



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Relación entre los conflictos en la pareja y los síntomas
de depresión en el noviazgo. Evaluación desde la
perspectiva cognitivo conductual.

T E S I S

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LESLIE SOFÍA CUREÑO HERNÁNDEZ

DIRECTORA: MTRA. QUETZAL NATALIA GALÁN LÓPEZ

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

SINODALES: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA

MTRA. KARLA SUÁREZ RODRÍGUEZ



Ciudad Universitaria, CDMX, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Agradezco al jurado asignado, al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Mtra. Karla Suárez Rodríguez y Dra. Angélica Juárez Loya, por su tiempo y sus valiosas observaciones para este trabajo.

A la Mtra. Quetzal Natalia Galán López, agradezco su orientación y apoyo para realizar este proyecto, así como sus valiosas enseñanzas y su presencia para ser mejor profesionalista.

Este proyecto fue realizado gracias al apoyo financiero otorgado por la Beca de Titulación Egresados de Alto Rendimiento.

Índice

Resumen	5
Introducción.....	6
Depresión	8
Antecedentes	8
Síntomas y clasificación	9
Epidemiología.....	11
Etiología de la depresión.....	14
Teoría neurobiológica.....	15
Factores ambientales.....	17
Teoría Cognitiva.....	18
Terapia cognitivo conductual para la depresión	23
Relaciones de pareja	26
Definición	26
Teoría evolutiva	27
Conflictos en la pareja	28
Terapia cognitivo conductual para parejas.....	33
Estrategias de afrontamiento	37
Definición y antecedentes.....	37

Estrategias de afrontamiento en parejas	41
Planteamiento del problema y justificación	45
Pregunta de investigación.....	52
Objetivos	52
Definición conceptual y operacional de variables.....	53
Tipo de diseño	55
Método	55
Participantes.....	55
Instrumentos.....	56
Procedimiento	59
RESULTADOS	61
DISCUSIÓN	80
Limitaciones	90
Referencias	91
Anexo 1	122
Anexo 2.....	127
Anexo 3.....	128
Anexo 4.....	130

Resumen

La depresión es un problema grave de salud pública a nivel mundial con consecuencias adversas para la salud física y mental de las personas. En México por lo menos la mitad de los casos de trastornos mentales se presentan antes de los 21 años (Medina-Mora et al., 2007), por lo que los jóvenes son una importante población de riesgo.

Se estudió la relación entre la sintomatología depresiva y las variables: conflictos en la pareja, estrategias de afrontamiento y pensamientos negativos automáticos, con el objetivo de contribuir con una breve aportación descriptiva desde un enfoque preventivo. La muestra consistió en 111 estudiantes universitarios de 18 a 25 años en una relación de pareja comprometida.

Los resultados indicaron que el conflicto de pareja *infidelidad y celos* ($r=.282$), la estrategia de afrontamiento *evitación* ($r=.471$) y la distorsión cognitiva *sobregeneralización* ($r=.791$) son las variables más asociadas con los síntomas depresivos. Las variables independientes predictoras de los síntomas depresivos fueron las distorsiones cognitivas *sobregeneralización* ($\beta=.506$) e *interpretación del pensamiento* ($\beta=.244$), el *distrés* ($\beta=.225$) y la estrategia de afrontamiento *evitación* ($\beta=.105$).

En conclusión, el tipo de conflictos que presentan las parejas, así como su frecuencia, no son componentes suficientes para detonar sintomatología depresiva, sin embargo, la manera en que piensan y actúan ante el conflicto determinarán en gran medida si se desarrolla la condición.

Relación entre los conflictos en la pareja y los síntomas de depresión en el noviazgo. Evaluación desde la perspectiva cognitivo conductual.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la depresión se considera un problema grave de salud pública debido a que este trastorno puede llegar a ser motivo de discapacidad para las personas que lo presentan, padeciendo síntomas a nivel cognitivo, emocional, conductual y somático. A nivel mundial la depresión es la cuarta causa de discapacidad; en México es la primera en las mujeres y la novena en los hombres (INEGI, 2015).

Debido a la relevancia epidemiológica que implica este trastorno, es necesario realizar investigaciones que aporten información relevante a su etiopatogénesis. En el presente estudio se consideraron las variables: conflictos en la pareja, estrategias de afrontamiento y pensamientos negativos automáticos, como agentes interrelacionados que pudieran desencadenar síntomas de depresión en los miembros de la pareja.

Los conflictos en las relaciones de pareja no se consideran necesariamente negativos, al contrario, son importantes para conocer los intereses y necesidades del otro, generando sentimientos de cohesión y compromiso, sin embargo, la manera en que las personas reaccionan y actúan ante los conflictos determinará en gran parte si la relación de la pareja es sana (Rivera et al., 2017). Se ha comprobado que las interacciones estresantes caracterizadas por conflictos hostiles son predictoras de síntomas de depresión en el futuro (Beach et al., 1990).

Las estrategias de afrontamiento son un repertorio conductual que las personas utilizan ante momentos de estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Las estrategias desadaptativas utilizadas durante los conflictos de pareja, como el involucramiento en conflictos destructivos y la evitación, contribuyen al desarrollo de la depresión (Hovanitz y Kozora, 1989).

Por último, los pensamientos negativos automáticos son una derivación de las distorsiones cognitivas, siendo éstos el nivel más superficial de la cognición, y se caracterizan por carecer de razonamiento lógico, son veloces y breves (Beck, 1967). Este tipo de pensamiento disfuncional contribuye al desarrollo de síntomas depresivos, aumentando así el número y frecuencia de los conflictos y su consecuente estado emocional negativo (Hamamci, 2005).

El modelo teórico utilizado en el presente trabajo fue el Cognitivo Conductual, debido a que existe evidencia empírica de su efectividad en los resultados de tratamiento para modificar creencias distorsionadas, e implementar habilidades de comunicación y resolución constructiva de problemas en parejas (Baucom y Epstein, 1990; Epstein y Baucom, 2002; Rathus y Sanderson, 1999).

Debido a que los síntomas depresivos representan una deficiencia en la calidad de vida de las personas, el presente estudio tuvo como principal objetivo explorar si las variables: a) conflictos de pareja, b) estrategias de afrontamiento y c) pensamientos negativos automáticos se relacionan con los síntomas de depresión en población joven, y así contribuir con una breve aportación desde un enfoque preventivo.

Depresión

Antecedentes

La palabra depresión proviene del latín *deprimere* (empujar hacia abajo). La historia de la depresión data de las épocas más antiguas, Hipócrates, en el siglo V a.C., propuso la famosa doctrina humorista, en la cual explica la enfermedad desde una perspectiva médica como un desequilibrio de los 4 humores del cuerpo humano (la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla). En específico, se consideraba que aquellos con un desequilibrio humoral de la bilis negra eran melancólicos o tristes, sensibles, pesimistas y pasivos (Zarragoitía, 2011), es decir, estaban inmersos en un estado patológico depresivo (Aguirre, 2008).

En la época del Medievo, Santo Tomás de Aquino (1225-1274) creía que la melancolía provenía de la posesión de demonios y espíritus astrales. De igual forma, se reconoció en la Edad Media a la melancolía como acedia, definida como un síndrome de tristeza, dejadez, inhibición, apatía, angustia y pereza (Aguirre, 2008).

En el siglo XVI la melancolía fue reconocida como enfermedad mental. Posteriormente, en el siglo XVIII, Wilhem Griesinger propuso el término *estados de depresión mental* refiriéndose a la melancolía (Zarragoitía, 2011).

Con el paso del tiempo, los estudiosos de esta enfermedad comenzaron a utilizar términos mucho más precisos y apropiados. Adolf Meyer (1866-1950), un psiquiatra suizo, planteó que se eliminara el término melancolía y utilizar en su lugar el de depresión (Jackson, 1989). En 1911 Sigmund Freud publicó su obra *Duelo y*

melancolía, en la cual escribió que durante la pérdida de un ser querido es normal sufrir depresión (Jackson, 1989).

En el año 1952 se introduce el Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM, por sus siglas en inglés), en el cual se reconoce el término reacción maníaco-depresiva, y posteriormente en el DSM-III de 1981, se reconoce el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor.

Síntomas y clasificación

La severidad de este trastorno yace en los signos y síntomas que representa; en la actualidad se sabe que la depresión se caracteriza por:

- Un estado de ánimo deprimido, el cual incluye tristeza, sentimientos de vacío recurrentes, aplanamiento emocional, pesimismo y desesperanza, así como su consecuente representación conductual (llorar).
- Anhedonia y pérdida de interés por todas o casi todas las actividades, incluyendo aquellas que antes producían placer.
- Alteraciones del apetito, ya sea que aumente o disminuya, y consecuentemente haya una modificación del peso corporal.
- Trastornos del sueño, como insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga, cansancio y pérdida de energía.
- Sentimientos de culpa o inutilidad.
- Disminución de capacidades cognitivas importantes, como la concentración, memoria y toma de decisiones.

- Ideación suicida y pensamientos de muerte recurrentes (DSM-5, 2013).

Este trastorno puede llegar a ser motivo de discapacidad para las personas que lo presentan, ya que interfiere con el desarrollo de las actividades diarias, como las conductas básicas de autocuidado; además de que se aíslan socialmente, presentan problemas de disfunción sexual, alteración en los patrones de sueño y tienen problemas de salud física, como cefaleas y problemas gastrointestinales (Shenal et al., 2003).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5, 2013), los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente forma:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distimia).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo mayor se considera el más representativo y clásico de los trastornos depresivos. Está acompañado de afecciones a nivel afectivo, cognitivo y conductual, así como una alteración de las funciones neurovegetativas (DSM-5, 2013).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los episodios depresivos están divididos de la siguiente manera:

- Episodio depresivo leve.
- Episodio depresivo moderado.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Otros episodios depresivos.
- Episodio depresivo no especificado.

Conforme a esta clasificación, además de todos los síntomas mencionados anteriormente, en los episodios depresivos hay un decaimiento del ánimo y energía acompañado de cansancio importante, que usualmente incluye síntomas somáticos, como el despertar matinal con varias horas de anticipación a lo habitual y el empeoramiento de la depresión por las mañanas, hay una disminución de la actividad, se deterioran los sentimientos de placer, decae la autoestima y la confianza en uno mismo. Un episodio depresivo se considera leve, moderado o grave según la cantidad y gravedad de estos síntomas (CIE-10).

Epidemiología

De acuerdo con la OMS (2018) la depresión es un trastorno mental que afecta a una gran cantidad de personas: a nivel mundial es la cuarta causa de discapacidad, por lo cual es considerado un problema de salud pública. Las poblaciones de riesgo principales son los adolescentes de 10 a 19 años, las mujeres, adultos jóvenes de 19 a 25 años y ancianos mayores de 60 años.

La depresión en México es la primera causa de discapacidad en las mujeres y la novena en los hombres, además, según cifras del INEGI (2015), el 9.2% de la población mexicana ha padecido episodios de depresión y 1 de cada 5 personas sufrirá depresión antes de los 75 años, siendo los jóvenes la población más vulnerable. A nivel nacional la depresión es considerada como uno de los trastornos más incapacitantes y debido a las condiciones desfavorables del país, tales como el bajo nivel de educación, la pobreza, la violencia, el abuso de drogas y la vejez, es esperado el aumento de cifras de enfermedad en la población (Frenk et al., 1999).

Otro factor asociado con la incidencia de la depresión es la falta de atención psicológica hacia los trastornos mentales, sobre todo en países subdesarrollados. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señaló que en México menos de una de cada cinco personas con algún trastorno mental recibió atención psicológica o psiquiátrica en los últimos 12 meses (Borges et al., 2006).

Los trastornos afectivos (episodio depresivo mayor, episodio depresivo menor, manía bipolar I, hipomanía bipolar II y distimia) se encuentran dentro de los trastornos mentales más frecuentes (9.1%) junto con los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos de uso de sustancias (9.2%). Asimismo, el episodio depresivo mayor se encuentra dentro de los trastornos principales que presentan las mujeres (Medina-Mora, 2003).

En la Ciudad de México el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años padece trastornos afectivos, de los cuales 7.8% sufren episodios de depresión mayor presentando una tasa de 2.5 mujeres por cada hombre y 1.5% de la población padece distimia (Caraveo et al., 1999). Al respecto, resulta alarmante que las personas que

padecen trastornos afectivos tardan un tiempo considerable en buscar ayuda debido al estigma social que se asocia con los trastornos, y es aún más grave que buscan ayuda profesional únicamente como una opción secundaria (Gater et al. 1991).

Según un estudio en población urbana de México (Medina-Mora, 1992), las personas con trastornos emocionales recurren a sus círculos sociales como apoyo a su padecimiento: 54% a familiares/amigos, 15% se automedican y el 10% a sacerdotes/ministros. Sólo el 20% de las personas con trastorno de depresión mayor recurren a servicios psicológicos o psiquiátricos (Caraveo et al., 1999). Medina-Mora et al. (2003) encontraron que sólo 1 de cada 10 personas con un trastorno mental recibieron atención especializada, 1 de cada 5 con dos o más trastornos recibieron la atención y 1 de cada 10 con tres o más trastornos la obtuvieron.

Un factor de riesgo asociado con la depresión es el estado civil: las personas divorciadas y viudas suelen presentar más trastornos depresivos en países subdesarrollados; por otro lado, este fenómeno también se presenta en países desarrollados en personas separadas o que nunca se casaron (Medina-Mora et al., 2005).

Aunque el trastorno de depresión mayor puede presentarse a cualquier edad, la edad promedio de inicio es de 20 años, durante el periodo de adultez temprana (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). En México por lo menos la mitad de los casos de trastornos mentales se presentan antes de los 21 años (Medina-Mora et al., 2007).

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (Auerbach et al., 2016), se realizó una encuesta de trastornos mentales a adultos jóvenes universitarios

de entre 18 y 22 años. Se aplicó la encuesta a personas de 21 países diferentes, incluido México. Los resultados señalaron que el 20.3% de los estudiantes tenían algún trastorno mental por al menos 1 año; según los lineamientos del DSM-IV y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por sus siglas en inglés), -una entrevista que evalúa desórdenes mentales tales como la depresión unipolar, trastorno bipolar, trastorno de pánico, fobia social y dependencia al alcohol/drogas- el 83.1% de los casos iniciaron antes de graduarse. Los estudiantes que presentaron trastornos mentales antes de graduarse tenían más probabilidades de deserción, siendo los trastornos por abuso de sustancias los más frecuentes, junto con el trastorno de depresión mayor para las mujeres. Únicamente el 16.4% de los jóvenes con trastornos mentales recibió algún tipo de tratamiento especializado.

Auerbach et al. (2016) concluyeron que los trastornos mentales ocurren con frecuencia entre los estudiantes universitarios y que lamentablemente inician antes de ingresar a la universidad, siendo más vulnerables a sufrir desgaste y disminuir su funcionamiento educativo y psicosocial, además de que generalmente no tienen atención psicológica o psiquiátrica.

Etiología de la depresión

La depresión es un trastorno multifactorial, cuyo inicio y desarrollo depende de agentes a) neurobiológicos, como la genética y las alteraciones neuroendocrinas y de los neurotransmisores, b) factores ambientales, que incluyen los sucesos vitales estresantes, y c) factores cognitivos que involucran patrones de pensamiento negativos. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios son explicados por factores ambientales (Sullivan et al., 2000).

Teoría neurobiológica

Los trastornos depresivos incluyen afecciones neurobiológicas complejas (Kaltenboeck y Harmer, 2018), por lo que la neuropsicología es un marco de referencia útil para entender los trastornos emocionales como la depresión. Se ha establecido que una alteración de las funciones cerebrales podría detonar sintomatología de tipo emocional, cognitiva y conductual (Shenal et al., 2003).

La depresión se ha explicado desde varios enfoques teóricos (Kaltenboeck y Harmer, 2018):

- El modelo de depresión del hemisferio derecho postula que las emociones son procesadas por la región posterior del hemisferio derecho, independientemente de su valencia, sea esta positiva o negativa (Borod et al. 1986; Etcoff, 1989). Los estudios electroencefalográficos en personas con depresión demuestran que hay una mayor activación del lóbulo frontal derecho en comparación con el lóbulo izquierdo (Kano et al., 1992; Schaffer et al., 1983).
- Alteración de los neurotransmisores: esta es probablemente la teoría más difundida por la comunidad científica, prestando mayor atención a las monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina). Desde esta perspectiva, la depresión implicaría una disminución de la unión del transportador de serotonina en el mesencéfalo y la amígdala (Gryglewski et al., 2014), así como una disminución de la unión del receptor 5-HT1A en las regiones frontal, temporal y límbica (Sargent et al., 2000). También se ha encontrado una disminución del ácido gamma-aminobutírico (GABA) (Croarkin et al., 2011;

Sanacora, 2010) y glutamato en el fluido cerebroespinal de personas con depresión (Sanacora et al., 2008).

- Este trastorno podría tener componentes hereditarios y de vulnerabilidad a la depresión, ya que estudios experimentales que modifican la vía monoaminérgica a través de la restricción del precursor de serotonina triptófano, concluyen que únicamente los individuos que sufrieron anteriormente episodios de depresión o tienen antecedentes familiares, desarrollan sintomatología depresiva (Ruhé et al., 2007).
- Alteraciones neuroendocrinas: los pacientes con depresión tienen alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), y presentan un incremento de la hormona cortisol (Kaltenboeck y Harmer, 2018). Un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión es la exposición temprana al estrés, por lo que en la edad adulta puede presentarse la hiperactividad del eje HPA resultando en cantidades aumentadas de cortisol (Pariante y Lightman, 2008). Es probable también que los trastornos depresivos estén acompañados de enfermedades comórbidas como la diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, así como de consecuencias a largo plazo, por ejemplo, se ha observado la reducción del volumen del hipocampo y deficiencias cognitivas (Brown et al., 2004). Los trastornos depresivos también resultan en alteraciones del sistema inmunológico (Cowen, 2016).
- Anomalías anatómicas: la depresión está relacionada con anomalías estructurales y funcionales en la vía límbico-cortico-estriado-pálido-talámico

que incluye la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior, los ganglios basales, el hipocampo, el parahipocampo y la amígdala (Disabato et al., 2016).

- Disfunción cognitiva: se ha observado que la depresión está relacionada con diversas anormalidades en el procesamiento de la información en sus dominios más básicos, como la percepción, la atención o la memoria (Elliott et al., 2011; Roiser y Sahakian, 2016; Warren et al., 2015), además de que se ven alterados procesos cognitivos más complejos como los propuestos por la terapia cognitiva (Beck, 2008).

Factores ambientales

Existen diversos factores ambientales y psicosociales que participan en el desarrollo de los trastornos depresivos. A estos factores se les ha denominado *sucesos vitales estresantes* (Ingram et al., 1998), los cuales son acontecimientos altamente angustiantes y negativos que abarcan situaciones de fracaso, pérdida y la muerte de un ser querido (Hammen, 2005; Monroe, et al., 2009); por ejemplo, uno de los sucesos vitales estresantes más relevantes es la muerte del cónyuge, por lo que este evento está fuertemente asociado con el trastorno depresivo mayor (Zisook y Shuchter, 1991).

La exposición temprana al estrés es un factor de riesgo para padecer trastornos depresivos. En un estudio se encontró que tres de cada cuatro mujeres mexicanas que padecían trastorno depresivo mayor o trastorno distímico sufrieron maltrato físico durante su infancia (Ibarra et al., 2010). En otro estudio realizado por Peralta et al. (2006) se halló evidencia de que el factor de riesgo principal para padecer depresión en una muestra de mujeres jóvenes fue la disfunción familiar.

Por su parte, Borges et al. (2009) encontraron diversos factores predisponentes a la conducta suicida, entre ellos se encuentran ser mujer, no tener trabajo, tener ingresos económicos bajos, ser soltero o separado y tener bajo nivel educativo.

Teoría Cognitiva

Las bases neurobiológicas de la depresión son importantes para describir cambios a nivel fisiológico, sin embargo, el enfoque del presente estudio busca brindar un panorama desde el modelo biopsicosocial (Engel, 1978), en donde también los factores ambiental, cognitivo y comportamental se consideran elementales para la explicación del fenómeno, por tal motivo se describirá la depresión desde la Teoría Cognitiva de Beck.

Aaron Beck (1979) define la depresión como un conjunto de factores relacionados entre sí que desencadenan consecuencias a nivel cognitivo, emocional, conductual y somático. Beck reconoce el papel fundamental de los factores biogénéticos, así como las experiencias personales del individuo, sin embargo, enfatiza que las distorsiones cognitivas son la principal causa de la depresión, por lo que los signos y síntomas de índole afectivo y conductual de la depresión son resultado de los patrones de pensamiento negativos (ver figura 1).

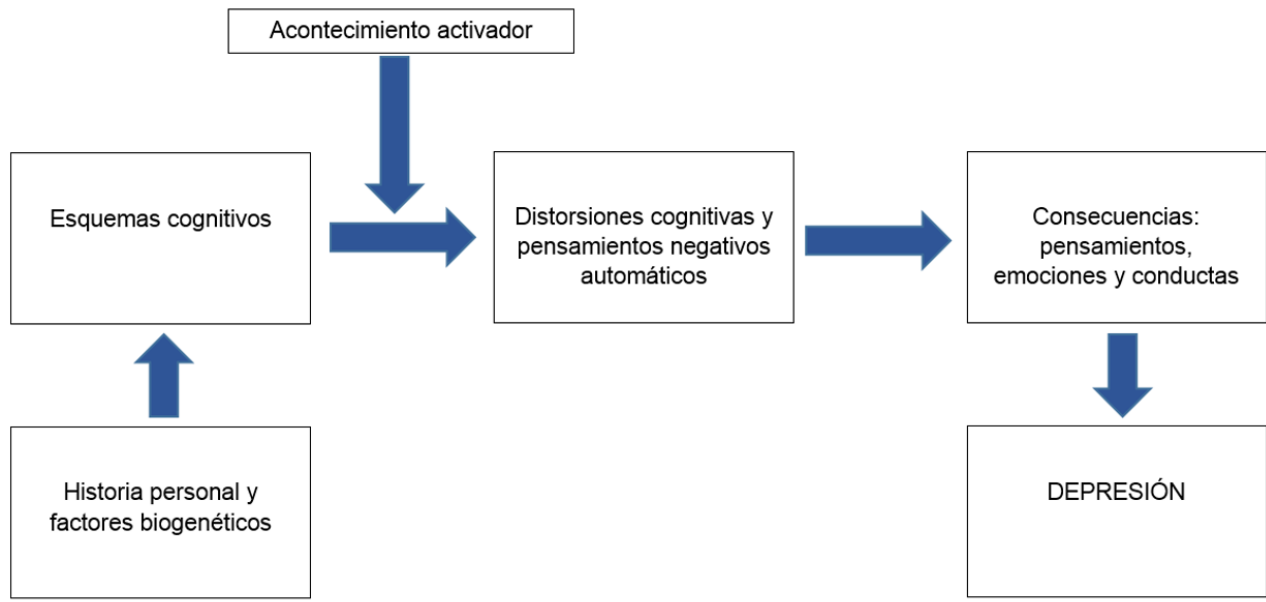


Figura 1. Modelo cognitivo de depresión (Beck, 1967).

La palabra *cognitivo* proviene del término en latín que significa “pensamiento”, el cual se refiere a la forma en que las personas interpretan las acciones de los demás (Beck, 1993). El procesamiento distorsionado de la información que el individuo interpreta se encuentra a diferentes niveles:

Eventos cognitivos: “son pensamientos e imágenes que ocurren en el flujo de la consciencia” (Marzillier, 1980, p. 252). Estos eventos cognitivos son traducidos en la terapia cognitiva como pensamientos automáticos, ya que son involuntarios y aparecen de manera inmediata y rápida, mismos que se ejemplifican en la triada cognitiva de la depresión (Beck, 1967), en la cual el individuo presenta una *visión negativa* sobre:

- a) Sí mismo, por ejemplo, “no soy lo suficientemente atractivo, mi pareja podría dejarme en cualquier momento”, el individuo asume sus experiencias desafortunadas como un defecto propio y tiende a la autocrítica.
- b) El ambiente, por ejemplo, “todos los hombres que mi pareja conoce coquetean con ella”, es una tendencia de la persona a atribuir características negativas a sus experiencias de vida, experimentando así sentimientos de derrota y frustración debido a que se tiene la creencia de que es incapaz de alcanzar sus objetivos, incluso cuando hay explicaciones alternativas a sus experiencias la persona se centrará únicamente en detalles negativos.
- c) El futuro, por ejemplo, “nunca dejaré de sentirme infeliz y estos problemas nunca se solucionarán”, es una tendencia del individuo a anticiparse al sufrimiento y experimenta su visión del futuro en términos de fracaso y frustración.

Procesos cognitivos: son procesos encaminados a interpretar y transformar los estímulos ambientales (Mazillier, 1980). Los procesos cognitivos de las personas con depresión están sesgados y son parcialidades de la realidad, es por ello que interpretan cada situación en su vida como un evento negativo (Haaga y Davidson, 1991). Dicho pensamiento parcial se conoce usualmente como *distorsiones cognitivas* (Beck, 1967), las cuales son conclusiones o juicios inconsistentes con la realidad objetiva (Alloy y Abramson, 1988). Algunos tipos de distorsiones cognitivas se describen a continuación (Beck, 1993):

- Inferencia arbitraria: es una conclusión parcial y rápida, basada en información incompleta o contraria a la conclusión.

- **Visión restringida:** es la tendencia a ver únicamente los detalles que se acomodan a las actitudes y creencias del individuo, desechando cualquier evidencia que las contradiga.
- **Abstracción selectiva:** el individuo se concentra en detalles y situaciones de su ambiente que comprueban la veracidad de su pensamiento distorsionado; está estrechamente relacionada con la visión restringida.
- **Sobregeneralización:** el individuo llega a la conclusión de que las situaciones negativas en su vida seguirán repitiéndose, incluso en diferentes escenarios.
- **Maximización y minimización:** es la tendencia a exagerar o minimizar la magnitud de una situación.
- **Personalización:** es la tendencia del individuo a atribuir características negativas del ambiente a sí mismo.
- **Pensamiento dicotómico:** es la tendencia a categorizar las situaciones en términos de ausencia o presencia.
- **Extremismo:** es la tendencia a exagerar o catastrofizar las características personales buenas o malas.
- **Explicaciones prejuiciosas:** son atribuciones automáticas negativas hacia las acciones de los demás.
- **Rotulación negativa:** está relacionada con las explicaciones prejuiciosas, se asignan etiquetas negativas hacia las acciones del otro.
- **Adivinación del pensamiento:** es la convicción de saber lo que pasa por la mente de otras personas.

- Razonamiento subjetivo: es la tendencia a responsabilizar a otras personas por las emociones y conductas negativas propias.

Estructuras cognitivas: son patrones generales y estables de pensamiento, los cuales son la base fundamental del procesamiento de información externa, en otras palabras, el esquema es un decodificador que transforma los estímulos ambientales en cogniciones; por lo tanto, si un individuo posee un patrón estable de pensamiento negativo, la probabilidad de que sufra depresión aumenta, lo cual se conoce como vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Kovacs y Beck, 1978).

Un esquema puede permanecer inactivo por periodos de tiempo prolongados, aunque un estímulo detonador específico puede activarlo; por ejemplo, en una situación hipotética, un acontecimiento activador del esquema podría traducirse en una discusión entre una pareja debido a que la mujer ha llegado tarde a una cita que concertaron previamente, debido a esta situación, el hombre reacciona ante la impuntualidad de su pareja y estructura este hecho a través de pensamientos como “no le intereso en lo absoluto, seguro llegó más tarde porque soy menos importante que otras cosas en su vida”, lo cual también desencadena una reacción emocional de tristeza y una conducta consecuente como alejarse. Los esquemas se traducen en pensamientos negativos a través de la interpretación de una situación dada, por lo tanto, asegurar que la pareja llegó más tarde porque no tiene interés en la relación, es la cognición subyacente al esquema.

Los eventos altamente estresantes y desafortunados de la vida no necesariamente llevarán a una persona a sufrir depresión, los esquemas de pensamiento negativos definirán si este estado de depresión se activa o no (Beck, 1967).

En depresiones leves el paciente aún es capaz de percibir su realidad con cierta objetividad, sin embargo, en depresiones más graves los pensamientos negativos se tornan repetitivos, perseverantes y con carencia de lógica evidente. Los errores en el procesamiento de la información confirman el contenido negativo de las cogniciones del individuo, a pesar de que haya evidencia que lo refute (Beck, 1967).

Terapia cognitivo conductual para la depresión

La terapia cognitiva de Beck se define como un proceso utilizado para tratar alteraciones como la depresión, la ansiedad, las fobias, entre otros (Beck, 1967). Este procedimiento terapéutico tiene algunas características:

- Es activo: el terapeuta tiene la labor de explicarle al paciente su situación a través de la teoría, además de que el paciente también tiene un papel activo dentro de la terapia, realizando tareas semanalmente.
- Es directivo: se explica cómo se llevará a cabo la terapia y las pautas de acción para el paciente.
- Es estructurado: se lleva a cabo la planeación de las sesiones y los tiempos asignados a cada tema.
- Tiene un tiempo limitado: los protocolos de intervención tienen una duración específica.

Durante el proceso terapéutico se examina la validez de los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas para introducir pensamientos más adaptativos, y de esa manera lograr la reducción de frustración constante.

De acuerdo con Beck (1979) las técnicas de la terapia cognitivo conductual para la depresión tienen como objetivo identificar y modificar las distorsiones cognitivas para que el individuo pueda entender sus problemas y situaciones desafortunadas de una manera más adaptativa. Estas técnicas se dividen en cognitivas y conductuales:

- Técnicas cognitivas: su propósito es poner a prueba la credibilidad de las distorsiones cognitivas; el paciente aprende a: (a) controlar sus pensamientos automáticos negativos, (b) identificar la interrelación entre cognición, emoción y conducta, (c) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, (d) reemplazar las distorsiones cognitivas por interpretaciones más realistas, y (e) aprender a identificar y modificar las falsas creencias.
- Técnicas conductuales: estas técnicas tienen como propósito rectificar la conducta pasiva de los pacientes, además de que sirve como un puente para modificar la cognición; por ejemplo, cuando un paciente se demuestra a sí mismo que es capaz de lograr ciertas actividades, se modifica su percepción de que es imposible.

Como se ha descrito anteriormente, la depresión es un trastorno desencadenado por múltiples factores asociados entre sí. El presente estudio tuvo como propósito indagar cómo interactúan algunas variables en el desarrollo de síntomas de depresión, entre ellas se encuentran los *conflictos de pareja*. Particularmente, las parejas que sostienen distorsiones cognitivas presentan un mayor número y frecuencia de conflictos

destruictivos; si este tipo de interacción persiste con el tiempo, los miembros de la pareja podrían desarrollar trastornos físicos y psicológicos (Tikdarinejad y Khezri-Moghadam, 2017), siendo los problemas relacionados con la depresión uno de los motivos de consulta terapéutica más frecuentes (Beach y O'Leary, 1992). Las características de la interacción entre parejas se describen en el siguiente capítulo.

Relaciones de pareja

Definición

De acuerdo con Straus (2004), una relación de pareja se define como “una relación diádica que involucra interacción social y actividades conjuntas con la implícita o explícita intención de continuar la relación hasta que una de las partes la termine o se establezca en otro tipo de relación como la de vivir conjuntamente o el matrimonio” (p. 792).

Una relación romántica de pareja es un vínculo interpersonal que se caracteriza por sentimientos de amor. El amor se compone por tres elementos: (a) la intimidad, es el componente emocional, ya que involucra sentimientos de cercanía y conexión; (b) la pasión, es el componente motivacional y corresponde a sentimientos de romance, atracción y sexualidad; y (c) el compromiso, es el componente cognitivo, implica la decisión consciente de permanecer en la relación a largo plazo (Sternberg, 1986).

De acuerdo con Beck (1993) las parejas que han logrado consolidar un amor maduro poseen las siguientes características:

- Sentimientos de cariño.
- Solicitud, lo cual implica un sentido de protección, bienestar, interés, afecto y buena disposición hacia la pareja.
- Expresiones de afecto.
- Aceptación incondicional de la pareja y tolerancia.
- Empatía.
- Sensibilidad hacia las preocupaciones y puntos vulnerables de la pareja.

- El entendimiento de las necesidades mutuas.
- Compañerismo.
- Intimidad, que abarca desde la confianza en la pareja para compartirle secretos íntimos hasta las relaciones sexuales.
- Amistad.
- La complacencia de las necesidades de la pareja.
- Apoyo.
- Contacto estrecho, el cual implica pasar tiempo juntos de calidad.

Teoría evolutiva

Las relaciones románticas exitosas pueden ser una gran fuente de enriquecimiento personal, ya que se cubre la necesidad básica de establecer vínculos sociales positivos a largo plazo; sin embargo, encontrar una pareja y mantenerla puede ser un reto importante (Maner y Miller, 2010).

Desde una perspectiva evolutiva, los seres humanos han logrado tener éxito en formar y mantener relaciones románticas a través de miles de generaciones. Nuestros antepasados lograron reproducirse, y gracias a ello hemos heredado un conjunto de recursos psicológicos útiles para resolver problemas interpersonales. De esta forma, todos los seres humanos están constituidos por una serie de mecanismos biológicos que los posibilita para tener relaciones románticas exitosas (Maner y Miller, 2010).

La adultez emergente, la cual comienza a los 18 años y se extiende hasta los 25, es considerada como un periodo del desarrollo humano relevante para las relaciones de pareja (Collins y van Dulmen, 2006; Fincham y Cui, 2011; Furman y Shaffer, 2003).

Esta etapa se caracteriza por la fertilidad reproductiva de hombres y mujeres, por lo que es esencial la búsqueda y mantenimiento de parejas románticas potenciales.

Las relaciones de pareja no sólo se benefician del éxito reproductivo, sino que también aportan emociones como el amor y la felicidad. Desde las perspectivas social, psicológica y evolutiva, el mantenimiento de las relaciones románticas a largo plazo tiene beneficios como la afiliación social y la crianza de los hijos (Maner y Miller, 2010), además de beneficios secundarios como el intercambio mutuo de apoyo social, protección, cooperación y esfuerzos por garantizar la supervivencia de su descendencia (Reis y Rusbult, 2004).

La psicología evolutiva considera las relaciones románticas a corto y largo plazo como una vía para alcanzar la reproducción biológica y así poder transmitir genes a las generaciones siguientes. En general, las personas que llegan a la etapa de adultez emergente carecen de experiencia suficiente en cuanto a relaciones románticas íntimas, ya que éstas requieren un nivel de intimidad y compromiso mucho más amplios, aunque los mecanismos biológicos y psicológicos heredados ayudan a los adultos emergentes a resolver conflictos importantes en las relaciones de pareja (Maner y Miller, 2010).

Conflictos en la pareja

Los desacuerdos en las parejas son inevitables, independientemente del estado en el que ésta se encuentre, ya sea favorable o negativo (Beck, 1993). Coser (1956) propuso que cuanto más cercana sea una relación, es más proclive de presentar

conflictos debido a que se desarrollan sentimientos como el odio, además, puede haber resentimiento e inestabilidad en la relación por la interacción constante y proximidad con otra persona. La interacción interpersonal ocasiona una transgresión de los límites de cada miembro de la pareja, desencadenando conflictos (Rivera et al., 2011).

El conflicto interpersonal ocurre cuando dos personas tienen actividades incompatibles, y surge por diferencias de creencias, intereses, deseos o valores (Deutsch, 1969). Peterson (1983) definió el conflicto como un proceso interpersonal en el cual los ideales y conductas de una persona son opuestos a los de otra. De acuerdo con Fincham (2009), el conflicto en la pareja es una oposición entre los miembros, caracterizada por desacuerdos y dificultades en la relación.

McFarland y Christensen (2000) sugirieron dos elementos dentro de los conflictos de pareja: (a) la estructura está relacionada con las necesidades y deseos antagónicos de la pareja, y (b) el proceso se refiere al tipo de interacción que tienen los miembros de la pareja, siendo éste adecuado o inadecuado.

Los conflictos constructivos se caracterizan por el reconocimiento mutuo de intereses, una comunicación abierta y honesta, una actitud de confianza y amistad, lo cual resulta en la resolución de problemas creativa y flexible. De manera contraria, el conflicto destructivo se caracteriza por utilizar poder, amenazas, coerción y engaño hacia otra persona, lo cual resulta en una comunicación deficiente (Deutsch, 1969).

Hojjat (2000) describió dos tipos de conflicto negativo entre las parejas: (a) el conflicto activo se caracteriza por acusar, oprimir, criticar, discutir e insultar a la pareja, y (b) el

conflicto pasivo se caracteriza por guardar silencio, no comunicarse verbalmente y mantenerse alejado de la solución del problema.

Flores et al. (2005) establecieron varios escenarios en la pareja que pueden ser motivo de conflicto, como: el dinero, las actividades domésticas, las relaciones parentales, las diferencias de valores, las expectativas sobre la relación, la filosofía de vida de cada uno, las diferencias religiosas, el uso del tiempo libre, la falta de atención, la sexualidad, las diferencias en la crianza de los hijos (en caso de tenerlos), las amistades y la carencia de destrezas de comunicación efectivas. Asimismo, Rivera et al. (2017) concuerdan con esta información y agregan otras áreas, como intereses y gustos, actividades de la pareja, actividades propias, personalidad, celos y orden/cooperación.

Los conflictos también pueden surgir por la incompatibilidad de metas, escasa recompensa e interferencia de terceras personas en las metas de la pareja (Hocker y Wilmot, 1991), lo cual puede conducir a una posible infidelidad (Rivera et al., 2011).

Beck (1993) estableció que la comunicación deficiente, las expectativas rígidas y la intrusión de significados simbólicos son algunos de los elementos que desencadenan riñas entre las parejas. Los significados simbólicos se refieren a un conjunto de interpretaciones que las personas asignan a las acciones de otros, por ejemplo, una persona podría interpretar el silencio de su pareja como un símbolo de rechazo.

John Gottman (1994, 1999) propuso que incluso las parejas estables y con un alto grado de satisfacción marital presentan conflictos por el mero hecho de mantener una interacción interpersonal. A las parejas funcionales las denominó “reguladas” y a las

disfuncionales “desreguladas”. El componente fundamental de una pareja regulada es su capacidad para permitir la influencia de un miembro a otro, mientras que las parejas desreguladas mantienen un patrón constante de interacciones negativas, al cual denomina “los cuatro jinetes del apocalipsis”: crítica, desprecio, actitud defensiva e indiferencia (Gottman, 1994). Los tipos de parejas reguladas se dividen en validante, volátil y evitativa, mientras que las parejas desreguladas se clasifican como hostiles (Holman, 2003). Los cuatro tipos de pareja se describen a continuación:

- Validante: los miembros de la pareja escuchan, comprenden y atienden las necesidades mutuas.
- Volátil: la pareja mantiene una dinámica enérgica y pasional, y están conscientes de que puede haber riñas y desacuerdos sin miedo a que esto suceda.
- Evitativa: la pareja evita el conflicto en la medida de lo posible.
- Hostil: la pareja tiene una interacción destructiva y los miembros de ésta expresan desprecio mutuamente (Busby y Holman, 2009).

Albert Ellis fue uno de los primeros autores que describieron las características cognitivas en las relaciones maritales con interacciones perturbadas. La teoría racional emotiva del comportamiento (Ellis, 1958) propuso que las interacciones estresantes son el resultado de expectativas poco realistas que tienen los cónyuges sobre sí mismos, sobre la relación y sobre los demás, por lo que la relación puede verse afectada debido a las creencias irracionales de los miembros de la pareja. Las creencias irracionales se definen como pensamientos exagerados, rígidos, ilógicos y absolutistas (Ellis, 1986; Ellis, 2003).

Debido a que la cognición y las creencias son elementos importantes, Ellis y Harper (1975) señalaron que el conflicto en las parejas surge cuando se sostienen creencias irracionales sobre el otro, la relación y el futuro. Estas expectativas se interpretan como las necesidades implícitas de cada miembro, por lo que, si se irrumpen, generará frustración en el otro.

Ayudando esta línea de pensamiento, Epstein (1982) sugirió que las relaciones perturbadas se caracterizan por:

1. Percepciones interpersonales erróneas y suposiciones no validadas.
2. Esquemas negativos que cada miembro de la pareja tiene de su comportamiento interpersonal.
3. Distorsiones y generalizaciones incuestionables sobre el otro que derivan de los esquemas negativos.

En las relaciones de pareja, los conflictos son inevitables y necesarios (McFarland y Christensen, 2000), ya que estos pueden funcionar como una vía para conocer los intereses y las necesidades del otro, sin embargo, la manera de afrontar los conflictos es más importante que la frecuencia de éstos (Rivera, 2017).

Las *estrategias de afrontamiento* funcionan como un repertorio de conductas encaminadas a promover el bienestar físico y psicológico de las personas durante situaciones de estrés (Endler y Parker, 1990; Miller et al., 1988).

El afrontamiento desadaptativo es una variable moderadora que altera el efecto de la depresión y los conflictos en la pareja (ver Figura 2), es decir, mientras las personas utilicen estrategias de afrontamiento desadaptativas, tenderán a presentar mayores

niveles de depresión y más conflictos con su pareja (Heene et al., 2005). Las estrategias de afrontamiento se describirán con mayor detalle en el siguiente capítulo.

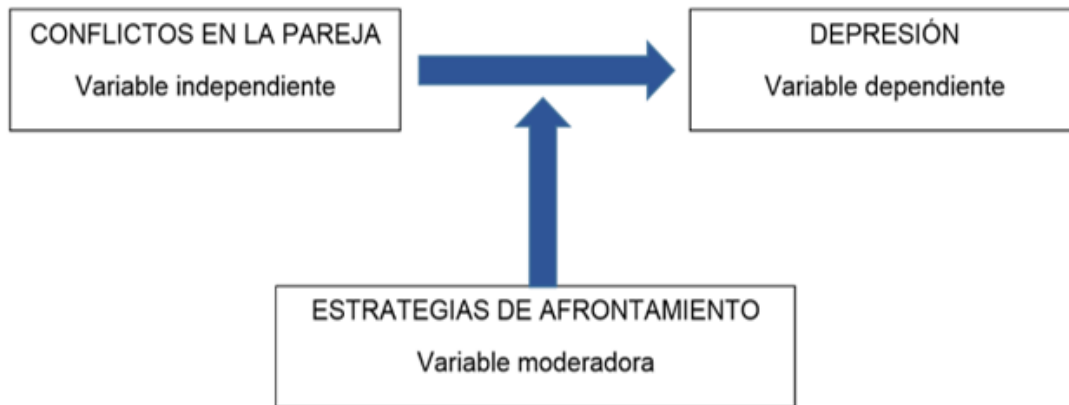


Figura 2. Estrategias de afrontamiento como variable moderadora.

Terapia cognitivo conductual para parejas

Cuando las relaciones de pareja mantienen interacciones caracterizadas por estrés significativo, conflictos destructivos o insatisfacción con la relación, la salud física y psicológica de los individuos se altera (Coleman et al., 2013) y comienzan a presentarse sentimientos de angustia y sufrimiento (Snyder y Halford, 2012).

Durante las últimas décadas se ha demostrado empíricamente la efectividad de la terapia cognitivo conductual para parejas (Baucom et al., 1996; Baucom et al., 2015; Wright et al., 2008; Epstein y Baucom, 2002), por lo cual, se considera una buena alternativa para las personas que buscan atención psicológica especializada para problemas interpersonales que resultan en trastornos más graves como la depresión.

Los resultados de tratamiento de esta terapia han verificado su efectividad para tratar el estrés en las parejas, la insatisfacción, las dificultades de comunicación o resolución

de problemas y conflictos (Bélanger et al., 2015; Snyder et al., 2006; Baucom y Epstein, 1990; Epstein y Baucom, 2002).

Dugal et al. (2018) describieron algunos de los motivos de consulta comunes entre las parejas:

- Reducción del estrés y mejora de la relación: este punto abarca los conflictos y la violencia, infidelidad o una aventura amorosa extradiádica, infertilidad y problemas individuales.
- Resolución de ambivalencia: uno o ambos miembros de la pareja solicitan apoyo para tomar la decisión de continuar en la relación o terminar.
- Motivo de separación: el terapeuta ayuda a la pareja a aceptar y contender con la separación.
- Intervención en crisis: se utiliza cuando una pareja presenta dificultades personales graves, como riesgo de suicidio u homicidio, infidelidad por parte de algún miembro de la pareja o violencia en la relación.

La terapia cognitivo conductual para parejas tiene como objetivo ayudar a personas en relaciones de pareja a reducir sus niveles de estrés, ayudarlos a comprender sus dificultades para mejorar su interacción, así como identificar, regular y expresar las emociones negativas de manera adaptativa (Dugal et al., 2018). De esta forma, las parejas logran identificar y cambiar sus pensamientos automáticos, además de que reconocen la importancia de los pensamientos, emociones y conductas en el continuo de la relación (Epstein y Zheng, 2017).

Con el propósito de mejorar la efectividad de la terapia de pareja, se realizan intervenciones encaminadas a modificar las emociones y cogniciones negativas (que son resultado de los conflictos constantes y la insatisfacción) a través de la modificación de las creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas (Baucom y Epstein, 1990). Epstein y Baucom (2002) consideraron las necesidades de intimidad de la pareja y la profundización de las emociones como un objetivo principal de la terapia.

La terapia cognitivo conductual de parejas se caracteriza por atender la dinámica que existe entre tres variables estrechamente interrelacionadas: cognición, emoción y conducta. De esta forma, Wright et al. (2008) concluyeron que las interpretaciones que una persona tenga acerca del comportamiento de su compañero/a, afectarán en gran medida sus emociones (ver Figura 3).

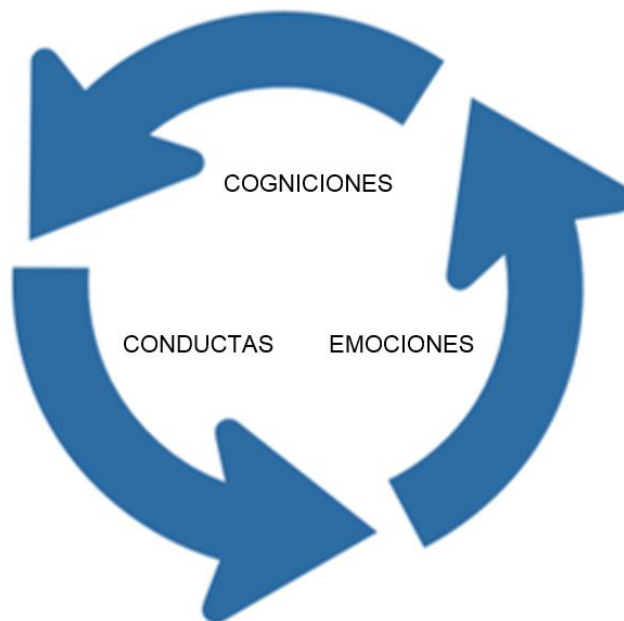


Figura 3. Interrelación entre las conductas, cogniciones y emociones en la terapia cognitivo conductual para parejas (Wright et al., 2008).

Algunas técnicas usualmente utilizadas en esta terapia se mencionan a continuación:

- Reestructuración cognitiva.
- Identificación y expresión de emociones.
- Expresión de afecto.
- Aceptación y tolerancia de diferencias (Dugal et al., 2018).

Estrategias de afrontamiento

Definición y antecedentes

El afrontamiento se define como un “conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para manejar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141).

El afrontamiento es considerado como un proceso de adaptación indispensable en los seres humanos para su correcto funcionamiento y desarrollo. Se trata de un proceso complejo en el cual las personas detectan, evalúan, lidian y aprenden de eventos estresantes. Existen varios niveles del afrontamiento relacionados con situaciones demandantes o estresantes, por ejemplo, está relacionado con procesos neurofisiológicos, atencionales, emocionales, motivacionales, conductuales, cognitivos, sociales e interpersonales (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2015).

Solís y Vidal (2006) describieron los tres procesos principales que se ven afectados por situaciones estresantes:

- a) Nivel fisiológico: el sistema nervioso autónomo reacciona ante el estrés y provoca respuestas como el aumento de la frecuencia cardíaca y la dilatación de las pupilas.
- b) Nivel emocional: la situación estresante puede provocar miedo y ansiedad.
- c) Nivel cognitivo: en este nivel se hace presente la preocupación, dificultad para concentrarse, negación y pérdida de control.

Lazarus y Folkman (1986) explicaron dos evaluaciones cognitivas que se encargan de analizar y contender con los estresores ambientales: la evaluación cognitiva primaria

se encarga de categorizar los estímulos ambientales como inofensivos o estresores; la evaluación cognitiva secundaria analiza y pone en marcha los recursos de la persona para contender con las situaciones demandantes, proceso al que se le denomina afrontamiento.

El afrontamiento es un producto de la evolución humana, las personas responden a las demandas del ambiente para asegurar su supervivencia. A nivel psicológico incluye emociones, motivación, atención, volición, cognición y comunicación, todos ellos importantes componentes del afrontamiento (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2015).

Debido a que el afrontamiento es la manera en la que las personas contenden con los estresores de la vida, las investigaciones se han enfocado en distinguir estrategias de afrontamiento adaptativas y disfuncionales. A continuación se describe la clasificación sugerida por Skinner y Zimmer-Gembeck (2015):

Estrategias de afrontamiento adaptativas:

- Acción instrumental: es la acción directa para solucionar el problema.
- Resolución de problemas: se refiere a poner en práctica una serie de acciones orientadas a solucionar la demanda percibida.
- Apoyo social: es la búsqueda de ayuda y consuelo emocional en personas cercanas, por ejemplo, la familia y los amigos.
- Reevaluación positiva: se perciben los aspectos positivos de los problemas y se aprende de ellos.
- Búsqueda de información: se refiere a la investigación de recursos profesionales que aporten información relevante para la solución del problema.

- Expresión y regulación de emociones: es un proceso encaminado a moderar las reacciones emocionales negativas provocadas por sucesos estresantes.

Estrategias de afrontamiento desadaptativas:

- Evitación: el propósito de esta estrategia es evadir los problemas a través de pensamientos y actividades que sirvan como una distracción.
- Rumiación: son pensamientos repetitivos que mantienen la reacción de estrés ante el problema.
- Negación: el individuo no acepta la presencia del problema, por lo que actúa como si no existiera.
- Retirada social: el individuo se aísla socialmente y no busca apoyo en otras personas.
- Autoculpa: el individuo tiene sentimientos de culpa y frustración ante el problema percibido, lo cual lo inhabilita de poder resolverlo.
- Autocrítica: el individuo evalúa sus comportamientos de manera negativa.
- Agresión: es una reacción de ira impulsiva en contra de sí mismo, de otras personas u objetos.

Shek (2005) postuló que las estrategias de afrontamiento se utilizan de forma distinta entre hombres y mujeres. Por ejemplo, los hombres tienen una tendencia a usar estrategias de afrontamiento internas (usan sus recursos personales para resolver dificultades), mientras que las mujeres utilizan estrategias externas (buscan apoyo social). Estas diferencias de género se explican por la influencia del contexto social en el que se encuentran inmersas las personas (Krajewski y Goffin, 2005).

De acuerdo con Skinner y Zimmer-Gembeck (2015), las estrategias de afrontamiento de las personas dependerán en gran medida de la evaluación cognitiva que tengan de la situación estresante (ya sea que se considere una amenaza, una pérdida o un desafío), así como de sus recursos personales (como la inteligencia o el optimismo) y sus recursos sociales (como ayuda instrumental o apoyo emocional). La evaluación cognitiva del estresor ambiental desencadena episodios de afrontamiento, los cuales se definen como esfuerzos cognitivos y conductuales para dominar, tolerar o reducir las demandas y conflictos externos e internos entre ellos (Folkman y Lazarus, 1980).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento tiene dos funciones fundamentales: a) lidiar directamente con el estresor ambiental a través del autocontrol, generando un estado psicológico positivo (afrontamiento enfocado en el problema), y b) lidiar con las consecuencias emocionales del evento estresante, utilizando estrategias dirigidas a aliviar las emociones negativas a través de la evitación o la búsqueda de apoyo social (afrontamiento enfocado en la emoción). Un tercer tipo de afrontamiento está centrado en el significado, en el que se utilizan estrategias cognitivas para regular las emociones positivas. Folkman (2011) identificó que los hombres tienden a utilizar más el estilo centrado en el problema, y las mujeres el estilo centrado en la emoción.

El afrontamiento se divide en varios pasos (Lazarus y Folkman, 1984):

1. Detectar e interpretar información sobre demandas internas y externas (detección y evaluación de amenazas).
2. Preparar una respuesta basada en guías y capacidades internas y externas (preparación para la acción).

3. Ejecutar una respuesta con recursos internos y externos (regulación de la acción).
4. Recuperación y aprendizaje del evento estresante.

Estrategias de afrontamiento en parejas

Se ha demostrado que el estrés se contagia de un miembro de la pareja al otro, a través de sus reacciones emocionales y conductuales (Muller y Brough, 2017), además existe influencia sobre las estrategias de afrontamiento, resultando en un tipo de afrontamiento diádico distintivo de cada pareja (Cutrona y Gardner, 2006). El contagio del estrés puede presentarse por razones como el estrés laboral o doméstico (Bolger et al., 1989).

Mientras un miembro experimente niveles significativos de estrés y carezca de estrategias de afrontamiento adaptativas para solucionar sus problemas, sus reacciones perjudicarán a su compañero/a y probablemente este evento se convierta en un estresor adicional, resultando en conflictos que ponen en riesgo la satisfacción de la pareja (Ptacek y Dodge, 1995).

El manejo del conflicto en pareja se divide en dos estilos: (a) centrado en la relación, el cual se caracteriza por utilizar estrategias encaminadas a preservar la relación sentimental, y (b) no productivo, el cual implica una actitud de evitación ante los problemas de la relación (Moral de la Rubia y López, 2011).

Se han desarrollado algunas clasificaciones sobre las estrategias del manejo del conflicto en pareja, por ejemplo, Rivera et al. (2017) definieron cinco estrategias:

- Expresivo/Negociador: el individuo expresa sus necesidades a través del diálogo y toma en cuenta la opinión de su pareja, llegando a acuerdos mutuos.
- Afectuoso: el individuo expresa abiertamente amor por su pareja a través de representaciones verbales y conductuales.
- Tranquilo/Conciliador: el individuo busca breves pausas para calmarse durante el conflicto, y posteriormente encuentra el momento adecuado para solucionar el problema.
- Evitante: la persona muestra indiferencia y desinterés por discutir el problema y se aleja para no enfrentar el conflicto directamente.
- Acomodación: la persona acepta toda la responsabilidad y culpa del problema, aunque no recaigan en ella, y hace lo necesario para satisfacer a su pareja.

Por su parte, Kurdek (1994) clasificó los estilos de resolución de conflictos en cuatro categorías:

- El estilo positivo implica la resolución constructiva de los desacuerdos a través de la negociación y compromiso, resultando en soluciones beneficiosas para ambos miembros de la pareja.
- La evitación consiste en periodos largos de silencio y distanciamiento, así como la indisposición para discutir los problemas, interpretándose estas conductas como símbolos de desinterés.
- La conformidad se refiere a la aceptación de cualquier solución para evitar una discusión; el miembro de la pareja se reserva de dar su opinión.

- Involucrarse en el conflicto, consiste en ataques personales, insultos y ausencia de control emocional y/o conductual.

El Inventario de Estilos de Resolución de Conflictos de Kurdek (1994) tiene la ventaja de utilizar medidas de autoinforme, que incluye la frecuencia de la estrategia característica de cada miembro, debido a que el estilo individual de resolución de conflictos de la pareja tiene influencia sobre el mantenimiento y la estabilidad de la relación, por lo tanto, el inventario evalúa la estrategia más utilizada por ambos miembros, aportando información relevante que involucra la interacción en pareja.

Goldring (2004) propuso una serie de pasos encaminados a tener un afrontamiento adecuado ante los conflictos de pareja:

1. Analizar el conflicto: se identifican los desacuerdos y problemas principales de la pareja.
2. Comunicación abierta: la pareja expone sus opiniones y puntos de vista.
3. Generar soluciones: la pareja propone acuerdos que benefician a ambas partes, buscando mejorar la calidad de su relación.
4. Negociación de la solución: se evalúan las soluciones propuestas y se buscan alternativas para las que no funcionen.
5. Compromiso: la pareja se compromete a cumplir con los acuerdos establecidos.
6. Ejecución: se implementa el plan de acción establecido.

De acuerdo con Díaz-Loving y Sánchez (2002), el afrontamiento centrado en el diálogo y la negociación evita la violencia y magnifica los sentimientos de amor entre la pareja. En caso contrario, las estrategias como la evitación, la falta de consideración a la

pareja y la falta de comunicación, usualmente resultan en consecuencias negativas, como el mantenimiento de los conflictos, peleas, distanciamiento, desamor e incluso violencia.

El uso de estrategias de resolución de conflictos constructivas podría ser un punto de intervención y un factor protector para las parejas, ya que está relacionado con menos síntomas depresivos (Du Rocher Schudlich et al., 2011). Por el contrario, el uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas tiene consecuencias adversas para la salud física y psicológica de las personas; se ha demostrado que los síntomas de depresión están relacionados con la utilización de estrategias destructivas (Ha et al., 2012).

Planteamiento del problema y justificación

La adultez emergente comprende un periodo del desarrollo que va desde los 18 hasta los 25 años (Collins y van Dulmen, 2006; Fincham y Cui, 2011; Furman y Shaffer, 2003). Se caracteriza por cambios importantes como la independencia financiera, el comienzo de una carrera profesional a largo plazo y eventualmente se asumen responsabilidades en pareja (Chen et al., 2006).

Las relaciones románticas se consideran un elemento importante en el desarrollo de la adultez temprana (Erikson, 1963; Levinson et al., 1978), ya que son una de las relaciones interpersonales más intensas a nivel emocional (Maureira, 2011). Éstas conllevan una serie de beneficios para los miembros de la pareja, como la asistencia en tareas cotidianas, afrontamiento de eventos estresantes de la vida, apoyo material, sugerencias para una regulación conductual efectiva y la satisfacción de necesidades psicológicas esenciales como intimidad, poder, integración social, alianza y ser afectuoso, el compañerismo, la felicidad y sentirse amado o amar a otro (Duck, 1991; McAdams, 1984; Rook y Pietromonaco, 1987; Weiss, 1969, 1974); en el caso de las mujeres, reportan la intimidad, el crecimiento personal, la autocomprensión y la autoestima como beneficios más importantes, mientras que los hombres consideran la gratificación sexual como un elemento más relevante (Sedikides et al., 1994).

El matrimonio se considera un factor protector para la salud física y mental de los individuos a través de mecanismos como el apoyo social y la regulación del comportamiento (Braithewaite et al., 2010). La relación aporta sentimientos de intimidad que satisface las necesidades de apoyo emocional, integración social, y un sentido de identidad y propósito, además de que los cónyuges monitorizan las

conductas mutuas alentando aquellas que son benéficas para la salud, como hacer ejercicio o mantener una dieta saludable, y desaprobando conductas perjudiciales, como el consumo de drogas. De igual manera, el matrimonio se asocia con menos probabilidades de sufrir trastornos internalizados como la depresión y trastornos externalizados como el abuso de sustancias (Whitton et al., 2013).

Las relaciones maritales se asocian con mejor salud física, así como con menor morbilidad y mortalidad (Lillard y Walte, 1995). Las personas casadas son menos proclives a sufrir enfermedades crónicas como el cáncer o lesiones en la médula espinal, presentan periodos de recuperación más rápidos y más probabilidades de sobrevivir (Coombs, 1991; Goodwin et al., 1987; Putzke et al., 2001). También se ha demostrado que los matrimonios felices tienen menores tasas de mortalidad por enfermedades coronarias (Coyne et al., 2001; Hemingway y Marmot, 1999).

Un factor clave para mantener la felicidad, equilibrio emocional, salud y bienestar general de las personas es tener pareja (Coleman et al., 2013; Snyder y Halford, 2012), ya que la relación romántica se considera la interacción interpersonal que más aporta bienestar y felicidad (Bulcroft y O'Connor, 1986). Myers (2005) reportó que las personas casadas son más felices que las personas solteras, divorciadas o viudas.

De manera semejante a las relaciones maritales, los estudiantes universitarios en relaciones románticas comprometidas gozan de mayor bienestar que los estudiantes universitarios solteros (Braithwaite et al., 2010). Las relaciones románticas saludables durante la adultez temprana son un factor protector para la salud física y mental de los jóvenes, ya que aportan un sentido de logro y una identidad social; el involucramiento en relaciones románticas comprometidas se asocia con menos

síntomas depresivos para las mujeres y con un menor consumo de alcohol para ambos sexos (Whitton et al., 2013).

A pesar de que estos beneficios existen en las relaciones románticas, también hay costos muy graves en la salud de las personas debido a una interacción negativa persistente con la pareja. Los individuos que presentan conflictos de manera continua sufren consecuencias adversas para su salud física y emocional (Gottman y Levenson, 1999). Algunas consecuencias incluyen estrés, preocupación por la relación, sacrificios sociales y no sociales y una mayor dependencia de la pareja. Para las mujeres los costos más relevantes son la pérdida de identidad y amor, mientras que los hombres perciben más significativas las pérdidas monetarias (Sedikides et al., 1994). Otro tipo de consecuencias más graves culminan en trastornos como la depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, problemas de adaptación y otras formas de estrés psicológico (Coombs, 1991; Cotten, 1999; Simon, 2002), trastornos de alimentación, abuso de drogas, cáncer y enfermedades cardíacas (Tikdarinejad y Khezri-Moghadam, 2017).

El modelo de depresión marital de Beach et al. (1990) propuso que las interacciones estresantes en la relación funcionan como predictores de síntomas depresivos en el futuro a través de conflictos hostiles y sin apoyo (agresión física y verbal, amenazas de separación y divorcio, denigración severa, crítica o culpa, ruptura de rutinas y estresores maritales mayores), y como consecuencia, se reducen los aspectos positivos de la relación como la cohesión de la pareja, la intimidad y la aceptación de la emocionalidad (ver Figura 4).

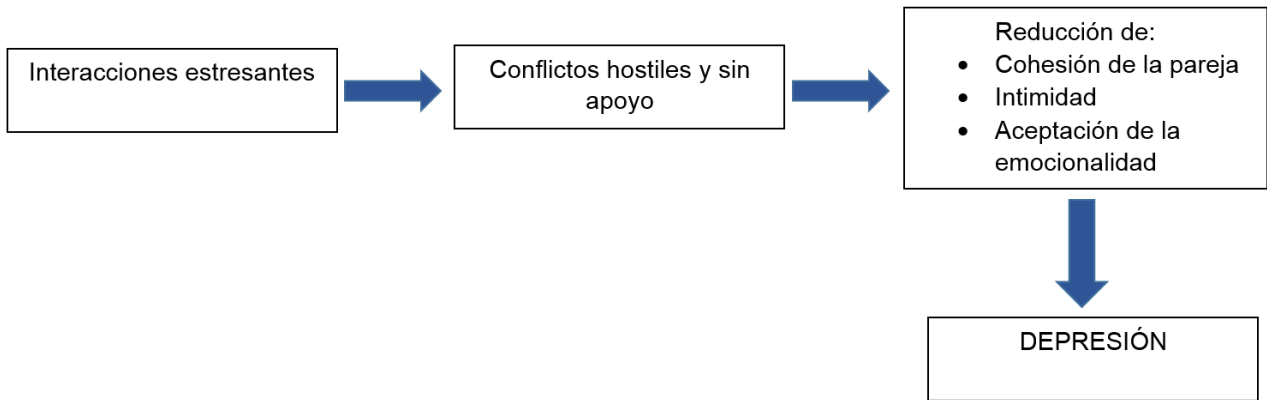


Figura 4. Modelo marital de depresión (Beach et al., 1990).

Los individuos que mantienen interacciones caracterizadas por hostilidad, resolución de problemas deficiente y patrones destructivos de retirada tienden a presentar síntomas depresivos en uno o ambos miembros de la pareja (Whitton et al., 2007).

Un determinante para poder concretar un matrimonio exitoso es la capacidad para resolver conflictos. Altos niveles de conflicto con la pareja generalmente tienen efectos negativos y se reduce la probabilidad de mantener una relación a largo plazo (Chen et al., 2006).

De acuerdo con los hallazgos en investigación sobre conflictos en la pareja, los individuos que presentan problemas y, como consecuencia estados afectivos negativos hacia su pareja, en algún momento de su relación podrían presentar depresión. Como una manifestación de la depresión, las personas sostienen creencias disfuncionales acerca de su pareja y su relación (Epstein, 1985).

Beck (1993) estableció que las personas en pareja tienden a manifestar el mismo tipo de distorsiones cognitivas que los pacientes con depresión, ya que ignoran cualidades

positivas de su relación, pero enfatizan los aspectos negativos de ésta, y como consecuencia de ellas el número y frecuencia de los conflictos aumentan, así como las reacciones emocionales negativas como tensión y estrés (Hamamci, 2005).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, los cónyuges con depresión tienden a retirarse durante los conflictos, siendo esta conducta más perjudicial para la relación que el conflicto en sí mismo (Kouros et al., 2008). Varios estudios han encontrado que el afrontamiento disfuncional, por ejemplo, el evitativo, contribuyen al desarrollo de la depresión (Hovanitz y Kozora, 1989; Lazarus y Folkman, 1984).

Heene et al., (2005) sugirieron que los estilos de conflicto negativos, como los patrones de retirada y evitación, funcionan como mediadores entre la depresión y la perturbación marital. Contrario a esta afirmación, un factor protector para las parejas es involucrarse en un conflicto más constructivo, lo cual resulta en menos síntomas depresivos un año después (Du Rocher Schudlich et al., 2011). La acción orientada es una estrategia utilizada para centrarse en las posibles soluciones para los conflictos de la pareja, mientras que las estrategias centradas en la emoción terminan en resultados negativos (Antonovsky, 1993).

Daughtry y Paulk (2006) encontraron que existe una relación positiva entre el afrontamiento centrado en la emoción y la depresión; por el contrario, hay una relación negativa entre el afrontamiento centrado en el problema y la depresión.

Las estrategias que se utilizan para solucionar el conflicto determinan en gran medida el grado de satisfacción e intimidad de una pareja (Rivera, 2017). De acuerdo con Driver y Gottman (2004) el manejo positivo del conflicto está relacionado con las

interacciones diarias de la pareja y el mantenimiento de afecto positivo durante el conflicto y establecen que el uso del humor, entusiasmo, alegría y afecto en la vida diaria de las parejas, pueden contribuir al desarrollo de una interacción sana y evitar el deterioro de la relación.

Es importante realizar investigaciones de pareja durante la adultez emergente, debido a que se ha demostrado que las parejas jóvenes, en comparación con parejas de mayor edad, presentan menos positividad y afecto y más negatividad en su relación (Cartensen et al., 1995; Levenson et al., 1993), ya que se encuentran menos en sincronía con los sentimientos de su pareja, lo cual los podría poner en más riesgo de sufrir depresión (Beach et al., 2003).

La investigación sobre la interacción entre las variables de conflicto en la pareja, estrategias de afrontamiento y pensamientos automáticos negativos en el desarrollo de síntomas de depresión se ha llevado a cabo en parejas casadas; en estos estudios se ha encontrado que las percepciones cognitivas disfuncionales y la interacción hostil y evitativa de los cónyuges podrían contribuir en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Du Rocher Schudlich et al., 2011; Peterson-Post et al., 2014; Tikdarinejad y Khezri-Moghadam, 2017; Holahan et al., 2007; Kouros et al., 2008; Whitton et al., 2007; Choi y Marks, 2008; Hamamci, 2005; Tilden y Dattilio, 2005; Papp y Witt, 2010; Rehman et al., 2008). Resulta importante conocer cómo se comportan estas variables durante el noviazgo de adultos jóvenes con el objetivo de identificar si existen opciones para la prevención de la salud física y mental.

Actualmente existe poca información que incluya las variables propuestas en el presente estudio durante el periodo de adultez emergente, además, el patrón moderno

de las parejas y matrimonios jóvenes implican un menor nivel de compromiso, algo a lo que se ha llamado “matrimonio de prueba”, por lo que es importante conocer los factores relacionados con el conflicto disfuncional en parejas románticas durante este período del desarrollo temprano para que los jóvenes logren establecer relaciones de pareja duraderas y funcionales (Chen et al., 2006).

Por tal motivo, en el presente estudio se evaluaron los conflictos de pareja, las estrategias de afrontamiento y los pensamientos negativos automáticos y su posible relación con los síntomas depresivos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión en el noviazgo, y qué consecuencias implica a nivel cognitivo y conductual?

Objetivos

Objetivo general

Describir la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión en el noviazgo, así como su consecuente respuesta cognitiva y conductual.

Objetivos específicos

- Medir la consistencia interna de los instrumentos.
- Identificar si las parejas se encuentran en una relación romántica comprometida.
- Conocer cuál de las variables independientes se asocia más con los síntomas de depresión.
- Conocer la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión.
- Conocer cuál o cuáles estrategias de afrontamiento se asocian con los síntomas de depresión.
- Conocer la relación entre los pensamientos negativos automáticos y los síntomas de depresión.

Definición conceptual y operacional de variables

Variable dependiente

Depresión

Definición conceptual. La depresión es un trastorno caracterizado por síntomas a nivel cognitivo, emocional, conductual y somático que incluye tristeza, irritabilidad, desesperanza, culpa, anhedonia, desilusión, además de síntomas físicos como fatiga, problemas para dormir, pérdida de apetito, de peso y de apetito sexual (Beck, 1987).

Definición operacional. Se medirán los niveles de síntomas depresivos con el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1961).

Variables independientes

Relación romántica comprometida

Definición conceptual. Una relación romántica de pareja es un vínculo interpersonal que se caracteriza por sentimientos de amor; este a su vez se compone por tres elementos: (a) intimidad, (b), pasión y (c) compromiso (Sternberg, 1986).

Definición operacional. Esta variable se medirá con el Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida.

Distrés

Definición conceptual. Es un estado subjetivo displacentero asociado con malestar emocional, cognitivo y conductual, que se presenta ante amenazas y/o demandas excesivas percibidas (Dohrenwend et al., 1980).

Definición operacional. Se medirá esta variable con el Termómetro de distrés (Almanza-Muñoz et al., 2008).

Conflictos en la pareja

Definición conceptual. El conflicto es un proceso interpersonal en el cual los ideales y conductas de una persona son opuestos a los de otra (Peterson, 1983) y está caracterizado por desacuerdos y dificultades en la relación (Fincham, 2009).

Definición operacional. Esta variable estará representada por el Cuestionario de Conflictos de Pareja (Gottman y Silver, 2015).

Estrategias de afrontamiento

Definición conceptual. El afrontamiento se define como un “conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para manejar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p. 141).

Definición operacional. Las estrategias de afrontamiento se clasificarán a través del Inventario de Estilos de Resolución de Conflictos (Kurdek, 1994).

Pensamientos negativos automáticos

Definición conceptual. Los pensamientos negativos automáticos son el nivel más superficial de la cognición, son generados por las distorsiones cognitivas y se caracterizan por ser veloces y breves, además de que carecen de razonamiento lógico, ya que aparecen en el fluir del pensamiento (Beck, 1967).

Definición operacional. Se medirá esta variable con el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Luján, 1991).

Tipo de diseño

No experimental, transversal, descriptivo-correlacional (Kerlinger y Lee, 2002).

Método

Participantes

Participaron 117 estudiantes universitarios en edad adulta emergente, de los cuales 111 cumplieron con los criterios de una relación de pareja comprometida.

Criterios de inclusión

Ambos sexos.

Personas entre 18 y 25 años.

Nacionalidad mexicana.

Con 1 año mínimo de duración de la relación.

Que se encuentren en una relación de pareja comprometida.

Criterios de eliminación

Que no concluyan la evaluación.

Instrumentos

1. *Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida.*

Como parte de los objetivos del presente estudio, se realizó un breve inventario para definir si los participantes consideran contar con los elementos que determinan una relación romántica comprometida, lo anterior basado en los tres componentes indispensables que se expresan en la teoría triangular de Sternberg (1986): intimidad, pasión y compromiso. Es un inventario autoaplicable de 11 reactivos con una escala dicotómica de respuesta SÍ/NO. La confiabilidad se midió a través del coeficiente K-R20; el puntaje obtenido fue de 0.62. Con el objetivo de que el inventario contara con validez de contenido, se realizó un juicio de expertos con la participación de 6 psicólogos clínicos. El procedimiento extenso se detalla en el anexo 1.

2. *Termómetro de distrés* (Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez, 2008). Es una escala análoga visual del 0 al 10 en forma vertical con la apariencia de un termómetro. Estudios de validez confirman puntuaciones entre 0.75 y 0.80 (Roth, 1998). La escala tiene dos partes, en la primera los participantes indican del 0 al 10 qué tanto distrés han sentido durante la última semana; en la segunda parte indican si han tenido o no problemas en varias áreas de su vida, las cuales se dividen en factores externos o circunstanciales como problemas prácticos y problemas familiares, y factores internos o sintomáticos como problemas emocionales, preocupaciones religiosas o espirituales y problemas físicos, además tiene la opción abierta de agregar otros problemas. Se añadió al instrumento original la

siguiente pregunta: ¿cuál de todos los problemas anteriores considera el que más distrés le genera actualmente?

3. *Cuestionario: evaluando los conflictos de pareja* (Gottman y Silver, 2015). Es un cuestionario autoadministrado que evalúa las causas comunes de conflicto entre las parejas. Consta de 17 áreas generales de conflicto, y para cada una hay subáreas específicas, además de que los participantes reportan si consideran sus problemas como perpetuos, resolubles o si no son un problema en ese momento. Para considerar un área de conflicto general significativa, los participantes deberán marcar más de dos subáreas específicas. Debido a que este cuestionario se encuentra en el libro *Los siete principios para hacer que el matrimonio funcione* (Gottman y Silver, 2015) y no se han obtenido artículos comprobando su validez y confiabilidad, carece de dichos índices actualmente, además de que no se encuentra adaptado a población mexicana. Se utilizó el método traducción-retrotraducción del inglés al español, además de adaptaciones culturales para palabras específicas (Cull et al., 2002); este proceso se describe con detalle en el anexo 2. Se añadió al cuestionario original una escala tipo Likert para conocer la frecuencia de conflictos en los participantes.
4. *Inventario de Estilos de Resolución de Conflictos, versión española* (CRSI, por sus siglas en inglés). Es una escala autoaplicada tipo Likert que va desde *nunca* a *siempre*, mide los estilos de manejo del conflicto en relaciones románticas, consta de 13 ítems y los siguientes factores: involucrarse en el conflicto (explotar y perder el control), resolución de problemas positivo (centrarse en el problema en cuestión) y evitación (alcanzar un límite y rehusarse a seguir

hablando). Una puntuación alta indica mayor frecuencia de uso de los estilos de resolución de conflictos con otra persona. La consistencia interna de cada factor se describe a continuación: 0.89 para resolución de problemas positivo, 0.89 para involucrarse en el conflicto y 0.86 para evitación (Kurdek, 1994). Para este inventario se realizó una adaptación cultural de algunas palabras, debido a que no se encuentra validado en población mexicana: (a) el reactivo 4 indica “enfadarse y perder el control”, se cambió la palabra “enfadarse” por “enojarse” y (b) el reactivo 11 indica “lanzar insultos y pullas”, se cambió la palabra “pullas” por “ofensas” (Cull et al., 2002).

5. *Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)*. Fue desarrollado por Beck y adaptado por Ruiz y Luján (1991). Este inventario presenta un alfa de Crobach de 0.94 (Riofrio y Villegas, 2016). Es una escala autoaplicada tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde *nunca pienso en eso* hasta *con mucha frecuencia lo pienso*, mide la frecuencia de los pensamientos automáticos negativos a través de 15 tipos de distorsiones cognitivas; cada distorsión está compuesta por 3 pensamientos automáticos y consta de 45 reactivos en total. Los pensamientos negativos automáticos se miden con el puntaje total del inventario y las distorsiones cognitivas se miden con la suma de varios pensamientos negativos agrupados por tipo de distorsión (Ruiz y Luján, 1991).
6. *Inventario de depresión de Beck (BDI)*, por sus siglas en inglés). Es uno de los instrumentos más utilizados para medir los síntomas de depresión a nivel cognitivo, emocional, conductual y fisiológico, contando con tres factores interrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento

y alteración somática. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 reactivos de opción múltiple. Tiene un alfa de Cronbach de 0.86 y su validez concurrente con la escala de Hamilton, la escala de Zung y la escala de depresión del MMPI oscila entre 0.72 y 0.73 (Jurado et al., 1998).

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados de acuerdo con los criterios de inclusión dentro de una universidad pública de la Ciudad de México. Las aplicaciones se realizaron en una sola sesión dentro de salones de clase y por vía electrónica.

Se les otorgó una carta de consentimiento informado (ver Anexo 3) en la cual se les hizo saber que los datos obtenidos de los instrumentos son confidenciales y con fines académicos.

También se les otorgó una hoja de datos sociodemográficos: edad, sexo, orientación sexual, nivel educativo y nivel socioeconómico, el cual se midió de acuerdo con el índice de la AMAI (Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión), el cual no es un indicador de riqueza o pobreza, sino de bienestar patrimonial, siendo el nivel A/B la clase alta y el nivel E la clase marginada. En la misma hoja se agregaron las siguientes preguntas: ¿a qué edad comenzaste a tener novio/a? y ¿tienes otras relaciones románticas, además de tu pareja principal?

Posteriormente, se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: (1) Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida, (2) Termómetro de distrés, (3) Cuestionario: evaluando los conflictos de pareja, (4) Inventario de Estilos

de Resolución de Conflictos, (5) Inventario de Pensamientos Automáticos y (6) Inventario de Depresión de Beck.

Al término de las sesiones, se agradeció a los participantes por su contribución al estudio y se les entregó un folleto informativo que contiene algunos tipos de interacción en relaciones de pareja, así como conductas sanas para promover una mejor relación de pareja (ver Anexo 4).

Como parte de la evaluación psicométrica, los resultados de las evaluaciones se vaciaron a una base de datos para su análisis en el programa estadístico SPSS. Se analizó la confiabilidad de los instrumentos psicométricos para la muestra evaluada por medio del coeficiente Alfa de Cronbach y K-R20.

Posteriormente se realizó el análisis descriptivo de los datos para obtener las principales características de la muestra de acuerdo con las medidas de tendencia central correspondientes.

Por último, se realizaron análisis de correlación de Pearson entre las variables independientes y la variable dependiente, así como análisis de regresión lineal múltiple para identificar variables predictoras de la depresión en la población muestra. También se realizaron pruebas t de student para muestras independientes con la finalidad de saber si existen diferencias entre el grupo con depresión mínima y el grupo con depresión moderada-severa.

En el siguiente capítulo se describen a detalle los resultados obtenidos del análisis de datos.

RESULTADOS

El total de la muestra fue de 117 participantes, se excluyeron 6 participantes del estudio debido a que no cumplieron con las características de una relación comprometida, por lo tanto, se consideraron sólo 111 participantes, de los cuales 85 fueron mujeres (76.6%) y 26 fueron hombres (23.4%), con un promedio de edad de 21.78 (DE=2.02). La mayoría de la muestra es heterosexual (90.1%), 8.1% se considera bisexual y solo el 1.8% tiene preferencia homosexual.

Con referencia a la variable de escolaridad, el 94.6% de los participantes son estudiantes de licenciatura, el 3.6% cursan la preparatoria y el 1.8% estudian un posgrado.

Los niveles socioeconómicos más prevalentes en la muestra fueron la clase media alta y clase media. Los datos sobre el nivel socioeconómico se presentan en la figura 5.

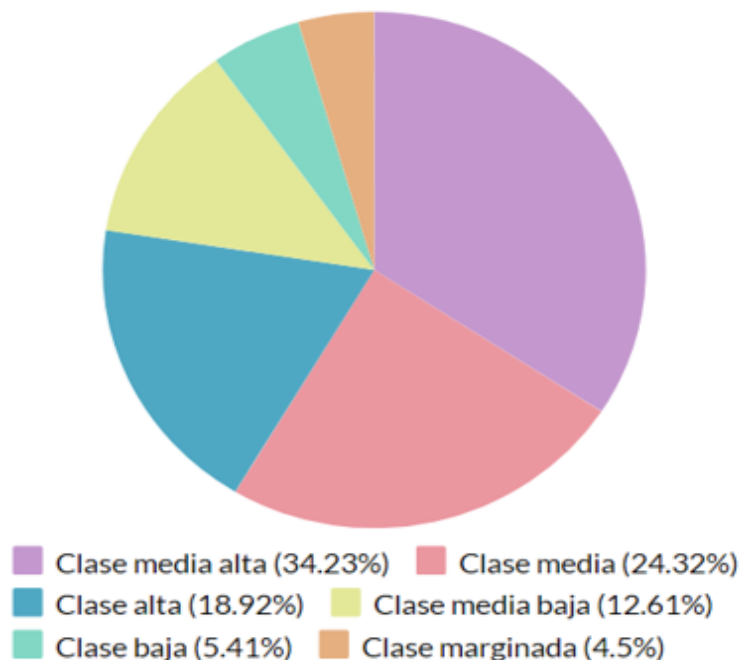


Figura 5. Nivel socioeconómico en porcentajes.

La edad promedio de la primera relación de noviazgo de la muestra fue de 14.83 (DE=2.12). La mayoría de la muestra reportó tener únicamente una pareja (99.1%); solamente una persona expresó tener más de una relación romántica.

Por otra parte, con el objetivo de conocer la confiabilidad de los instrumentos, se realizaron análisis con el coeficiente Alfa de Cronbach; todos los instrumentos obtuvieron valores adecuados. Los resultados se describen en la tabla 1.

Tabla 1

Resultados del Análisis Alfa de Cronbach por instrumento

Instrumento	Alfa de Cronbach
IPA	0.95
IDB	0.92
CCP	0.79
IERC	0.72

Nota: IPA=Inventario de Pensamientos Automáticos; IDB=Inventario de Depresión de Beck; CCP=Cuestionario: evaluando los Conflictos de Pareja; IERC=Inventario de Estilos de Resolución de Conflictos.

La confiabilidad del *inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida* se midió a través del coeficiente K-R20; el puntaje obtenido fue de 0.62, el cual se considera bajo, sin embargo, este inventario es una propuesta que sirve de guía para saber si una pareja cumple con las características de una relación romántica, evitando posibles sesgos en la investigación. Para fines del presente trabajo, se utilizó como una lista de chequeo para verificar que los participantes cumplieran con los criterios teóricos de una relación romántica comprometida.

Se presentarán los resultados estadísticos descriptivos comenzando con las variables independientes y posteriormente se describirá la variable dependiente en el siguiente orden: pertenencia a una relación romántica comprometida, distrés, conflictos de pareja, estilos de resolución de conflictos, pensamientos automáticos y depresión. En el último apartado se describirán las correlaciones entre las variables independientes y la variable dependiente, así como los análisis t de student y regresión lineal.

La muestra presentó un puntaje promedio de 10.21 (DE=1.05) de 11 puntos posibles en la variable *pertenencia a una relación romántica comprometida*, lo cual implica que la mayor parte de los participantes consideran tener intimidad, pasión y compromiso con su pareja.

En el caso de la variable *distrés*, el 79.3% de la muestra obtuvo niveles significativos al momento de la evaluación, con una puntuación promedio de 5.61 (DE=2.29), siendo la categoría sintomática *preocupación* la más prevalente. En la tabla 2 se muestran las variables clínicamente relevantes.

Tabla 2

Categorías sintomáticas clínicamente relevantes del Termómetro de Distrés

Categoría del distrés	Porcentaje de la muestra
Preocupación	82.0
Nerviosismo	74.8
Fatiga	71.2
Tristeza	62.2
Miedo	60.4
Memoria/Concentración	53.2

Nota: se reportaron únicamente las categorías que obtuvieron relevancia clínica en más del 50% de la muestra (Almanza-Muñoz et al., 2008).

La categoría de factores externos o circunstanciales más frecuentes del distrés fue la de *escuela/trabajo*. El 55% de los participantes consideraron su relación como una fuente de distrés y el 18.01% de los participantes reportaron que su relación de pareja fue el problema que *más* les generaba distrés al momento de la evaluación (ver Tabla 3).

Tabla 3

Categorías circunstanciales clínicamente relevantes del Termómetro de Distrés

Categoría del distrés	Porcentaje de la muestra
Escuela/Trabajo	69.4
Relación de pareja	55.0
Seguridad financiera	51.4

Nota: se reportaron únicamente las categorías que obtuvieron relevancia clínica en más del 50% de la muestra (Almanza-Muñoz et al., 2008).

Con respecto a la variable *conflictos de pareja*, la muestra presentó en promedio 2.7 conflictos generales (DE=3.4) y el 32.4% reportó no tener conflictos significativos con su pareja al momento de la evaluación. Los conflictos generales principales fueron *peleas desagradables*, *distanciamiento emocional* y *tensiones ajenas* (ver Figura 6).

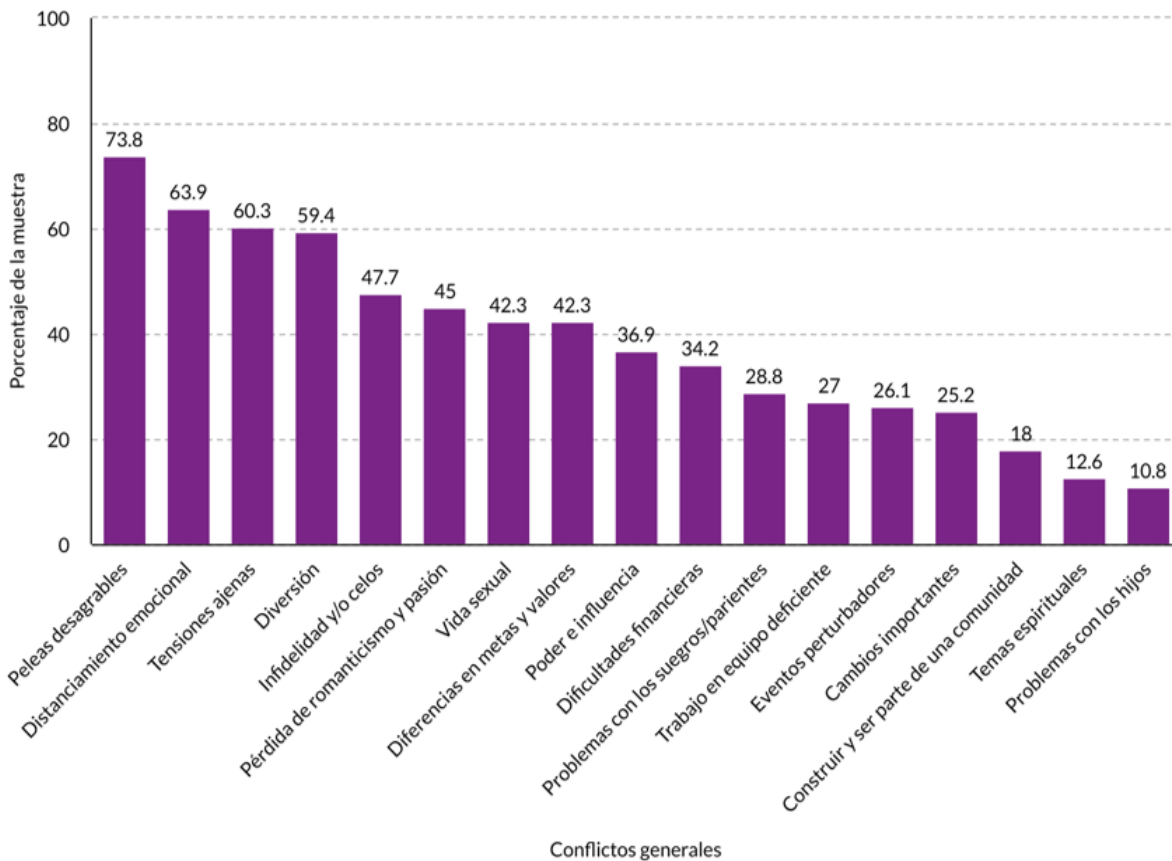


Figura 6. Conflictos generales de la muestra en porcentajes (Gottman y Silver, 2015).

Sobre la frecuencia de los conflictos generales, el 62.63% de los participantes reportaron nunca tener conflictos y el 9.27% tuvo conflictos frecuente o muy frecuentemente (ver Figura 7).

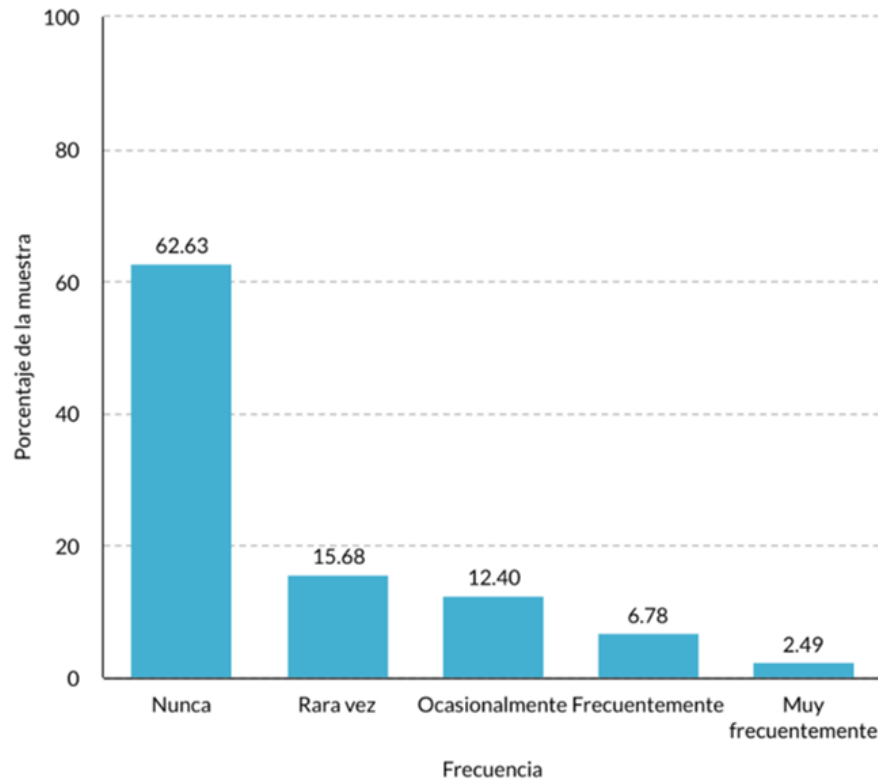


Figura 7. Frecuencia de los conflictos generales de pareja en porcentajes (Gottman y Silver, 2015).

Con referencia a los conflictos específicos, el más prevalente fue *caemos en malentendidos que nos hieren mutuamente* (ver Tabla 4).

Tabla 4

Conflictos específicos más frecuentes

Conflicto general	Conflicto específico	Porcentaje de la muestra
Peleas desagradables	Caemos en malentendidos que nos hieren mutuamente	58.5
Infidelidad y celos	Inseguridad	41.4
Diversión	El trabajo/escuela ocupa todo nuestro tiempo	41.4
Distanciamiento emocional	Desconexión emocional	33.3
Tensiones ajenas	No nos ayudamos mutuamente a reducir el estrés cotidiano	30.6

Nota: se reportaron únicamente los conflictos específicos con prevalencia mayor al 30% (Gottman y Silver, 2015).

Continuando con la secuencia de las variables, los resultados de los *estilos de resolución de conflictos* indican que la mayoría de la muestra utiliza la estrategia denominada *resolución positiva de conflictos*, tanto los estilos de la persona como los de su pareja. Los porcentajes totales se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

Factores del Inventario de Estilos de Resolución de Conflictos

Factores	Porcentaje de la muestra	
	Usted	Su pareja
Resolución Positiva de Conflictos	71.2	70.3
Evitación	21.6	18.9
Indefinido	6.3	5.4
Involucrarse en el conflicto	0.9	5.4

Nota. (Bonache et al., 2016).

Algunos participantes obtuvieron un estilo de resolución *indefinido*, ya que presentaron los mismos puntajes en dos o más factores.

Con respecto a los *pensamientos automáticos negativos*, medidos a través de 15 distorsiones cognitivas, las más prevalentes fueron *falacia de recompensa divina*, *filtraje* y *los debería* (ver Tabla 6).

Tabla 6

Puntuaciones del Inventario de Pensamientos Automáticos

Distorsión cognitiva	<i>M</i>	<i>DE</i>
Falacia de recompensa divina	4.23	2.50
Filtraje	3.13	2.19
Los debería	3.10	2.14
Etiquetas globales	2.63	2.08
Visión catastrófica	2.51	1.87
Falacia de justicia	2.47	2.23
Interpretación del pensamiento	2.22	1.90
Falacia de razón	2.21	1.94
Falacia de cambio	2.12	1.92
Pensamiento polarizado	2.06	2.21
Sobregeneralización	2.00	2.12
Personalización	1.93	1.69
Falacia de control	1.88	1.61
Culpabilidad	1.74	1.62
Razonamiento emocional	1.25	1.54

Nota: el rango de puntuación por cada distorsión cognitiva es de 0 a 9 (Ruiz y Luján, 1991).

Con referencia a la variable dependiente del estudio, el 44.1% de la muestra obtuvo niveles de depresión mínima y el 9% presentó depresión severa. El puntaje promedio total de la muestra fue de 13.32 (DE=10.05). Los resultados se muestran en la figura 8.

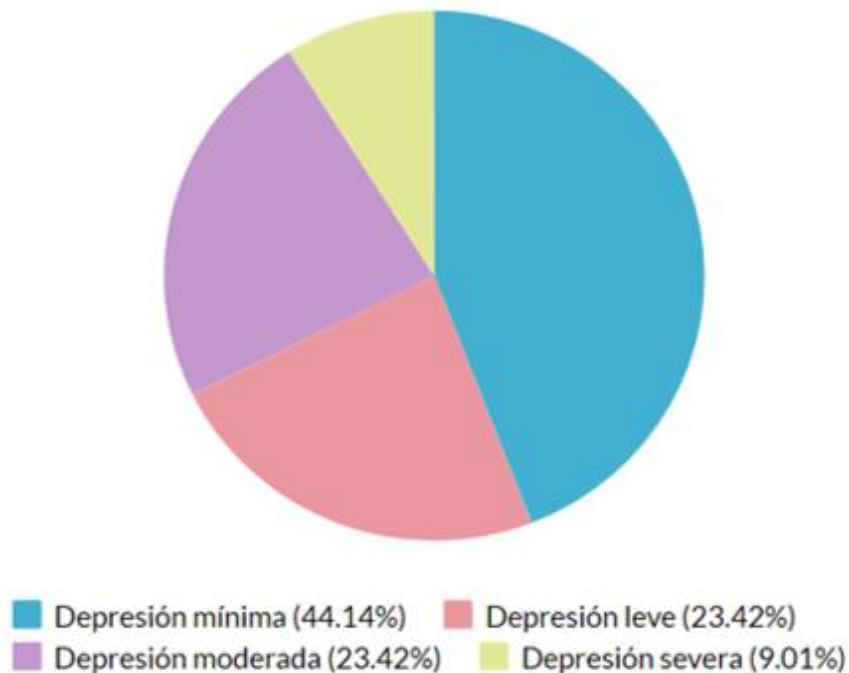


Figura 8. Niveles de depresión en porcentajes.

Con respecto al objetivo general del estudio, el cual fue conocer la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión en el noviazgo, así como su consecuente respuesta cognitiva y conductual, se llevaron a cabo análisis de correlación de Pearson.

El primer objetivo específico fue conocer cuál de las variables está más relacionada con los síntomas depresivos; los resultados indican que la variable independiente más

asociada con los síntomas de depresión fue *pensamientos automáticos* ($r=.781$). Las correlaciones significativas de cada variable se presentan en la tabla 7.

Tabla 7

Correlaciones significativas entre las variables independientes y los síntomas depresivos

Variable independiente	r
Pensamientos automáticos	.781*
Distrés	.522*
Estrategia de afrontamiento – Evitación	.471*
Frecuencia de los conflictos de pareja	.373*

Nota: * $\leq .05$.

El siguiente objetivo específico fue conocer la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión. Se encontró que el puntaje total de conflictos y los síntomas depresivos presentaron una correlación positiva débil ($r=.237$); la frecuencia de los conflictos obtuvo una correlación positiva media (Rivera y García, 2012) con la variable dependiente ($r=.373$). Las correlaciones significativas se presentan en la tabla 8.

Tabla 8

Correlaciones entre el puntaje total de conflictos generales y su frecuencia con los síntomas de depresión

Conflicto general	r	
	Total	Frecuencia
Infidelidad y celos	.282**	.340**
Peleas desagradables	-	.316**
Distanciamiento emocional	.279**	.276**
Pérdida de romanticismo y pasión	.196*	.300**

Nota: * $\leq .05$; ** $\leq .01$.

Estos resultados indican que el conflicto *infidelidad y celos*, así como su frecuencia de ocurrencia, están más relacionados con los síntomas de depresión en comparación con los demás tipos de conflictos; la correlación del puntaje total de este conflicto es baja y la correlación de su frecuencia es media (Rivera y García, 2012).

Por otra parte, la estrategia de afrontamiento que más se asoció con los síntomas de depresión para la categoría *usted* fue evitación ($r=.471$), mientras que para la categoría *su pareja* fue involucrarse en el conflicto ($r=.276$). Los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas de depresión

Estrategias de afrontamiento	r	
	Usted	Su pareja
Involucrarse en el conflicto	.360**	.276**
Resolución positiva	-.242*	-.241*
Evitación	.471**	-

Nota: * $\leq .05$; ** $\leq .01$.

Con respecto a este análisis, las estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales son *involucrarse en el conflicto* y *evitación*, están asociadas significativamente con la variable dependiente para la categoría *usted*, y ambas obtuvieron una correlación positiva media; la estrategia *resolución positiva de conflictos* obtuvo una correlación negativa débil con los síntomas de depresión (Rivera y García, 2012).

Con relación al siguiente objetivo específico, el cual se refiere a la relación entre los pensamientos negativos automáticos y la variable dependiente, los resultados indican que las distorsiones cognitivas más asociadas con los síntomas depresivos fueron sobregeneralización ($r=.791$), pensamiento polarizado ($r=.765$), interpretación del pensamiento ($r=.733$) y filtraje ($r=.720$); todas obtuvieron una correlación positiva media (Rivera y García, 2012). Los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10

Correlaciones entre las distorsiones cognitivas y los síntomas de depresión

Distorsiones cognitivas	r
Sobregeneralización	.791**
Pensamiento polarizado	.765**
Interpretación del pensamiento	.733**
Filtraje	.720**

Nota: * $\leq .05$; ** $\leq .01$.

Por último, se realizó un análisis de correlación de Pearson con la finalidad de conocer la relación entre los pensamientos negativos automáticos y las estrategias de afrontamiento desadaptativas. Las distorsiones cognitivas *pensamiento polarizado* e *interpretación del pensamiento* obtuvieron índices de correlación media (ver Tabla 11).

Tabla 11

Correlaciones entre distorsiones cognitivas y estrategias de afrontamiento desadaptativas

Distorsión cognitiva	Estrategias de afrontamiento desadaptativas	
	Evitación	Involucrarse en el conflicto
Pensamiento polarizado	.475**	.403**
Interpretación del pensamiento	.453**	.428**
Etiquetas globales	.432**	.363**
Falacia de cambio	.416**	.358**
Sobregeneralización	.408**	.341**

Nota: ** $\leq .01$.

Posterior a los análisis de correlación de Pearson, se realizó una prueba t de student para muestras independientes con los puntajes de todas las variables independientes con el objetivo de saber si existen diferencias entre el grupo con depresión mínima (grupo 1, n=49) y el grupo con depresión moderada-severa (grupo 2, n=36). Se encontró que las variables *depresión*, la *frecuencia de los conflictos de pareja*, el *distrés*, los *pensamientos automáticos* y las *estrategias de afrontamiento desadaptativas* (tanto para la categoría *usted y su pareja*) tuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los resultados se presentan en la tabla 12.

Tabla 12

Prueba t de student, comparación entre grupos depresión mínima y depresión moderada-severa

Variable	Grupo 1		Grupo 2		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Depresión	4.84	2.51	25.39	7.44	-15.91	.000**
Frecuencia de conflictos	25.71	6.85	32.39	11.34	-3.13	.003**
Distrés	4.59	1.96	6.97	1.90	-5.58	.000**
Pensamientos automáticos	21.73	13.97	57.81	20.26	-9.19	.000**
Estrategias desadaptativas- <i>Usted</i>	17.73	5.79	23.31	7.37	-3.90	.000**
Estrategias desadaptativas- <i>Su pareja</i>	18.10	6.28	21.36	6.14	-2.38	.019*

Nota: * $\leq .05$; ** $\leq .01$; Grupo 1=Depresión mínima, Grupo 2=Depresión moderada/severa.

Finalmente, se realizaron dos análisis de regresión lineal múltiple con la finalidad de obtener un modelo con las variables independientes que explican con mayor precisión los síntomas de depresión. El modelo que obtuvo la mayor varianza explicada

contrastó el puntaje total de depresión con las siguientes variables independientes: las distorsiones cognitivas *sobregeneralización* e *interpretación del pensamiento*, la estrategia de afrontamiento *evitación* y el *distrés*.

El coeficiente de determinación resultó significativo ($R^2=.746$), el estadístico Durbin-Watson presentó un valor adecuado ($d=2.13$) y la significación de F-test fue de .000. Los resultados del modelo se presentan en la tabla 13.

Tabla 13

Variables independientes predictoras de los síntomas depresivos

Variables	Síntomas de depresión				
	β	t-Sig.	Tolerancia	VIF	95% IC
Sobregeneralización	.506	.000	.518	1.93	[1.75, 3.03]
Interpretación del pensamiento	.244	.001	.460	2.17	[0.53, 2.03]
Distrés	.225	.000	.816	1.22	[0.51, 1.45]
Evitación	.105	.061	.776	1.28	[-0.01, 0.53]

Nota: IC= Intervalo de confianza

El análisis de regresión lineal múltiple indica que el modelo planteado es estadísticamente significativo y no presenta indicios de multicolinealidad de acuerdo con los valores de tolerancia y el factor de inflación de la varianza en todas las variables. Además, la variable más explicativa y predictiva de los síntomas de depresión para la muestra analizada fue la distorsión cognitiva *sobregeneralización*.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo describir la relación entre los conflictos de pareja y los síntomas de depresión en el noviazgo, así como su consecuente respuesta cognitiva y conductual.

Con el propósito de identificar si los participantes del presente estudio se encontraban en una relación romántica comprometida, se aplicó una lista de verificación que mide algunas de las características de una pareja: los resultados indicaron que el 94.8% del total de la muestra sí se encontraron en una relación comprometida. Es importante resaltar que este tipo de criterios de identificación son necesarios para evitar que los participantes decidan si se encuentran o no en una relación basándose únicamente en su propio criterio y definición.

En estudios sobre relaciones sentimentales en México (Armenta y Díaz-Loving, 2008; Moral de la Rubia et al., 2011; Cienfuegos y Díaz-Loving, 2011; Oropeza et al., 2010; Rosales-Sarabia y Rivera, 2016; Romero et al., 2007; Pozos et al., 2013; Villanueva et al., 2012), se incluyó a participantes que están en un matrimonio, noviazgo o cohabitación, con o sin hijos, sin embargo, preguntar abiertamente si se encuentran en una relación de cualquiera de este tipo, resulta insuficiente para identificar si cuentan con los componentes básicos que caracterizan a las relaciones de pareja. El hecho de que dos personas estén casadas, cohabiten o tengan hijos juntos, no garantiza que existan sentimientos de apego, amor, confianza y respeto, entre otros (Gottman y Silver, 2015).

Se considera que, aunque el Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida no haya obtenido valores óptimos de confiabilidad, es una herramienta que con el apropiado trabajo psicométrico podría dotar de mayor rigor metodológico a futuras investigaciones, y de tal forma, mejorar y enriquecer el conocimiento sobre las relaciones de pareja y sus variables modificadoras.

Con respecto a la variable *distrés*, se encontró que el indicador emocional más prevalente de la muestra es la preocupación por factores circunstanciales como la escuela/trabajo, así como sus relaciones de pareja. Estudios anteriores han encontrado que usualmente tener una relación romántica de calidad y tener una carrera profesional estable durante el periodo de adultez emergente, son procesos simultáneos que impactan directamente en el bienestar de las personas (Arnett, 2000, 2004; Shulman y Connolly, 2013).

El *distrés* juega un papel significativo y predictivo en el desarrollo de síntomas depresivos, lo cual coincide con la literatura existente, en la que se propone que el estrés marital es un factor de riesgo para sufrir depresión, tanto a nivel diagnóstico como subclínico (Whisman, 2001), asimismo, el estrés predice los síntomas de depresión, triplicando la probabilidad de un episodio depresivo mayor en el siguiente año (Whisman y Bruce, 1999).

Las interacciones en pareja caracterizadas por enfrentamientos estresantes y hostiles pueden conducir eventualmente al inicio y mantenimiento de síntomas de depresión en uno o ambos miembros de la pareja (Beach et. al, 1990). Además, se ha encontrado que las parejas estresadas presentan aspectos cognitivos que provocan la

desacreditación e interpretación de los comportamientos positivos de la pareja como maliciosos y negativos (Miller y Bradbury, 1995).

La edad promedio de la primera relación de noviazgo de la muestra, la cual fue de 14 años, podría fungir como un factor protector que previene futuros síntomas de depresión durante la adultez emergente, ya que la mayoría de los participantes del presente estudio obtuvieron niveles de depresión mínima-leve. Estudios anteriores han encontrado que las relaciones románticas durante la adolescencia están asociadas con una mayor probabilidad de tener relaciones comprometidas, positivas y de calidad en un futuro, ya que implican una preparación para involucrarse en relaciones románticas sanas durante la adultez temprana (Seiffge-Krenke y Lang, 2002; Madsen y Collins, 2005). Se recomienda que esta variable se tome en cuenta para ser evaluada en futuras investigaciones.

Con respecto al primer objetivo específico, el cual fue conocer cuál de las variables independientes se asocia más con los síntomas de depresión, se encontró que los pensamientos negativos automáticos obtuvieron la correlación más fuerte y significativa con la variable dependiente. Este resultado coincide con la Teoría Cognitiva de Aaron Beck (1987), la cual postula que el componente cognitivo es el principal causante de la depresión.

De manera más específica, se encontró que las distorsiones cognitivas *sobregeneralización e interpretación del pensamiento* son las variables más explicativas y predictoras de los síntomas de depresión.

La sobregeneralización es particularmente común en parejas con depresión, y usualmente este tipo de distorsión cognitiva implica una serie de consecuencias desfavorables para la pareja. Los juicios negativos que se atribuyen a la pareja se convierten en características inamovibles y generales que conllevan a conclusiones absolutistas en términos de todo o nada, por ejemplo, “*nunca* estás cuando te necesito” o “*siempre* vamos a ser infelices” (Beck, 1993).

La interpretación del pensamiento se refiere a “la convicción de que uno puede adivinar lo que la pareja piensa” (Beck, 1993, p. 190), por ejemplo, “mi pareja me está haciendo enojar a propósito”. Como consecuencia de esta distorsión cognitiva, las personas tienden a asignar intenciones maliciosas y hostiles hacia su pareja sin comprobar antes la veracidad de sus pensamientos, por lo que estas interpretaciones están sujetas a error. Todas las personas pueden presentar pensamientos sesgados, sin embargo, las parejas que experimentan este tipo de distorsiones cognitivas de manera constante acumulan tensiones con el paso del tiempo, resultando en percepciones equivocadas y deformadas sobre la pareja (Beck, 1993).

Continuando con los objetivos específicos, se encontró que la correlación existente entre los conflictos de pareja y los síntomas depresivos aunque es significativa, no es fuerte, lo cual implica que este componente por sí solo no es suficiente para explicar la sintomatología depresiva en esta muestra, sin embargo, al realizar una prueba t de student para comparar los grupos de depresión mínima y moderada-severa con los conflictos de pareja, sí se encontraron diferencias significativas, es decir, aquellos participantes que obtuvieron mayores puntajes de depresión presentaron conflictos de pareja con más frecuencia, y dado que el porcentaje de participantes con depresión

mínima-leve consiste en un 67.56% de la muestra total, esto podría explicar que la correlación de Pearson no haya sido fuerte entre la depresión y los conflictos de pareja.

Podría suceder que al agrandar el tamaño de la muestra e incluir otros subestratos de la población universitaria se obtuvieran datos más representativos y generalizables.

Todas las parejas presentan conflictos, porque tienen una interacción interpersonal muy cercana, y éstos pueden funcionar como una vía para conocer a la pareja si se manejan de manera adaptativa, sin embargo, las distorsiones cognitivas y las interacciones negativas, caracterizadas por el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas durante el conflicto, son variables que podrían conducir al desarrollo de síntomas depresivos (Gottman, 1994; Tikdarinejad y Khezri, 2017).

Como parte de este objetivo se encontró que el conflicto general más asociado con los síntomas de depresión fue *infidelidad y celos*. Este resultado concuerda con estudios anteriores en los que se ha encontrado una correlación entre la infidelidad y la depresión (Cano y O'Leary, 2000). La infidelidad es un tema ampliamente estudiado debido a que es un problema muy común entre las parejas (Platt et al., 2008). Rivera et al. (2011) encontraron que un factor asociado con la infidelidad es el conflicto entre las parejas.

La frecuencia del conflicto general *peleas desagradables* correlacionó significativamente con los síntomas de depresión, y el conflicto específico más prevalente en la muestra fue *caemos en malentendidos que nos hieren mutuamente*, el cual está relacionado con las distorsiones cognitivas propuestas por Beck (1993). En investigaciones anteriores se ha encontrado que las creencias disfuncionales de

los miembros de la pareja están correlacionadas positiva y significativamente con la frecuencia de los conflictos de pareja, lo cual aumenta el nivel de tensión y estrés en la relación (Hamamci, 2005) y a su vez, aumenta el riesgo de padecer síntomas depresivos (Tikdarinejad y Khezri-Moghadam, 2017).

El siguiente objetivo específico fue conocer cuáles estrategias de afrontamiento están relacionadas con los síntomas de depresión. Se encontró que la estrategia *evitación* obtuvo una correlación significativa y un papel predictivo en el desarrollo de la sintomatología depresiva, evidencia que concuerda con estudios anteriores (Bruder-Mattson y Hovanitz, 1990; Spangenberg y Theron, 1999, Heene et al., 2005; Whitton et al, 2007; Kouros et al, 2008). También se encontró una correlación positiva con la estrategia *involucrarse en el conflicto*, lo cual coincide con investigaciones previas, en las que se propone que las interacciones estresantes y hostiles entre los miembros de la pareja predicen los síntomas de depresión (Beach et al., 1990; Coyne et al., 2002; Whitton et al, 2007).

Se ha demostrado que los patrones negativos de comportamiento entre las parejas (evitación e involucrarse en el conflicto) se encuentran estrechamente relacionados entre sí: cuando un miembro de la pareja expresa sus inconformidades a través de críticas e interacciones agresivas, el otro miembro tiende a retraer sus emociones negativas y a huir de la situación. Cuando este patrón de comportamiento es persistente, el miembro de la pareja que evita las discusiones usualmente sufre de mucha tensión, y como consecuencia hay desapego y desconexión emocional, positiva o negativa (Johnson, 2008), es por ello que algunos autores consideran que la evitación es más perjudicial que los conflictos por sí mismos (Kouros et al., 2008).

Con respecto al objetivo de conocer la relación entre los pensamientos negativos automáticos y los síntomas de depresión, se encontró que estas dos variables se encuentran fuerte y significativamente relacionadas. Este planteamiento está sustentado por el modelo cognitivo, en el cual se propone que las personas usualmente aceptan sus pensamientos automáticos sin corroborar su validez, lo cual es una gran fuente de angustia y eventualmente podría causar un trastorno depresivo (Beck, 1987).

Estos pensamientos automáticos provienen de aspectos cognitivos subyacentes denominados distorsiones cognitivas, dando lugar a percepciones y expectativas rígidas e inapropiadas; de igual manera, los pensamientos automáticos subyacen patrones más complejos, estables e incluso inflexibles, denominados *esquemas*, considerados como la base de las creencias básicas de un individuo y el determinante en la activación de un estado depresivo (Tilden y Dattilio, 2005).

En general, los resultados encontrados en el presente trabajo indican que la variable *distrés* es un componente significativo y predictivo en el desarrollo de los síntomas de depresión. Además, los tipos de conflictos entre las parejas y su frecuencia no predicen el desarrollo de los síntomas depresivos, lo cual concuerda con el planteamiento de que los conflictos no necesariamente causan perturbación en una relación sentimental, sino la manera en que las personas actúan ante el conflicto (Rivera et al., 2017). El componente conductual del estudio, las estrategias de afrontamiento, y en específico la estrategia de afrontamiento desadaptativa *evitación*, es una variable que explica y predice la sintomatología depresiva en las parejas, lo cual es consistente con estudios anteriores (Kouros et al., 2008; Holahan et al., 2007;

Uebelacker et al., 2005; Johnson y Jacob, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; Hovanitz y Kozora, 1989). Así mismo, los pensamientos negativos automáticos presentaron una asociación positiva y significativa con los síntomas de depresión, específicamente las distorsiones cognitivas *sobregeneralización e interpretación del pensamiento* predicen dichos síntomas (Beck, 1987).

Los resultados encontrados pueden explicarse con el modelo cognitivo de depresión de Beck (1967): (a) el acontecimiento activador es el conflicto de pareja, (b) el factor cognitivo está representado por los pensamientos negativos automáticos, y (c) las consecuencias se refieren al factor conductual que involucra la estrategia de afrontamiento *evitación* y al factor fisiológico que implica a la variable *distrés* (ver Figura 9). Estos resultados podrían ser de utilidad para generar futuros modelos preventivos de intervención psicológica cognitivo conductual en adultos jóvenes involucrados en relaciones románticas.

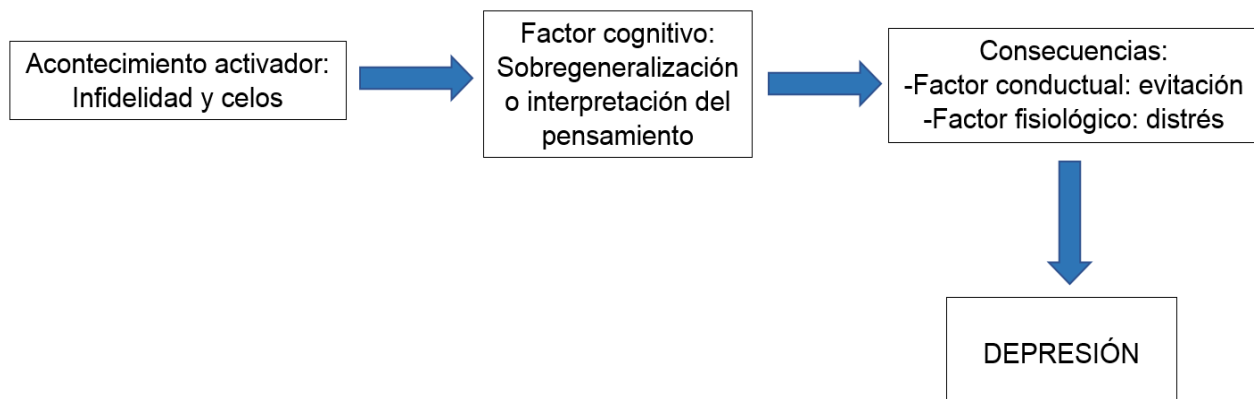


Figura 9. Resultados explicados a través del Modelo cognitivo de depresión de Beck (1967).

El presente estudio realiza una breve aportación descriptiva de cómo se está comportando una muestra de estudiantes universitarios en un área relevante de sus vidas y cómo estas interacciones se relacionan con su salud mental. Desde un enfoque preventivo, sería importante considerar el presente antecedente y fomentar la investigación que ayude a realizar intervenciones orientadas a la población joven que no presenta algún tipo de sintomatología clínicamente relevante o que aún se encuentra en etapas tempranas, con el propósito de evitar llegar a los niveles de depresión más graves. El 67.5% de la muestra obtuvo puntuaciones correspondientes con la depresión mínima-leve, y estos síntomas podrían incrementarse sin una intervención ambiental o psicológica apropiada.

El presente estudio también puede proporcionar información relevante para las intervenciones psicológicas en personas con niveles de depresión más graves, dado que el componente cognitivo fue el que más se asoció con la sintomatología depresiva, este puede ser un punto de intervención importante. El grupo con depresión moderada-severa, que corresponde al 32.4% de la muestra, presentó conflictos con su pareja más frecuentemente, tuvo más pensamientos negativos automáticos y utilizó estrategias de afrontamiento desadaptativas, por lo que la terapia cognitivo conductual para parejas es una opción viable para modificar sus creencias disfuncionales por pensamientos más adaptativos, así como dotarlos de herramientas conductuales que les permitan involucrarse en conflictos más constructivos.

Se debe reconocer la importancia de continuar realizando investigaciones en población joven para que puedan desarrollar habilidades cognitivas, conductuales y emocionales que les permitan gozar de relaciones interpersonales sanas a lo largo de

su ciclo de vida. Estas habilidades están encaminadas a prevenir trastornos psicológicos graves de relevancia epidemiológica como la depresión, que conllevan consecuencias adversas para la salud física y mental de las personas.

Limitaciones

El presente estudio tuvo limitaciones que podrían considerarse para el desarrollo de futuras investigaciones.

Una de las principales limitaciones fue la utilización de los instrumentos *Cuestionario de conflictos de pareja* y el *Inventario de estilos de resolución de conflictos* debido a que actualmente no hay otros instrumentos que sirvan a los propósitos del presente estudio. El cuestionario no cuenta con índices de validez y confiabilidad, y el inventario no se encuentra validado en México, por lo que se propone desarrollar instrumentos que puedan ser aplicados en población mexicana y que cuenten con las características psicométricas adecuadas.

En el presente estudio se desarrolló el *Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida*, el cual fue validado por jueces, sin embargo, no obtuvo un índice de confiabilidad óptimo, por lo que se sugiere ampliamente el desarrollo de escalas que permitan saber a los investigadores si las parejas se encuentran o no en una relación romántica que involucre aspectos como el compromiso, pasión e intimidad entre los miembros de la pareja, debido a que resulta insuficiente solo preguntar a los participantes si se encuentran en una relación basándose en su propia definición, esto podría conllevar sesgos en la investigación.

También se recomienda ampliar el tamaño de la muestra e incluir equitativamente a personas de ambos sexos con el propósito de obtener datos más generalizables a la población mexicana.

Referencias

- Aguirre-Baztán, Á. (2008). Anthropology of depression [Antropología de la depresión]. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives [Realismo de la depresión: cuatro perspectivas teóricas]. *Cognitive processes in depression*, 223-265.
- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista De Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.
- Antonovsky, A. (1993). Coping with cancer stressors: a salutogenic approach [Afrontando los factores estresantes del cáncer: un enfoque salutogénico]. *European Journal of Cancer*, 29, S262.
- Aragón, S. R., & Méndez, M. G. (2012). *Aplicación de la estadística a la psicología*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Armenta, C. H., & Díaz-Loving, R. (2008). Comunicación y satisfacción: analizando la interacción de pareja. *Psicología Iberoamericana*, 16(1), 23-27.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties [Adulthood emergente. Una teoría del desarrollo desde finales de la adolescencia hasta los años veinte]. *The American Psychologist*, 55, 469–480.

- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* [Adulthood emergente: el camino sinuoso desde finales de la adolescencia hasta los años veinte]. New York, NY: Oxford University Press.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
- Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., ... & Nock, M. K. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys [Trastornos mentales de estudiantes universitarios en las encuestas mundiales de salud mental de la Organización Mundial de la Salud]. *Psychological medicine*, 46(14), 2955-2970.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). Brunner/Mazel cognitive therapy series [Serie de terapia cognitiva Brunner/Mazel]. *Cognitive-behavioral marital therapy, Brunner/Mazel*.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy* [Terapia marital cognitivo conductual]. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N. B., LaTaillade, J. J., & Kirby, J. S. (2015). Cognitive-behavioral couple therapy [Terapia de pareja cognitivo conductual]. *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 23-60.

- Baucom, D. H., Epstein, N., Rankin, L. A., & Burnett, C. K. (1996). Assessing relationship standards: The inventory of specific relationship standards [Evaluación de los estándares de relación: el inventario de estándares de relación específicos]. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 72.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model [Efectos prospectivos de la satisfacción marital sobre los síntomas depresivos en matrimonios establecidos: un modelo diádico]. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355–371.
- Beach, S. R., & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy [Tratamiento de la depresión en el contexto de los desacuerdos maritales: resultados y predictores de respuesta de la terapia de pareja versus la terapia cognitiva]. *Behavior therapy, 23*(4), 507-528.
- Beach, S. R., Sandeen, E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment* [Depresión en el matrimonio: un modelo de etiología y tratamiento]. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression [Modelos cognitivos de la depresión]. *Journal of cognitive psychotherapy, 1*, 5-37.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression* [Terapia cognitiva de la depresión]. Guilford press.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* [Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos]. Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates [La evolución del modelo cognitivo de la depression y sus correlatos neurobiológicos]. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969–977.
- Beck, A. T., & Padesky, C. A. (1993). *Love is never enough* [Con el amor no basta]. New York: Penguin.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression [Desesperanza, depresión, ideación suicida y diagnóstico clínico de la depresión]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-145.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI) [Inventario de Depresión de Beck]. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem-solving self-appraisal [El efecto de la terapia de pareja grupal cognitivo conductual sobre la felicidad marital y la autoevaluación de resolución de problemas]. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118.

- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C., & Wethington, E. (1989). The contagion of stress across multiple roles [El contagio del estrés a través de múltiples roles]. *Journal of Marriage and the Family*, 175-183.
- Bonache, H., Ramírez-Santana, G., & Gonzalez-Mendez, R. (2016). Conflict resolution styles and teen dating violence [Estilos de resolución de conflictos y violencia en el noviazgo adolescente]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 276-286.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32(5), 413-425.
- Borges, G., Pacheco, J. Á. G., & Borsani, L. (2006). Epidemiología de las conductas suicidas en México. *De la conducta suicida*.
- Borod, J. C., Koff, E., Lorch, M. P., & Nicholas, M. (1986). The expression and perception of facial emotion in brain damaged patients [La expresión y percepción de la emoción facial en pacientes con daño cerebral]. *Neuropsychologia*, 24, 169–180.
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students [Relaciones románticas y la salud física y mental de estudiantes universitarios]. *Personal relationships*, 17(1), 1-12.
- Brown, E. S., Varghese, F. P., & McEwen, B. S. (2004). Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? [Asociación de la depresión con

enfermedades médicas: ¿el cortisol juega un papel?] *Biological psychiatry*, 55(1), 1-9.

Bruder-Mattson, S. F., & Hovanitz, C. A. (1990). Coping and attributional styles as predictors of depression [Estilos de afrontamiento y atribución como predictores de la depresión]. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 557–565.

Bulcroft, K., & O'Connor, M. (1986). The importance of dating relationships on quality of life for older persons [La importancia de las relaciones amorosas en la calidad de vida de personas mayores]. *Family Relations*, 35, 397-401.

Busby, D. M., & Holman, T. B. (2009). Perceived match or mismatch on the Gottman conflict styles: Associations with relationship outcome variables [Coincidencias o desajustes percibidos en los estilos de conflicto de Gottman: asociaciones con variables de resultado relacionales]. *Family process*, 48(4), 531-545.

Cano, A., & O'Leary, K. D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety [La infidelidad y las separaciones precipitan episodios depresivos mayores y síntomas de depresión y ansiedad inespecíficos]. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 774.

Caraveo, A.J., Colmenares, B. E. & Saldívar, H. G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad durante la vida. *Salud Mental*, 22 (Número Especial): 62-67.

- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage [Comportamiento emocional en los matrimonios a largo plazo]. *Psychology and Aging, 10*, 140–149.
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J. G., Ehrensaft, M., & Gordon, K. (2006). Predicting conflict within romantic relationships during the transition to adulthood [Predicción de conflictos dentro de las relaciones románticas durante la transición a la edad adulta]. *Personal Relationships, 13*(4), 411-427.
- Cienfuegos, Y. I. M., & Díaz-Loving, R. (2011). Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: una validación psicométrica. *Enseñanza e investigación en Psicología, 16*(1), 27-39.
- Coleman, L., Mitcheson, J., & Lloyd, G. (2013). Couple relationships: Why are they important for health and wellbeing? [Relaciones de pareja: ¿por qué son importantes para la salud y el bienestar?] *Journal of Health Visiting, 1*(3), 168-172.
- Collins, W. A., & van Dulmen, M. (2006). Friendships and romance in emerging adulthood: Assessing distinctiveness in close relationships [Amistades y romance en la edad adulta emergente: evaluación de las diferencias en las relaciones cercanas]. *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century, 219–234*.
- Coombs, R. H. (1991). Marital status and personal wellbeing: A literature review [Estado civil y bienestar personal: revisión de la literatura]. *Family Relations, 40*, 97–102.

- Coser, L. (1956). The social functions of conflict [Las funciones sociales del conflicto]. *New York*.
- Cotten, S. (1999). Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources [Revisión del estado civil y la salud mental: examinando la importancia de los factores de riesgo y los recursos]. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 48, 225–233.
- Cowen, P. J. (2016). Neuroendocrine and neurochemical processes in depression [Procesos neuroendocrinos y neuroquímicos de la depresión]. *Psychopathology Review*, 3(1), 3-15.
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife [Calidad marital, afrontamiento de conflictos, desacuerdos maritales y afecto en parejas con una esposa deprimida]. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 26–37.
- Coyne, J. C., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J. S., Nicklas, J. M., & Cranford, J. A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure [Importancia pronóstica de la calidad marital para la supervivencia de la insuficiencia cardíaca congestiva]. *American Journal of Cardiology*, 88, 526–529.
- Croarkin, P. E., Levinson, A. J. & Daskalakis, Z. J. (2011). Evidence for GABAergic inhibitory deficits in major depressive disorder [Evidencia de déficits inhibitorios

GABAérgicos en el trastorno depresivo mayor]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 818–825.

Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K., & Bottomley, A. (2002). *EORTC quality of life group translation procedure* [Procedimiento de traducción grupal de calidad de vida EORTC]. Brussels: EORTC.

Cutrona, C. E., & Gardner, K. A. (2006). Stress in Couples: The Process of Dyadic Coping [Estrés en las parejas: el proceso de afrontamiento diádico]. *The Cambridge handbook of personal relationships*, 501–515.

Daughtry, D. & Paulk, D. L. (2006). Gender differences in depression-related coping patterns [Diferencias de género en los patrones de afrontamiento relacionados con la depresión]. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 3(2), 47-59.

Deutsch, M. (1969). Conflicts: Productive and destructive [Conflictos: productivos y destructivos]. *Journal of social issues*, 25(1), 7-42.

Díaz-Loving, R., & Sánchez, A. R. (2002). *Psicología del amor: Una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Disabato, B., Bauer, I. E., Soares, J. C., & Sheline, Y. (2016). Neural structure and organization of mood pathology [Estructura neural y organización de la patología del estado de ánimo]. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*, 214–226.

Driver, J. L., & Gottman, J. M. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples [Interacciones maritales

diarias y afecto positivo durante el conflicto marital entre parejas de recién casados]. *Family process*, 43(3), 301-314.

Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., & Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population [Estrés psicológico inespecífico y otras dimensiones de la psicopatología: medidas para su uso en la población general]. *Archives of general psychiatry*, 37(11), 1229-1236.

Duck, S. (1991). *Understanding relationships* [Entendiendo las relaciones]. New York: Guilford.

Dugal, C., Bakhos, G., Bélanger, C., & Godbout, N. (2018). Cognitive-behavioral psychotherapy for couples: An insight into the treatment of couple hardships and struggles [Psicoterapia cognitivo conductual para parejas: una visión del tratamiento de las dificultades y conflictos de la pareja]. *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*, 3(2), 125-35.

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: A longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles [Relación entre los síntomas depresivos de los cónyuges y el conflicto marital: una investigación longitudinal del papel de los estilos de resolución de conflictos]. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 531-540.

- Elliott, R., Zahn, R., Deakin, J. W., & Anderson, I. M. (2011). Affective cognition and its disruption in mood disorders [La cognición afectiva y su alteración en los trastornos del estado de ánimo]. *Neuropsychopharmacology*, 36(1), 153-182.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1975). A new guide to rational living [Una nueva guía para una vida racional]. North Hollywood. *CA Wilshire*.
- Ellis, A. (1986). Rational emotive therapy applied to relationships therapy [Terapia emotiva racional aplicada a la terapia de parejas]. *Journal of Rational Emotive Behavior Therapy*, 4, 14–21.
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy [Psicoterapia racional]. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (2003). The nature of disturbed marital interaction [La naturaleza de la interacción marital perturbada]. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 21, 147–153.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation [Evaluación multidimensional del afrontamiento: una evaluación crítica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals [El modelo biopsicosocial y la educación de los profesionales de la salud]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181.
- Epstein, N. (1982). Cognitive therapy with couples [Terapia cognitiva con parejas]. *American Journal of Family Therapy*, 10, 5–16.

- Epstein, N. (1985). Depression and marital dysfunction: Cognitive and behavioral linkages [Depresión y disfunción marital: vínculos cognitivos y conductuales]. *International Journal of Mental Health*, 13, 86- 104.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach* [Terapia cognitivo-conductual mejorada para parejas: un enfoque contextual]. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy [Terapia cognitivo conductual de parejas]. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142-147.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* [Infancia y sociedad]. New York: Norton.
- Etcoff, N. L. (1989). Asymmetries in recognition of emotion [Asimetrías en el reconocimiento de la emoción.]. *Handbook of Neuropsychology*, (3)6, 363–382.
- Fincham, F. D. (2009). Marital conflict [Conflicto marital]. *Encyclopedia of Human Relationships*. 1, 298-303.
- Fincham, F. D., & Bradbury, T. N. (1988). The impact of attribution in marriage [El impacto de la atribución en el matrimonio]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 510–517.
- Fincham, F. D., & Cui, M. (2011). *Romantic relationships in emerging adulthood* [Relaciones románticas en la adultez emergente]. New York, NY: Cambridge University Press.

- Flores G. M. M., Díaz-Loving, R., Rivera A. S., & Chi C. A. L. (2005). Poder y negociación del conflicto en diferentes tipos de matrimonios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 337-353.
- Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping: An overview [Estrés, salud y afrontamiento: una descripción general]. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, 3-11.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* [Estrés, valoración y afrontamiento]. New York: Springer Publishing Company.
- Frenk, J., Lozano, R. & González, M. (1999). *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Furman, W., & Shaffer, L. (2003). The role of romantic relationships in adolescent development [El papel de las relaciones románticas en el desarrollo de los adolescentes]. *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications*, 3–22.
- Gater, R., Sousa, A. E., De, B., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar, C. R., ... & Silhan, K. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study [Los caminos hacia la atención psiquiátrica: un estudio transcultural]. *Psychological medicine*, 21(3), 761-774.
- Goldring, B. (2004). Conflict resolution: towards a better understanding [Resolución de conflictos: hacia una mejor comprensión]. *Child Care in Practice*, 10(3), 291-293.

- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients [El efecto del estado civil en la fase, el tratamiento y la supervivencia de los pacientes con cáncer]. *Journal of the American Medical Association*, 258, 3130–3152.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic* [La clínica marital]. New York: W.W. Norton.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce?* [¿Qué predice el divorcio?]. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1999). Rebound from marital conflict and divorce prediction [Recuperación de los conflictos maritales y predicción del divorcio]. *Family process*, 38(3), 287-292.
- Gottman, J. M., & Silver, N. (2015). *The seven principles for making marriage work* [Los siete principios para hacer que el matrimonio funcione]. Harmony.
- Gryglewski, G., Lanzenberger, R., Kranz, G. S., & Cumming, P. (2014). Meta-analysis of molecular imaging of serotonin transporters in major depression [Metaanálisis de imágenes moleculares de transportadores de serotonina en la depresión mayor]. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 34(7), 1096-1103.
- Ha, T., Overbeek, G., Cillessen, A. H. N., & Engels, R. C. M. E. (2012). A longitudinal study of the associations among adolescent conflict resolution styles, depressive symptoms, and romantic relationship longevity [Un estudio longitudinal de las asociaciones entre los estilos de resolución de conflictos de

los adolescentes, los síntomas depresivos y la longevidad de las relaciones románticas]. *Journal of Adolescence*, 35, 1247–1254.

Haaga, D. A., & Davison, G. C. (1991). Cognitive change methods [Métodos de cambio cognitivo].

Hamamci, Z. (2005). Dysfunctional relationship beliefs in marital conflict [Creencias disfuncionales en el conflicto marital]. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(3), 245-261.

Hammen, C. (2005). Stress and depression [Estrés y depresión]. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 293-319.

Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions and attachment style [Vías indirectas entre los síntomas depresivos y el estrés marital: el papel de la comunicación durante el conflicto, las atribuciones y el estilo de apego]. *Family Process*, 44, 413-440.

Hemingway, H., & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies [Factores psicosociales en la etiología y el pronóstico de la enfermedad coronaria: revisión sistemática de estudios prospectivos de cohortes]. *British Medical Journal*, 318, 1460–1467.

Hocker, J. L., & Wilmot, W. W. (1991). Interpersonal Conflict [Conflicto interpersonal]. William C. Brown, Dubuque, IA.

- Hojjat, M. (2000). Sex differences and perceptions of conflict in romantic relationships [Diferencias de sexo y percepciones de conflicto en las relaciones románticas]. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(4-5), 598-617.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Moerkbak, M. L., Cronkite, R. C., Holahan, C. K., & Kenney, B. A. (2007). Spousal similarity in coping and depressive symptoms over 10 years [Similitud marital en el afrontamiento y los síntomas depresivos durante 10 años]. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 551.
- Holman, T. B., & Jarvis, M. O. (2003). Hostile, volatile, avoiding, and validating couple-conflict types: An investigation of Gottman's couple-conflict types [Tipos de conflictos de pareja hostiles, volátiles, evitantes y validantes: una investigación de los tipos de conflictos de pareja de Gottman]. *Personal Relationships*, 10(2), 267-282.
- Hovanitz, C. A., & Kozora, E. (1989). Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping [Estrés de la vida y escalas de MMPI clínicamente elevadas: diferencias de género en la influencia moderadora del afrontamiento]. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 766-777.
- Ibarra, M. C., Ortiz, L. A., Alvarado, F. J., Graciano, H. & Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud mental*, 33(4), 317-324.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression* [Vulnerabilidad cognitiva a la depresión]. Guilford Press.

- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid, España: Turner.
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women [Interacciones maritales de hombres y mujeres deprimidos]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 15–23.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
- Kaltenboeck, A., & Harmer, C. (2018). The neuroscience of depressive disorders: A brief review of the past and some considerations about the future [La neurociencia de los trastornos depresivos: una breve revisión del pasado y algunas consideraciones sobre el futuro]. *Brain and Neuroscience Advances*, 2, 2398212818799269.
- Kano, K., Nakamura, M., Matsuoka, T., Iida, H., & Nakajima, T. (1992). The topographical features of EEGs in patients with affective disorders [Las características topográficas de los EEG en pacientes con trastornos afectivos]. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 83, 124–149.
- Kerlinger, F. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.
- Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships [Interrelaciones y moderadores de

vínculos longitudinales entre la satisfacción marital y los síntomas depresivos en parejas en relaciones establecidas]. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 667.

Kovacs, M., & Beck, A. T. (1986). Maladaptive cognitive structures in depression [Estructuras cognitivas desadaptativas en la depresión]. *Essential papers on depression*, 240-258.

Krajewski, H. T., & Goffin, R. D. (2005). Predicting occupational coping responses: the interactive effect of gender and work stressor context [Predicción de las respuestas de afrontamiento ocupacional: el efecto interactivo del género y el contexto del factor de estrés laboral]. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 44.

Kurdek, L. A. (1994). Conflict resolution styles in gay, lesbian, heterosexual nonparent, and heterosexual parent couples [Estilos de resolución de conflictos en parejas homosexuales, lesbianas, heterosexuales sin hijos y heterosexuales con hijos]. *Journal of Marriage and the Family*, 705-722.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity [Teorías cognitivas del estrés y el problema de la circularidad]. *Dynamics of stress*, 63-80.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* [Estrés, valoración y afrontamiento]. Springer publishing company.

- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive–phenomenological analysis [Emociones: un análisis cognitivo–fenomenológico]. In *Theories of emotion*, 189-217.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction [Matrimonio a largo plazo: edad, sexo y satisfacción]. *Psychology and Aging*, 8, 301–313.
- Levinson, D. J., Darrow, C. B., Klein, E. B., Levinson, M. H., & McKee, B. (1978). *The seasons of a man's life* [Las estaciones en la vida de un hombre]. New York: Knopf.
- Lillard, L. A., & Waite, L. J. (1995). Til death do us part: Marital disruption and mortality [Hasta que la muerte nos separe: ruptura marital y mortalidad]. *American Journal of Sociology*, 100, 1131–1156.
- Madsen, S., & Collins, W.A. (2005). Differential predictions of young adult romantic relationships from transitory vs. longer romantic experiences during adolescence [Predicciones diferenciales de relaciones románticas entre adultos jóvenes en experiencias románticas transitorias versus experiencias románticas más prolongadas durante la adolescencia]. Presented at *Bienn. Meet. Soc. Res. Child Dev.*, Atlanta, GA.
- Maner, J. K., & Miller, S. L. (2010). The evolution of romantic relationships: Adaptive challenges and relationship cognition in emerging adulthood [La evolución de las relaciones románticas: desafíos adaptativos y cogniciones en las

relaciones durante la edad adulta emergente]. In *Romantic relationships in emerging adulthood*, 169-189.

Marzillier, J. S. (1980). Cognitive therapy and behavioural practice [Terapia cognitiva y práctica conductual]. *Behaviour Research and Therapy*, 18(4), 249-258.

Maureira, F. C. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(1), 321-332.

McAdams, D. P. (1984). Human motives and personal relationships [Motivos humanos y relaciones personales]. *Communication, intimacy, and close relationships*, 41-70.

Mcfarland, P. T. & Christensen, A. (2000). Marital conflict [Conflicto marital]. *Encyclopedia of stress*. 682-685. EUA: Academic Press.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample [Trastornos psiquiátricos en México: prevalencia de por vida en una muestra representativa a nivel nacional]. *Br J Psychiatry*, 190, 521-528.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. & Blanco, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey [Prevalencia, uso de servicios y correlatos demográficos de los trastornos psiquiátricos del DSM-IV de 12 meses en México: resultados de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México]. *Psychol Med*, 35(12):1773-1783.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., ... & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Tapia, R., Mariño, M. C, Juárez, F., Villatoro, J, Caraveo, J & Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 48-55.
- Miller, G. E., & Bradbury, T. N. (1995). Refining the association between attributions and behavior in marital interaction [Refinando la asociación entre las atribuciones y el comportamiento en la interacción marital]. *Journal of Family Psychology*, 9, 196–208.
- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health [Estilos de afrontamiento ante amenazas: implicaciones para la salud]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., & Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression [El entorno social y el estrés cotidiano en la depresión]. *Handbook of depression*, 2(1), 340-60.
- Moral de la Rubia, J. & López, R. F. (2011). Escala de estrategias de manejo de conflictos de 34 ítems: propiedades psicométricas y su relación con violencia en la pareja. *Revista Peruana de Psicometría*, 4(1), 1-12.

- Moral de la Rubia, J., López, F., Díaz-Loving, R., & Cienfuegos, Y. I. (2011). Diferencias de género en afrontamiento y violencia en la pareja. *Rev. CES psicol*, 29-46.
- Muller, W. A., & Brough, P. (2017). Work, stress, and love: Investigating crossover through couples' lived experiences [Trabajo, estrés y amor: investigando la convergencia a través de las experiencias vividas de las parejas]. *Foundations for couples' therapy: Research for the real world*, 464–474.
- Myers, D. (2005). Who is happy? [¿Quién es feliz?]. *Psychological science*, 6(1), 10-17.
- Oropeza, R. E., Armenta, C., García, A., Padilla, N., & Díaz-Loving, R. (2010). Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la Población Mexicana.
- Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments [El eje HPA en la depresión mayor: teorías clásicas y nuevos desarrollos]. *Trends in neurosciences*, 31(9), 464-468.
- Peralta, M. L., Mercado, E., Cruz, A., Sánchez, O., Lemus, R. & Martínez, M. (2006). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(5), 409-414.
- Peterson, D. R. (1983). Conflict. Close Relationships [El conflicto en relaciones cercanas]. Ed. Harold H.

- Platt R., Nalbone D. P., Casanova G. M. & Wetchler J. L. (2008). Parental Conflict and Infidelity as Predictors of Adult Children's Attachment Style and Infidelity [El conflicto y la infidelidad de los padres como predictores del estilo de apego y la infidelidad de los hijos adultos]. *The American Journal of Family Therapy*, 36, 149–161.
- Pozos, J. L. G., Rivera, S. A., Reyes, I. L., & López, M. S. P. (2013). Escala de felicidad en la pareja: Desarrollo y validación. *Acta de investigación psicológica*, 3(3), 1280-1297.
- Ptacek, J. T., & Dodge, K. L. (1995). Coping strategies and relationship satisfaction in couples [Estrategias de afrontamiento y satisfacción de la relación en parejas]. *Personality and social psychology bulletin*, 21(1), 76-84.
- Putzke, J. D., Elliot, T. R., & Richards, J. S. (2001). Marital status and adjustment 1 year post-spinal-cord injury [Estado civil y ajuste 1 año después de una lesión en la médula espinal]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 8(2), 101–107.
- Rathus, J. H., & Sanderson, W. C. (1999). *Marital distress: Cognitive behavioral interventions for couples* [Distrés marital: intervenciones cognitivo-conductuales para parejas]. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Reis, H. T., & Rusbult, C. E. (2004). *Close relationships: Key readings* [Relaciones cercanas: lecturas clave]. Psychology Press.
- Riofrio, J. & Villegas, M. (2016). Distorsiones cognitivas según niveles de dependencia emocional en universitarios. *Revista Paian*, (7).

- Rivera, A. S., Díaz-Loving, R. & Méndez, R. F. (2017). *8 escalas: El lado negativo de las relaciones de pareja*. México, Cd. de México: El manual moderno.
- Rivera A. S., Díaz Loving, R., Villanueva O. G. B., & Montero S. N. (2011). El conflicto como un predictor de la infidelidad. *Acta de investigación psicológica*, 1(2), 298-315.
- Robins, L. N., Wing, J. & Wittchen, H. U. (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures [La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta: un instrumento epidemiológico adecuado para su uso junto con diferentes sistemas de diagnóstico y en diferentes culturas]. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Roiser, J. P. & Sahakian, B. J. (2016). Information processing in mood disorders [Procesamiento de información en trastornos del estado de ánimo]. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*, 179–189.
- Romero, A. P., Rivera, S. A., & Díaz-Loving, R. (2007). Desarrollo del inventario multidimensional de infidelidad (IMIN). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(23), 121-147.
- Rook, K. S., & Pietromonaco, P. (1987). Close relationships: Ties that heal or ties that bind? [Relaciones cercanas: ¿Lazos que curan o lazos que atan?]. *Advances in personal relationships*, (1)1-35.

Rosales-Sarabia, R. M., & Rivera, S. (2016). Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala del Perdón en la Relación de Pareja.

Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I., & Holland, J. C. (1998). Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: a pilot study [Detección rápida de malestar psicológico en hombres con carcinoma de próstata: un estudio piloto]. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 82(10), 1904-1908.

Ruhé, H. G., Mason, N. S., & Schene, A. H. (2007). Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies [El estado de ánimo está indirectamente relacionado con los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina en humanos: un metaanálisis de estudios de depleción de monoaminas]. *Molecular psychiatry*, 12(4), 331-359.

Ruíz, J. J., & Luján, J. E. (1991). Inventario de pensamientos automáticos. *Recuperado de <https://es.scribd.com/document/896661>*, 76.

Sanacora, G. (2010). Cortical inhibition, gamma-aminobutyric acid, and major depression: There is plenty of smoke but is there fire? [Inhibición cortical, ácido gamma-aminobutírico y depresión mayor: hay mucho humo, pero ¿hay fuego?]. *Biological Psychiatry*, 67(5), 397–398.

Sanacora, G., Zarate, C. A., Krystal, J. H., & Manji, H. K. (2008). Targeting the glutamatergic system to develop novel, improved therapeutics for mood disorders [Focalizando al sistema glutamatérgico para desarrollar nuevas

terapias mejoradas para los trastornos del estado de ánimo]. *Nature reviews Drug discovery*, 7(5), 426-437.

Sargent, P. A., Kjaer, K. H., Bench, C. J., Rabiner, E. A., Messa, C., Meyer, J., ... & Cowen, P. J. (2000). Brain serotonin 1A receptor binding measured by positron emission tomography with [¹¹C] WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment [Unión al receptor de serotonina 1A cerebral medida a través de una tomografía por emisión de positrones con [¹¹C] WAY-100635: efectos de la depresión y el tratamiento antidepresivo]. *Archives of general psychiatry*, 57(2), 174-180.

Schaffer, C. E., Davidson, R. J., & Saron, C. (1983). Frontal and parietal electroencephalogram asymmetry in depressed and nondepressed subjects [Asimetría del electroencefalograma frontal y parietal en sujetos deprimidos y no deprimidos]. *Biological psychiatry*, 18, 753–761.

Sedikides, C., Oliver, M. B., & Campbell, W. K. (1994). Perceived benefits and costs of romantic relationships for women and men: Implications for exchange theory [Beneficios y costos percibidos de las relaciones románticas para mujeres y hombres: implicaciones para la teoría del intercambio]. *Personal Relationships*, 1(1), 5-21.

Seiffge-Krenke, I., & Lang, J. (2002). Forming and maintaining romantic relations from early adolescence to young adulthood: evidence of a developmental sequence [Formar y mantener relaciones románticas desde la adolescencia temprana

hasta la adultez temprana: evidencia de una secuencia de desarrollo].
Presented at Bienn. Meet. Soc. Res. Adolesc., 19th, New Orleans, LA.

Shek, D. T. L. (2005). Perceived parental control and parent–child relational qualities in Chinese adolescents in Hong Kong [Control parental percibido y cualidades relacionales entre padres e hijos en adolescentes chinos en Hong Kong]. *Sex Roles, 53*, 635–646.

Shenal, B. V., Harrison, D. W., & Demaree, H. A. (2003). The neuropsychology of depression: a literature review and preliminary model [La neuropsicología de la depresión: revisión de la literatura y modelo preliminar]. *Neuropsychology review, 13*(1), 33-42.

Shulman, S., & Connolly, J. (2013). The challenge of romantic relationships in emerging adulthood: Reconceptualization of the field [El desafío de las relaciones románticas en la adultez emergente: reconceptualización del campo]. *Emerging Adulthood, 1*, 27–39.

Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health [Revisando la relación entre género, estado civil y salud mental]. *American Journal of Sociology, 107*, 1065–1096.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2015). Coping across the lifespan [Afrontamiento durante el ciclo de vida]. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 887-894*.

- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy [Estado actual y direcciones futuras de la terapia de pareja]. *Annu. Rev. Psychol.*, *57*, 317-344.
- Snyder, D. K., & Halford, W. K. (2012). Evidence-based couple therapy: Current status and future directions [Terapia de pareja basada en evidencia: estado actual y direcciones futuras]. *Journal of Family Therapy*, *34*(3), 229-249.
- Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, *7*(1), 33-39.
- Spangenberg, J. J. & Theron, J. C. (1999) Stress and Coping Strategies in Spouses of Depressed Patients [Estrategias de afrontamiento y estrés en cónyuges de pacientes deprimidos]. *The Journal of Psychology*, *133*:3, 253-262.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love [Una teoría triangular del amor]. *Psychological review*, *93*(2), 119.
- Straus, M. A. (2004). Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide [Prevalencia de la violencia contra la pareja por parte de estudiantes universitarios masculinos y femeninos en todo el mundo]. *Violence against women*, *10*(7), 790-811.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis [Epidemiología genética de la depresión mayor: revisión y metaanálisis]. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552-1562.

- Tikdarinejad, A., & Khezri-Moghadam, N. (2017). Relationship between irrational beliefs and marital conflicts in couples based on rational-emotive behavior therapy [Relación entre creencias irracionales y conflictos maritales en parejas basada en la terapia racional-emotiva conductual]. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 5(2), 526-530.
- Tilden, T., & Dattilio, F. M. (2005). Vulnerability schemas of individuals in couples relationships: a cognitive perspective [Esquemas de vulnerabilidad de los individuos en relaciones de pareja: una perspectiva cognitiva]. *Contemporary Family Therapy*, 27(2), 139-162.
- Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2005). Relationship Beliefs, Attributions, and Partner Behaviors Among Depressed Married Women [Creencias de la relación, atribuciones y comportamientos de la pareja entre mujeres casadas deprimidas]. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 143–154.
- Villanueva, G. B. T., Rivera, S., Díaz-Loving, R., & Reyes-Lagunes, I. (2012). La comunicación en pareja: desarrollo y validación de escalas. *Acta de investigación psicológica*, 2(2), 728-748.
- Warren, M. B., Pringle, A., & Harmer, C. J. (2015). A neurocognitive model for understanding treatment action in depression [Un modelo neurocognitivo para comprender la acción del tratamiento en la depresión]. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1677), 20140213.

- Weiss, R. S. (1969). The fund of sociability [La base de la sociabilidad]. *Trunsaction*, (7)36-43.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships [Las provisiones de las relaciones sociales]. *Doing unto others*, 17-26.
- Whisman, M. A. (2001). *The association between depression and marital dissatisfaction* [La asociación entre depresión e insatisfacción marital]. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*, 3–24. American Psychological Association.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample [Insatisfacción marital e incidencia del episodio depresivo mayor en una muestra comunitaria]. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 674–678.
- Whitton, S. W., Olmos-Gallo, P. A., Stanley, S. M., Prado, L. M., Kline, G. H., St Peters, M., & Markman, H. J. (2007). Depressive symptoms in early marriage: Predictions from relationship confidence and negative marital interaction [Síntomas depresivos en los recién casados: predicciones de la confianza en la relación y la interacción marital negativa]. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 297.
- Whitton, S. W., Weitbrecht, E. M., Kuryluk, A. D., & Bruner, M. R. (2013). Committed dating relationships and mental health among college students [Relaciones de pareja comprometidas y salud mental entre estudiantes universitarios]. *Journal of American college health*, 61(3), 176-183.

World Health Organization (2008). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision* [Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental, 10^o revisión]. Ginebra: Autor.

Wright, J., Sabourin, S., Lussier, Y., & Poitras-Wright, H. (2008). La psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale [Terapia de pareja cognitivo-conductual]. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*, 225-275.

Zarragoitía, A. I. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

Zisook, S., & Shuchter, S. R. (1991). Depression through the first year after the death of a spouse [Depresión durante el primer año después de la muerte de un cónyuge]. *The American journal of psychiatry*.

Anexo 1

Validación por juicio de expertos del

Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida

Como parte del procedimiento de validación, se les solicitó a los jueces calificar cada uno de los reactivos de acuerdo con dos indicadores (claridad y coherencia), además podían marcar las opciones *mantener*, *modificar* o *eliminar* el reactivo y escribir sus propuestas de modificación en caso de ser necesario. Se estableció el criterio de que cada reactivo debe tener más del 80% de acuerdo entre los jueces para mantenerlo, y en caso de que alguno tuviera menos del 100% de acuerdo, se modificaría tomando en cuenta las propuestas de cada juez. Únicamente un reactivo fue eliminado del inventario original y 4 fueron modificados. Las instrucciones entregadas a cada juez se presentan a continuación.

El presente trabajo tiene por objetivo llevar a cabo la validación por contenido del “Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida” para población mexicana en estudiantes universitarios en relaciones de pareja.

El inventario permite definir la pertenencia a una relación romántica comprometida de acuerdo con tres componentes indispensables que se expresan en la teoría triangular de Sternberg (1986):

- Intimidad. El componente de intimidad se refiere a sentimientos de cercanía, conexión y unión en las relaciones amorosas. Por lo tanto, incluye aquellos sentimientos que dan origen a la experiencia de calidez en una relación amorosa.

- Pasión. El componente de la pasión se refiere a los impulsos que conducen al romance, la atracción física, la consumación sexual y los fenómenos relacionados en las relaciones amorosas. Por lo tanto, el componente de la pasión incluye aquellas fuentes de motivación y otras formas de excitación que conducen a la experiencia de la pasión en una relación amorosa.
- Compromiso. El componente de decisión/compromiso se refiere, a corto plazo, a la decisión de que alguien ama a otra persona y, a largo plazo, al compromiso de mantener ese amor. Por lo tanto, el componente de decisión/compromiso incluye los elementos cognitivos que están involucrados en la toma de decisiones sobre la existencia y el compromiso potencial a largo plazo de una relación amorosa.

Es un inventario autoaplicable de 12 reactivos con una escala dicotómica de respuesta SÍ/NO.

Referencias:

Overbeek, G., Ha, T., Scholte, R., de Kemp, R. y Engels, R. (2007). Brief report: Intimacy, passion and commitment in romantic relationships-Validation of a “triangular love scale” for adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 523-528.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological review*, 93(2), 119.

Aplicación: Autoadministración.

Material: Instrumento y pluma o lápiz.

Tiempo: 5 minutos aproximadamente.

Estimado _____ usted ha sido invitado a participar en el proceso de validación de un inventario para evaluar la pertenencia a una relación romántica comprometida. Con este propósito, se presenta a continuación el formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada reactivo del instrumento de investigación.

La siguiente tabla le permitirá calificar cada dimensión (conjunto de reactivos) así como cada uno de los reactivos según corresponda.

Categorías	Indicador
<p>CLARIDAD El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas</p>	<p>1= El reactivo no es claro. 2= El reactivo es claro.</p>
<p>COHERENCIA El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<p>1= El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión 2= El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo</p>

Agradecemos de antemano sus aportaciones, pues permitirán obtener información válida, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, se presenta el porcentaje de acuerdo de todos los jueces por cada reactivo:

Reactivo	Claridad	Coherencia
Decido permanecer involucrado/a en la relación y mantener una relación potencial a largo plazo, pese a las dificultades que puedan surgir.	70%	100%
Puedo hablar casi de cualquier tema con mi pareja.	100%	100%
Expreso verbal y físicamente mi amor hacia mi pareja.	85.7%	100%
Mi pareja posee atributos físicos que me agradan mucho.	100%	100%
Tengo actividades sexuales con mi pareja que me provocan placer.	100%	100%
Escucho y comprendo a mi pareja cuando tiene problemas no relacionados con nuestra relación.	85.7%	100%
Le he contado algunos de mis secretos a mi pareja y le platico sobre mis deseos y metas a futuro.	85.7%	85.7%
Confío en que mi pareja me da un lugar importante en su vida y me respeta, aunque yo no esté presente.	100%	85.7%
Tengo la seguridad de que mi pareja y yo estaremos juntos a pesar de las dificultades.	71.4%	57.1%
Comparto temas y preferencias con mi pareja (por ejemplo, música, deportes, gustos en general).	100%	100%
Tengo acuerdos económicos con mi pareja (por ejemplo, sobre quién pagará la cuenta cuando salimos a comer).	100%	85.7%
Pienso que mi relación de pareja es especial y me siento afortunado/a por tener a mi pareja en mi vida.	100%	100%

Inventario para definir la pertenencia a una relación romántica comprometida

A continuación, se presentan algunos de los componentes de una relación romántica de pareja, por favor marque para cada uno si considera que posee o no dicha característica. No es necesario cumplir con todas las cualidades, ya que cada pareja posee características diferentes.

CUALIDAD	SÍ	NO
1. Decido permanecer involucrado/a en la relación y mantener una relación potencial a largo plazo, pese a las dificultades que puedan surgir.		
2. Puedo hablar casi de cualquier tema con mi pareja.		
3. Expreso verbal y físicamente mi amor hacia mi pareja.		
4. Mi pareja posee atributos físicos que me agradan mucho.		
5. Tengo actividades sexuales con mi pareja que me provocan placer.		
6. Escucho y comprendo a mi pareja cuando tiene problemas no relacionados con nuestra relación.		
7. Le he contado algunos de mis secretos a mi pareja y le platico sobre mis deseos y metas a futuro.		
8. Confío en que mi pareja me da un lugar importante en su vida y me respeta, aunque yo no esté presente.		
9. Comparto temas y preferencias con mi pareja (por ejemplo, música, deportes, gustos en general).		
10. Tengo acuerdos económicos con mi pareja (por ejemplo, sobre quién pagará la cuenta cuando salimos a comer).		
11. Pienso que mi relación de pareja es especial y me siento afortunado/a por tener a mi pareja en mi vida.		

Anexo 2

Proceso de traducción-retrotraducción

El *Cuestionario: evaluando los conflictos de pareja* (Gottman y Silver, 2015) se tradujo del inglés al español a través del método traducción-retrotraducción (Cull et. al, 2002).

El primer paso que se llevó a cabo fue contactar a dos personas hablantes nativas del español con un alto nivel de fluidez del idioma inglés, se les solicitó traducir todo el cuestionario del inglés al español de manera independiente. Se encontraron algunas diferencias entre las dos traducciones en español, por lo que se contactó de nuevo a los dos traductores para escribir una traducción provisional.

Esta primera traducción se envió posteriormente a dos personas hablantes nativas del inglés con un alto nivel de fluidez del idioma español y se les solicitó traducir de manera independiente el cuestionario del español al inglés con el objetivo de comparar las similitudes y diferencias de esta traducción con el cuestionario original. De igual manera, se encontraron algunas diferencias en las dos traducciones, aunque se logró escribir una versión final con el acuerdo común de los dos traductores.

La versión final en inglés obtuvo un alto grado de similitud con el cuestionario original, por lo que se procedió a aplicar el cuestionario en su versión en español a 10 personas que cumplieron con los criterios de inclusión como parte de un piloteo, y posteriormente se aplicó a los participantes del estudio.

Anexo 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) participante:

Como parte de un estudio sobre los *conflictos en la pareja y su relación con la depresión desde una perspectiva cognitivo conductual*, llevado a cabo por parte de la Facultad de Psicología de la UNAM, solicitamos su valiosa participación.

Procedimientos. Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le solicitaremos que conteste los cuestionarios e instrumentos mencionados a continuación:

- “Checklist” sobre relaciones románticas.
- Cuestionario de datos sociodemográficos.
- Termómetro de distrés.
- Cuestionario de conflictos de pareja.
- Inventario de estilos de resolución de conflictos.
- Inventario de pensamientos automáticos.
- Inventario de depresión de Beck.

Le aclaramos que la aplicación de las evaluaciones psicológicas será realizada por personal capacitado.

Beneficios: usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar estará colaborando con la obtención de información académica y científica valiosa. Adicionalmente, si usted así lo desea, se

le proporcionará una retroalimentación sobre los resultados obtenidos de su evaluación.

Confidencialidad: toda la información que usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por el personal capacitado con fines académicos. Su nombre no será publicado en ningún informe ni escrito.

Riesgos potenciales/Compensación: los riesgos potenciales que implican su participación son mínimos. Si posterior a la evaluación requiere apoyo psicológico especializado, la evaluadora le proporcionará los datos requeridos para su atención. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará ningún costo para usted.

Participación voluntaria/Retiro: la participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena voluntad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Si desea obtener los resultados y retroalimentación de sus evaluaciones, por favor escriba su teléfono y/o correo electrónico para contactarlo/a:

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

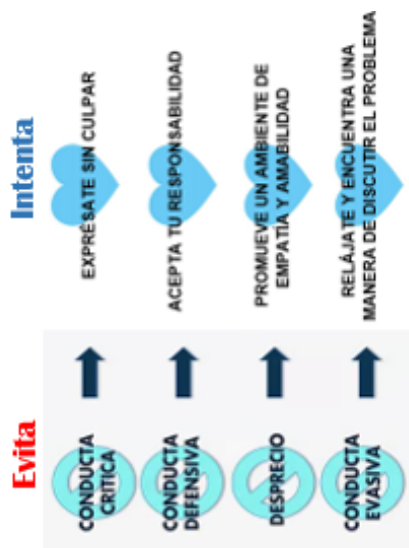
Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Tipos de interacción en las relaciones de pareja

Para promover una relación más sana:



Anexo 4

Refuerza los cimientos de tu relación de pareja:

- ✓ **Cooperación:** trabajar para satisfacer los objetivos conjuntos como pareja.
- ✓ **Compromiso:** la seguridad de que ambos miembros de la pareja permanecerán en la relación a pesar de las dificultades.
- ✓ **Confianza:** estar seguro de que ambos pueden confiar en su pareja y de que estarán a su disposición.
- ✓ **Lealtad:** es la dedicación a los intereses de la pareja, se apoyarán mutuamente en tiempos de adversidad.
- ✓ **Fidelidad:** lealtad y fidelidad sexual.

Elaborado por: Psic. Leslie Sofía Cureño Hernández

Relación muy insana	Relación insana	Relación problemática	Relación sana
<ul style="list-style-type: none"> 35. ASESINAR 34. Mutilar 33. Violación/Abuso sexual 32. Amenazar de muerte 31. Amenazar con objetos o armas 30. Aislar/Encerrar 	<ul style="list-style-type: none"> 29. Patear 28. Cachetear 27. Empujar/Jalonear 26. Pelizcar/Arañar 25. Caricias agresivas/Golpear "jugando" 24. Manosear sin consentimiento 23. Destruir artículos personales 22. Controlar (por ejemplo, el cuestionamiento excesivo sobre dónde está la pareja) 21. Prohibir (por ejemplo, prohibir estilos de vestir y relacionarse con gente del mismo sexo u opuesto) 	<ul style="list-style-type: none"> 20. Intimidar/Amenazar 19. Ridiculizar/Ofender /Humillar (en privado y/o en público) 18. Descalificar (no dar valor a las actividades, actitudes y/o esfuerzos del otro) 17. Culpar a una sola persona por los problemas de la pareja 16. Celos patológicos (culpar o reclamar a la pareja por que otros se interesen en él o ella) 15. Ignorar/Ley del hielo 14. Mentir/Engañar 13. Chantaje 12. Bromas hirientes 	<ul style="list-style-type: none"> 11. Pasar tiempo de calidad juntos (dedicar atención y disponibilidad para estar a solas con la pareja) 10. Apoyo 9. Intimidad 8. Compañerismo/Amistad 7. Entendimiento de las necesidades mutuas y complacer lo que sea posible 6. Sensibilidad hacia las preocupaciones y puntos vulnerables de la pareja 5. Empatía (ponerme en el lugar del otro) 4. Comunicación asertiva 3. Aceptación de la pareja y tolerancia 2. Conductas de protección, bienestar, interés y buena disposición hacia la pareja 1. Sentimientos y expresiones de cariño

Referencias: Beck, A. T. (2009). Con el amor no basta: cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de pareja. Barcelona: Paidós; <https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.htm>