de los esposos, en donde trabajaron con psicoeducación, motivación hacia el cambio, intercambio de reforzadores (“pille a su pareja haciendo algo agradable”, “el día del amor” y “la caja de los deseos”), modificación de pensamientos disfuncionales, tiempo fuera, comunicación asertiva y empática (“el 1% de razón” y “dos elogios por cada crítica”), ejercicio la lista de odios, agradecimientos y te quiero enfocada en la verbalización de emociones, moldeamiento y role-playing, solución de problemas y negociación; la mayoría de las técnicas concuerda con el presente estudio, a excepción de la técnica de tiempo fuera explicada anteriormente (aumento de pasividad en los paciente frente a los problemas) y el uso de algunos ejercicios de reforzadores. Por otro lado, existen diferencias en cuanto al tratamiento individual debido a que los pacientes presentaban patologías individuales: esposo diagnosticado de depresión mayor y mujer con trastorno de la personalidad de tipo anancástica; mientras que, en el presente caso no existía patología en los miembros de la pareja. Igualmente, se difiere respecto a los ejercicios para trabajar la asertividad y

verbalización de emociones, ya que en nuestro caso la comunicación asertiva se enfocó en la expresión de desacuerdos, realización de peticiones y entrenamiento en decir «no», y para mejorar la expresión emocional se aplicó la técnica gestáltica asuntos inconclusos pues prevalecía dificultad para perdonar al compañero.

En otros trabajos proponen un abordaje integral para los problemas maritales, por ejemplo, Fuentes (2013) en un matrimonio de nacionalidad española conformado por una mujer de 45 años y varón de 50 años, utilizó un modelo de atención integrativo realizado en 6 sesiones, emplearon: la *terapia sistémica* con el fin de incluir a ambos miembros de la pareja en todas las sesiones del tratamiento y realizar un trabajo conjunto; el *modelo conductual* enfocado en la planificación del tiempo libre en pareja y habilidades de comunicación; y el *psicoanálisis* para la práctica del silencio terapéutico con la finalidad de que los pacientes hablen y expresen sentimientos. Los profesionales trabajaron el silencio terapéutico, puesto que, el matrimonio reflejaba resistencia al diálogo y únicamente hablaban sobre el trabajo o sus hijas, por lo contrario, en este estudio la comunicación era hostil por lo que se aplicaron técnicas de asertividad bajo un enfoque cognitivo-conductual.

Igualmente, Martínez (2017) propuso una intervención integrativa a una pareja de procedencia colombiana conformada por una mujer de 50 años y hombre de 59 años, llevada a cabo durante 8 sesiones semanales, basada en: *terapia narrativa* enfocada en la deconstrucción, externalización y exploración de historias alternativas, y perspectiva terapéutica *contextual-relacional* para la transformación de hechos, ya que, en este caso los problemas conyugales implicaron violencia física; el abordaje terapéutico difiere del empleado en nuestro trabajo debido a la demanda marital, no obstante, apoya la relevancia del modelo integrativo en casos de pareja dada su flexibilidad en función del motivo de consulta.

En base a lo descrito y la bibliografía antes expuesta, se concluye que las terapias de corte cognitivo-conductual, y el abordaje integrativo son utilizadas con mayor frecuencia para atender los distintos problemas asociados con el vínculo conflictivo, aspectos individuales y psicosociales. Y están destinadas en trabajar: pensamientos disfuncionales,

intercambio de reforzadores, tiempo de calidad en pareja, habilidades de comunicación y resolución de conflictos, y aumento de conocimientos a través de la psicoeducación; también, se evidencia que la elección de los modelos de intervención dependerá de las características de la demanda referida.

Por último, para evaluar la eficacia de la terapia se aplicaron dos métodos: cuantitativo y cualitativo, que incluyeron entrevistas, ficha de observación y aplicación de test pre-intervención y post-intervención, además, se realizó dos sesiones de seguimiento al mes y después de tres meses; frente a los resultados obtenidos se puede afirmar que en lo cualitativo se consiguió el objetivo principal de la intervención, que era mejorar la interacción y la calidad del vínculo afectivo, evidenciándose un cambio a nivel cognitivo respecto a generalizaciones, lectura mental y expectativas caracterizadas por los “deberías” en torno al comportamiento de la pareja y el vínculo marital, para lo cual se trabajó con la técnica de reestructuración cognitiva ABCDE (Ellis, 1957), psicoeducación, experimentos conductuales y diálogo socrático de la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP) (Baucom y Epstein, 1990), y metáforas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) (Hayes, 1984).

A más de ello, se identificó un cambio conductual al emplear técnicas cognitivo-conductuales (Baucom y Epstein, 1990) como el contrato conductual, control estimular, resolución de problemas y comunicación asertiva que permitieron disminuir comportamientos hostiles e impulsivos y empatizar respecto a las necesidades sexuales del compañero; también, se redujo el intercambio negativo en la pareja a través de técnicas de la TCCP (Baucom y Epstein, 1990) como el ejercicio “caja de los deseos”, registro de reforzadores positivos y planificación del tiempo que favorecieron el intercambio de: elogios, detalles, mensajes, abrazos y actividades en pareja, refiriendo mayor satisfacción con la expresión de afecto.

A nivel emocional, se logró mejorar el clima relacional y emocional de la pareja mediante la Psicoterapia Gestáltica (Perls et al., 1951) que incluyó la técnica de asuntos inconclusos, ritual de despedida y danza terapéutica en pareja, además de, la técnica del

perdón y alternativas para trabajar el pasado que forman parte de la TCCP (Baucom y Epstein, 1990) que disminuyeron sentimientos de: tristeza, enojo, apatía y resentimiento; adicional, se incrementó la responsabilidad respecto a que el funcionamiento de la relación depende de las dos partes empleando las técnicas «como si el otro nunca hubiera ido a terapia» de la TCCP (Baucom y Epstein, 1990) y «haciéndome responsable» de la Psicoterapia Gestáltica (Perls et al., 1951). De igual manera, se evidenció una mejoría en la correulación emocional, ya que, a través de la psicoeducación sobre las emociones, técnica del semáforo y entrenamiento en imaginación guiada de la TCC (Beck y Freeman, 1995) los pacientes aprendieron a gestionar el estrés y enojo frente a situaciones conflictivas incrementando la armonía de la pareja.

Asimismo, existe una mejoría respecto a las dificultades económicas y en la organización del cuidado de los hijos, puesto que, los pacientes aprendieron a generar nuevas alternativas de solución respecto a temas relacionados con el hogar a través de la técnica de solución de problemas y psicoeducación acerca de la crianza positiva basadas en la TCCP (Baucom y Epstein, 1990).

Sumado a ello, los pacientes indicaron que entre las técnicas que les resultaron más útiles y agradables fueron: comunicación asertiva, solución de problemas, organización del tiempo, intercambio de reforzadores, asuntos inconclusos, danza terapéutica y entrenamiento en imaginación guiada.

No obstante, en lo cuantitativo no se obtuvieron cambios significativos en aspectos relacionados con la comunicación asertiva y resolución de conflictos en el ámbito de pareja que se trabajaron mediante la psicoeducación sobre las habilidades de comunicación, técnicas de asertividad y de solución de problemas de la TCCP (Baucom y Epstein, 1990), sin embargo, los objetivos establecidos respecto a estas áreas no se alcanzaron en su totalidad, lo que se vio influido debido al cambio laboral de la esposa que ha limitado el espacio para dialogar asertivamente y ha incrementado actitudes sutiles de hostilidad al no poder comunicar desacuerdos; también, las respuestas de los tests aplicados pudieron verse sesgadas ya que los pacientes presentaron una nueva problemática que no habían

tratado antes lo que generó apatía hacia la pareja. A pesar de ello, es importante resaltar que existe una mejoría en comparación al inicio de la intervención, ya que los pacientes se muestran más asertivos, empáticos, abiertos a peticiones y a solucionar los problemas.

De igual manera, los estudios mencionados previamente han obtenido resultados positivos ante la aplicación de la terapia con enfoque integrativa, Fuentes (2013) tras analizar los resultados de intervención mediante una entrevista semiestructurada y seguimiento de tres meses identificó mayores niveles de satisfacción y calidad de la relación conyugal, resultando útil para los pacientes compartir tiempo en pareja y mantener un diálogo asertivo.

Además, las intervenciones cognitivas-conductuales favorecen una mejoría del funcionamiento conyugal, al respecto Collado (2015) valoró los objetivos alcanzados en base al modelo cognitivo-conductual mediante entrevistas y un seguimiento mensual durante tres meses, encontrando un incremento de habilidades de comunicación asertiva, tiempo en pareja, expresión emocional, negociación y toma de decisiones. Garcés (2020) realizó un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, encontrando que el intercambio de conductas positivas y gratificantes, las estrategias de resolución de conflictos y de comunicación asertiva fueron las más útiles para la pareja. Y Sarma et al. (2016) evidenció que las técnicas para resolver problemas resultaron las más eficientes para reducir los conflictos y sentimientos de enojo.

A más de ello, la literatura expone que en el abordaje de problemas de pareja la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) permite a las parejas superar esquemas disfuncionales y alcanzar soluciones basadas en las demandas y valores de ambos compañeros, venciendo sus limitantes cognitivas y emocionales, y estableciendo una relación saludable (Lev y McKay, 2018). También, la Psicoterapia Gestáltica permite que la pareja se sitúe en el presente y logre sanar emocionalmente en casos donde resalta una dificultad para perdonar (Rosales-Sarabia et al., 2018), corroborando esta información con lo obtenido en esta intervención.

En general, los estudios defienden la eficacia de la terapia integrativa basada en diversos modelos terapéuticos en función de la demanda de la pareja, reportando mayor eficacia la Terapia de pareja Cognitivo-Conductual (TCCP); los resultados del presente trabajo demuestran que la perspectiva integral es efectiva para el tratamiento de problemas en la relación de pareja, pues con la TCCP se logró la modificación de conductas desadaptativas debido a la rigidez cognitiva inicial de los pacientes, en conjunto con la TAC fue posible la disminución de creencias irracionales; del mismo modo, la terapia gestáltica tuvo un papel fundamental, dado que, permitió trabajar el perdón que era la base del origen de la relación conflictiva. De esta forma, una terapia integrativa permite enfocar la intervención terapéutica considerando las necesidades de los miembros de forma flexible para obtener cambios positivos.

Finalmente, los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, diagnóstico e intervención del presente trabajo de integración curricular suponen una nueva evidencia y aportación a la literatura científica existente sobre el tratamiento de problemas en la relación de pareja, puesto que, brinda un aporte teórico y práctico referente a futuros tratamientos psicológicos dirigidos a parejas que se encuentran en conflicto.

El presente estudio presentó algunas limitaciones, entre ellas destaca: la dificultad de haber realizado un tratamiento y seguimiento a largo plazo, la alta demanda laboral de los pacientes dificultó la realización de tareas fuera de sesión, y el impedimento de dar respuesta a la nueva problemática de la pareja.

Conclusiones

En el presente estudio de caso clínico, se concluye lo siguiente:

La evaluación a través del método cuantitativo y cualitativo permite determinar problemas individuales y de pareja; además de, analizar la dinámica entre los miembros, siendo las variables claves de exploración el ajuste diádico, estilos de comunicación y creencias irracionales.

Respecto al proceso diagnóstico se concluye que el establecimiento de los tres niveles: presuntivo, diferencial y definitivo, así como, el uso del modelo de diagnóstico diferencial permiten llegar a un diagnóstico adecuado y descartar patologías individuales que puedan afectar la relación marital; además, las características y sintomatología presentes en los conflictos de pareja concuerdan con los manuales diagnósticos, y su identificación permite, por una parte, clasificar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales desencadenantes de los conflictos, y por otra, orientar el plan de tratamiento.

El proceso de intervención terapéutica obtuvo resultados evidenciables cuantitativa y cualitativamente notándose un incremento en la armonía de la pareja, conductas gratificantes, correulación emocional y modificación de conductas; además, disminuyeron los pensamientos disfuncionales, comportamientos hostiles, afectividad negativa, y mejoró el clima relacional y calidad del vínculo afectivo. También, existe una mejoría en cuanto a las dificultades económicas y cuidado de los hijos. Respecto a las estrategias de comunicación y de afrontamiento, pese a que no ha habido un cambio por completo, existe una mejoría considerable en comparación al inicio de la terapia, pues los pacientes se muestran más asertivos, empáticos, predispuestos al diálogo y a la resolución de conflictos; sin embargo, representan áreas que deben continuar trabajando.

Y finalmente, la utilización de la terapia de enfoque integrativo resulta ser un modelo eficaz para trabajar con parejas que se encuentran en una relación conflictiva, puesto que, en estos casos existe un deterioro funcional a nivel conductual, cognitivo y afectivo, por lo tanto, el uso de estrategias terapéuticas integradas brinda al clínico mayor flexibilidad en beneficio de los pacientes, y favorece la consecución de resultados positivos.

Recomendaciones

En base a las conclusiones descritas previamente, se sugieren las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones:

La aplicación de instrumentos psicológicos, entrevistas clínicas y registros de observación que permitan integrar un análisis cualitativo y cuantitativo de los síntomas y dificultades de los pacientes; además, de las variables de evaluación expuestas, se recomienda el análisis de: predisposición al cambio, estrategias de resolución de conflictos, intercambio de reforzadores, y características individuales de los pacientes como rasgos de personalidad que puedan estar afectando el vínculo afectivo.

Incluir dentro del proceso diagnóstico los niveles: presuntivo, diferencial y definitivo, al igual que, el modelo de diagnóstico diferencial, de modo que, se pueda establecer un listado de problemas maritales, descartar trastornos individuales y otras situaciones de la pareja; adicional, tomar en cuenta el diagnóstico establecido por los manuales (CIE-10 y DSM-5) para los conflictos entre esposos, ya que favorece la clarificación de la demanda de los pacientes, y a su vez, orienta el plan de intervención.

Para futuras terapias de pareja es recomendable emplear una intervención terapéutica desde un enfoque integrativo en función de las necesidades individuales y de pareja, al igual que, incluir una terapia cognitiva-conductual que cuenta con una amplia evidencia; en caso de identificar patologías o problemas personales establecer un plan de tratamiento psicológico individual.

Finalmente, en base a la experiencia con el caso trabajado, se recomienda que se realice un tratamiento y seguimiento a largo plazo, de forma que se pueda dar respuesta a las distintas problemáticas de la pareja y valorar la persistencia del cambio, al igual que, tras finalizar el tratamiento terapéutico se incentive a los pacientes a continuar con la práctica de las técnicas para trabajar las áreas que requieran continuarse trabajando, como por ejemplo: estrategias de comunicación y de afrontamiento para la resolución de futuros problemas maritales.

Referencias

- Aguaded, M., y Valencia, J. (2017). Estrategias para potenciar la inteligencia emocional en educación infantil: Aplicación del modelo de Mayer y Salovey. *Tendencias Pedagógicas*, (30), 175-190.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6164814>
- Ahmadi, Z. (2017). Role of Personality Characteristics and Family Communication Patterns in Predicting Couple Burnout among Employee in Iranian Oil Terminals Co. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 4(3), 20-27.
<https://doi.org/10.22037/ijabs.v4i3.12799>
- Alcázar, D., y Hernández-Brussolo, R. (2018). Intervención Conductual-Contextual para paciente con problema de fase de vida: ruptura de relación de pareja. *Revista de Psicología y Ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 9(2), 95-108. <https://doi.org/10.29365/rpcc.20181207-73>
- Alvarez, H. (2020). Intervención contextual en un caso de problemas emocionales tras ruptura de pareja. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 8(1), 37-53.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7847213>
- Alvarez, H., y Contreras, A. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 5-14.
<http://www.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/39>
- Amador, J., González, V., y Pérez, G. (2021). Disminución de conductas disruptivas en clases usando técnicas conductuales, deporte y motivación. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 7(1), 68-85.
<https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.7.1.2021.332.68-85>
- Amaya, C. (2014). *Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el cuestionario Salamanca* [Tesis de doctorado, Universidad de Salamanca]. Repositorio Documental Gredos. <http://hdl.handle.net/10366/127314>

- Araujo, J. (2017). Actividades abiertas con vacío de información y juegos de roles en la enseñanza de la expresión oral en lengua extranjera. *Íkala, Revista de Lenguaje y Cultura*, 22(3), 404-425. <https://doi.org/10.17533/udea.ikala.v22n03a03>
- Arboleda, M., y Urbina, I. (2021). Terapia de Aceptación y Compromiso y uso de metáforas para promover flexibilidad psicológica. *Indagare*, (9), 1-9. <https://doi.org/10.35707/indagare/902>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Augustin, L., y Bandeira, C. (2020). Postura e intervenções do gestalt-terapeuta frente à violência psicológica contra a mulher por parceiro íntimo. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26, 449-459. <http://dx.doi.org/10.18065/2020v26ne.9>.
- Ayala, R., y Rodríguez, M. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso y Terapia Gestalt: Factores de Convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 263-278. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>
- Barajas, M., y Cruz, C. (2017). Ruptura de la pareja en jóvenes: factores relacionados con su impacto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 342-352. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775008>
- Baucom, D., & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. Brunner/Mazel.
- Baucom, D., & Fischer, M. (2019) Cognitive Behavioral Couple Therapy. In J. Lebow., A. Chambers., & D. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp.489-497). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_106
- Beck, A., y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Paidós.
- Beltrán, L., y Sepúlveda, R. (2018). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual combinada con técnicas de la entrevista motivacional en bulimia nerviosa: un estudio de caso. *Información psicológica*, (116), 95-111. <dx.medra.org/10.14635/IPsic.2018.116.7>

- Beltrán, M., y Montoya, E. (2019). Perdón y reconciliación desde los alabaos en las comunidades afros del Pacífico colombiano. *El Ágora USB*, 19(1), 19-34. <https://doi.org/10.21500/16578031.4121>
- Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*, 2(3), 1-12. <https://doi.org/10.32872/cpe.v2i3.2741>
- Borrego, A., y Gualdrón, E. (2021). Genograma y ecomapa: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, 10(1), 44-60. <https://doi.org/10.38017/23228040.744>
- Box, S. (2020). Revisión bibliográfica. Análisis de la efectividad de la entrevista motivacional en personas con obesidad adultas. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 17(106), 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7474868>
- Canabal, C., y Margalef, L. (2017). La retroalimentación: La clave para una evaluación orientada al aprendizaje. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 21(2), 149-170. <https://doi.org/10.30827/profesorado.v21i2.10329>
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M., Lahortiga-Ramos, F., & García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(2), 137-144. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730456003.pdf>
- Carbonell, N., Cerezo, F., Sánchez, S., Méndez, I., y Ruiz, C. (2019). Programa de convivencia e Inteligencia Emocional en Educación Secundaria. *Creatividad y sociedad: revista de la Asociación para la Creatividad*, (29), 62-82. <https://www.researchgate.net/publication/330728808>
- Carmona, D. (2021). Terapia Gestalt. Recopilación metodológica. *Know and Share Psychology*, 2(2), 61-83. <https://doi.org/10.25115/kasp.v2i2.3690>
- Carrasco, M. (1998). *ASP A Cuestionario de Aserción en la Pareja. Manual (2da edición, revisada y ampliada)*. TEA Ediciones. S.A.

- Castillo, R., Vanega, S., y Sosa, M. (2018). Expresión de ira, satisfacción en la relación de pareja y bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 1006-1008. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep>
- Cheme-Villamar, M., y Giniebra-Urra, R. (2022). Eficacia y eficiencia de la terapia racional emotiva para afrontamiento de riesgos psicosociales por teletrabajo. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 5(9), 20-37. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0052>
- Chen, Y., & Hu, D. (2021). Gender Norms and Marriage Satisfaction: Evidence from China. *China Economic Review*, 68, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.chieco.2021.101627>
- Christensen, A., & Doss, B. (2017). Integrative Behavioral Couple Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 111-114. <https://doi.org/10.1016%2Fj.copsy.2016.04.022>
- Collado, R. (2015). La terapia de pareja donde uno de los miembros sufre un trastorno psiquiátrico. Un caso clínico. *Clínica Contemporánea*, 6(3), 193-204. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2015a17>
- Collison, K., & Lynam, D. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102047>
- Corrales, A., Quijano, N., y Góngora, E. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29251161005>
- Dalsmo, S., Meland, E., Brekke, M., Tschudi, G., Thuen, F., & Mildestvedt, T. (2021). Couple relationship problems—a task for the general practitioner? A cross-sectional survey from Norway. *Family Practice*, 38(2), 115-120. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa093>
- De la Serna, J. (2018). El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica. En J. De la Serna (Ed.), *Entrenamiento en habilidades básicas del psicólogo clínico-sanitario: Descubre*

- cómo empezar en el ámbito de la Salud Mental (pp. 58-77). Babelcube Inc.
<http://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.13508028>
- De Longis, A., & Zwicker, A. (2017). Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Current Opinion in Psychology*, 13, 158-161.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.003>
- Delgado-Correa, J., Perdomo-Escobar, S., y Ordoñez-Riaño, S. (2022). Efecto de la terapia conductual integrativa sobre parejas homosexuales en conflicto. *Revista Enfoques*, 4(1), 54-78.
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/EFQ/article/view/837>
- Early, B., y Grady, M. (2017). Embracing the Contribution of Both Behavioral and Cognitive Theories to Cognitive Behavioral Therapy: Maximizing the Richness. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 39-48. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0590-5>
- Eidelson, R., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 715-720. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.5.715>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Epstein, N., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004>
- Espinosa, V., Salinas, J., y Santillán, C. (2017). Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 27-35.
<https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.001>
- Feixas, G., Erazo-Caicedo, M., Lewis, S., & Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 386-400. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9149-7>
- Feixas, G., Muñoz, D., Dada, G., Compañ, V., y Arroyo, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 273-287. <http://hdl.handle.net/2445/55283>

- Felix, M., Ferreira, M., de Oliveira, L., Barichello, E., Pires, P., y Barbosa, M. (2018). Terapia de relajación con imagen guiada en relación a la ansiedad preoperatoria: ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2850.3101>
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D., Fernández-Perrone, A., Jiménez, A., Albert, J., López-Martín, S., Calleja-Pérez, B., Tirado, P., y López-Arribas, S. (2018). Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*, 66(1), 103-7. <https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/bts01s103.pdf>
- Ferreiros, L., & Clemente, M. (2022). Dark personality and intimate partner relationships in young adults. *Acta Psychologica*, 225, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103549>
- First, M. (2017). *DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial*. Editorial Médica Panamericana.
- Fischer, D., & Fink, B. (2014). Clinical Processes in Behavioral Couples Therapy. *Psychotherapy*, 51(1), 11-14. <https://doi.org/10.1037/a0033823>
- Frómeta, A., Sánchez, S., Maya, M., Jara, J., y Valarezo, D. (2017). El método Clínico: Perspectivas actuales. *Bionatura*, 2(1), 255-260. 10.21931/RB/2017.02.01.8
- Fuentes, G. (2013). *Terapia de pareja: un estudio de caso* [Tesis de maestría, Universidad de Almería]. Repositorio Institucional UAL. <http://hdl.handle.net/10835/2238>
- Garcés, J., Labra, P., y Vega, L. (2020). La retroalimentación: una estrategia reflexiva sobre el proceso de aprendizaje en carreras renovadas de educación superior. *Cuadernos de Investigación Educativa*, 11(1), 37-59. <https://doi.org/10.18861/cied.2020.11.1.2942>
- Garcés, V. (2020). Análisis de un conflicto de pareja. *ResearchGate*, 1-10. <https://www.researchgate.net/publication/338659370>
- García, S., Nair, G., y Ollivier, G. (2021). La confluencia en la pareja y el desarrollo individual: qué es y cómo intervenir. *Integración Académica en Psicología*, 9(25), 39-47

<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2022/02/Integracion-Academica-en-Psicologia-V9N27.pdf#page=42>

- Garrido-Macías, M., Valor-Segura, I., y Expósito, F. (2017). ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.001>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., Ruiz-Torres, M., Collado, E., y Cano-Vindel, A. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- González-Terrazas, R., y Froxán, M. (2021). Saber qué y saber cómo. Una propuesta explicativa de tres técnicas terapéuticas empíricamente validadas. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(3), 1-16. <https://doi.org/10.5093/cc2021a22>
- Gutiérrez-Segura, J., y Ocampo-Serna, S. (2021). Psicodrama como terapia en trauma y estrés postraumático. *Revista Médica de Risaralda*, 27(1), 76-84. <https://doi.org/10.22517/25395203.24656>
- Habigzang, L., Gomes, M., y Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.
- Hayes, S. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110. <https://contextualscience.org/files/Hayes%201984.pdf>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (1 de mayo de 2022). *Registro Estadístico de Matrimonios y Divorcios*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/matrimonios-divorcios/>
- Jurado, M. (2017). Una mirada introductoria a la terapia de aceptación y compromiso. *Griot*, 10(1), 70-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047995>
- Krämer, C., Valls, G., Condeza, M., y Vío, D. (2018) Terapia de pareja desde una mirada relacional en múltiples niveles: Análisis de un caso. *Revista de Familias y Terapias*, (45), 21-37. <https://doi.org/10.29260/DFYT.2018.45A>
- Labrador, F. (Coord.). (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja. Evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.
- Larios-Jiménez, F., González-Ramírez, L., Montes-Delgado, R., González-Betanzos, F., Morán-Mendoza, A., Solano-Murillo, P., Ocegüera-Villanueva, A., Montero-Ramírez, M., y Daneri-Navarro, A. (2018). Eficacia de las técnicas de relajación en la disminución de tensión, ansiedad y estrés percibidos por pacientes con cáncer bajo tratamiento de quimioterapia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 17, 93-99. <http://dx.doi.org/10.24875/j.gamo.M18000138>
- Lemes, C., y Ondere, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Lev, A., y McKay, M. (2018). *Terapia de aceptación y compromiso para parejas. Guía clínica para utilizar Mindfulness, Valores y Consciencia de los Esquemas Mentales para reconstruir las relaciones*. Desclée De Brouwer.
- López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D., y Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1-9. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e94.pdf>
- Lorenzo, J., Singh, R., & Barry, R. (2019) Positive Reinforcement in Couples and Families. In J. Lebow., A. Chambers., & D. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 2247-2251). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_49

- Lozano-Segura, M., Manzano-León, A., Casiano, C., y Aguilera-Ruiz, C. (2017). Propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 45-55. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852544005>
- Marín, F., Colina, E., y Duque, I. (2019). Danza terapéutica y ejercicio físico. Efecto sobre la fibromialgia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.3>
- Martínez, J. (2020). Relevancia De Las Sesiones Individuales En Un Caso De Terapia De Pareja. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 367-379. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.396>
- Martínez, L. (2017). Construyendo paz en pareja: una propuesta de intervención integrativa de la terapia narrativa con enfoques feministas y contextuales-relacionales. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (24), 149-176. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i24.4543>
- Mendoza, L., Gallardo, R., Castillo, D., Castrillo, T., Zamora, A., y Montes, F. (2019). Causas y consecuencias de la violencia en el noviazgo: una mirada de los jóvenes universitarios de la ciudad de Tarija, Bolivia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 283-316. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612019000200004&script=sci_abstract&lng=pt
- Monestés, J., & Hayes, S. (2022). Evolutionary Principles in Psychotherapy: An Integrative Framework for Clinical Practice. *Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)*, 1, 225-241. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00079-0>
- Moore, P., Pavié, J., Véjar, L., y Corvalán, M. (2017). Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 193-200. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300193>
- Moura, G., dos Santos, B., da Silva, J., & de Melo, L. (2019). Testes psicológicos: a aplicabilidade na avaliação psicológica de crianças em situação de disputa de

- guarda. *Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais - UNIT - ALAGOAS*, 5(3), 63-74. <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/6228>
- Navarro, N. (2020). Terapia de aceptación y compromiso aplicada a un caso de tricotilomanía. *Psicología Conductual*, 28(1), 137-159. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Navarro_28-1.pdf
- Neufeld, C. (2019). Psicoterapia integrativa: história, pressupostos y futuro entrevista con Héctor Fenández-Álvarez. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 156-163. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20190022>
- Ordaz, K., y Vidales, M. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-71. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art17.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Revista de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología*, 5(15), 4-11. <https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos>
- Palacios, L., y Pinto, B. (2021). Proceso de ruptura amorosa en un joven de 23 años de la Ciudad de La Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 19(2), 350-382. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612021000200005&script=sci_arttext
- Pérez, A., Rubio, V., y Gómez, M. (2007). *Cuestionario Salamanca (versión 2007) para el Screening de Trastornos de la Personalidad*. Sociedad Española para el estudio de los trastornos de la personalidad. https://seetp.org/materiales/Cuestionario_Salamanca.pdf

- Pérez, N. (2020). Protocolo de intervención multicomponente para pacientes adultos con un problema de dependencia a la cocaína. *Revista de criminología, psicología y ley (Cripsiley)*, (3), 129-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8419566>
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (1951). *Terapia gestalt: excitacion y crecimiento de la personalidad humana*. La Sociedad de Cultura Valle Inclán.
- Quintana, D., Cardona, L., Bolívar, M., y Higueta, P. (2020). Pareja y familia. Construcciones en contexto. *Poiésis*, (38), 43-62. <https://doi.org/10.21501/16920945.3554>
- Quispe-Arroyo, A. (2020). Método Socrático en el Aprendizaje Activo de Filosofía de las Estudiantes de Educación-UNSCH 2019. *Revista Tecnológica-Educativa Docentes 2.0*, 9(2), 16-23. <https://doi.org/10.37843/rted.v9i2.136>
- Ramírez, E., Mayorga, M., y Salinas, P. (2020). Asertividad una forma de prevención de riesgo de violencia en la Parroquia de Santa Rosa de la Provincia de Tungurahua. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 9(2), 93-110. <https://doi.org/10.48204/j.centros.v9n2a6>
- Redondo, C., y Agudelo, E. (2017). Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos en cutters adolescentes: un estudio de casos. *UNACIENCIA. Revista de Estudios e Investigaciones*, 10(19), 34-59. <https://revistas.unac.edu.co/ojs/index.php/unaciencia/article/view/175>
- Rocha-Nieto, L., Herrera-Delgado, C., y Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61-81. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.53610>
- Rodríguez, C., Echeverría, L., Martínez, K., y Morales, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 3(1), 16-37. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.1.03>

- Rodríguez, T., y Rodríguez, Z. (2020). Intimidad y relaciones de pareja durante la pandemia de la COVID-19 en Guadalajara. *Espiral (Guadalajara)*, 27(78-79), 215-264.
<https://doi.org/10.32870/eees.v28i78-79.7206>
- Rodríguez-Rodríguez, T., Fonseca-Fernández, M., Valladares-González, A., y López-Angulo, L. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. Cienfuegos. Cuba. *MediSur*, 18(3), 368-380.
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4671>
- Rosales-Sarabia, R., Aragón, S., Martínez, L., y Méndez, M. (2018). Perdón y Resentimiento hacia la Pareja: Desarrollo y Validación de Dos Escalas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(47), 141-156.
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459655209011/html/>
- Rosales-Sarabia, R., Rivera, S., Reidl, L., y García, M. (2018). Perdón y Resentimiento hacia la Pareja: Desarrollo y Validación de Dos Escalas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(47), 141-156.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.10>
- Rubio, S., Martín, S., y Rubio, S. (2019). Aspectos metodológicos de la instrumentalización de la recogida de datos primarios y sus consideraciones éticas en la investigación clínica. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, (76), 21-26.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7103590>
- Salas, N., García, V., Zapata, L., y Díaz, O. (2020). Intervenciones en violencia de género en pareja: Artículo de Revisión de la Literatura. *Revista Cuidarte*, 11(3), 1-30.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.980>
- Sánchez, A., y Santana, M. (2020). Desarrollo afectivo, cognitivo y relacional de un usuario de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(1), 115-126.
<https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/95>

- Sánchez, J., Artica, M., y Valdiviano, C. (2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima. *Revista ECIPerú*, 14(2), 128-135. <https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2017.0015/>
- Sánchez, S. (2012). Una pareja que baila y la psicoterapia con-mueve: caso clínico. *Psicoterapia y Familia*, 25(1), 50-55.
- Santillanes, N. (2021). Relación entre violencia y depresión en mujeres migrantes a través de las experiencias en los servicios de atención. *Salud Colectiva*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3054>
- Sharma, D., Nadeem, M., & Ahmed, M. (2016). Cognitive Behavior Marital Therapy in Distressed Couple: A Case Report. *International Research Journal of Interdisciplinary & Multidisciplinary Studies (IRJIMS)*, 2(11), 155-161. <https://oaji.net/articles/2017/1707-1483695579.pdf>
- Spanier, G. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stange, I., Ortega, A., Moreno, M., y Gamboa, C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, (29), 7-22. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002
- Sungur, M., & Giami, A. (2021). Between couple therapy and sex therapy: A cognitive behavioural approach. A conversation with Dr Mehmet Sungur. *Sexologies*, 30(1), 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.012>
- Suarez, M. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n1/v16n1_a10.pdf
- Taggart, T., Bannon, S., & Hammett, J. (2019). Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating

- couples. *Personality and Individual Differences*, 139, 281-289.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.036>
- Tena-Hernández, F. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM Revista Científico-Sanitaria*, 4(3), 36-45.
https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf
- Torales, J. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento del Trastorno de Excoriación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 587-592.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7786609>
- Urbano-Contreras, A., Iglesias-García, T., y Martínez-González, R. (2019). Diseño y validación de la Escala del Tiempo Compartido en la Pareja (TCP). *Psychology, Society, & Education*, 11(2), 165-175. 10.25115/psye.v10i1.1909
- Villavicencio, C., y Jaramillo, J. (2020). Desgaste emocional en la convivencia afectiva de pareja. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(1), 58-66. <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2020.ene-jun.6>
- Waddell, N., Overall, N., Chang, V., & Hammond, M. (2021). Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown: Implications for relationship problems and satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(6), 1759-1781.
<https://doi.org/10.1177%2F0265407521996476>
- Wilson, K., y Luciano, M. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Ediciones Pirámide.
- Zúñiga, E., y Rodríguez, A. (2021). Trastorno obsesivo compulsivo de orientación sexual, intervenciones cognitivo-conductuales. *Ibn Sina – Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v12i1.878>