



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

Estudio de caso: Construcción y evaluación de un modelo  
integrativo para la terapia de pareja

Tipo de investigación: Estudio de caso con diseño mixto

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Santiago Celorio Galán

Director: Dr. Ricardo Sánchez Medina

Vocal: Dra. Consuelo Rubi Rosales Piña



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 25 de julio de 2022



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.

## Índice

Resumen .....	3
Introducción .....	4
<b>Estilo de la investigación</b> .....	4
<b>Terapia integrativa</b> .....	5
<b>La integración del cliente</b> .....	8
<b>La integración del terapeuta</b> .....	10
<b>La integración de la relación terapéutica</b> .....	11
<b>La integración del modelo terapéutico</b> .....	14
<b>Construcción de una propuesta de intervención integrativa</b> .....	15
<b>El corazón de la terapia de pareja</b> .....	19
<b>La alianza terapéutica con la pareja</b> .....	25
<b>Abordaje de la terapia de pareja</b> .....	28
Planteamiento del problema.....	31
<b>Justificación del problema</b> .....	34
<b>Pregunta de investigación</b> .....	35
<b>Hipótesis</b> .....	35
<b>Objetivos</b> .....	36
<i>Objetivo general</i> .....	36
<i>Objetivos específicos</i> .....	36
Método .....	36
<b>Contexto de la investigación</b> .....	36
<b>Decisiones muestrales</b> .....	36
<b>Participantes</b> .....	38
<b>Descripción de la pareja</b> .....	38
<b>Escenario</b> .....	42
<b>Marco interpretativo</b> .....	42
<b>Tipo de investigación</b> .....	42
<b>Categorías de análisis</b> .....	42
<i>Variable cuantitativa</i> .....	42
<i>Categorías cualitativas</i> .....	42
<b>Recolección de datos</b> .....	43
<b>Instrumentos</b> .....	43
<i>Propuesta octagonal de psicoterapia integrativa relacional (MOPIR)</i> .....	44

Evaluación: Aplicación de la POPIR a la pareja.....	47
Herramientas terapéuticas utilizadas .....	48
Procedimiento .....	50
Análisis de datos .....	51
Resultados .....	51
Análisis cuantitativo de la EAD.....	51
Análisis cualitativo de los factores de desarrollo .....	52
<i>Comunicación en la pareja</i> .....	52
<i>Igualdad de género</i> .....	53
<i>Actividades de gozo</i> .....	55
Discusión .....	56
Referencias.....	61
Apéndices .....	63
Apéndice A: Preguntas para elaborar la teoría implícita .....	63
Apéndice B: Carta descriptiva .....	71
Apéndice C: Entrevista inicial semiestructurada .....	79
Apéndice D: Entrevista personal semiestructurada .....	80
<i>Pensamientos</i> .....	80
<i>Acciones</i> .....	80
<i>Emociones</i> .....	80
<i>Patrones interpersonales</i> .....	80
<i>Cultura</i> .....	81
<i>Salud</i> .....	81
<i>Personalidad</i> .....	81
<i>Sexualidad</i> .....	82
<i>Espiritualidad</i> .....	83
<i>Contexto</i> .....	83
<i>Recursos</i> .....	83
<i>Gozo</i> .....	83
<i>Fortalezas</i> .....	84
<i>Interacción</i> .....	84
<i>Conclusión</i> .....	84
Apéndice E: Escala de ajuste diádico (EAD).....	85
Apéndice F: Entrevista final semiestructurada.....	87

## Resumen

En el presente trabajo se aplicó una Propuesta Octagonal de Psicoterapia Integrativa Relacional (POPIR) en un matrimonio en Perú, compuesto por M y D. El objetivo de la investigación fue comprobar la eficacia de la POPIR para incrementar la satisfacción de pareja en el matrimonio elegido. Se realizaron un total de diez sesiones de terapia en línea en el transcurso de nueve semanas. Se realizó un diseño pretest-postest mixto a través de la Escala de Ajuste Diádico (EAD) y el análisis cualitativo de los objetivos de la terapia, que fungieron como factores de desarrollo. La intervención consistió en diferentes técnicas terapéuticas como la psicoeducación, el entrenamiento en comunicación, la reestructuración cognitiva y de los patrones interpersonales, etc. Como resultados se obtuvieron un incremento de M y un ligero decremento de D en la satisfacción de pareja. Se detectaron mejoras cualitativas en los tres factores de desarrollo que incluyeron una disminución en la reactividad y violencia, un aumento de la compasión y comprensión, la reestructuración de creencias irracionales respecto a los roles de género y de la familia, así como el aumento de actividades de gozo. El componente de la propuesta que se consideró más efectivo fue el aspecto relacional de la interacción terapéutica. La POPIR resultó ser una propuesta efectiva para la pareja. Este trabajo invita a investigaciones futuras que comprueben la validez de la POPIR, para desarrollar un modelo de intervención o generar nuevos modelos a partir de ello.

*Palabras clave:* terapia de pareja, terapia integrativa, psicoterapia relacional, construcción de modelos evaluativos.

*In the present study, an Octagonal Proposal of Integrative Relational Psychotherapy (POPIR) was applied in a married couple in Peru, composed of M and D. The objective of the research was to test the efficacy of POPIR to increase couple satisfaction in the chosen marriage. A total*

*of ten online therapy sessions were conducted over the course of nine weeks. A mixed pretest-posttest design was conducted using the Dyadic Adjustment Scale (DAS) and qualitative analysis of therapy goals, which served as developmental factors. The intervention consisted of different therapeutic techniques such as psychoeducation, communication training, cognitive reframing and restructuring of interpersonal patterns, etc. As results, an increase of M and a slight decrease of D in couple satisfaction were obtained. Qualitative improvements were detected in the three developmental factors that included a decrease in reactivity and violence, an increase in compassion and understanding, restructuring of irrational beliefs regarding gender and family roles, as well as an increase in joyful activities. The component of the approach that was found to be most effective was the relational aspect of the therapeutic interaction. POPIR proved to be an effective approach for the couple. This work invites future research to test the validity of POPIR, to develop an intervention model or to generate new models based on it.*

*Key words: couple therapy, integrative therapy, relational psychotherapy, construction of assessment models.*

## **Introducción**

### **Estilo de la investigación**

En esta investigación exploro de manera deliberada la subjetividad del investigador/terapeuta como componente relacional fundamental para la psicoterapia. Es por esto por lo que el estilo narrativo es en primera persona. Con esto no busco limitar la confiabilidad de la investigación, sino recalcar que el método y los resultados de esta son un producto inextricable de mi cosmovisión y contexto sociocultural. Es también esta la razón por la que el estilo de escritura y el formato de este reporte divergen del estándar (ej. APA), con el objetivo de comunicar impresiones y contenidos con un carácter figurado y no únicamente científico.

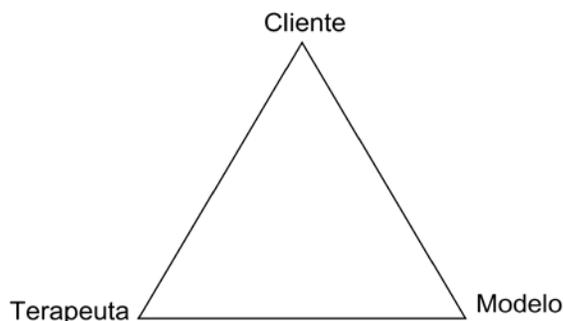
## Terapia integrativa

Según la Real Academia de la Lengua Española (2014), integrar es “aunar, fusionar dos o más conceptos, corrientes, etc., divergentes entre sí, en una sola que las sintetice”. El término "integración" deriva del latín *integrationem* (renovación, restauración) y a su vez de *integrare* (hacer un todo). “La integración denota, por lo tanto, un proceso de reunir las partes en un todo y avanzar de una manera nueva (renovada)” (Finlay, 2015, p. 4). De la misma forma, Faris y van Ooijen (2012) mencionan que la integración es, en grandes términos, unir elementos diferentes para crear algo nuevo. Este planteamiento, sin embargo, abre muchas preguntas dentro del campo de la psicoterapia: **¿qué es lo que se integra?, ¿quiénes integran? y ¿de qué forma se integra?** Para contestar estas preguntas, diversos autores ofrecen algunas soluciones.

Scott (2004) propone la integración de (1) diferentes tipos de teorías, (2) la experiencia emocional, física y espiritual del cliente, (3) la integración de otras disciplinas en la psicoterapia, como las artes o la filosofía, (4) el uso de estrategias diversas para el uso terapéutico como las metáforas y el sentido del humor. Ryde y Hawkins (2019) dividen los diferentes tipos de integración en (1) eclecticismo técnico, (2) integración teórica y (3) factores comunes. Faris y van Ooijen (2012), a través de su modelo relacional integrativo, establecen una distinción primaria, que considero sencilla y pertinente para el comienzo del análisis: la integración del (1) cliente, (2) del terapeuta, (3) del modelo terapéutico y (4) de las dinámicas entre estos. Esta distinción se puede observar en el triángulo presente en la figura 1.

## Figura 1

### *Triángulo integrativo*



*Nota.* Tomado de Faris y van Ooijen (2012)

Faris y van Ooijen (2012) establecieron algunas ventajas clave a favor de la integración: (1) los enfoques de una sola teoría tienen limitaciones teóricas y prácticas, (2) la integración ofrece una amplia gama de herramientas e intervenciones, (3) la pluralidad da flexibilidad para satisfacer las necesidades de los clientes, (4) hay falta de evidencia de la efectividad de una única forma de terapia para todo tipo de clientes, (5) la integración propicia la identificación de factores comunes que facilitan la eficiencia y la efectividad, (6) los factores generales facilitan el cambio, más que los específicos.

De manera más concreta, Ryde y Hawkins (2019) determinan que la terapia integrativa debe ser holística (cuerpo, mente, emociones y espíritu), históricamente integrativa (producto de un contexto), teóricamente integrativa (cada lado de un prisma revela una parte de la verdad y es ciego ante otra), metodológicamente integrativa (cuidadosamente reactiva a las necesidades del cliente), culturalmente integrativa, epistemológicamente integrativa (construcción relacional, ecológica y sistémica del conocimiento), sistémicamente integrativa (el individuo entendido dentro de su contexto); debe además integrar el ser con el hacer, el actuar con el pensar, la experiencia con el conocimiento; y englobar la experiencia humana. Así

también, los autores desarrollaron un manifiesto de 19 máximas para definir lo que es la terapia integrativa para ellos. De estas destaco las siguientes:

- El trabajo de la psicoterapia no lo realiza el psicoterapeuta, sino que es una práctica de colaboración realizada conjuntamente por el cliente y el terapeuta.
- El terapeuta es parte del sistema que está estudiando y necesita ser capaz de ver, escuchar y reflexionar activamente sobre el cliente, ellos mismos, la relación emergente y los niveles sistémicos más amplios en los que están anidados, incluyendo cómo están interconectados.
- Los pensamientos no son creados únicamente por el individuo, sino en colaboración con su familia, su cultura y su etnia; hablan a través de él.
- Los buenos psicoterapeutas sienten curiosidad por sus clientes y sus vidas. Aunque un terapeuta no puede ser conocedor de todas las áreas de la vida, siempre tendrá curiosidad por aprender sobre las áreas de las que hablan los clientes.
- Los buenos terapeutas mantienen sus opiniones a la ligera para que sea posible un nuevo aprendizaje por parte del cliente.
- Toda la comprensión y las suposiciones sólo pueden ser provisionales y temporales.
- La creación de significado es un proceso emergente y dialéctico. La nueva comprensión se crea conjuntamente entre el terapeuta y el cliente.
- La identidad no es innata ni se crea por sí misma, sino que se crea de forma dialéctica entre el individuo y su contexto relacional y sistémico.
- Desaprender la vieja auto-narrativa y crear una nueva es un proceso terapéutico importante.
- No existe un psicoterapeuta ético y otro no ético, ya que todos somos capaces de ser éticos y no éticos al mismo tiempo.

Como se puede observar, la integración es un proceso complejo y dinámico, por lo que mi visión concuerda con la de los autores citados anteriormente respecto a que la integración es un proceso continuo que evoluciona. Se habla de una terapia integrativa, y no integrada (Faris y van Ooijen, 2012); es decir, esta se expande y adapta conforme los cambios del terapeuta, del cliente y de las teorías.

### **La integración del cliente**

Dentro del capítulo *¿qué es integrativo en la psicoterapia integrativa?* en el trabajo de Ryde y Hawkins (2019), los autores especifican que *la integración del cliente es el corazón de la terapia integrativa*. Lejos de los tipos de integración teórica que se pudiesen adoptar, muchos de los terapeutas se llaman así mismos integrativos porque tienen precisamente como objetivo la integración del cliente. Con esto se busca que los clientes desarrollen conciencia de sí mismos y que alineen varios aspectos de su identidad, de manera interna, externa, individual, colectiva, histórica y actual. De esta forma, se logra un yo coherente, funcionalmente sano, positivo, resiliente y adaptativo.

Faris y van Ooijen (2012) esclarecen su postura ante la integración del paciente, de la siguiente forma.

*...ayudar a los clientes a aceptar, digerir o "integrar" experiencias o aspectos difíciles de sus vidas y relaciones. A menudo, alguien viene a terapia porque siente que se está "desmoronando", que está sufriendo y que quiere curarse y "completarse". Esto puede implicar la integración de diferentes partes de sí misma, diferentes experiencias o conjuntos de procesos que pueden no encajar fácilmente juntos o el aprendizaje y la integración de nuevas estrategias y formas de ser. Se trata de un proceso dinámico, que puede implicar el abandono de hábitos inútiles (cognitivos, conductuales, interpersonales), la retirada de proyecciones y la reintegración de partes escindidas, o la creación de nuevas narrativas (Faris y van Ooijen, 2012, p. 15).*

Finlay (2015), por su lado, define a la psicoterapia integrativa como la facilitación del funcionamiento de la persona a partir de una mayor comprensión de su experiencia y la generación de un sentimiento de estar “en casa” con ellos mismos y con los demás. Así también, la autora hace énfasis en una perspectiva holística que les permita a los clientes albergar y conciliar polaridades en ellos mismos, **estableciendo nuevas conexiones entre las partes que estaban anteriormente desasociadas**. Los clientes se abren a **verse a sí mismos y al mundo de manera diferente**; aceptan las emociones ambivalentes hacia los demás, i.e., aceptando las partes luminosas y oscuras a través de un momento de revelación (en inglés, *insight*). El Instituto de Psicoterapia Integrativa (en Finlay, 2015, p. 4), además, afirma que es importante reducir los mecanismos de defensa que inhiben al individuo y limitan su flexibilidad; esto, con el objetivo de lograr un enfrentamiento abierto y fresco ante las vicisitudes de la vida. Finlay (2015) menciona que la integración más profunda sucede cuando el cliente *trasciende la mera aceptación de las polaridades para lograr una especie de transformación* unida a una nueva manera de ser y de dar sentido.

*Por ejemplo, si un cliente dice: "Una parte de mí quiere eso, la otra parte tiene miedo", puede ser útil realizar un juego de roles o un trabajo con la silla vacía representando los dos lados del diálogo interno (que a menudo ocurre fuera de la conciencia). Representar estos diálogos permite a los clientes prestar atención a lo que están diciendo y empezar a establecer conexiones. Con el tiempo, pueden ser capaces de mantener las polaridades que representan su experiencia con mayor comodidad. Estas representaciones pueden iniciar el proceso de integración, ya que los clientes son cada vez más conscientes de su proceso. A continuación, a medida que se transforman las viejas formas de ser y pensar, se revisan y se vuelven a examinar, y se establecen nuevas conexiones (Finlay, 2015, p. 123).*

Por otro lado, Spalek y Spalek (2019) proponen una integración del cliente adulto con su niño interno; de tal manera que el cliente aprenda a calmar, amar y apoyar esa parte de su ser que fue abusada, reprimida o se encuentra abrumada por estrés emocional.

De esta forma descubrimos que la integración del cliente es un campo con muchas interpretaciones y posibilidades para aumentar la sensación de holismo y bienestar en los consultantes. Personalmente concuerdo con Ryde y Hawkins (2019) cuando denominan a este proceso como el corazón de la terapia integrativa, dado que mis valores como terapeuta en formación se alinean al bienestar del cliente y no al purismo o éxito académico o teórico.

### **La integración del terapeuta**

O'Brien y Houston (2007) aclaran que los modelos plurales no son superiores *per se* a los modelos singulares de psicoterapia; sobre todo si el modelo único elegido por un terapeuta es compatible con sus suposiciones filosóficas y resulta en beneficios para el cliente. Para las autoras, la integración radica más bien en la capacidad del terapeuta de monitorear su experiencia subjetiva cuidadosamente durante las interacciones con el cliente, seguido de una reflexión sobre **qué es lo que hizo y por qué lo hizo de esta forma.**

Jones-Smith (2014) introduce dos conceptos fundamentales del trabajo de Schön para comprender el proceso de integración en el terapeuta: (1) la diferenciación entre la teoría explícita y la implícita y (2) el concepto del terapeuta reflexivo.

La teoría explícita es la teoría aprendida de manera técnica y racional respecto a la psicoterapia; la teoría implícita es la que preexiste en el terapeuta y está conformada por sus presunciones y experiencia personal; así como por su visión del mundo, del funcionamiento psicológico y de la psicoterapia en general. La teoría implícita suele ser el punto de partida tanto del terapeuta, que busca teorías explícitas (externas) que confirmen su visión sobre el mundo, como del teórico que construye teorías explícitas a partir de su manera de ver y sentir.

Jones-Smith (2014) recalca la importancia de que el terapeuta sea consciente de **la teoría implícita rige su manera de acercarse a la terapia**. Este proceso consciente de cabildeo se apega al concepto del *terapeuta reflexivo* de Schön. Este autor criticó la formación exclusivamente técnica-racional durante la formación académica, debido a que, durante la terapia, el terapeuta se ve obligado a reaccionar con prontitud y de manera intuitiva ante los retos que presenta el paciente; con frecuencia, olvidando o contradiciendo los textos académicos. Este proceso es llamado la **reflexión en acción**. De esta manera, Schön aboga por la **teoría en uso** como el método reflexivo activo para la formación de un terapeuta. Un terapeuta eficiente, por lo tanto, reflexiona tanto *sobre* como *durante* la acción. De esta manera, el trabajo de Schön concuerda también con las reflexiones de Faris y van Ooijen (2012) respecto al monitoreo cuidadoso durante y después de la terapia.

Ryde y Hawkins (2019) se apegan a que la manera de trabajar (de integrar) del terapeuta debería de estar dictaminada por las necesidades del cliente y por los métodos que tienen mayor efectividad según el contexto en cuestión. De esta manera, un terapeuta integrativo toma una actitud de humildad y practica un enfoque universal en el que reconoce que todos podemos aprender de todos los enfoques y de las diversas culturas, sin importar lo diferentes que sean a las propias. Sin embargo, los autores advierten en contra de ser oportunista o tener un enfoque ecléctico azaroso; más bien, abogan por que el terapeuta esté informado por principios que le den coherencia a su trabajo y que lo alejen de los prejuicios tribales entre el *ellos* y *nosotros*, que con frecuencia generan problemas en el campo de la psicoterapia.

### **La integración de la relación terapéutica**

Dentro de su entendimiento de la terapia integrativa tanto Faris y van Ooijen (2012) como Finlay (2015) proponen modelos relacionales y hacen énfasis en la importancia de lo relacional para la integración.

Finlay (2015) justifica su enfoque relacional a partir de su visión sobre la génesis de los problemas psicológicos.

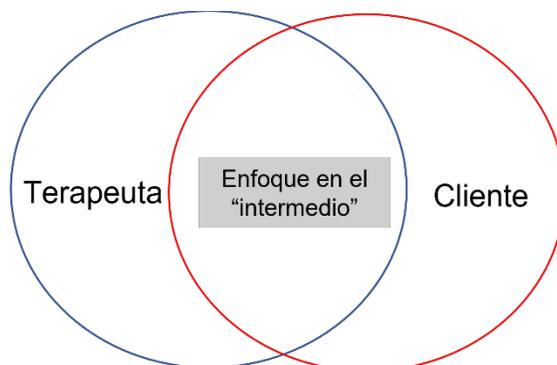
*Las investigaciones demuestran sistemáticamente que, para las personas en general, las relaciones estrechas son lo más importante. Cuando esas relaciones no nos dan lo que necesitamos, perdemos la confianza. Si las relaciones constituyen el núcleo de los problemas psicológicos, también pueden aprovecharse para buscar el crecimiento y la curación. La psicoterapia puede entenderse como algo fundamentalmente relacionado con este contexto relacional, en términos de pasado, presente y futuro (Finlay, 2015, p. 2).*

La autora por lo tanto se posiciona a favor de lo relacional para establecer a **la relación terapéutica con el paciente como el enfoque principal de la terapia integrativa**. Argumenta que el único verdadero acceso a la experiencia del otro es precisamente a través de la experiencia con él o ella misma; por lo que esta relación es el auténtico **vehículo terapéutico**. A tenor de este argumento, Finlay cita el rosario profesional de Yalom (en Finlay, 2015, p. 3) “Es la relación la que cura, la relación la que cura, la relación la que cura...”.

Finlay (2015) pone especial énfasis en **el espacio intermedio entre el terapeuta y el cliente**, como se puede observar en la figura 2. La autora describe este espacio como la posibilidad de estar abierto hacia el otro y al mismo tiempo ser capaz de dar de uno mismo (ej. como terapeuta). El terapeuta debe entonces desarrollar formas de *estar* y de *estar con* (en vez de sólo formas de *hacer*) guiadas de manera natural y sin esfuerzo, en vez de estar guiadas por principios intelectuales. Se trata de **estar presente primeramente como ser humano y después como terapeuta**.

## Figura 2

### *El espacio intermedio*



*Nota.* Tomado de Finlay (2015)

Ryde y Hawkins (2019) se basan en el trabajo de Wampold y Lambert para recalcar su postura ante la importancia de la relación terapéutica para la psicoterapia integrativa.

*Rosenzweig llegó a conjeturar que, si todas las psicoterapias son igual de eficaces, debe haber ingredientes comunes, más que intervenciones específicas que las hagan eficaces. Investigaciones más recientes han sugerido que el ingrediente común más importante es la relación entre el terapeuta y el cliente y cómo esta relación es percibida por el cliente (Ryde y Hawkins, 2019, p. 30).*

Faris y van Ooijen (2012) postulan que la relación terapéutica es dinámica y cambia de momento a momento, por lo que tanto el terapeuta como el cliente tienen la labor de integrar lo que está pasando entre ellos. En particular, la labor del terapeuta es darse cuenta de lo que está pasando, verbalizarlo y , **en conjunto con el cliente, hacer sentido de lo ocurrido de tal manera que pueda ser digerido e integrado físicamente.** Esto implica no únicamente la integración del cliente, sino la integración del terapeuta también. El terapeuta debe entonces embarcarse en proceso continuo de integración a nivel personal y profesional con el objetivo de mantener un esfuerzo constante, más que de alcanzar un logro concreto. De la misma manera

que una relación interpersonal, una relación terapéutica estable genera resiliencia, puede ser disfrutable y permite que la relación permanezca a pesar de las rupturas y altibajos.

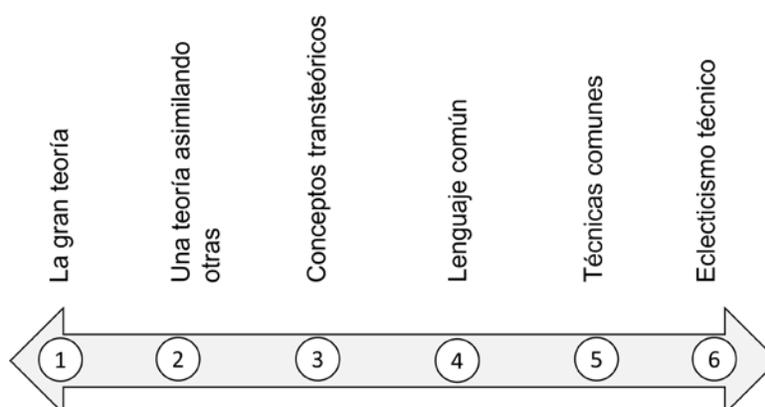
### La integración del modelo terapéutico

Wahl (2001) habla sobre la posibilidad de descubrir un principio a través del cual se reconcilien conceptos contradictorios de dos o más modelos terapéuticos, logrando que aquello que inicialmente parecía contradictorio o irreconciliable ya no lo sea.

Al considerar la integración teórica, Mahrer (1989) identificó seis caminos diversos para la integración dentro de un continuo: entre una gran teoría unificadora (en la que no hay divisiones) y un eclecticismo técnico (en el que no se busca la unificación teórica, sino se adoptan los conceptos de diferentes teorías según su utilidad) Estos seis caminos pueden ser observados en la figura 3 como parte de un espectro.

### Figura 3

Espectro de integración



*Nota.* Tomado de Faris y van Ooijen (2012)

Faris y van Ooijen (2012) concuerdan con los autores citados en su trabajo y argumentan a favor de los modelos transteóricos o de eclecticismo técnico, como las opciones más viables para la integración. Esto se debe a que estos enfoques comparten una perspectiva

de integración parcial y no completa (a pesar de encontrarse en lugares sumamente diferentes del espectro). Faris y van Ooijen (2012) consideran que la heterogeneidad debería de ser percibida como una ventaja, más que como una limitación, debido a que la integración completa parece ser imposible y no deseable. La integración completa implicaría que todos los subcapítulos de las teorías coincidieran y dicho enfoque sería tan general que perdería sentido.

### **Construcción de una propuesta de intervención integrativa**

Como texto principal para la construcción de una propuesta integrativa me baso en el trabajo de Jones-Smith (2014). Esta autora se basa en los trabajos de Yalom, Schön, Sternberg, Najavits y Schoben para desarrollar su propia visión sobre el entrenamiento terapéutico, la teoría, su aplicación y la integración de diferentes modelos terapéuticos. Para Jones-Smith (2014) cuatro puntos son importantes para la conformación de una propuesta integrativa propia: (1) las necesidades del cliente, (2) la teoría implícita del terapeuta, (3) los conocimientos teóricos explícitos del terapeuta, (4) la experiencia clínica y personal del terapeuta.

Como observamos en la figura 4, Williams y Lee (2011) presentan un esquema parecido al de Jones-Smith pero enfocado en la formulación de planes de intervención para la terapia de pareja.

## Figura 4

### Creación de un programa de intervención



*Nota.* Tomado de Williams y Lee (2011)

Jones-Smith (2014) desarrolló una lista de 33 preguntas como guía para que el terapeuta inicie un proceso de reflexión y de descubrimiento de su teoría implícita. Desde la perspectiva de esta autora, este proceso reflexivo es fundamental para comprender la ruta que el terapeuta puede tomar dentro del camino de la integración; tomando siempre en cuenta, que se trata de un camino dinámico y en constante evolución a lo largo de la vida. Estas preguntas, y mis respuestas a ellas, se pueden encontrar en el apéndice A, de este trabajo.

Como ejemplo de un modelo integrativo exitoso, Jones-Smith (2014) describe el Modelo Multiteórico de Psicoterapia (MTP) desarrollado por Brooks-Harris (2008). Este modelo determina que la terapia integrativa debe de tener cinco aspectos: (1) intencionalidad, (2) multidimensionalidad, (3) perspectiva multiteórica (4) base en estrategias, (5) componente relacional.

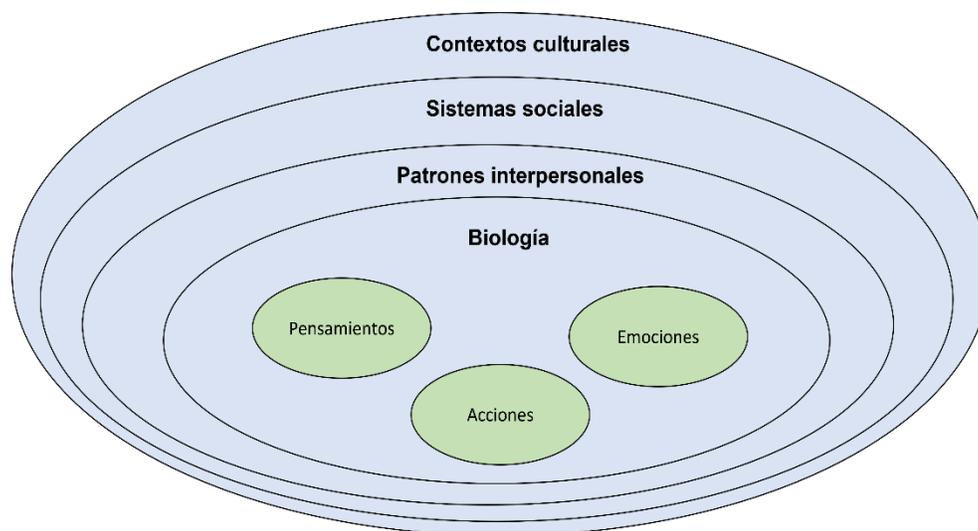
La intencionalidad es la estrategia integrativa que radica entre la integración intuitiva (basada en la sabiduría y experiencia del terapeuta) y la integración técnica (basada en la investigación científica). De esta forma, el terapeuta genera espacios intencionales e informados de conversación con el cliente para crear un plan de intervención a la medida de las

necesidades presentes. Se trata de un enfoque primordialmente idiográfico (Brooks-Harris, 2008).

La multidimensionalidad parte del reconocimiento de la riqueza de la interacción de las múltiples facetas de la vida de un individuo; por lo que la integración exitosa parte de la atención a las áreas biológica, interpersonal, social, cultural, sistémica, comportamental, afectiva y cognitiva del individuo. En la figura 5 se ilustra, por lo demás, que la dimensión de la biología incorpora tanto los pensamientos, como las acciones y los sentimientos.

### Figura 5

*Modelo multiteórico de psicoterapia (MTP)*



*Nota.* Tomado de Brooks-Harris (2008)

La perspectiva multiteórica de la integración se deriva de una filosofía pluralista que aboga por la multiplicidad y la diversidad, y se aleja de la homogeneidad y el absolutismo. De esta forma, los terapeutas se permiten combinar estrategias de diferentes tradiciones teóricas para crear una formulación clínica holística. El MTP aborda siete corrientes teóricas que corresponden a las siete dimensiones focales del funcionamiento humano (Brooks-Harris, 2008), como podemos observar en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Aproximaciones teóricas incluidas en el MTP, con sus dimensiones focales correspondientes.*

Aproximaciones teóricas	Dimensiones focales
Teoría cognitiva	Pensamientos
Teoría comportamental	Acciones
Teoría experiencial	Emociones
Teoría biopsicosocial	Biología
Teoría psicodinámica	Patrones interpersonales
Teoría sistémica	Sistemas sociales
Teoría multicultural	Contextos culturales

*Nota.* Tomado de Brooks-Harris (2008)

La base en estrategias parte de una filosofía pragmatista, en la que las teorías subyacentes no deben de concordar necesariamente para que sean útiles para un problema en particular (Brooks-Harris, 2008)

El componente relacional implica que la integración debe ocurrir dentro del contexto de una relación terapéutica exitosa y que esta puede tener diferentes dinámicas basadas en las necesidades y particularidades del cliente y de las aproximaciones teóricas elegidas para la intervención (ej. en caso de utilizar la aproximación teórica biopsicosocial, la relación terapéutica puede tener un carácter predominantemente basado en la promoción de la salud) (Brooks-Harris, 2008)

En el MTP las dimensiones focales se separan en dos grupos mayores interactuantes: el grupo interno conformado por (1) pensamientos, (2) emociones, (3) acciones; y el grupo contextual conformado por (4) contexto biológico, (5) contexto interpersonal, (6) contexto social/sistémico y (7) contexto cultural. El MTP busca identificar y generar intervenciones

respecto a pensamientos, sentimientos y acciones disfuncionales (primer grupo) El segundo grupo busca modificar la influencia del contexto en la triada interactiva del primer grupo.

La evaluación e intervención a través del MTP se basa en cinco pasos (Brooks-Harris, 2008).

1. Escuchar las historias y preocupaciones de los clientes para detectar indicadores de dimensiones focales problemáticas.
2. Realizar una encuesta multidimensional para explorar las siete dimensiones focales de manera estructurada y determinar cuál o cuáles son las más relevantes para los clientes.
3. Elegir un máximo de tres dimensiones y establecer un foco interactivo entre ellas en colaboración con los clientes.
4. Realizar un marco multiteórico entre las dimensiones que conceptualizan el problema de los clientes y formular hipótesis.
5. Elegir estrategias claves según las particularidades del problema en cada una de las dimensiones seleccionadas.

### **El corazón de la terapia de pareja**

Para el nombre de este capítulo me basé en el trabajo de Wachtel (2016), *El corazón de la terapia de pareja: qué hacer y cómo hacerlo*. Este título me parece pertinente porque tiene un carácter poético y humano, que va de la mano con la aproximación relacional, como mencionada por Finlay (2015), de la propuesta de intervención de este trabajo.

Primeramente, considero de suma importancia definir lo que es una *pareja sana*. Dado que las dinámicas y expectativas de relaciones sexoafectivas son sumamente amplias según el contexto en el que se encuentren, no podría haber una única definición para la *salud* de una pareja. En este sentido, me reduzco a reflexionar sobre el trabajo de Wachtel para hablar sobre

un contexto posmoderno, en países industrializados y con culturas occidentales. Sin embargo, como parte del enfoque integrativo de este trabajo, dejo conscientemente abierta la posibilidad de integrar y adaptar la definición de *salud* según las necesidades subjetivas de cada pareja o constelación sexoafectiva. La mayoría de las referencias bibliográficas de este trabajo están basadas en modelos monógamos (y primordialmente heterosexuales) de pareja; no obstante, me enfoco principalmente en las reflexiones sobre las dinámicas de los acuerdos, la comunicación y las emociones presentes en ellas, más que en los modelos particulares de relación a los que aluden. Las particularidades de las relaciones disidentes al modelo convencional en occidente merecen un análisis profundo que trasciende, lamentablemente, los límites de este trabajo.

Para Wachtel (2016) **una buena pareja es la que te hace sentirte bien acerca de ti mismo.**

*Muy a menudo, las personas reciben reconocimiento y admiración en todas partes menos en casa. Uno de los retos de la terapia de pareja es abordar las insatisfacciones y, al mismo tiempo, ayudar a que cada persona se sienta valorada. Si la relación tiene alguna posibilidad de repararse, el terapeuta debe facilitar la expresión de percepciones positivas del cónyuge. Al hacerlo, puede ser útil señalar que no tenemos que estar completamente satisfechos con la persona para hacer cumplidos, señalando, por ejemplo, que la mayoría de las personas siguen afirmando los buenos rasgos de sus hijos incluso cuando no están tan encantados con ciertos aspectos de su comportamiento o, a veces, incluso de su personalidad. (Wachtel, 2016, p. 19)*

Wachtel propone otros factores importantes para la constitución de una pareja sana.

1. Disfrutarse mutuamente (a través de experiencias placenteras y divertidas; íntimas o en compañía de otros)
2. Estar dispuestos mutuamente a *coincidir* (evitando las luchas y desbalances de poder)

3. Sentirse seguros con la pareja (a través de espacios de validación y escucha; sin recurrir necesariamente a la *solución de problemas* del otro)
4. Procurar cuidarse y mantenerse atractivos para el otro

Wachtel (2016) resume su trabajo como lograr que las parejas sean capaces de **concentrarse en lo que obtienen y pueden obtener el uno del otro más que en lo que hace falta.**

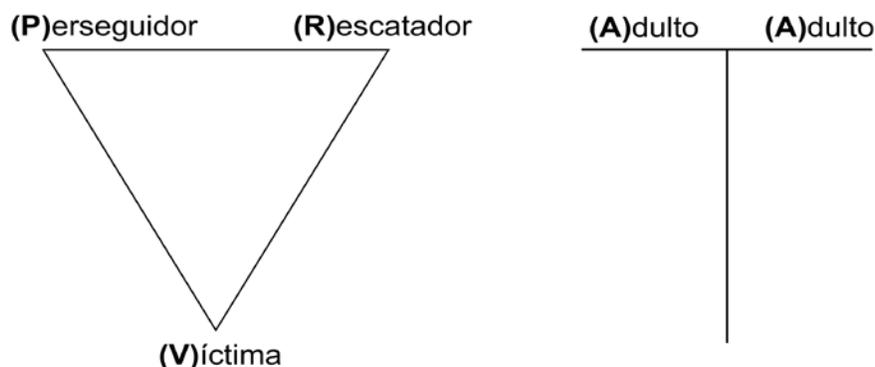
Menciona que las estrategias de resolución de conflictos son necesarias, aunque no suficientes para construir una pareja gratificante. Markman (2001) menciona que **la cantidad de diversión y la fortaleza de las amistades de la pareja son un predictor mucho más sólido sobre el futuro de esta.**

Taibbi (2017) toma una postura basada en la independencia y en la **postura adulta**. De tal forma que, para él, las parejas sanas son aquellas en las que hay relaciones horizontales de colaboración en las que cada individuo se responsabiliza por su sentir, actuar y pensar y está más enfocado en su contribución a las dinámicas de pareja que en el comportamiento o responsabilidad del otro.

Por su parte, Taibbi (2017) se basa en el triángulo del drama de Karpman y en el concepto de diferenciación de Bowen para presentar su modelo del **triángulo relacional**, que puede ser observado en la figura 6.

## Figura 6

### Triángulo relacional



Nota. Tomado de Taibbi (2017)

Las parejas suelen estancarse en dinámicas R-V-P. Una persona ocupa el papel de víctima que se compromete a *estar sobrepasada y no poder manejar las cosas*, la otra persona ocupa el papel de rescatador y se compromete a *ayudar y sacar adelante al otro*. Esta dinámica suele funcionar inicialmente, dado que el rescatador se siente útil y la víctima se siente acompañada. Sin embargo, en algún punto, la víctima se cansa de estar debajo y se rebela o el rescatador se cansa de hacer todo. En ese momento, cualquiera de los dos se convierte en el perseguidor y reprocha a su pareja. Esto puede generar que los roles se inviertan: el rescatador se siente mal y se victimiza, y la víctima se disculpa y se convierte en el rescatador (Taibbi, 2017) Por el contrario, **el modelo A-A se basa en relaciones horizontales entre adultos**. La postura adulta se caracteriza por la capacidad de estar emocionalmente tranquilo, observarse a sí mismo en un patrón de relación y hacer cambios sin expectativas del otro, ver a los demás como ansiosos o temerosos en lugar de maliciosos o manipuladores, no reaccionar de la misma manera ante la ira o la ansiedad de los demás, la capacidad de tomar decisiones y ser asertivo (incluso si esto pone en riesgo la aprobación o aceptación del otro), centrarse más en la responsabilidad y en el comportamiento personal que en el comportamiento del otro y ser

reflexivo en la toma de decisiones (Taibbi, 2017) Mientras que en las relaciones R-V-P se espera que haya lectura de pensamientos y una responsabilidad desbalanceada en cuanto a los problemas de la relación, en las dinámicas A-A hay comunicación asertiva y cada persona asume la responsabilidad de su pensar, hacer y sentir: la línea vertical entre las A simboliza que cada persona es responsable por sus problemas que están en su *cancha*. La línea horizontal significa que, a pesar de la independencia, puede existir ayuda y colaboración en la pareja, aunque sin esperar que el otro se responsabilice por completo.

Johnson (2004), concuerda con esta visión empática y establece que hay que aceptar a los demás tal cuál como son. Las parejas angustiadas no deberían de ser vistas como deficientes o incompetentes. Se debería de ver más bien de qué forma expresan sus necesidades y miedos y cómo esto afecta a su relación; así como los patrones en los que se encuentran atrapadas.

*Las necesidades, los deseos y las respuestas emocionales primarias de la pareja se consideran aquí generalmente saludables y adaptativas. Lo que crea problemas es la forma en que estas necesidades y deseos se ponen en práctica en un contexto de vulnerabilidad y peligro percibido. (Johnson, 2004, p. 23)*

Al igual que Johnson (2004), Wachtel recalca la relevancia de las dinámicas de crítica excesiva en las parejas. Menciona que con frecuencia se genera un círculo vicioso en el que los miembros de la pareja sienten que ya no pueden hacer feliz al otro; esto lleva a que una de las personas se aleje, generando que la otra se sienta más herida e insatisfecha y, por lo tanto, critique más. A su vez, la persona que se aleja no se da cuenta de que su distanciamiento puede ser una manera pasivo-agresiva de mostrar resentimiento.

Taibbi (2017), por otro lado, menciona que **la solución se encuentra en los hoyos de la pareja**. Con esto se refiere a que la flexibilidad necesaria para la pareja proviene de tomar riesgos, salir de la zona de confort y hacer cosas que parecen difíciles y diferentes. Dicho autor

menciona que este proceso es importante para que la pareja aprenda a tolerar el estrés y la ansiedad. El terapeuta, por lo tanto, busca propiciar los diálogos ocultos y hablar de las emociones no expresadas. Con el tiempo, el objetivo es lograr que la pareja esté menos atemorizada de estos temas y se vuelva más curiosa. El rol del terapeuta es, por lo tanto, mostrar que lo nuevo y lo desconocido tienen cosas importantes que ofrecer.

Wachtel (2016) no solamente propone la transformación de la dinámica de la pareja, sino que realiza transformaciones en directo en su comunicación con la pareja, develando admiración y reconocimiento en dinámicas aparentemente negativas. Busca encontrar los deseos escondidos y operacionalizarlos de tal manera que la crítica no reciba la mayor parte de la atención sino las propuestas o las necesidades de la pareja. De la misma manera que los cumplidos, estos deseos funcionan de mejor forma en la medida en la que son más concretos.

Taibbi (2017) pone especial atención en la evolución de una pareja. Menciona que las parejas tienen con frecuencia **contratos implícitos para saciar las necesidades del otro**. Sin embargo, con el tiempo, estos contratos se hacen obsoletos en la medida en la que la pareja es exitosa y ya ha cumplido sus objetivos iniciales. Por lo demás, con el paso del tiempo la pareja acumula un *peso psicológico* (ej. argumentos sin resolver, frustraciones, deseos ocultos) Taibbi (2017) ejemplifica esto diciendo que, al inicio, una pareja se muda a una casa nueva y vacía que van decorando con el tiempo. El peso psicológico, no obstante, se empieza a acumular en los cuartos y las parejas tienden a no querer enfrentarlo y dejarlo acumularse hasta que ya no queda espacio en la casa y su movimiento queda limitado. Es por esto por lo que muchas parejas fantasean con separarse, de la misma manera en la que alguien cambia de casa, en vez de limpiar el peso psicológico que ha obstruido todos los espacios. Por lo tanto, el trabajo del terapeuta radica en **revitalizar la relación al abrir todos los cuartos cerrados de la casa y atender el peso psicológico escondido**.

Wachtel (2016) menciona algunos otros problemas a los que se enfrentan las parejas que son de importancia terapéutica.

1. Las diferencias de expectativas (basadas en los contextos y personalidades únicas de cada miembro de la pareja y referentes a la idea del amor, la compañía, la lealtad, etc.)
2. La paradoja entre la unión y la autonomía (qué tanta unión o libertad busca cada persona en la pareja y de qué manera lidian con estos deseos)
3. Desbalances de poder (impuestos o autoimpuestos, culturales, de género, de recursos o de personalidad)
4. Desbalances respecto al interés en resolver los problemas de pareja o en separarse
5. Los estilos inseguros de apego, producto de dinámicas de la infancia que se *re-escenifican* en la vida adulta con la pareja (i.e., miedo al abandono, necesidad de autoafirmación constante, desapego, etc.)

### **La alianza terapéutica con la pareja**

Al igual que en la terapia integrativa, la alianza terapéutica es de suma importancia en la terapia de pareja, dado que sirve como vehículo para la transformación de los ciclos negativos.

Johnson (2004) menciona a la alianza terapéutica como uno de los pilares de la Terapia Focalizada en las Emociones (TFE).

*Tanto la reflexión y la validación de la experiencia de cada miembro de la pareja y su posición en la relación, como la descripción sin juicios de valor de cómo se organizan las interacciones, son intervenciones poderosas en sí mismas; también construyen una fuerte alianza. Ambos miembros de la pareja experimentan al terapeuta como alguien que puede empatizar con ellos y que también comprende la poderosa red de interacciones en la que están atrapados (Johnson, 2004, p. 53)*

Johnson esclarece que el elemento más poderoso para construir la alianza terapéutica es **la postura del terapeuta ante la pareja, su sufrimiento y su cambio**. A su vez, Johnson define la postura ideal del terapeuta a partir de los siguientes pasos.

1. **Sintonía empática:** el terapeuta intenta constantemente sintonizar empáticamente con cada interlocutor y conectar a nivel personal. La empatía se ha descrito como un acto de imaginación, una capacidad para habitar el mundo de cada cliente durante un momento
2. **Aceptación:** una postura no crítica que evade considerar a las personas como deficientes o defectuosas. Es más fácil mantener esa postura si el terapeuta tiene una visión relativamente positiva de la naturaleza humana y cree en la capacidad de las personas para cambiar y crecer. El terapeuta honra y valora a los clientes **tal y como son**, y es capaz de tolerar la ambigüedad y aspectos de los clientes que ni siquiera ellos mismos valoran o aceptan. Esto le permite a la pareja enfrentarse, con el terapeuta, a lo que no podría afrontar sola
3. **Autenticidad:** la autenticidad del terapeuta, lo real y presente que pudiera estar, sin implicar ser impulsivo o indulgente, sino que sea accesible y responda al cliente de forma que éste pueda confiar en él. El terapeuta puede entonces admitir errores y permitir **que los clientes le enseñen sobre su propia experiencia**. También es una cierta transparencia o voluntad de ser visto y explicar lo que está haciendo en términos de intervención y cómo esto ayudará al proceso terapéutico
4. **Seguimiento activo continuo:** el terapeuta debe adoptar un papel activo y deliberado en la supervisión, la indagación y, si es necesario, el restablecimiento de la alianza. El terapeuta supervisa su compromiso con cada uno de los miembros de la pareja, buscando y procesando activamente las respuestas de cada uno de ellos. Si el

terapeuta tiene algún indicio de que puede haber una ruptura en la alianza, la reparación de esta alianza se convierte en una prioridad inmediata

5. **Unirse al sistema:** el terapeuta ve y acepta la relación tal y como está estructurada al principio de la terapia. En términos sistémicos, el terapeuta se une al sistema. Esto implica que el terapeuta no sólo reconstruya y sea capaz de describir las posiciones, los patrones y los ciclos de la relación, sino que también sea capaz de **reflejar con precisión a la pareja su propia versión idiosincrática de los patrones que las parejas angustiadas desarrollan juntas**. El más común de estos patrones es **demandar/criticar/perseguir**, seguido de **defender/distanciar/paralizar**. El terapeuta refleja la secuencia y el patrón de las interacciones, de forma empática y respetuosa, ayudando a la pareja a adoptar una *metaperspectiva* sobre sus interacciones. Así pueden empezar a asumir su parte en la creación del patrón, al mismo tiempo que se reconocen como sus víctimas

Para Wachtel (2016), la alianza en la terapia de pareja se constituye por tres vínculos: el vínculo del terapeuta con cada miembro de la pareja, así como el vínculo con la pareja como conjunto. Cada miembro de la pareja debe sentirse escuchado y validado en su manera individual de ser y sentir; sin embargo, las parejas suelen requerir especial apoyo en su concepción como conjunto; como un *nosotros*. Wachtel (2016) menciona que es muy común que las parejas que asisten a terapia se sientan **avergonzadas e inclusive humilladas respecto a los problemas y limitantes de su relación**. Precisamente porque la pareja se ve a sí misma de una manera que es diferente a como los terceros la perciben, el terapeuta puede servir como **catalizador de cambio** en la medida en la que puede señalar los aspectos positivos de la pareja que, por el momento, no son visibles para ellos. Esto puede ayudar a mitigar los sentimientos de vergüenza. Es por esto por lo que gran parte de la alianza terapéutica comienza con mostrar respeto por el *nosotros* que ha construido la pareja. Con

frecuencia, la pareja ha logrado muchos avances en diferentes aspectos (a nivel profesional, emotivo, sexual, social, espiritual, familiar), por lo que el terapeuta genera una alianza profunda a partir de **reconocer y validar la habilidad de la pareja de haber tenido estos logros.**

Otras maneras de generar la alianza terapéutica son (Wachtel, 2016)

1. Descubrir e identificar el patrón de dinámicas negativas en la pareja como un elemento externo ante el cuál la pareja (y el terapeuta) se alía para superar.
2. Generar vínculos de identificación personales con cada miembro de la pareja (no necesariamente respecto a grandes revelaciones, sino ante cosas simples como gustos, quejas y preferencias del lugar, del clima, etc.)
3. La escucha activa (que cada persona sienta que su visión es escuchada y comprendida) a partir de parafraseo con lenguaje tentativo (i.e., resumiendo lo entendido y preguntando si se omitió algo o se malentendió algo importante)

### **Abordaje de la terapia de pareja**

La integración es una filosofía de suma utilidad para la terapia en pareja, debido a que hay más factores con posibilidad de competir o divergir. La integración entre el *yo*, el *tú*, el *ellos* y el *nosotros* se hace más compleja y, por lo tanto, necesaria.

Según Johnson (2004), los terapeutas del siglo XXI pueden estar seguros de que los problemas maritales o de pareja se deben a una **inundación de problemas negativos y a un encarcelamiento en interacciones estrechas y restrictivas.** Es por esto por lo que mi propuesta de intervención para este trabajo tiene un componente sistémico importante, ya que se basa en los roles adquiridos en la relación y en los ciclos de retroalimentación que generan dinámicas disfuncionales.

Williams y Lee (2011) desarrollaron una descripción breve sobre una evaluación estándar de terapia de pareja en cinco sesiones.

1. Sesión 1: entrevista inicial en la que se conoce a los clientes, se aclaran los aspectos administrativos, se establecen los objetivos de la terapia y se comienza con la evaluación inicial.
2. Sesión 2: se realiza una muestra de comunicación de la pareja y se revisa la historia de la relación de pareja.
3. Sesión 3 y 4: sesiones individuales con cada miembro de la pareja en las que se hace una evaluación individual que complementa la historia de la pareja. Es conveniente también realizar una evaluación rutinaria para detectar posible violencia doméstica (que se podría haber omitido en las sesiones en conjunto)
4. Sesión 5: se le presentan los resultados de la evaluación a la pareja, en conjunto con recomendaciones de tratamiento (tampoco es inusual que se requieran más sesiones previas para la evaluación; sobre todo, si el terapeuta aún no tiene clara la dinámica de la relación)

El plan de intervención psicoterapéutica se realiza a partir de tres pasos.

1. Enlistar los problemas descubiertos durante la evaluación
2. Desarrollar una lista de hipótesis (incluyendo también perspectivas provenientes de diferentes teorías, en el caso de la terapia integrativa)
3. Desarrollar un enfoque del tratamiento, con una buena sinergia entre las hipótesis y objetivos terapéuticos (elegir inicialmente entre dos o tres objetivos terapéuticos; si algunos de estos se cumplen durante la terapia, nuevos objetivos pueden irse incorporando)

Es importante notar que, si los problemas individuales de algún miembro de la pareja son fundamentales, tal vez no sea recomendable comenzar con la terapia de pareja hasta que estos se resuelvan de manera individual. Así también Williams y Lee (2011) recomiendan el

acompañamiento de las entrevistas de evaluación con tests de lápiz y papel como la Escala de Ajuste Diádico (EAD)

Adicionalmente utilicé como guía para esta intervención el modelo de cambio en la pareja delineado por la Terapia Focalizada en las Emociones (TFE) de Johnson (2004). Dicho modelo se esclarece en los siguientes pasos.

1. Creación de la alianza terapéutica y demarcación de los conflictos en el apego
2. Identificación de los ciclos negativos de interacción, donde se manifiestan los conflictos
3. Acceso a las emociones no reconocidas y a las posturas interaccionales subyacentes
4. Reformular los problemas en términos de ciclos negativos, emociones subyacentes y necesidades de apego. El ciclo se enmarca como el enemigo en común y la fuente de la privación emocional y la angustia de la pareja
5. Promover la identificación con las emociones, las necesidades y los aspectos de sí mismo que se desconocen, e integrarlas en las interacciones de la relación
6. Promover la aceptación de la vivencia de la pareja y de las nuevas formas de interacción
7. Facilitar la expresión de deseos y necesidades y crear eventos de vinculación emocional que redefinan el apego en la pareja
8. Facilitar el surgimiento de nuevas soluciones para problemas viejos de la pareja
9. Consolidar nuevas posiciones y nuevos ciclos de comportamientos de apego

Este modelo ofrece una base estructurada para la identificación y reparación de las interacciones negativas en la pareja. Desde mi punto de vista, es importante tener una base sólida en caso de que la flexibilidad de la propuesta integrativa se manifieste como inadecuada sobre la marcha.

### **Planteamiento del problema**

Según Romero Palencia et al. (2017) la satisfacción matrimonial (de pareja) es la complacencia percibida respecto a las reacciones emocionales del cónyuge, con la relación y con la dinámica de la misma. Esta característica, por lo demás, está altamente vinculada con el funcionamiento de la pareja, así como con las tareas subordinadas a esta como la crianza de los hijos. Los autores se basan en el modelo teórico del involucramiento de Rusbult en 1983 para afirmar que el compromiso de la pareja es directamente proporcional a la satisfacción percibida de la misma.

Desde el punto de vista biopsicosocial es entonces la satisfacción de pareja un elemento fundamental para la salud; por lo que la insatisfacción, el poco compromiso y las dinámicas fallidas de relación contribuyen a diferentes problemáticas de la salud, dentro de las cuáles me quise enfocar en la violencia como prioridad, tomando en cuenta las diferencias importantes de género y la gravedad de sus consecuencias en la sociedad.

En México, el 43.9% de las mujeres han sufrido violencia por parte de la pareja actual o última a lo largo de su relación, según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Un dato importante sobre la información que ofrece la ENDIREH 2016 es que la mayoría de las mujeres entrevistadas (66.8%) no sabe a dónde acudir para solicitar ayuda. 30.6% de las mujeres que experimentaron violencia de su pareja actual o última a lo largo de su relación, manifestó saber a dónde acudir; de entre quienes señalaron que han hablado con alguien, 41.4% sabe a dónde acudir para pedir ayuda o apoyo y entre quienes no lo han hablado con alguien esto se reduce a 21.6% (INEGI, 2020)

En EEUU casi 20 personas por minuto sufren abusos físicos por parte de su pareja. Durante un año, esto equivale a más de 10 millones de mujeres y hombres. 1 de cada 4 mujeres y 1 de cada 9 hombres sufren violencia física grave por parte de la pareja, violencia sexual por contacto con la pareja y/o acoso por parte de la pareja, con repercusiones como lesiones, miedo, trastorno de estrés postraumático, contracción de enfermedades de transmisión sexual, etc. En un día normal, se producen más de 20.000 llamadas telefónicas a los teléfonos de atención a la violencia doméstica. La violencia de pareja representa el 15% de todos los delitos violentos en dicho país (National Coalition Against Domestic Violence, 2022)

La violencia de pareja (*intimate partner violence* en inglés) es declarada por la OMS como la causa principal global de violencia hacia la mujer. En todo el mundo, casi un tercio (27%) de las mujeres de entre 15 y 49 años que han mantenido una relación declaran haber sido objeto de alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja (Organización Mundial de la Salud, 2021) De esta forma, los datos de la OMS revelan que las problemáticas de pareja tienen un componente de género fundamental en detrimento de las mujeres. En su reporte global sobre el homicidio, la OMS decretó que el número estimado de mujeres asesinadas por sus parejas u otros miembros de la familia en 2012 fue de 48.000 (el 47% de todas las víctimas de homicidio femenino) (Organización de las Naciones Unidas, 2019).

En particular, las medidas para la mitigación de la actual pandemia contra el coronavirus han tenido un impacto importante en las dinámicas de pareja y en la incidencia de la violencia de pareja. La violencia familiar alcanzó nivel récord durante 2020, con un acumulado de 220,028 carpetas de investigación abiertas por este delito por las fiscalías y procuradurías de los estados. Esto representa un aumento de 4.7% en este delito del fuero común con respecto a 2019, en el que se contabilizaron un total de 210 mil 158 registros, según las estadísticas del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) (Espino, 22 de enero de 2021)

La OMS esclarece varias de las consecuencias de la violencia de pareja (Organización Mundial de la Salud, 2021).

- Resultados fatales como el homicidio o el suicidio
- Lesiones, ya que el 42% de las mujeres que sufren violencia de pareja declaran haber sufrido una lesión como consecuencia de esta violencia
- Embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH
- Aumenta la probabilidad de aborto espontáneo, de parto de feto muerto, de parto prematuro y de bebés con bajo peso al nacer
- Depresión, estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, dificultades para dormir, trastornos alimentarios e intentos de suicidio. El análisis de 2013 descubrió que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tenían casi el doble de probabilidades de sufrir depresión y problemas de consumo de alcohol
- Dolores de cabeza, síndromes de dolor (dolor de espalda, dolor abdominal, dolor pélvico crónico) trastornos gastrointestinales, movilidad limitada y mala salud en general
- La violencia sexual, sobre todo durante la infancia, puede conducir a un mayor consumo de tabaco y sustancias y a comportamientos sexuales de riesgo. También se asocia a la perpetración de la violencia (en el caso de los varones) y a ser víctima de esta (en el caso de las mujeres)
- Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir una serie de trastornos conductuales y emocionales. Éstos también pueden estar asociados con la perpetración o la experimentación de la violencia más adelante en la vida
- La violencia en la pareja también se ha asociado con tasas más altas de mortalidad y morbilidad infantil y juvenil (por ejemplo, a través de enfermedades diarreicas o malnutrición y menores tasas de vacunación)

Es por lo tanto notorio que las dinámicas de pareja tienen un alto impacto en la salud de la población dado que la familia basada en el vínculo sexoafectivo sigue siendo el modelo predominante en la sociedad. Lo que permite especular que toda la población está afectada de manera directa o indirecta por las dinámicas de pareja en su presente o en su pasado; siendo que las minorías como las mujeres y los niños están en principal desventaja para denunciar o escapar de los círculos de violencia.

### **Justificación del problema**

La predominancia de las dinámicas de violencia en la pareja, y su impacto en la familia, fueron ya documentadas por la OMS, el INEGI y diferentes instituciones internacionales.

Mi propuesta para el aumento de la satisfacción percibida y, por lo tanto, de la atención y prevención de la posible violencia doméstica presente en la pareja de la intervención es de carácter integrativo. Me he decidido por este enfoque porque su flexibilidad y posibilidad de alcance permite englobar la complejidad de los sistemas involucrados en la relación de pareja.

Devlin y Calley (2007) se enfocaron particularmente en el efecto del MTP en la terapia familiar y encontraron que la exploración multiteórica proporciona al terapeuta familiar la oportunidad de situar el contexto de la dinámica familiar y las preocupaciones que se presentan en un marco dimensional para completar un cuadro clínico más completo y rico de la unidad familiar. El MTP, además, a través de las entrevistas y las evaluaciones, proporciona información adicional que puede haber quedado fuera de una sesión convencional de asesoramiento. La integración multifactorial también empodera a la familia como expertos en sus propias vidas y, por lo tanto, pueden crear una relación más fuerte con el terapeuta.

Por lo demás, Faris y van Ooijen (2012) argumentan a favor de la integración como una medida en contra de la alienación creciente en nuestra sociedad; así como una tendencia generalizada en las sociedades occidentales hacia la competencia y la heterogeneidad.

*Nuestro mundo actual puede caracterizarse por un sentimiento de alienación y separación, por un lado, y un anhelo de conexión, por otro. Los fenómenos de separación y conexión se reflejan en los campos del asesoramiento y la psicoterapia, donde a veces se enfatiza más la diferencia que la similitud y se ignoran o no se reconocen los principios unificadores comunes. Con este telón de fondo, nosotros (los autores) hemos querido desarrollar un modelo holístico y relacional que respete las perspectivas de las diferentes teorías (Faris y van Ooijen, 2012, p. 1).*

Las autoras se basan también en Summers y Barber (Faris y van Ooijen, 2012) para mencionar que los enfoques tradicionales y absolutistas durante la formación de los terapeutas pueden parecerse más al catecismo que a la exploración intelectual. Esto puede provocar que los estudiantes estén menos abiertos a mirar otros modelos o formas de trabajar. En otras palabras, podría conducir al proselitismo, donde las hipótesis del modelo se refuerzan y otros enfoques se tratan con sospecha y hostilidad. Finlay (2015) se basa en el trabajo de Norcross para abogar por la integración como una respuesta adaptativa ante la diversidad de los clientes de la psicoterapia.

### **Pregunta de investigación**

¿De qué manera una propuesta de psicoterapia integrativa ayuda en el aumento de la satisfacción percibida de la pareja?

### **Hipótesis**

H1= la intervención refleja mejoras cuantitativas en la satisfacción de la pareja (a través de la EAD) y cualitativas a través de los factores de desarrollo.

H0= la intervención no refleja mejoras cualitativas o cuantitativas respecto a la satisfacción de pareja.

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Probar la eficacia de una propuesta integrativa para aumentar la satisfacción de pareja

### ***Objetivos específicos***

- Adaptar la propuesta de intervención de manera continua según la retroalimentación de la pareja
- Identificar qué elementos de la intervención resultaron más eficaces para la terapia de pareja y teorizar sobre el porqué

## **Método**

### **Contexto de la investigación**

Realicé la presente investigación en un contexto internacional virtual compuesto por el entorno de los participantes (ciudad principal en Perú), de los supervisores de este proyecto (Edo. de México, México) y del investigador (Berlín, Alemania). El contacto entre estos tres actores lo realicé exclusivamente por medios electrónicos (correo electrónico, redes sociales, teléfono y plataformas de videollamada)

### **Decisiones muestrales**

Realicé una convocatoria por redes sociales a través de un *flyer* dirigido a parejas o constelaciones sexoafectivas de cualquier género. Invité a los participantes a que manden una breve descripción escrita de su problemática y sus deseos por correo electrónico. A partir de los correos recibidos, realicé una selección por conveniencia basada en

- Compatibilidad de la naturaleza y severidad del caso con la modalidad de terapia y competencia del terapeuta
- Compromiso escrito para la adherencia al tratamiento

- Disposición a que las sesiones sean grabadas
- Disponibilidad de tiempo para las sesiones programadas
- Trato pacífico, respetuoso y colaborativo

Por lo demás, los criterios de inclusión fueron los siguientes

- Residencia en Latinoamérica
- Mayores de edad

Los criterios de exclusión fueron los siguientes

- Trastornos psiquiátricos agudos actuales
- Planeación suicida actual
- Discapacidad mental
- Pertenencia a grupos delictivos

Conseguí un aproximado de cinco potenciales parejas para la investigación. Dentro de estas parejas, opté por la pareja compuesta por M y D debido a que era la única pareja en un contexto latinoamericano fuera de México, lo que permitía mayor riqueza intercultural entre los actores de investigación involucrados, así como sacaba mayor provecho de la naturaleza en línea de la intervención propuesta. La pareja seleccionada realizó un primer contacto en el que M describió como “insoportables” los problemas de pareja. Tras una primera sesión de contacto, encontré que tanto M como D mostraban interés y compromiso hacia el proceso terapéutico y demostraron responsabilidad en los acuerdos mencionados. Estos factores influyeron en que decidiera elegirlos para este estudio; decisión que se corroboró a lo largo de la intervención.

## Participantes

Un matrimonio conformado por M (mujer, 28 años) y D (hombre, 40 años). La protección de la privacidad de los participantes ha sido protegida a partir de la omisión de información que apunte hacia sus personas.

## Descripción de la pareja

M (mujer, 28 años) y D (hombre, 40 años). La pareja se conoció en 2011 en Perú en un coro de canto: un gusto que compartían. Se conocieron a través de la música y comenzaron a salir un mes después de conocerse. Cuando M y D se conocieron, M tenía 16 años, lo que llevó a la pareja a esconder su relación romántica frente a sus familias. Se presentaron como amigos cercanos y eso les permitió integrarse en las familias de los otros antes de revelar su relación de pareja. La pareja define esta época como emocionante, debido a que era *como un juego* esconder su amor. Por lo demás, mencionan haber tenido muchos viajes y aventuras divertidas. M tiene un trabajo de oficina y D es emprendedor de su propio negocio. Antes de tener su propio negocio, D estuvo desempleado por más de un año, lo que generó estrés en su relación y con su familia. A su vez, esto lo hizo sentirse inseguro de sí mismo. Actualmente, su negocio está estable, aunque comenta sentirse saturado de trabajo y presionado por las demandas de sus clientes que llegan a altas horas de la noche. Ambos viven en el mismo edificio que los papás de D, debido a que ellos les facilitan una renta baja. Esto, sin embargo, genera una dinámica compleja con la familia, debido a que D menciona tener una relación muy estrecha con su madre y comer de la comida que ella prepara, en vez de comer de la comida que M prepara para él. M, por lo tanto, se siente desplazada y en competencia con su suegra. M, por lo demás, reporta sentir que todas las actividades del hogar recaen en ella y que D no toma iniciativa. M considera que es un área en la que su esposo debería de madurar y que la educación que recibió en casa contribuyó a que él no se ocupe de las labores del hogar.

D menciona que un plan de vida sumamente importante para él es tener hijos; además, siente la presión de estar envejeciendo. Por su lado, M no se encuentra en condiciones fisiológicas para tener hijos y tiene visitas médicas para preparar su cuerpo para la maternidad; por lo demás, emocionalmente no se siente preparada para tener hijos, debido a que quiere explorar diferentes áreas de su vida antes de comprometerse con la maternidad. M menciona haberse hecho cargo de sus hermanos mayores, como si fueran sus propios hijos y que, por lo tanto, comprende el sacrificio que implica el ser madre; por lo demás, M se siente presionada por D para tener hijos a través de comentarios directos e indirectos de su parte; así como también se siente presionada por su familia y comunidad. D es administrador de la iglesia de su comunidad y se siente orgulloso de poderse involucrar en una actividad que le satisface. Con frecuencia, las tareas administrativas lo hacen pasar tiempos inesperadamente prolongados en la iglesia, lo que genera conflictos con M, quien espera en casa para poder pasar momentos de recreación con él.

D reporta sentirse sumamente unido a la familia de su esposa. Esto, sin embargo, lleva a dinámicas colaterales en las que D, con frecuencia, da opiniones directas hacia su esposa y su familia sobre lo que *deberían o no deberían de hacer* para llevar una mejor vida. Estas opiniones se viven como imposiciones y suelen generar conflictos grandes con su esposa. D menciona tener una serie de valores fijos, basados en ideas convencionales de lo que *debe ser una pareja, una familia y los roles de la mujer y el hombre*. Esto genera diversos conflictos internos y con su pareja, debido a que, sin notarlo, suele mencionar, por ejemplo, que “una mujer debe prepararse para ser madre porque es su naturaleza”, así como que “una familia debería levantarse temprano para desayunar juntos”. Esto genera presión en M, debido a que se siente obligada a ser madre y se siente presionada a levantarse temprano los fines de semana, a pesar de que preferiría quedarse dormida por más tiempo, como compensación a los horarios largos de trabajo que tiene en la semana. M se muestra como una mujer

sensibilizada con el feminismo y menciona tener problemas para poder hablar con su esposo respecto a las expectativas que tiene él y la sociedad sobre su rol como mujer y posible madre. Mientras que M se encuentra en un momento de definición personal con varias posibilidades abiertas, en el que le gustaría contemplar proyectos académicos o profesionales, D se muestra como una persona con deseos claros y definidos; principalmente, tener hijos y mudarse fuera de la ciudad para formar una familia con M. Esta discrepancia genera conflictos en la pareja, debido a que D desearía mayor certeza por parte de su esposa, mientras que M se siente presionada por la manera en que D comunica estos deseos y preferiría dejar las posibilidades abiertas para que ella descubra su sentir y pensar sobre la marcha. Por lo demás, M está dubitativa sobre la capacidad de D de asumir responsabilidades como padre, debido a que él tiene muy poco involucramiento en las actividades del hogar y se suele referir predominantemente a la alegría de tener hijos, cuando toca el tema, más que a la responsabilidad que ello conlleva.

M reporta que los conflictos más grandes en su relación es la escalación de la violencia durante las discusiones. Menciona que, con frecuencia, D tiene explosiones de ira en las que arroja o destruye objetos en el hogar y golpea puertas. Ante esto, M reporta que se encierra en el cuarto como medida de seguridad, lo que incrementa el conflicto porque D se siente abandonado en la discusión. M reporta sentir sentimientos de ansiedad, vergüenza, impotencia, miedo y confusión asociados a su relación. Las experiencias de violencia la hacen sentirse reticente respecto a permanecer en la relación y le generan muchas más dudas respecto a sus deseos de ser madre con su esposo. Esto, a su vez, incrementa la ansiedad de D en función del deseo de formar una familia. M reporta que su contribución a los conflictos es ser poco tolerante, emocionalmente irritable; gritar y reprochar con facilidad. Respecto a los brotes de ira, D menciona que era común en su familia que su padre reaccionara con violencia hacia objetos cuando estaba enojado; así también, mencionó que su cuñada menciona que el

hermano de D se comporta de la misma forma. D mencionó que su padre fue duro con ellos, pero que le agradece este comportamiento porque “lo formó en el hombre que es hoy en día”. Así también, menciona que sus padres, en particular su papá, es muy directo y absolutista respecto a compartir sus opiniones y con frecuencia demuestra su desilusión cuando las personas no actúan según lo que él cree que es mejor. D menciona sentirse mal cuando su padre habla con él de esta forma respecto a sus deseos de que D estuviera formalmente empleado en vez de tener un negocio. Aunque a D le disgusta este comportamiento, reconoce que él actúa de forma similar cuando se refiere a la familia de su esposa, pero que esto lo hace “debido al amor que les tiene”. D menciona haber tenido una crianza tradicional que lo hace tener valores muy claros, a diferencia de cómo él considera que fue criada su esposa, generando, por lo tanto, lo que él percibe como una brecha generacional entre ambos. Un ejemplo de estos valores son ideas generalizadas sobre lo que una familia debe hacer.

D menciona estar mentalmente abrumado por el trabajo debido a que no tiene horarios fijos y sus clientes lo contactan a cualquier hora. Por lo demás, siente una presión grande de triunfar económicamente para poder proveerle a los hijos que desearía tener, así como para evitar caer nuevamente en la experiencia desagradable del desempleo. Esto, con frecuencia, genera que no esté muy presente en sus actividades cotidianas y que M sienta que D está ausente a pesar de estar físicamente presente. Por su lado, M tiene jornadas laborales largas que la agotan. Esto desemboca en que tenga poca energía para la interacción con su esposo cuando regresa a casa y que prefiera estar en silencio o descansar, lo que D resiente. En general, tanto D como M mencionan que las actividades de gozo individuales y en pareja han disminuido considerablemente con los años y que tienen poco tiempo de calidad para ellos. Sin embargo, mencionan que como fortalezas de pareja tienen una gran disposición por quererse y querer cuidarse y entenderse.

## **Escenario**

Realicé esta investigación exclusivamente en un escenario digital a través de una plataforma de videollamadas. Grabé las sesiones de psicoterapia, bajo consentimiento firmado de la pareja, lo que permitió que los supervisores del proyecto pudieran darme su retroalimentación sobre la intervención.

## **Marco interpretativo**

El marco interpretativo de este trabajo es la teoría fundamentada de Glasser y Strauss (1967). Esto implica que la teoría se elabora a partir de lo obtenido en la investigación y no al revés (Alvarez-Gayou Jurgenson, 2003). Este marco es importante para mí porque resalta el componente relacional de mi propuesta y evita que la teoría se sobre imponga a la realidad de la pareja de la intervención.

## **Tipo de investigación**

Este estudio es un estudio experimental longitudinal de análisis de caso de carácter mixto (cualitativo y cuantitativo). El método de evaluación es pretest-postest enfocado en el puntaje de la EAD (véase apéndice E) y de los factores de desarrollo cualitativos.

## **Categorías de análisis**

### ***Variable cuantitativa***

- Puntuación en la EAD. A mayor puntuación, mayor satisfacción percibida en la pareja

### ***Categorías cualitativas***

1. Transformar las dinámicas de comunicación
2. Generar igualdad de género
3. Recuperar y fomentar actividades de gozo

Definí los objetivos de terapia en conjunto con la pareja y los establecimos como la guía para la intervención. A su vez, utilicé estos objetivos como factores de desarrollo para el análisis cualitativo de la intervención.

Por lo demás, establecí dos objetivos del terapeuta para mi trabajo con la pareja.

1. Generar y mantener la alianza terapéutica
2. Fomentar la autogestión y adherencia al tratamiento como profilaxis

### **Recolección de datos**

Recolecté los datos cuantitativos a partir de la aplicación de la EAD a cada miembro de la pareja antes y después de la intervención.

Los contenidos cualitativos los obtuve a partir de una recolección continua durante toda la intervención a través de entrevistas enfocadas en los factores de desarrollo. Sin embargo, le di mayor énfasis a la entrevista de la sesión final, en la que recopilé impresiones de la pareja respecto al cambio en cada uno de los factores de desarrollo.

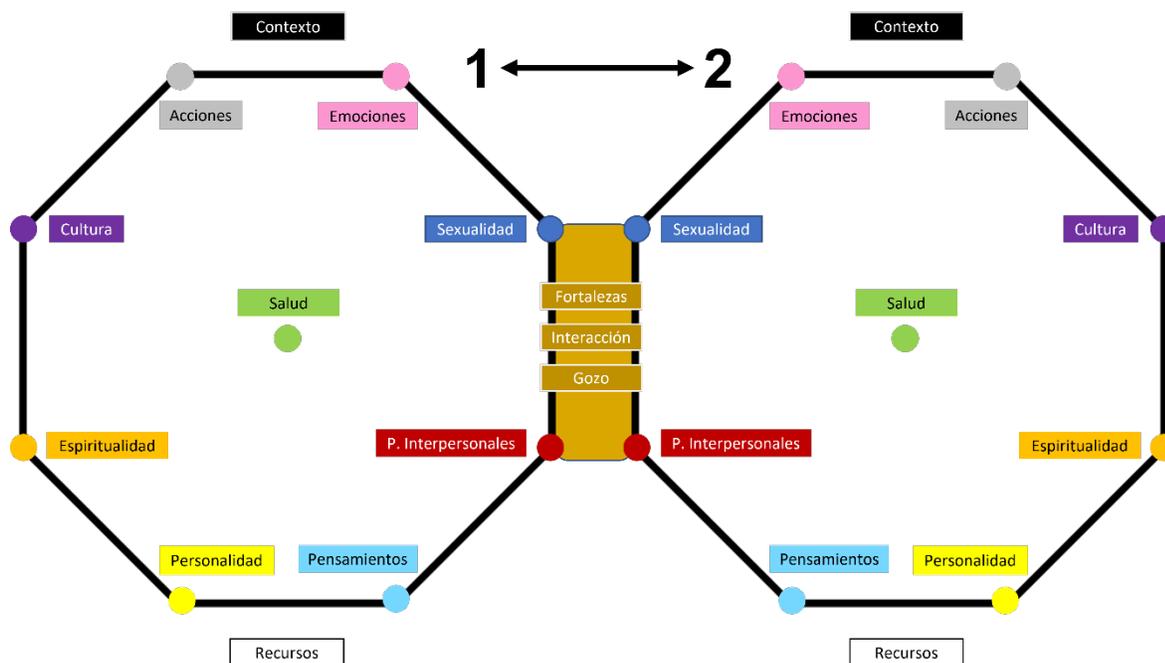
### **Instrumentos**

- Escala de Ajuste Diádico (EAD) (Spanier, 1976) (véase apéndice E)
  - 32 preguntas en total
  - Puntuación global (a mayor puntuación, mayor satisfacción percibida en la pareja)
- Aplicación del POPIR
  - 8 esferas de la persona
  - 3 áreas interaccionales en la relación
  - 2 áreas contextuales
  - 1 área de la salud

## Propuesta octagonal de psicoterapia integrativa relacional (MOPIR)

Figura 4

### Propuesta Octagonal de Psicoterapia Integral (POPIR)



Nota. Confeccionada para este trabajo (Celorio-Galan, 2022)

La POPIR presentada en este trabajo (véase figura 7) se enfoca en la integridad individual de 1 y 2, así como en el espacio interpersonal, que es de principal importancia para la psicoterapia integrativa, como mencionado por Finlay (2015). Es por esto por lo que, como enfatiza esta autora, la POPIR puede ser también utilizada para evaluar la relación entre el terapeuta y el cliente, o el cliente y otros elementos de su sistema.

La POPIR se compone por ocho esferas de la persona, un área de la salud, dos aspectos contextuales y tres aspectos interactivos de la pareja. El orden y el posicionamiento de las esferas no tienen un significado en particular; únicamente, considero que la esfera de la sexualidad y de los patrones interpersonales son características que suelen distinguir a los

vínculos sexoafectivos convencionales de los otros tipos de relaciones en la vida de los individuos; por lo que los coloqué cerca del área dorada interactiva. Sin embargo, los puntos de conexión en la pareja pueden variar según cada caso y, sobre todo, al incorporar constelaciones sexo y/o afectivas disidentes o plurales.

### **Esferas de la persona**

1. **Sexualidad:** ¿De qué manera vive la persona su sexualidad consigo misma y con los otros? ¿Existen deseos ocultos o inconclusos? ¿Frustraciones o incompatibilidades?
2. **Patrones interpersonales:** ¿De qué manera las experiencias pasadas (sobre todo las de la infancia y las familiares) han generado patrones de relaciones con los demás?
3. **Emociones:** ¿De qué manera lidia la persona con sus emociones? ¿Existen emociones exacerbadas, desatendidas o reprimidas?
4. **Pensamientos:** ¿Cuáles son las creencias y patrones de pensamientos de la persona? ¿Con qué frecuencia e intensidad recurren ciertos pensamientos? ¿Qué tan funcionales o disfuncionales son los procesos cognitivos de la persona?
5. **Acciones:** ¿De qué manera las acciones y el comportamiento de la persona colaboran al problema? ¿Hay una discrepancia entre los valores y el comportamiento de la persona? ¿Tiene conductas compulsivas o que desee cambiar?
6. **Personalidad:** ¿Cómo aborda e interpreta la persona los acontecimientos internos y externos en su vida? ¿Cómo es su carácter y acercamiento hacia la vida? ¿De qué manera influye esto en los problemas de su vida?
7. **Espiritualidad:** ¿Cómo se relaciona la persona con los problemas existenciales de la vida como la pérdida, la muerte y el dolor? ¿Qué sentido le da a su vida? ¿Qué relación tiene con la religión o las experiencias trascendentales?
8. **Cultura:** ¿De qué forma la cultura de la persona marca su personalidad y acercamiento hacia sí mismo y los demás? ¿De qué manera es percibida la persona dentro de su

comunidad? ¿Experimenta la persona privilegios o discriminación debido a su manera de ser o de verse?

9. **Salud:** ¿Cuál es la condición física y mental de la persona? ¿Cuáles son los hábitos alimenticios y de sueño de la persona? ¿Cuáles son sus creencias y comportamientos relacionados a la salud?

### **Aspectos contextuales de la persona**

1. **Contexto:** A nivel comunitario, político, social, laboral, familiar, económico, habitacional, etc. ¿Dónde vive la persona? ¿De qué manera le afecta la realidad política, económica y social de su comunidad? ¿Ha habido eventos relevantes a su alrededor en los últimos años? ¿Cuál es su relación con su comunidad? ¿Cuál es su relación laboral y su posicionamiento socioeconómico?
2. **Recursos:** Internos y externos; a nivel político, social, laboral, familiar, económico, habitacional ¿Qué tanto apoyo social o familiar tiene la persona? ¿Qué tantos recursos económicos tiene a su disposición? ¿Qué herramientas internas tiene a su disposición?

### **Aspectos interactivos de la pareja**

1. **Fortalezas:** ¿Qué fortalezas tiene la pareja? ¿Qué los ha mantenido unidos? ¿De dónde proviene el interés de estar juntos o la motivación de amarse? ¿Qué fortalezas ven los demás en ellos? ¿Cómo utilizan estas fortalezas y cómo las nutren?
2. **Gozo:** ¿Qué tanto gozo hay en la pareja? ¿Qué tanto espacio físico y mental se le da al gozo y qué importancia le da la pareja a este? ¿Qué actividades, lugares, estados o personas fomentan el gozo en la pareja? ¿Qué barreras existen para el gozo?
3. **Interacción:** ¿Cómo es la comunicación verbal y no verbal de la pareja? ¿Cuál es la dinámica entre ambos? ¿Existen roles asignados consciente o inconscientemente? ¿De qué manera puede mejorar la comunicación? ¿Cómo se expresan los deseos y las críticas?



En la figura 8 se encuentra la aplicación de la POPIR a la pareja de este estudio. No tematicé las esferas del modelo que contienen N/A durante la evaluación; explicaré mis razones en la discusión. Por lo demás, todas las demás esferas contienen información resumida sobre la relación que tiene dicha dimensión con la situación actual de pareja. El llenado de la POPIR fue producto de una evaluación constante, por lo que la fui completando a lo largo de las sesiones.

### **Herramientas terapéuticas utilizadas**

Apliqué diferentes herramientas terapéuticas para la obtención de los objetivos de la terapia

1. Transformar las dinámicas de comunicación
  - a. Psicoeducación respecto a los procesos de comunicación
  - b. Entrenamiento en comunicación asertiva y no violenta
  - c. Estrategias de resolución de problemas
  - d. Entrenamiento en comprensión y compasión (propia y ajena)
  - e. Entrenamiento en lenguaje tentativo
  - f. Análisis funcional y reestructuración cognitiva respecto a la imposición de opiniones
  - g. Análisis y confrontación de las dinámicas de ataque y evasión aprendidas en la infancia
2. Generar igualdad de género
  - a. Psicoeducación respecto al machismo y su influencia en hombres y mujeres, con especial atención en la maternidad
  - b. Entrenamiento en comprensión y compasión
  - c. Activación conductual para la distribución colaborativa de las tareas del hogar
  - d. Reestructuración cognitiva de creencias irracionales
  - e. Estrategias para el empoderamiento y emancipación de la mujer
3. Recuperar y fomentar actividades de gozo

- a. Psicoeducación respecto a la importancia del gozo para la salud de la pareja
- b. Activación conductual para la organización de planes de gozo
- c. Autorregistros para generar consciencia y cotidianidad sobre actividades de gozo para M, que no involucren al esposo
- d. Autorregistros de la ejecución de actividades de gozo en la pareja
- e. Técnicas de relajación basadas en Mindfulness para la rumiación cognitiva en D (aunado a autorregistros diarios)

En cuanto a los objetivos del terapeuta, puse en práctica las siguientes herramientas.

1. Generar y mantener la alianza terapéutica
  - a. Validación de las experiencias individuales y de la pareja
  - b. Enfoque positivo y edificante respecto a los logros de la pareja
  - c. Tono de voz suave y ligero
  - d. Sentido del humor, cuando era pertinente
  - e. Parafraseo y lenguaje tentativo
2. Fomentar la autogestión y adherencia al tratamiento como profilaxis
  - a. Uso de autorregistros
  - b. Lenguaje socrático
  - c. Ensayos de comunicación durante la sesión
  - d. Invitación a tomar notas y hacer repaso de estas
  - e. La construcción de pequeñas cajas en el dormitorio en donde la pareja le puede depositar pequeños mensajes al otro, respecto a pensamientos o emociones que no pudieron compartir durante el día

## Procedimiento

- Realicé una convocatoria por redes sociales para solicitar la participación de parejas en el estudio.
- Realicé una preselección dentro de los correos recibidos y se calendaricé una primera sesión
- Hice la selección de la pareja para el estudio y llegamos a un acuerdo oral y escrito sobre la naturaleza y organización de la investigación
- Cada miembro de la pareja resolvió la EAD y entregó el formato de manera digital
- Planeamos en conjunto diez sesiones de psicoterapia semanales a lo largo de nueve semanas. Realicé y grabé las sesiones terapéuticas en línea con el consentimiento firmado de ambas partes en una plataforma de videoconferencias. Todas las sesiones tuvieron una duración aproximada de 90 minutos
- Los supervisores del proyecto tuvieron acceso a las sesiones de psicoterapia grabadas, lo que permitió observar el proceso terapéutico ocurrido
- La fase de evaluación inicial consistió en cuatro sesiones (véase apéndice B) Al finalizar, establecí en conjunto con la pareja los objetivos de la terapia
- A partir de la sesión 5, comencé con la fase de intervención y evaluación continua en la recabé datos cualitativos sobre la efectividad de la intervención y la evolución de los factores de desarrollo para realizar adecuaciones en el transcurso
- En la sesión final (sesión número diez) realicé una entrevista final con el objetivo de determinar si los objetivos de terapia se cumplieron, así como apliqué nuevamente la EAD en ambos miembros de la pareja

- Una vez recolectada la información para el análisis, hice una comparación de los valores cualitativos y cuantitativos previos a la intervención con aquellos después de la intervención

### Análisis de datos

Analice los datos cuantitativos a partir de una comparación simple de los puntajes globales de la EAD entre la etapa previa y la posterior a la intervención. La comparación la hice por cada miembro de la pareja, así como entre ellos.

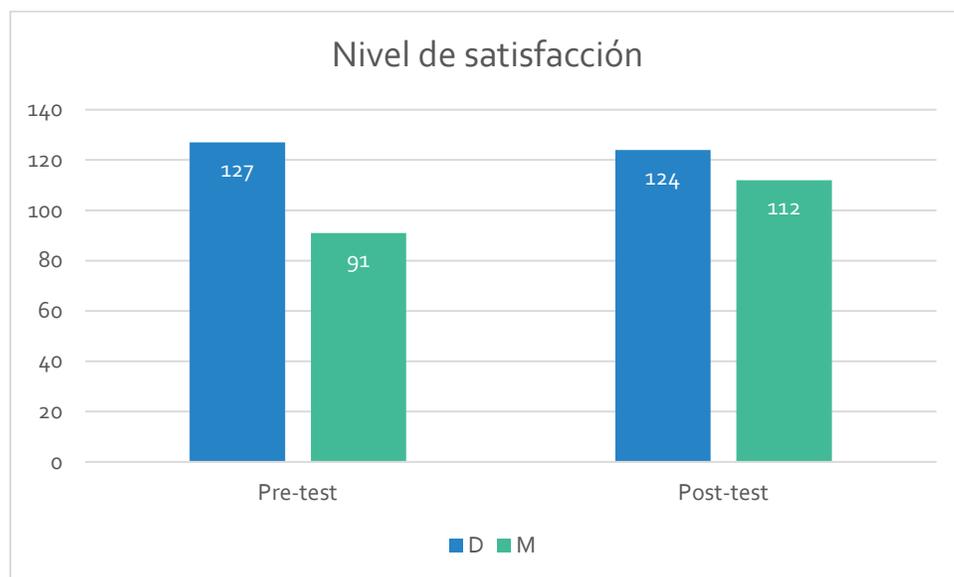
Analice los datos cualitativos a partir de la literatura revisada en la introducción de este trabajo y en función del marco interpretativo de la teoría fundamentada y de mi teoría implícita como terapeuta (véase apéndice A)

## Resultados

### Análisis cuantitativo de la EAD

#### Figura 9.

*Comparación de puntajes de la EAD antes y después de la intervención.*



Al observar la figura 9, lo primero que resalta es un ligero decremento en el nivel de satisfacción percibido por D, mientras que hubo un incremento en el caso de M. Podemos observar, sin embargo, que hay una mayor concordancia entre ambas percepciones posteriores a la intervención.

## **Análisis cualitativo de los factores de desarrollo**

### ***Comunicación en la pareja***

**Tabla 2**

*Comparación del estado previo y el estado posterior a la intervención respecto a la comunicación en la pareja.*

	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
<b>M</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproches y reclamos</li> <li>• Irritabilidad emocional</li> <li>• Gritar o alzar la voz</li> <li>• Encerrarse en el cuarto en medio de una discusión</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Silencios duraderos con rencor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de comunicación tentativa</li> <li>• Disposición para comprender y sentir compasión</li> <li>• Estrategias para parar una discusión antes de continuar y explotar</li> <li>• Mayor ecuanimidad y regulación emocional</li> <li>• Comunicación asertiva para expresar su sentir</li> <li>• Capacidad de reconciliarse y soltar</li> </ul>

<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Golpear o arrojar objetos durante una crisis emocional</li> <li>• Temperamento explosivo</li> <li>• Quejas respecto a las reacciones emocionales de la esposa (“sus caras largas”)</li> <li>• Imposición de opiniones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para comprender y sentir compasión</li> <li>• Mayor flexibilidad en el diálogo</li> <li>• Estrategias para parar una discusión antes de continuar y explotar</li> <li>• Preguntar con respeto si su opinión es requerida y darla de manera tentativa</li> </ul>
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En la tabla 2 podemos observar que ambos participantes reportaron un incremento en la comprensión y compasión, lo que se refleja en dinámicas más eficientes y pacíficas de comunicación.

### ***Igualdad de género***

**Tabla 3**

*Comparación del estado previo y el estado posterior a la intervención respecto a la igualdad de género.*

	<b>Pretest</b>	<b>Postest</b>
<b>M</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión social y familiar para ser madre</li> <li>• Presión para que su esposo coma y prefiera su comida en vez de la de su mamá (competencia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias para argumentar en contra de la presión machista</li> <li>• Herramientas para generar espacios de negociación de las tareas del hogar</li> </ul>

- 
- Asumir la responsabilidad casi de manera completa sobre las tareas del hogar
  - Sentirse sola o vacía si su esposo no llega a tiempo para realizar las actividades planeadas en conjunto
  - Reactivación de la autonomía y del gozo como mujer independiente

- 
- D**
- Ideas machistas sobre el rol de la mujer (“es natural que sea madre”, “es el deber de toda mujer”)
  - Poca consciencia respecto a las maneras sutiles de ejercer presión en su esposa
  - Sufrimiento respecto a las expectativas de la sociedad en cuanto a su rol masculino como “proveedor”
  - Creencias absolutistas y normativas respecto a cómo debe de ser una pareja y una familia para ser armónica
  - Compasión y comprensión respecto a la experiencia de ser mujer y ser madre
  - Mayor cuidado respecto a la forma de comunicar sus deseos de ser padre
  - Mayor enfoque en maneras de hacer sentir cómoda a su esposa, en vez de generar presión
  - Calendarización de actividades para colaborar en el cuidado del hogar
  - Apertura a que cada miembro de la familia encuentre su manera de estar satisfecho, en vez de buscar la homogeneidad
-

En la tabla 3 observamos mejoras en la comprensión de D sobre la presión directa, indirecta, individual y colectiva que recibe M para ser madre; así como mejoras de M para reactivar su autonomía.

### **Actividades de gozo**

**Tabla 4**

*Comparación del estado previo y el estado posterior a la intervención respecto a las actividades de gozo.*

	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
<b>M</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Añoranza por los tiempos previos en los que había magia y diversión</li> <li>• Poco tiempo y mucha presión</li> <li>• Abandono de los momentos privados y en conjunto de placer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redescubrimiento de la lectura y la danza como actividades placenteras</li> <li>• Mayor planeación de actividades placenteras (aunque cortas) durante la semana laboral</li> <li>• Planeación y ejecución de viajes de pareja en fines de semana (a los pueblos cercanos a la ciudad)</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca participación en la planeación de momentos de placer</li> <li>• Saturación y ausencia mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor tranquilidad y claridad a partir de las meditaciones diarias</li> <li>• Mayor participación en la planeación de actividades de placer</li> </ul>

- 
- Horas prolongadas de trabajo y mala comunicación con su esposa respecto a los tiempos libres
- 

En la tabla 4 observamos mejoras respecto a la reintegración del gozo en la relación. Tanto M como D reportaron una mayor apertura y disposición para realizar estas actividades, así como manifestaron ya haber realizado viajes de placer durante el transcurso de la intervención.

### **Discusión**

Respecto a la pregunta de investigación planteada concluyo que la POPIR contribuyó importantemente para la mejora de la satisfacción de la pareja del matrimonio de la intervención. Considero que el decremento de la satisfacción percibida de D es un resultado positivo porque representa una mayor concordancia con la visión de su esposa. D mostró al inicio de las sesiones un optimismo que distaba de la realidad percibida por su esposa (como se puede observar en el puntaje de M) Por lo tanto, es posible que la intervención ayudó a que D adquiriera mayor consciencia de los retos y problemas en su relación y tuviera un asesoramiento más realista de ellos (diferencia de 12 puntos en el postest, en comparación con una diferencia de 36 puntos en el pretest) Interpreto de esta manera los datos, debido a que un decremento verdadero en la satisfacción de la pareja no se observó en el análisis cualitativo de los datos y en las declaraciones finales de D; más bien, todo lo contrario. En el caso de M hay una mejora notoria en la satisfacción de la relación, que concuerda con el análisis de los factores de desarrollo cualitativos.

Las mejoras en la comunicación se debieron, probablemente, a la capacidad de identificar las necesidades detrás del conflicto en vez de atribuir maldad a las acciones y

sentimientos. En este sentido, ambos reportaron una mayor disposición a entender, en vez de atacar o juzgar. Como consecuencia de este cambio de actitud, la regulación de emociones es más sencilla, debido a que el esquema de pensamiento compasivo facilita la reconciliación y colaboración. En el caso particular de D, fue útil identificar con él los orígenes familiares de la violencia hacia los objetos y qué él mismo asumiera que no le agradaba esa respuesta al conflicto. Posteriormente, a través de la comunicación asertiva, se ofrecieron mejores alternativas para la comunicación, lo que aportó a una mayor flexibilidad en el diálogo. En el caso de M, el modelo triangular de adultos responsables (Taibbi, 2017) le ayudó a trascender el rol de víctima y encontrar sus propias contribuciones al conflicto, por lo que reportó dejar de gritar y reprochar, lo que a su vez generó cambios sistémicos que facilitaron la disminución de la violencia y la escalación del conflicto.

Una de las estrategias más efectivas para lograr mayor igualdad de género fue el generar empatía en D a partir de la comparación de su propia experiencia con su padre, quien, bajo un esquema estereotípico de la visión masculina, constantemente ejerce presión sobre D para que sea empleado en una empresa y prospere económicamente. Los resultados de la tabla 2 también aportaron a la igualdad de género debido a que la comunicación eficiente permitió dinámicas horizontales de negociación de las tareas del hogar, siendo que al final de la intervención existía ya una rutina de días en los que cada uno de los participantes cocinaba y tenía tareas asignadas.

Otro resultado importante de la intervención fue el empoderamiento de M como persona independiente de los vínculos afectivos en su vida. Para esto, apliqué estrategias de apoyo social y validación para fomentar su sentido de independencia. El modelo triangular de Taibbi (2017) también fue útil para descartar la visión homogénea de la pareja y fomentar en M la auto realización y colaboración en pareja desde la independencia.

Considero que las estrategias más importantes para la recuperación y fomento de las actividades de gozo fueron el sentido del humor durante la terapia, la validación de los aspectos positivos y “mágicos” de la historia de la pareja, así como la activación conductual. Mientras que no se cumplieron de manera rigurosa los autorregistros destinados para la activación conductual, pude observar cambios en las creencias y actitudes hacia los tiempos de recreación. Esto fue particularmente notorio en la última sesión de terapia en la que la pareja mencionó estar cansada porque habían ido un fin de semana completo de viaje. Ambos relataron experiencias placenteras vinculadas a la comida, la naturaleza, viajes en cuatrimoto, etc.

Considero que la principal aportación de la POPIR para el caso de M y D fue el **aspecto relacional** del modelo, como lo mencionaron Faris y van Ooijen (2012) y Finlay (2015) en sus trabajos. En el transcurso de la primera sesión, me dio la impresión de que **mi presencia como persona frente a ellos era sumamente importante**. Considero que había mucho confusión y vergüenza respecto a las dinámicas de violencia en la relación, por lo que el trabajo humano de validación y compasión fue de suma importancia. Mientras que hubiera habido muchos fundamentos teóricos para sustentar una evaluación exhaustiva de todas las esferas de la POPIR, mi intuición y sentir me guiaron a enfocarme en los puntos más centrales del discurso de la pareja, en vez de gastar sus energías con preguntas con fundamentos teóricos, pero que consideré sin fundamentos prácticos en el caso de la pareja. Es por esto por lo que puse poca atención en el área sexual, de la salud y espiritual de la pareja, y puse mucha atención en los procesos interpersonales, en las creencias irracionales, en las emociones y en la interacción. Es muy probable que otro terapeuta, con mucha mayor experiencia, se hubiera enfocado en áreas que probablemente no incorporé. Sin embargo, como parte de mi propuesta, decidí concentrarme en de qué manera mi subjetividad y mi persona servían como un espejo de algunas partes del prisma complejo de la relación de pareja. Por lo tanto, decidí profundizar en

lo que mi intuición y formación académica me indicaban, en vez de realizar una evaluación exhaustiva e imparcial. La validez de mis decisiones está, claramente, sujeta a discusión y forma parte tanto de las ventajas como de las limitaciones de este estudio.

Una de las aportaciones de la teoría que me resultaron muy útiles para la práctica fue el enfoque que pone Wachtel (2016) en explícitamente **buscar y enfatizar lo positivo en la pareja y en sus integrantes**. Esto fue crucial en uno de los momentos más importantes de la intervención: cuando M reveló experimentar violencia de parte de D. Esta revelación, por lo demás, fue producto de las sesiones individuales realizadas para la evaluación inicial, como es recomendado por el trabajo de Williams y Lee (2011), quien explícitamente menciona que estas sesiones individuales permiten la comunicación de situaciones que no se suelen decir en presencia de la pareja, como la violencia intrafamiliar. En el caso de la violencia intrafamiliar de la pareja, decidí enfocarme mucho más en el aprendizaje social de la violencia que en la perversidad o malicia de lo conyugues. Considero que esto me permitió generar un “enemigo en común”, como menciona Wachtel (2016), contra el cuál la pareja se pudo aliar, en vez de perpetuar roles de víctima y victimario que aumentarían la rivalidad en la pareja.

A pesar de que considero que el componente relacional e intuitivo es la aportación más importante de la POPIR para este caso, considero que **la estructura teórica y metodológica es fundamental para preparar el terreno de lo relacional y de la capacidad receptiva del terapeuta**. Es decir, mientras que no se usan de manera explícita todas las herramientas teóricas y metodológicas de la propuesta, es importante que estas estén presentes y que se conozcan para que el terapeuta pueda reaccionar y amoldar la intervención con flexibilidad. En otras palabras, la flexibilidad proviene de la amplia gama de conocimientos, independientemente de los que sean utilizados, por una u otra razón, al final.

Es por esto por lo que sugiero la confección de modelos personalizados de terapia integrativa que le permitan al terapeuta relacionarse de manera personal y profesional con sus

pacientes en la terapia de pareja. De tal manera que se integren las subjetividades del terapeuta y de los pacientes para generar **un espacio de reflexión que permita la formulación de nuevos significados y la confección de nuevas dinámicas que promuevan la compasión y el gozo, así como que acepten y lidien de manera respetuosa y constructiva con el conflicto.**

Este estudio contó con las limitaciones temporales y de recursos de un trabajo de licenciatura, por lo que faltó tiempo para poder determinar si los instrumentos de evaluación (ej. la EAD) fueron los más adecuados para la pareja elegida, o para poder construir instrumentos más apropiados para identificar las esferas relevantes de la POPIR para la intervención. Así también, uno de los mayores retos de la psicoterapia integrativa recae en la diversidad y profundidad de los conocimientos del terapeuta para poder incorporar teorías y herramientas. Debido a que mi experiencia como terapeuta y académico es reducida, el potencial de integración también lo es. De tal manera que un terapeuta con mucho mayor trayectoria académica y clínica contaría con mayores recursos para generar una integración holística.

Por lo demás, considero pertinentes posteriores investigaciones que deseen ver en la POPIR una oportunidad para desarrollar un modelo integrativo flexible para la terapia de pareja o para utilizarlo como referencia para la generación de nuevos modelos. De preferencia, esta propuesta se debería de probar de manera transeccional con diferentes parejas para poder determinar la validez ecológica. También se podrían realizar grupos de comparación con un grupo de control, utilizando un modelo convencional (no integrativo) y un grupo experimental utilizando un modelo derivado de la POPIR. Por lo demás, resultaría interesante probar esta propuesta fuera del contexto latinoamericano para poder comprobar si el aspecto relacional es igual de importante en culturas en las que la interacción social es entendida de otra manera. Por último, hago una invitación a que el abordaje integrativo se haga de manera holística,

incluyendo no solo los aspectos teóricos y metodológicos, sino la integración del terapeuta y del paciente como tal, poniendo especial énfasis en la alianza terapéutica.

## Referencias

- Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. Paidós educador: Vol. 169. Paidós.
- Brooks-Harris, J. (2008). *Integrative Multitheoretical Psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Celorio-Galan, S. (2022). *Análisis de caso: construcción y evaluación de un modelo integrativo para la terapia de pareja*. UNAM.
- Devlin, J. M. y Calley, T. (2007). Applying Multitheoretical Psychotherapy Integration to Family Therapy. *The Family Journal*, 15(4), 387–391.  
<https://doi.org/10.1177/1066480707305469>
- Espino, M. (22 de enero de 2021). En 2020, violencia familiar alcanza nivel récord, un aumento de 4.7% respecto a 2019: SESNSP. *El Universal*.
- Faris, A. y van Ooijen, E. (2012). Integrative counselling & psychotherapy: A relational approach.
- Finlay, L. (2015). *Relational Integrative Psychotherapy: Engaging Process and Theory in Practice* (1. Aufl.). Wiley-Blackwell.
- INEGI. (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer*.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020_Nal.pdf)
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2. ed.). *Basic principles into practice series*. Brunner-Routledge.
- Jones-Smith, E. (2014). *Theories of Counseling and Psychotherapy: An Integrative Approach*. SAGE.

- Mahrer, A. R. (1989). *The integration of psychotherapies: A guide for practicing therapists*. Human Sciences Press.
- Markman, H. (2001). *Fighting for Your Marriage*. Jossey-Bass.
- National Coalition Against Domestic Violence. (2022). *Domestic violence: Fact Sheet*.  
[https://assets.speakcdn.com/assets/2497/domestic\\_violence-2020080709350855.pdf?1596828650457](https://assets.speakcdn.com/assets/2497/domestic_violence-2020080709350855.pdf?1596828650457)
- O'Brien, M. y Houston, G. (2007). *Integrative Therapy: A Practitioner's Guide*. SAGE.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Global Study on Homicide: Gender-related killing of women and girls*. [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet\\_5.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es>
- Romero Palencia, A., Galicia Neri, V. V. y Del Castillo Arreola, A. (2017). La satisfacción con la relación de pareja en la actualidad. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 5(10).  
<https://doi.org/10.29057/icsa.v5i10.2535>
- Ryde, J. y Hawkins, P. (2019). *Integrative Psychotherapy in Theory and Practice: A Relational, Systemic and Ecological Approach*. Jessica Kingsley Publishers.  
<http://site.ebrary.com/lib/academiccompletetitles/home.action>
- Scott, T. (2004). *Integrative Psychotherapy in Healthcare: A Humanistic Approach*. Palgrave Macmillan.
- Spalek, B. y Spalek, M. (2019). *Integrative counselling and psychotherapy: A textbook* (1 Edition). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203732915>
- Taibbi, R. (2017). *Doing Couple Therapy, Second Edition: Craft and Creativity in Work with Intimate Partners*. Guilford Publications.

Wachtel, E. F. (2016). *The Heart of Couple Therapy: Knowing What to Do and How to Do It*.

Guilford Publications.

Wahl, B. (2001). Rethinking humanistic therapy. *Self and Society*, 29(4).

Williams y Lee. (2011). *Essential assessment skills for couple and family therapists*. Guilford family therapy series. Guilford Press.

<http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10444583>

## Apéndices

### Apéndice A: Preguntas para elaborar la teoría implícita

*Para comenzar, contestaré las preguntas de Jones-Smith (2014) para esclarecer mi teoría implícita como terapeuta en formación y entender desde dónde realizaré la integración del paciente, de la teoría y de mí mismo como terapeuta.*

### CONOCIMIENTO DE LAS TEORÍAS DE LA PSICOTERAPIA

**1. ¿Cuáles son los cuatro conceptos básicos de la teoría que está adoptando como su núcleo o teoría base?**

El funcionamiento psicológico es un sistema compuesto por la interacción de componentes emotivos, cognitivos, biológicos, culturales, sociales, políticos y familiares del individuo

**2. ¿Qué constituye un problema en su teoría básica de asesoramiento?**

La falta de claridad para resolver, superar o integrar una contradicción; de tal manera que le individuo se siente abrumado, indefenso o confundido respecto a su actuar y sentir

**3. ¿Cuáles son los objetivos del asesoramiento para el enfoque teórico que ha elegido?**

Las mejoras del bienestar percibido por el cliente

**4. ¿Quién establece los objetivos en el asesoramiento?**

Principalmente los clientes, aunque con el apoyo y consejo profesional del terapeuta

**5. ¿Cuál es la naturaleza de la relación entre usted y el cliente?**

Se trata de una relación de colaboración horizontal en la que ambos tenemos una visión importante y única sobre los objetivos de la terapia.

**6. ¿Qué competencias debe tener para desempeñar su función de terapeuta/consejero?**

Competencias teóricas y metodológicas (con fundamentos sólidos y adaptables), competencias sociales (comunicativas, emotivas, empáticas)

**7. ¿Cuáles son las responsabilidades de los clientes durante el asesoramiento? ¿Qué se espera de los clientes?**

Respetar los acuerdos organizativos de la terapia, colaborar para la creación de un espacio seguro y respetuoso para todos los presentes; esforzarse por aprovechar el espacio terapéutico generado para su propia salud mental

**8. ¿Qué puede esperar el cliente del terapeuta?**

Respeto a su persona y a los acuerdos organizativos; profesionalidad, honestidad respecto a sus competencias y las expectativas del tratamiento; buena voluntad y una perspectiva empática y no juiciosa

**9. ¿Cuál es su posición respecto a la autodivulgación del terapeuta?**

Considero que es una herramienta terapéutica más. Por lo general, considero que la relación terapéutica debe ser humana, horizontal y transparente. Sin embargo, considero que el foco debe permanecer en el paciente y sus necesidades. Si la revelación de aspectos personales del terapeuta sirve como vehículo para la alianza terapéutica, me parece sumamente efectivo; aunque debe ser un recurso que se monitoree constantemente

**10. ¿Cuáles son algunos de los principales valores que tiene un terapeuta con su enfoque teórico?**

Una visión empática y compasiva hacia sí mismo y hacia los clientes; la voluntad y capacidad de estar con los clientes en el momento de la terapia e insertarse en su sistema para comprender y estimular la generación de nuevos significados; una actitud de resolución de problemas; disposición para detectar y nutrir las fortalezas de los clientes

**11. Utilizando las teorías que ha seleccionado para integrar en tu enfoque terapéutico, ¿cómo quiere ser como clínico?**

Quiero ser un clínico con la capacidad de generar espacios en los cuales mis clientes puedan integrar aspectos contradictorios de la vida. Por lo demás, quiero ser accesible y humano, i.e., trabajar desde la colaboración y la horizontalidad, transformando las dinámicas de violencia y poder dentro y fuera del consultorio, en dinámicas de colaboración y compasión

**12. ¿Cómo se siente de cómodo al expresar sus emociones durante el asesoramiento?**

Me siento sumamente cómodo, siempre y cuando considere que sea pertinente hacerlo; por ejemplo, en el caso en el que sea importante para los clientes percibirme o recibir mi opinión como un ser humano sensible (ya sea para generar alianza terapéutica o fortalecer el apoyo social o la empatía)

**13. ¿Qué hay en su personalidad y en su historia personal que le lleva a creer que una teoría o grupo de teorías en particular se ajustan bien a usted?**

Elijo un enfoque integrativo porque mi experiencia me ha enseñado a que la división y la pureza suelen generar daño. Esto se lo debo a la educación conservativa religiosa que tuve en la CDMX, en donde viví y presencié diferentes tipos de discriminación y abuso basados en el género, orientación sexual, la procedencia, la apariencia física, etc. Por lo demás, mi experiencia como migrante me ha sensibilizado ante las dinámicas de “nosotros-ustedes” que,

al intentar buscar la seguridad e identidad, logran el separatismo y el tribalismo. Por lo demás, tengo una perspectiva sistémica porque mis experiencias internacionales y con diferentes grupos de personas me han permitido detectar la diferencia de recursos e influencias de la sociedad, la economía, la cultura y la familia en el comportamiento y personalidad de los individuos.

**14. ¿Cómo han afectado su terreno personal, sus atributos personales y sus experiencias vitales a su elección de una teoría personal de asesoramiento?**

En la decisión misma de enfocarme en la terapia de pareja. A partir de una experiencia en la que me reconocí estar en dinámicas de negatividad y violencia en una relación de pareja experimenté la frustración que se vive en estos ciclos. Esto me hizo buscar respuestas e interesarme en la manera en la que generamos vínculos sexoafectivos y cómo esto nos orienta hacia vidas gozosas o hacia dinámicas de violencia y abuso de poder

**15. ¿Qué técnicas utilizará de la teoría o grupo de teorías que ha elegido?**

La reestructuración cognitiva, el *focusing*, la validación y apoyo a la autonomía, el entrenamiento en comunicación asertiva y no violenta, la identificación de dinámicas negativas en la pareja, el enfoque y apoyo a las fortalezas y los recursos, la activación conductual, las estrategias de resolución de problemas, la integración dialéctica de polaridades, la psicología positiva, la promoción de la salud, el enfoque en el bienestar y en la calidad de vida.

**16. ¿Cómo tiene su teoría en cuenta los diversos grupos culturales?**

A partir de la experiencia de los clientes respecto a la influencia de los aspectos culturales en su relación con ellos mismos, con sus seres queridos y con la sociedad. Independientemente de esto, observo posibles dinámicas subyacentes que apunten hacia creencias disfuncionales o desbalances de poder que limiten el desarrollo y el bienestar del individuo

**17. ¿Cómo tiene en cuenta su teoría los factores políticos, sociales y económicos ajenos al cliente, los factores externos?**

De manera sistémica. Busca observar la influencia de ellos en el funcionamiento de los clientes; así como la relación que los clientes tienen con estos factores en términos de integración o modificación de estos mismos

**VISIÓN DEL MUNDO O FORMA DE ENTENDER A LOS CLIENTES Y AL MUNDO**

**18. ¿Cuál es su visión de la naturaleza humana? ¿Qué teoría de asesoramiento se adapta mejor a su visión de la naturaleza humana?**

Somos seres contradictorios que estamos constantemente en búsqueda de consonancia interna y externa. Generamos significados a partir de la interacción con los demás y de las perspectivas que se nos ofrecen como alternativas. El asesoramiento que se adapta mejor a mi manera de ver la realidad es integrativo con un enfoque sistémico/humanista. Me siento, además, sumamente vinculado con el budismo respecto a su entendimiento de la compasión y liberación del sufrimiento

**19. En el ámbito del libre albedrío/determinismo, ¿hasta qué punto las personas dirigen sus propias acciones, o estamos gobernados por otras fuerzas fuera de nuestra conciencia o control?**

Se trata de un balance que depende de las características individuales de la persona y de la fuerza del contexto. No existe ninguna persona que sea absolutamente libre, ni ninguna persona que está absolutamente determinada. En cualquier caso, siempre es una mezcla de ambos

**20. Naturaleza/crianza: ¿Hasta qué punto las personas están influenciadas por la herencia (naturaleza) y/o por su entorno (crianza)?**

Tengo la misma postura que en cuanto al libre albedrío/determinismo. Hay circunstancias genéticas como la discapacidad cognitiva o las enfermedades congénitas que tienen una fuerte influencia en la persona; de la misma forma que un contexto amoroso y seguro o un contexto bélico influyen fuertemente el funcionamiento y la personalidad de un individuo. En este sentido, considero que depende de los eventos o situaciones en particular y de qué recursos tiene el individuo para poder asimilarlos

**21. Orientación pasada/presente: ¿Hasta qué punto las personas están controladas por los primeros acontecimientos de su vida y/o se ven afectadas por las experiencias posteriores? ¿Qué importancia tienen el pasado, el presente y el futuro a la hora de regir los comportamientos humanos? ¿Somos prisioneros de nuestro pasado o podemos trabajar para liberarnos de él?**

Las experiencias pasadas tienen una influencia fuerte en la construcción de la personalidad, las creencias y los patrones de conducta; sin embargo, el único tiempo en el que esto se puede resolver es en el presente. Estoy en contra de la visión determinista del pasado que orienta a las personas a revictimizarse o sentirse predeterminadas. Abogo por la visión que busca la validación y honra del pasado, pero con un fuerte énfasis en la autonomía y en la capacidad de la persona de hacer sentido de su vida y empoderarse de ella. El futuro me parece una proyección poderosa, siempre y cuando se entienda como una proyección o una ilusión y no como una sentencia o profecía

**22. ¿Cuáles son algunas de las suposiciones básicas que tiene sobre las personas y qué enfoque teórico de la terapia aborda mejor sus puntos de vista sobre este tema?**

Me esfuerzo conscientemente en ver lo amoroso y lo positivo de las personas. Creo que cada persona genuinamente busca el bienestar; aunque el bienestar, en muchos casos, derive en comportamientos destructivos o en luchas de poder. Tengo una visión funcionalista respecto a la conducta: procuro no juzgar a las personas por sus acciones y pretendo entender qué

función está cumpliendo un patrón en específico y si hay mejores alternativas para lograr este objetivo

## **COGNICIÓN, AFECTO Y COMPORTAMIENTO**

**23. ¿Cómo influyen los pensamientos (cogniciones) y los afectos (sentimientos) de las personas en su comportamiento? ¿Qué teorías de asesoramiento reflejan mejor sus puntos de vista sobre el papel de las cogniciones y los afectos en la conducta de los clientes?**

Influyen grandemente. En muchas ocasiones, las creencias, narrativas y los patrones de pensamiento tienen una influencia prioritaria y directa sobre las emociones, que, a su vez, se reflejan en el comportamiento. Sin embargo, me parece que únicamente analizar al individuo y a sus cogniciones como responsables de su proceder puede reforzar dinámicas de autculpabilización o *burnout*, en la medida en la que no se analizan los factores sistémicos intervinientes y cómo el individuo puede influenciarlos para cambiar su situación

**24. ¿Cómo se interrelacionan estas tres dimensiones?**

De manera horizontal, en el mismo nivel; es decir, no hay direccionalidad sino ciclos de retroalimentación. Tanto las emociones, como los pensamientos como las acciones puede ser causantes y consecuencias de las otras dimensiones

**25. ¿Qué motiva a las personas?**

La motivación es un constructo compuesto por sentido de vida, apoyo social, salud biopsicosocial, autoeficacia percibida, control social, etc.

**26. ¿Qué estrategias cognitivas utiliza para fomentar pensamientos funcionales o positivos con sus clientes?**

La reestructuración cognitiva, la comprobación con la evidencia (búsqueda de pensamientos balanceados), los autorregistros, la autoobservación, y estrategias de meditación/*mindfulness*

**27. ¿Qué tipo de intervenciones experienciales le resulta cómodo utilizar con los clientes para explorar sus sentimientos?**

El *focusing*, la logoterapia; el análisis del bienestar a nivel emocional, personal, social y espiritual, el manejo de las emociones a partir de *mindfulness*

**28. ¿De dónde provienen los pensamientos, sentimientos o comportamientos desadaptativos de los clientes?**

De aprendizajes culturales, sociales y propios basados en experiencias previas, en la familia y en el contexto

**29. ¿Cuáles son algunas de las suposiciones/creencias básicas sobre el cambio que subyacen a su enfoque?**

Principalmente tengo una orientación basada en los recursos. Considero que la posibilidad de una persona para cambiar radica en los recursos (internos y externos) a su alrededor, así como de su motivación y disposición para encontrar un sentido en el cambio y/o en comprender las consecuencias de permanecer en el estado actual

**PUNTOS DE VISTA DE LOS PERIODOS DE DESARROLLO, COMPORTAMIENTO**

**ADAPTATIVO Y DESADAPTATIVO**

**30. ¿Existen períodos críticos en el desarrollo de la vida de una persona? Si es así, ¿cuáles son?**

Considero que los periodos críticos están definidos por la vivencia subjetiva de la persona; por lo que no creo que haya periodos críticos *per se* o *a priori* a la vivencia del sujeto. Cualquier momento puede ser sumamente crítico dependiendo de lo ocurrido

### 31. ¿Cómo desarrollan los individuos los trastornos mentales o emocionales?

Cuando los problemas, retos o afectación emocional son muy altos y cuando las herramientas para poder enfrentarlos son inadecuadas o insuficientes. Esto provoca la sobrecarga del individuo o la generación de mecanismos de defensa/supervivencia que buscan aliviar el malestar, pero con frecuencia son disfuncionales a largo plazo o en contextos diferentes. Por otro lado, existen también factores ambientales, biológicos y genéticos que aumentan la predisposición hacia los trastornos mentales o hacia la inestabilidad emocional y mental

### 32. ¿Qué causa los trastornos mentales o emocionales y el desarrollo saludable?

Ambos son causados por el balance/desbalances de las diferentes áreas del ser humano; mientras que la salud biopsicosocial se caracteriza por la homeostasis, los trastornos se caracterizan por el desbalance (exceso o ausencia) de elementos fundamentales en una persona. Por lo demás, el desarrollo saludable está íntimamente ligado con la personalidad en la medida en la que es el producto del potencial único derivado de la identidad del individuo

### 33. Utilizando su enfoque teórico actual, ¿qué constituye un problema para los clientes?

Situaciones que generan malestar crónico o intenso, manifestado en dolor, crisis, confusión, inundación emocional, violencia, miedo existencial o carencia respecto a ellos mismos o a la gente a su alrededor

#### Apéndice B: Carta descriptiva

N. Sesión	Fecha	Descripción de la sesión	Materiales
Sesión 1	26.03	Sesión introductoria. Se presenta la dinámica de la intervención, se realiza una primera exploración en pareja y se da una primera retroalimentación. Cada miembro	Formato de EAD (Apéndice E), Formato de entrevista inicial

---

		de la pareja recibe la EAD para rellenar y entregar para la siguiente sesión; así como un par de reflexiones como tarea. Se emplean técnicas de validación y reforzamiento positivo para comenzar con el trabajo de rapport y alianza terapéutica	semiestructurada (Apéndice C)
<b>Sesiones 2 y 3</b>	02.04	Sesión individual con cada miembro de la pareja. Se realiza una entrevista personalizada. Cada miembro de la pareja entrega su EAD. Durante la primera sesión con M, M revela estar preocupada por las dinámicas de violencia verbal y contra objetos de D. Por lo tanto, puse en práctica la escucha activa, parafraseo y validación de las emociones de impotencia, vergüenza y miedo. Posteriormente, utilicé un discurso de empoderamiento para apoyar la noción de independencia, libertad y emancipación para posibilitar la ruptura si la violencia no cesa. Por último, apliqué el modelo triangular de Taibbi para estimular la responsabilidad sobre las propias contribuciones de M a los círculos de violencia y evitar la revictimización.	Formato de entrevista personalizada (Apéndice D)

---

---

En la sesión individual con D exploré las preocupaciones principales para generar comprensión y establecer un plan de acción contra la violencia desde la comprensión y no desde el juicio. D reveló, por su propia cuenta, que con frecuencia tiene ataques de ira. Reveló también que esto es común en su familia y que le gustaría cambiarlo. Por lo tanto, generé alianza terapéutica en la medida en la que le propuse una alianza con M para modificar las dinámicas que los dañan. Al igual que con M, el modelo triangular de Taibbi funcionó para dirigir la responsabilidad de la violencia hacia él y no hacia las reacciones de su esposa.

---

**Sesión 4**    09.04    Comencé haciendo una muestra de conversación de pareja haciéndoles intentar resolver un conflicto mediano en un lapso de 10 minutos frente a la cámara. Aproveché la dinámica para introducir el concepto de la comunicación asertiva y empezar con una dinámica de psicoeducación al respecto. Al finalizar compartí los resultados de la evaluación

---

---

		inicial y les propuse los tres objetivos de terapia ante los que estuvieron de acuerdo.	
<b>Sesión 5</b>	16.04	Trabajé principalmente con la dinámica de insatisfacción de huida-persecución en la que D no avisa que llegará tarde por estar en el trabajo en la Iglesia y M se angustia y aplaza sus planes para esperarlo. Con D apliqué estrategias de reestructuración cognitiva para que su necesidad de ser un buen ejemplo en la comunidad involucre darse tiempo para él y para su esposa. Con M trabajé el empoderamiento en la autonomía para que sus planes no dependan exclusivamente de D. Al finalizar la sesión les proporcioné un formato de autorregistro personal a cada uno. M debería registrar actividades de gozo diarias que no involucren a D y D debería de registrar si realizó una meditación de Mindfulness diaria en la mañana. Por lo demás, ambos deberían llenar un formato en conjunto para procurar actividades de gozo y diversión en pareja, por lo menos 10 minutos diarios.	Formatos de autorregistro individuales y grupales

---

---

**Sesión 6** 23.04 Trabajamos principalmente con los problemas relacionados a la maternidad con una perspectiva de género. Con D trabajé, a través de técnicas de debate, generar consciencia respecto a la dinámica de buscar oposición con su esposa (ella no quiere hijos, yo sí), en vez de escucharla. Con M generé un espacio de escucha activa para que pueda expresar sus necesidades y se las comunique a su esposo. Por lo demás, estimulé a que D tuviera una escucha activa de su esposa y a que se enfocara en aspectos que la hacen sentirse más tranquila, en vez de generarle presión para que se decida pronto a ser madre.

---

**Sesión 7** 01.05 Realicé una evaluación cualitativa intermedia respecto a los tres objetivos de la terapia para identificar si la intervención estaba generando resultados. Tanto D con M reportaron tener mayor regulación emocional y disposición para comprender, así como haber experimentado algunos momentos de gozo en pareja a través de los autorregistros. D reportó ser más

---

---

consciente sobre la presión que genera en su esposa respecto a la maternidad. Durante la sesión hablamos respecto a los roles de género asociados a las tareas del hogar y utilizando estrategias de resolución de conflictos y comunicación asertiva, invité a D a que estableciera una negociación con M respecto a la distribución de las tareas. Ambos acordaron en un calendario para la preparación de la comida, como un buen inicio y en evitar frases como “mi esposo me ayuda en la casa” que refuerzan el estereotipo de que la mujer es responsable y el hombre le ayuda.

---

**Sesión 8**    07.05    D mostro aún tener creencias absolutistas respecto a lo que una familia debe hacer, lo que se manifestó en presión para M para que se levante temprano para desayunar con él, a pesar de que ella quiera seguir durmiendo. Realicé con D ejercicios de comunicación asertiva con su esposa y reestructuración cognitiva para generar una idea de armonía que no involucre

---

---

normatividad sino aceptación e integración de la diversidad y de la autonomía.

---

<b>Sesión 9</b>	15.05	Trabajamos con un problema referente a cómo D expresó sus opiniones y juicios morales de manera impositiva a la hermana de M y cómo ella tuvo problemas para reaccionar con compasión en el momento y atacó a D. A través de la comunicación asertiva y tentativa en terapia, D y M llegaron al fondo de las necesidades de ambos y pasamos a la fase de resolución de problemas. Con D trabajé a partir de la validación y el análisis funcional que su manera impositiva de dar sus opiniones es un patrón familiar que aprendió de su padre y que representa una forma de amar que, sin embargo, se vuelve disfuncional. A través del paralelismo con su padre, y de la insatisfacción que le genera esta misma dinámica con él, D se sensibilizó respecto a lo disfuncional e impositivo que implica dar su opinión de manera absolutista y tajante y se abrió a la posibilidad de incorporar la comunicación asertiva para ofrecer su opinión de manera	Formato de EAD  (Apéndice E)
-----------------	-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

---

---

respetuosa, aunque sólo si es requerida.

En el caso de M, trabajamos con la capacidad de validar la opinión de su esposo y al mismo tiempo, ser capaz de estar en desacuerdo, sin tener que atacarlo. Como preparación para la sesión final, le propuse a la pareja la dinámica con la caja de mensajes para asegurar la adherencia al tratamiento y les solicité que hicieran un resumen de lo visto en terapia para solidificar lo aprendido. Por lo demás, les solicité a los participantes que respondieran nuevamente la EAD para que estuviera lista para la sesión final.

---

<b>Sesión 10</b>	22.05	En la última sesión, nos concentramos en la evaluación de los objetivos de terapia. Ambos participantes reportaron mejoras en todos los aspectos y entregaron los formatos digitales de la EAD. Ambos comentaron no haber tenido tiempo para hacer el resumen, debido a que se fueron de viaje de placer, lo que resultó como un evento más favorable que el resumen en sí. Por lo tanto, ocupamos el tiempo de la sesión para repasar lo aprendido en	Formato de entrevista final semiestructurada (Apéndice F)
------------------	-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

---

---

terapia y generar una lista con ideas para quedarse de todo el trabajo terapéutico.

---

## **Apéndice C: Entrevista inicial semiestructurada**

### **Introducción y generación de *rapport***

- Explicación sobre el procedimiento de la primera sesión: introducción mutua, aclaración sobre la dinámica terapéutica y el procedimiento para la evaluación y el tratamiento, entrevista y conclusiones iniciales.
- Abrir espacio para dudas
- Introducción personal
- Introducción breve de la pareja

### **Comienzo de la entrevista inicial semiestructurada**

1. ¿Desde cuándo se conocen? ¿Cómo se conocieron?
2. ¿Qué les atrajo acerca del otro? ¿Cómo supieron que querían estar juntos?
3. ¿Viven juntos? ¿Viven con hijos u otros familiares?
4. ¿Qué los animó a buscar terapia en pareja?
5. ¿Desde cuándo presentan estos problemas?
6. ¿Ha habido mejoras o empeoramientos desde que surgió el problema?
7. ¿Quién tuvo la iniciativa para buscar terapia?
8. ¿Han tomado ya terapia de manera individual o en conjunto? ¿Por cuánto tiempo?  
¿Cuáles fueron sus experiencias?
9. ¿Qué expectativas tienen de la terapia? ¿Qué les gustaría lograr?
10. ¿Qué valoran o aman acerca de del otro?
11. ¿Qué logros o fortalezas tienen como pareja?
12. ¿Cuáles han sido los momentos más gozosos que han tenido juntos?

13. ¿Quisieran hablar de algún tema que no se ha hablado hasta el momento?

#### **Apéndice D: Entrevista personal semiestructurada**

*Basada en el trabajo de Brooks-Harris (2008) y en el Inventario de Exploración Clínica de Caballo y Salazar (2005)*

---

A continuación, compárteme si presentas algunos de los siguientes indicadores.

##### ***Pensamientos***

¿Hay pensamientos o ideas específicas que te preocupan?

¿Qué papel crees que juegan tus pensamientos en relación con tus preocupaciones actuales?

¿Cree que tus problemas pueden estar relacionados con tu forma de ver la situación?

¿Tienes pensamientos demasiado recurrentes o intensos respecto a algo? ¿Cuáles son?

¿Te cuesta trabajo mantener tu mente tranquila? ¿Por qué sí o por qué no?

##### ***Acciones***

¿Hay conductas específicas que te gustaría aumentar o disminuir?

¿Qué has estado haciendo para afrontar los problemas en tu vida?

¿Qué tipo de barreras te han dificultado el cumplimiento de tus objetivos?

##### ***Emociones***

¿Cómo te han impactado emocionalmente tus preocupaciones actuales?

¿Te parecen tus sentimientos una reacción adecuada a los problemas que vives?

¿Te permites sentir tus emociones o tiendes a cortarlas?

##### ***Patrones interpersonales***

¿Es esta situación similar a otras cosas que has vivido en el pasado?

¿Cómo crees que esta preocupación está impactada por tus antecedentes familiares?

¿Crees que tus reacciones a esta relación están impactadas por experiencias pasadas?

### **Cultura**

¿Cómo crees que tus preocupaciones están impactadas por tu origen cultural?

¿Crees que la forma de verte a ti mismo culturalmente puede estar influyendo en cómo estás viviendo esta situación?

¿Crees que la gente que te rodea puede estar tratándote de forma diferente debido a tu cultura, género o clase socioeconómica?

### **Salud**

Subraya cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a ti actualmente:

dolores de cabeza, mareos, desmayos, palpitaciones, dolores de estómago, falta de apetito, comer en exceso, problemas en la evacuación, fatiga, pereza, vómitos, insomnio, pesadillas, ingestión de sedantes, consumo excesivo de alcohol, consumo excesivo de cigarrillos, consumo de drogas, incapaz de pasar un rato agradable, incapaz de mantener la atención, tensión, pánico, temblores, depresión, ideas de suicidio, intentos de suicidio, consumo de drogas, llanto fácil, dificultad para relajarse, agitado, problemas sexuales, incapaz de sentir placer, preocupaciones constantes, problemas para concentrarse, temores absurdos, le disgustan las vacaciones y los fines de semana, ambición en exceso, ataques de ira, incapaz de mantener un trabajo, clima hogareño negativo, problemas económicos

¿Qué otros síntomas o dificultades tienes?

### **Personalidad**

Subraya cualquiera de las siguientes características que se apliquen a ti.:

a la defensiva, celoso, desconfiado, irritable, sospecha de los demás, no perdona, no tiene amigos, solitario, poco interés en las relaciones sociales, en las sexuales, poco expresivo, se viste diferente, ansioso, «frío», aislado, tiene alucinaciones, oye voces, pegado a la familia, agresivo, impulsivo, mentiroso, busca nuevas sensaciones, sin miedo, se aburre fácilmente-te, no le da miedo nada, intranquilo, seguro de sí mismo, más inteligente que los demás, es especial, no se impresiona con casi nada, líder, busca ser el centro de atención, sociable, extravertido, atractivo, tiene muchos amigos, expresivo, estado de ánimo inestable, sensaciones de vacío, pierde el control cuando se enfada, ataques de ira, ideas de suicidio, relaciones conflictivas, temor al abandono, tristeza, llanto, poco hablador, introvertido, tímido, temor a situaciones nuevas, temor al rechazo, a la crítica, baja autoestima, incapaz de entablar amistades, sentimientos de soledad, sentimientos de inferioridad, gran capacidad de fantasía, muy indeciso, necesidad de alguien en quien confiar, difícil iniciar proyectos, temor a estar solo, perfeccionista, rígido, dedicación al trabajo, ordenado, puntual, difícil de convencer, tenso, sin valía, inútil, un «don nadie», «la vida está vacía», incompetente, ingenuo, «no sé hacer nada bien», feo, sin atractivo, sin amor, incomprendido, intranquilo, confuso, inseguro, con valía, simpático, inteligente, atractivo, seguro, considerado.

¿Qué otras características te identifican?

### **Sexualidad**

¿Cuál era la actitud de tus padres hacia el sexo? (p.ej., ¿hubo instrucción sexual o discusiones sobre el tema en tu hogar?):

¿Cuándo y cómo obtuviste tus primeros conocimientos sobre el sexo?

¿Experimentaste sentimientos de angustia o culpa a causa del sexo o la masturbación? ¿Por qué?

¿Te sientes satisfecho con tu vida sexual actual? Tanto si la respuesta es positiva como si es negativa, explícala un poco más

¿Estás de alguna manera inhibido/a sexualmente?

### ***Espiritualidad***

Describe en líneas generales tu educación religiosa:

¿Te ha ayudado o interferido tu educación religiosa en algún aspecto de tu vida?

¿Qué importancia tiene en estos momentos la religión o el aspecto espiritual en tu vida?

### ***Contexto***

¿En dónde vives? ¿Cómo te sientes en donde vives?

¿Han ocurrido eventos importantes en tu comunidad o país en la actualidad?

¿Te sientes seguro donde vives? ¿Por qué?

¿Cómo describirías tu relación con tu comunidad o ciudad?

### ***Recursos***

¿Cuáles son tus mayores riquezas como persona? ¿Qué tienes en abundancia?

¿De qué careces?

¿Cómo describirías a tu grupo de amistades? ¿Cómo es tu relación con ellos?

¿Cómo describirías a tu familia? ¿Cómo es tu relación con ella?

¿Cómo describirías tu carrera y espacio laboral? ¿Cómo es tu relación con él?

¿Cómo describirías tu situación económica y de vivienda?

¿Qué pasatiempos, talentos y pasiones tienes?

### ***Gozo***

¿Cómo sería un día perfecto para ti?

¿Qué es lo que más disfrutas en la vida?

¿Qué significa relajarse para ti? ¿Cómo te relajas?

¿Cuándo te sientes pleno y por qué?

¿Cómo es tu relación con el placer?

### **Fortalezas**

¿Cuáles consideras que son tus fortalezas más importantes? ¿Por qué?

¿Cuándo las utilizas?

¿Qué aspectos positivos mencionan los demás de ti?

¿Por qué crees que las personas querrían formar parte de tu vida?

¿Qué es lo que más te gusta de ti?

### **Interacción**

¿Cómo suele ser tu interacción con los demás?

¿Cómo comunicas tus deseos y tus críticas?

¿Cómo te gusta que la gente se comunique e interactúe contigo?

¿Qué dicen los demás respecto a tu trato con la gente?

¿Qué te cuesta más trabajo sobre la interacción con los demás?

¿Cómo es tu interacción en pareja?

### **Conclusión**

¿Quisieras hablar de algún tema que no se ha hablado hasta el momento?

## Apéndice E: Escala de ajuste diádico (EAD)

### COLEGIO DE PSICOLOGOS DEL PERU CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL III - Arequipa

Curso-Taller: "INTRODUCCION A LA TERAPIA FAMILIAR y de PAREJA". Enfoque Sistémico.

Profesor: Ps. Emír G. Valencia Romero.

#### ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO

La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdos en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

	Siempre de Acuerdo	Casi siempre de Acuerdo	A veces en Desacuerdo	A menudo en Desacuerdo	Casi siempre en Desacuerdo	Siempre en Desacuerdo
1. Manejo de la economía doméstica	5	4	3	2	1	0
2. Tiempo de ocio	5	4	3	2	1	0
3. Religión	5	4	3	2	1	0
4. Demostraciones de cariño	5	4	3	2	1	0
5. Amistades	5	4	3	2	1	0
6. Relaciones sexuales	5	4	3	2	1	0
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas)	5	4	3	2	1	0
8. Filosofía de la vida	5	4	3	2	1	0
9. Relaciones con los familiares próximos	5	4	3	2	1	0
10. Cosas y objetivos considerados importantes	5	4	3	2	1	0
11. Cantidad de tiempo pasado juntos	5	4	3	2	1	0
12. Toma de decisiones importantes	5	4	3	2	1	0
13. Tareas domésticas	5	4	3	2	1	0
14. Intereses y actividades de ocio	5	4	3	2	1	0
15. Decisiones en relación con el futuro de uno	5	4	3	2	1	0

	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca	Nunca
16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación?	0	1	2	3	4	5
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña?	0	1	2	3	4	5
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente?	5	4	3	2	1	0
19. ¿Confía usted en su pareja?	5	4	3	2	1	0
20. Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)	0	1	2	3	4	5

21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?	0	1	2	3	4	5
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión?	0	1	2	3	4	5

	Todos los días	Casi todos los días	A veces	Casi nunca	Nunca
23. ¿Besa usted a su pareja?	4	3	2	1	0

	En casi todas	En la mayoría	En algunas	En casi ninguna	En ninguna
24. ¿Participan usted y su pareja juntos en actividades externas a la familia?	4	3	2	1	0

¿Con qué frecuencia diría usted que lo siguiente ocurre entre usted y su pareja?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una o dos veces al mes	Una o dos veces a la semana	Una vez al día	Más a menudo incluso
25. Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas	0	1	2	3	4	5
26. Se ríen juntos	0	1	2	3	4	5
27. Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa	0	1	2	3	4	5
28. Colaboran juntos en un proyecto	0	1	2	3	4	5

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión en la relación de pareja en las últimas semanas. (Señale *si* o *no*)

	Si	No
29. Demasiado cansancio para practicar el sexo	0	1
30. Ausencia de muestras de cariño	0	1

31. Los puntos que aparecen debajo de estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. El punto central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, el punto que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.

0	1	2	3	4	5	6
Muy desgraciada	Bastante desgraciada	Algo desgraciada	Feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Radiante

32. ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?

5	Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa por conseguirlo
4	Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo
3	Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo
2	Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago ahora para conseguirlo
1	Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de que ya hago ahora para contribuir a que la pareja vaya bien
0	Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito

Fuente: BORNSTEIN, PH. y BORNSTEIN, M. (1992). *Terapia de Pareja. Un Enfoque Conductual-Sistémico*. Ed. Pirámide, S.A. Madrid.

#### Apéndice F: Entrevista final semiestructurada

1. ¿Cómo se sienten de finalizar la terapia?
2. ¿Qué cambios ha habido en comparación con su estado inicial?
3. ¿De qué forma se cumplieron o no los objetivos de la terapia?
4. ¿De qué forma se cumplieron o no sus expectativas de la terapia?
5. ¿Qué fue lo que consideran más relevante sobre lo abordado en la terapia?
6. ¿Qué es lo que más les cuesta trabajo y por qué?
7. ¿Qué pueden hacer para que esto mejore?
8. ¿Qué fortalezas y elementos positivos descubrieron sobre sí mismos y sobre su pareja?
9. ¿Qué pueden hacer para mantener el enfoque en estos elementos?
10. ¿Qué pueden contribuir individualmente para facilitar que su pareja disfrute de la relación?
11. ¿Cómo planean mantener los cambios de la terapia fuera del consultorio?
12. ¿Qué manera personal de comunicar considera que es mejor para la relación y por qué?

13. ¿Cómo creen que sea mejor lidiar con las críticas hacia nuestra pareja y las que recibimos de ella?
14. ¿Cómo pueden lidiar de mejor forma con aquello que les molesta o genera insatisfacción sobre la relación?
15. ¿De qué manera pueden apoyar a su pareja para lidiar con lo que le genera insatisfacción en la pareja?
16. ¿Hay aún problemas importantes sin hablar o sin resolver?
17. ¿Hay aún comentarios positivos sobre ustedes o sobre su pareja que no se han mencionado?
18. ¿Quisieran hablar de algún tema que no se ha hablado hasta el momento?