



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD
DE VIDA: TALLER PARA PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y
DEGENERATIVAS, UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

ADRIANA PRUNEDA HERNÁNDEZ

DIRECTORA:

DRA. DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. NORMA GEORGINA DELGADO CERVANTES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

México D.F.

Marzo 2015



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	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
Características y situación institucionales.....	9
Instalaciones.....	11
Organización del Centro	12
Espacio de trabajo.....	12
Descripción de la población destinataria a quien se brinda atención	13
3. MARCO TEÓRICO PARA EL TRABAJO EN PAREJAS Y LA ELABORACIÓN DEL TALLER	15
Teoría de grupos.....	15
Fenómenos grupales	17
Factores curativos grupales.....	19
Terapia cognitivo-conductual	20
Características de la terapia cognitivo conductual	21
Técnicas cognitivo-conductuales.....	22
Terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG)	27
La terapia cognitiva con parejas	28
Los talleres psicoeducativos	32
Estructura de un taller psicoeducativo	33
Formulación de casos.....	33
Mapas de psicopatogénesis	34
Mapas de alcance de metas.....	35
4. CASO: INTERVENCIÓN CON PAREJAS	37
Selección de las parejas	37
El diseño del taller.....	45
Metas del taller.	50
Cuestionarios de apoyo al taller	51

5. RESULTADOS	55
Descripción de las sesiones y temáticas trabajadas.....	55
Sesión 1: Introducción: la relación de pareja.....	56
Sesión 2: ¿En dónde estamos en nuestra relación de pareja?	58
Sesión 3: El ojo de la tormenta: pensamientos automáticos y enojo (1).....	60
Sesión 4: Pensamientos automáticos y enojo (2): Emociones y modificación de creencias	62
Sesión 5: La comunicación en la relación de pareja (1): El estilo de comunicación	63
Sesión 6: La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar	65
Sesión 7: Solución de problemas (1): El manejo del conflicto	66
Sesión 8: Solución de problemas (2): El arte de la conciliación	68
Sesión 9: Solución de problemas (3): Diferencias y conciliación, manejo de hostilidades.....	68
Sesión 10: Sexualidad y erotismo en pareja.....	69
Sesión 11: Sesión de seguimiento.....	70
Resultados de los cuestionarios aplicados en las sesiones del taller	71
Análisis de los cuestionarios.....	72
Ideas acerca de la relación de pareja.....	73
Problemas en la relación de pareja	75
Ideas acerca del cambio.....	79
Estilos de comunicación	82
Resultados comparativos de los cuestionarios	84
Ideas acerca de la relación de parejas	84
Problemas en la relación de pareja	86
Percepción de cambios en la relación de pareja expresada en dibujos.....	89
Resultados obtenidos desde la perspectiva de Teoría de Grupos.....	90
Dificultades en la presentación del taller.....	93

6. LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS: UN FACTOR ADICIONAL NO CONTEMPLADO.....	97
Las enfermedades crónico-degenerativas: un factor común en las parejas	97
Tipología de las parejas.....	98
Las enfermedades crónico-degenerativas: ¿el origen de los problemas de comunicación y deterioro en la calidad de vida de la pareja?.....	107
7. UNA NUEVA PROPUESTA: LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA COMO ELEMENTO IMPORTANTE EN LA RELACIÓN DE PAREJA	109
¿Porqué un taller modificado?	109
Fundamentación teórico-práctica del trabajo con parejas con enfermedades crónico-degenerativas	112
Las enfermedades crónico-degenerativas.....	113
El modelo sistémico y las enfermedades crónico-degenerativas	117
La terapia sexual sistémica	118
Enfermedad crónico-degenerativa, calidad de vida y sexualidad: un modelo integral y sistémico	119
La comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico degenerativas	125
Meta del taller	125
Objetivo general.....	126
Objetivos específicos.....	126
Programa de intervención propuesto	127
Cartas descriptivas y temática propuesta:	127
Instrumentos de medición sugeridos para su aplicación en el taller	131
8. CONCLUSIÓN.....	133
9. REFERENCIAS	137
10. BIBLIOGRAFÍA.....	143

11. TABLAS

Tabla 1. Programas ofrecidos por el CSPGD	11
Tabla 2: Instrumentos de recolección de datos.....	37
Tabla 3: Características de las parejas.....	38
Tabla 4: Motivos de consulta	39
Tabla 5: Indicadores prevalcientes del cuestionario Ideas acerca de la relación de pareja	74
Tabla 6: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario de Problemas en la relación de pareja	77
Tabla 7: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Ideas acerca del cambio.....	81
Tabla 8: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Estilos de comunicación	82
Tabla 9: Ideas acerca de la relación de pareja: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general y por género	85
Tabla 10: Problemas en la relación de parejas: Percepción de mejoras observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general.	87
Tabla 11: Problemas en la relación de parejas: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación por género.....	88
Tabla 12: Motivos de consulta por parejas incorporando enfermedades crónicas o degenerativas.....	100
Tabla 13: Redefinición flexible sobre la sexualidad	123

12. FIGURAS

Figura 1. Organización del CSPGD	12
Figura 2. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 1.	40
Figura 3. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 2.	40
Figura 4. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 3.	41
Figura 5. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 4.	41

Figura 6. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 5.	42
Figura 7. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 6	42
Figura 8. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 7.	43
Figura 9. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 8.	43
Figura 10. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9.	44
Figura 11. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10.	44
Figura 12. Mapa de psicopatogénesis grupal del taller de parejas.	47
Figura 13. Mapa de alcance de metas general del taller de parejas.	48
Figura 14. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 1	101
Figura 15. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 2	102
Figura 16. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 3	103
Figura 17. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 4	104
Figura 18. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9	105
Figura 19. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10	105
Figura 20. Calidad de vida: Asociación entre enfermedad crónica, bienestar psicológico y sexualidad	121
13. ANEXOS.....	153
Anexo 1: Cartas descriptivas del Taller de Parejas	153
Sesión 1: Introducción: La relación de pareja	153
Sesión 2: ¿En dónde estamos en nuestra relación de pareja?	154
Sesión 3: El ojo de la tormenta: pensamientos automáticos y enojo (1).	155
Sesión 4: Pensamientos automáticos y enojo (2): Emociones y modificación de creencias.	156
Sesión 5: La comunicación en la relación de pareja (1).	157
Sesión 6: La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar.	158
Sesión 7: Solución de problemas (1) El manejo del conflicto.	159
Sesión 8: Solución de problemas (2): El arte de la conciliación.	160
Sesión 9: Solución de problemas (3): Diferencias y conciliación, el manejo de hostilidades.	161

Sesión 10: Sexualidad y erotismo en pareja.....	162
Sesión 11: Seguimiento 6 semanas después de la conclusión del taller.....	163
Anexo 2: Presentaciones y cuestionarios aplicados en el Taller de Parejas	164
Sesión 1.....	164
Sesión 1.....	167
Sesión 2.....	171
Sesión 3.....	175
Sesión 4.....	179
Sesión 5.....	182
Sesión 6.....	186
Sesión 7.....	189
Sesión 8.....	193
Sesión 9.....	195
Sesión 10.....	200
Sesión 11.....	204
Anexo 3: Cuestionarios de Evaluación de la sesión del taller y Evaluación final del taller	205
Taller para Parejas con Enfermedades Crónico Degenerativas	205
Evaluación de la sesión: ¿Qué me llevo hoy?	205
Taller para Parejas con Enfermedades Crónico Degenerativas	206
Evaluación final del taller	206
Ejemplos de Evaluaciones finales del taller contestadas por los participantes.....	207
Anexo 4: Cálculos de los cuestionarios	210
Ideas acerca de la relación de pareja	210
Ideas acerca de la relación de pareja: comparativo.....	211
Convicciones acerca del cambio	212
Problemas en la relación de pareja	214
Problemas en la relación de pareja: comparativo	216

Problemas en el estilo de comunicación.....	219
Anexo 5: La relación de pareja en dibujos: antes y después	221
Anexo 6: Cartas descriptivas del Taller: La comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico degenerativas.....	227
Sesión 1: Evaluación de la relación de pareja (1): Derechos y elementos principales.....	227
Sesión 2: Evaluación de la relación de pareja (2): Estilos de amor.....	228
Sesión 3: Evaluación de la relación de pareja (3): La percepción de apoyo de la pareja.....	229
Sesión 4: Vivir con una enfermedad crónico degenerativa y su impacto en la relación de pareja y su calidad de vida.....	230
Sesión 5: Ganancias secundarias.....	231
Sesión 6: Calidad de vida, bienestar psicológico, ECD y sexualidad.....	232
Sesión 7: El manejo de emociones (1): el duelo y las emociones negativas: hostilidad y enojo.....	233
Sesión 8: El manejo de emociones (2): ansiedad, depresión y culpa.....	234
Sesión 9: Comunicación en la relación de pareja.....	235
Sesión 10: Comunicación asertiva (1).....	236
Sesión 11: Comunicación asertiva (2).....	237
Sesión 12: Solución de problemas y manejo de conflictos (1).....	238
Sesión 13: Solución de problemas y manejo de conflictos (2).....	239
Sesión 14: Calidad de vida, bienestar y sexualidad en la relación de la pareja con una ECD.....	240
Sesión 15: Sexualidad y erotismo en pareja.....	241
Sesión 16: Sesión de seguimiento 4 semanas después.....	242
Anexo 7: Registro de pensamientos y emociones y Formularios para la Solución de Problemas.....	243

Anexo 8: Instrumentos de medición sugeridos	251
Inventario de Estilos de Amor para Adultos (IEAA)	251
Inventario de Apoyo para la Pareja.....	254
Escala de Intimidad Sexual en la Pareja	258
Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)©.....	262
Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)	267

RESUMEN

La comunicación y la sexualidad son elementos fundamentales en cualquier relación de pareja; en muchos sentidos determinan la calidad de vida de ésta.

En las parejas que conviven con una enfermedad crónico-degenerativa, la respuesta y adaptación a la misma dependen en gran medida en la disposición de la pareja a abordar cuestiones fundamentales, estar abiertos a la comunicación y a hacer frente a las diversas maneras de vivir la enfermedad y la posible pérdida, tanto física como de funciones corporales. Si esto no funciona, con frecuencia se genera distanciamiento entre los miembros de la pareja, ya que la relación se convierte en un constante recordatorio de la pérdida. Cuando una pareja es capaz de ampliar su experiencia de intimidad y, por tanto, de comunicación, mejora su calidad de vida y puede enfrentar mejor el lado oscuro de la enfermedad y la discapacidad.

A partir del análisis del diseño y los resultados de la implementación de un taller de parejas y la incorporación de una constante en los participantes de éste: la enfermedad crónico-degenerativa, se introduce un nuevo modelo de calidad de vida para la pareja que convive con una enfermedad crónico-degenerativa. Este modelo establece una asociación entre enfermedad crónica, bienestar psicológico y sexualidad desde un abordaje integral que combina tres enfoques clínico-psicológicos: el psicoeducativo y cognitivo-conductual, el sistémico y el sexual sistémico.

Palabras claves: Pareja, comunicación, definición flexible de la sexualidad, enfermedad crónico-degenerativa, calidad de vida, sexualidad, cognitivo-conductual, sistémico, sexual sistémico.

ABSTRACT

Communication and sexuality are fundamental in any couple relationship; in many ways, these two elements determine its quality of life.

In couples where a chronic-degenerative disease is present, the couple's response and adaptation to the disease greatly depends on its ability and willingness to deal with basic issues, to be open to different ways of communication and to face different ways of living the disease and the possible loss, whether physical or of body functions. If none of these works, frequently an estrangement between the couple's members is observed, since the relationship itself becomes a constant reminder of the loss. When a couple is able to extend its experience of intimacy and, therefore, communication, its quality of life improves and is better able to face the dark side brought about by disease and disability.

Starting upon an analysis of the design and results of a couples' workshop and the inclusion of a constant among the participants: the chronic-degenerative disease, a new quality of life model is introduced for the couple living a chronic-degenerative disease. This model establishes an association between chronic-degenerative disease, psychological well-being and sexuality from an integral approach that combines three clinical-psychological approaches: psychoeducational and cognitive-behavioral, systemic and systemic sexual.

Key words: Couple, communication, flexible definition of sexuality, chronic-degenerative diseases, quality of life, sexuality, cognitive-behavioral, systemic, systemic sexual.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo cumple con una doble función dentro del objetivo de presentar un reporte formal de un trabajo de intervención realizado durante la estancia en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSPGD) de la Facultad de Psicología como parte de la Especialización en Psicología Clínica en Adultos y Grupos. En un primer momento, se presenta el diseño y desarrollo de un taller para parejas, su método, su estructura y sus resultados. En un segundo momento, a partir del análisis de los logros y limitaciones del mismo, se hace una propuesta de un taller psicoeducativo para parejas que comparten la presencia de una enfermedad crónico-degenerativa, misma que podría dar origen y mantener los problemas en la pareja.

La modalidad de intervención en grupos que más se utiliza en el Centro son los talleres psicoeducativos, ya que éstos permiten agrupar las necesidades de los pacientes y atender a un mayor número de personas en un tiempo menor. A la vez se enseñan herramientas a los pacientes que les permiten mejorar sus habilidades sociales, enfrentarse con un problema en particular, como el duelo, o bien, adquirir estrategias cognitivas.

La práctica clínica del primer semestre de la Especialización se centró en la realización de dos talleres: El primero, en calidad de terapeuta, fue un taller cognitivo conductual para parejas de más de 40 años. Este taller pretendía ayudar a los participantes a mejorar su relación de pareja a través de técnicas cognitivo conductuales. El segundo, como co-terapeuta, fue un taller de elaboración de duelo.

Para el taller de parejas se asignaron 20 expedientes de pacientes entre 38 y 59 años de edad con “problemas de pareja” como motivo de consulta. Para el diseño y formulación del Taller de Intervención se consideraron mapas de psicopatogénesis individuales (MCP), que se explican en el apartado *Formulación de casos*.

El paso siguiente en la formulación de casos fue la aplicación del modelo de solución de problemas con el objeto de generar variables de resultados que puedan seleccionarse como metas de tratamiento. Estas fueron: mejorar la

comunicación en pareja a través de la comunicación asertiva, reducir el enojo y la tristeza por medio de la reestructuración cognitiva y el manejo de emociones, y la solución de problemas cotidianos con la técnica diseñada para este fin.

Como parte del diseño se elaboraron las cartas descriptivas del taller cuya temática se señala en el apartado *Cartas descriptivas y temáticas trabajadas*.

Durante el segundo semestre de la Especialización se cambió de supervisora, quien es especialista en Medicina Conductual. En este periodo se hizo un análisis de los expedientes utilizados en el primer taller con el objeto de poder utilizarlos para el proyecto de graduación. Para ello, se revisaron con mayor cuidado las historias clínicas y se identificaron las diferentes variables del mapa de psicopatogénesis. Sólo que esta vez, en lugar de hacerlo de manera individual como se hizo para la elaboración del taller, los mapas se hicieron por pareja. Adicionalmente, se identificó que todos los pacientes padecían una enfermedad crónica degenerativa. Así, Roberto¹, quien vino sin pareja al taller había sufrido un accidente cardio-vascular que le generaba problemas de concentración y problemas motrices; Elsa padecía de diabetes, hipertensión y tuvo un intento suicida, a la vez que su marido, Beto, sufría de depresiones recurrentes y ansiedad. Por su parte, Mónica había padecido cáncer de mama y había sospecha de una remisión, mientras que su marido, Ernesto padeció cáncer de piel y ahora presentaba problemas de próstata. Por otro lado, Jaime padecía de diabetes hace 20 años y sufría de insomnio y problemas de erección y Sofía, su esposa, tenía anorgasmia. Cinthia sufría de anorgasmia y dispareunia (coito doloroso) desde que nació su hijo hacía 2 años y Vicente, su esposo, padecía de depresiones frecuentes. Y finalmente, Andrea, quien vino sola al taller, sufría de celotipia, un trastorno delirante, y era objeto de violencia familiar.

En el análisis del material con el que se contaba para realizar el reporte para el trabajo de graduación se había detectado una variable común en las parejas que no había sido considerada. Una variable que podría explicar la causa y,

¹ Los nombres de todos los participantes son ficticios con el fin de preservar la confidencialidad.

probablemente, la permanencia de los problemas de pareja: la presencia de una enfermedad crónico-degenerativa en cada uno de los miembros de ésta.

En el tercer semestre de la Especialización se asignaron dos casos para terapia individual. En este periodo se abundó sobre diferentes técnicas de la terapia cognitivo-conductual.

Finalmente, una vez concluidos los estudios académicos de la Especialización, se continuó con un año de práctica supervisada en el programa de Entrevista y Estrategias de Intervención en Medicina Conductual. Este programa trabaja de manera específica con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, y se aplicaron técnicas cognitivo conductuales y, particularmente, la terapia de solución de problemas. Fue en este marco que, una vez más, se revisó el trabajo realizado durante el taller de parejas y se llegó a reconocer la necesidad de reformular la perspectiva clínica al momento de diseñar el Taller para Parejas llamado: La comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico-degenerativas.

El presente trabajo responde a las necesidades de la población que solicita atención en el CSPGD para mejorar su relación de pareja, y se estructura de la siguiente manera. La primera parte del documento presenta el detalle de la elaboración del taller de parejas de corte cognitivo-conductual en respuesta a las necesidades de la población del CSPGD y como parte de la práctica supervisada de la clase de Intervención en Grupos. En una primera instancia, en el capítulo de **Antecedentes**, se describen las características y situación institucionales. En el capítulo de **Marco Teórico**, se incluyen las teorías que dan soporte al trabajo con parejas y la solución de problemas desde lo cognitivo-conductual, la teoría de talleres psicoeducativos, así como la de formulación de casos a través de los mapas de psicopatogénesis y de alcance de metas. En el capítulo de **Estudio de Caso: Intervención con parejas** se describe con detalle la selección de pareja, los instrumentos de recolección de datos, las mapas de psicopatogénesis y de metas grupales que dan origen a las metas, los objetivos y las temáticas del trabajo de intervención, así como el diseño del taller y los cuestionarios de apoyo. En el capítulo de **Resultados** se describen los resultados del taller en 6 apartados:

1) Descripción de las sesiones y las temáticas del taller; 2) Resultados de los cuestionarios; 3) Resultados comparativos de los cuestionarios; 4) Percepción de cambios en la relación de pareja a través de dibujos; 5) Resultados desde la perspectiva de Teoría de grupos, y 6) Dificultades en la elaboración del taller. El capítulo de ***Las enfermedades crónico-degenerativas: un factor adicional no contemplado*** analiza los resultados obtenidos del taller de cara tanto al marco teórico como ante el hallazgo de la presencia de una enfermedad crónica en todos los participantes del taller. Este capítulo discute la pertinencia de modificar el taller para incluir la comorbilidad con una enfermedad crónico-degenerativa como una de las variables eje del mismo.

En una segunda parte, se hace una propuesta para la elaboración de un nuevo taller a partir de los resultados y la información discutida en el apartado anterior. Es así como en el capítulo **Una nueva propuesta: La inclusión de la enfermedad crónico-degenerativa como elemento importante en la relación de pareja** se agrega un nuevo marco teórico relacionado con las enfermedades crónico-degenerativas a partir de una perspectiva sistémica. Este marco teórico sistémico justifica la necesidad de la psicoeducación como parte de la intervención. Ante las necesidades detectadas en el análisis de resultados y las formulaciones del marco teórico presentado en este apartado, se propone un nuevo taller con nueva temática, objetivos y cartas descriptivas cuyo eje son la comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en enfermos crónico-degenerativos.

Finalmente, se incluyen los instrumentos de medición y cuestionarios sugeridos para poder medir la calidad de vida de la relación de pareja. Al no encontrar un instrumento que permita medir la calidad de vida en la pareja con enfermedades crónico-degenerativas de manera integral, y menos aún en la pareja con una enfermedad crónico-degenerativa (ECD), se propone la inclusión de diversos instrumentos. Un primer cuestionario mide la respuesta de apoyo para la pareja. El segundo se refiere a los estilos de relacionarse de la pareja (estilos de amor). El tercero aborda la intimidad sexual en la pareja. Finalmente, se propone la inclusión del instrumento conocido como el Índice internacional de función

eréctil, que mide la calidad de vida en el área sexual en los hombres y otro que se refiere a la calidad de vida en esta misma área en las mujeres. Se incluyen, asimismo, en las sesiones con temática correspondiente, los cuestionarios de Aaron Beck (2000) usados durante el primer taller para continuar ayudando al participante a reflexionar sobre el estado de su relación de pareja: Problemas en la relación de pareja, Convicciones acerca de los cambios en la relación de pareja, y Estilos de comunicación.

2. ANTECEDENTES

Características y situación institucionales

En 1977, al constituirse la Facultad de Psicología, surgen los Centros de Atención a la Comunidad, cuyo objetivo era ser un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica comunitaria que permitiría atender las necesidades y demandas del programa de formación de psicólogos en el área clínica de posgrado a través de la vinculación de los conocimientos teóricos con la práctica supervisada y la atención a la comunidad.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) fue inaugurado en 1981 por la Directora en turno, la Dra. Graciela Rodríguez. Este Centro estaba adscrito a la Coordinación de Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, y su finalidad era otorgar servicios a estudiantes y su familia y el desarrollo de docencia e investigación en estudios de posgrado.

El nivel de Atención que brinda el CSPGD es secundario. Los programas proporcionan asistencia en la modalidad de terapia breve en atención individual y a nivel grupal ofrece talleres como una aproximación preventiva.

Los servicios psicológicos que ofrece son: evaluación y diagnóstico, canalización, tratamiento psicológico, prevención primaria, e intervención en crisis.

Desde sus orígenes, el CSPGD ha ofrecido atención psicológica en diferentes niveles:

- Informativo: Proporcionar información sobre el tipo de servicios que ofrecen a la comunidad diversas instituciones.
- Preventivo: Por medio de conferencias, talleres y mesas redondas.
- Académico: Supervisión de estudiantes, talleres psicoeducativos, seminarios y conferencias, así como programas de entrenamiento teórico-práctico para estudiantes de Licenciatura y de Posgrado.
- Terapéutico: Terapia individual y grupal.
- Investigación psicológica

Los objetivos del CSPGD son (Caballero, 2014):

1. Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios de Licenciatura y Posgrado.
2. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa.
3. Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
4. Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social.

Su **Misión**:

- Brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de **desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales**; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde una perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad.

Su **Visión** es:

- Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

Tan sólo en el 2013, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” generó 895 expedientes nuevos y hubo 552 alumnos adscritos a algún programa de formación.

Actualmente el Centro cuenta con 27 programas de atención distribuidos de la siguiente manera: 8 destinados a la atención de niños y adolescentes, 14 a adultos, 3 relacionados con psicofisiología, 1 de terapia individual y 1 de formación de alumnos en entrevista clínica (ver Tabla 1).

Tabla 1. Programas ofrecidos por el CSPGD

Niños y Adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adultos y jóvenes con problemas de enojo 2. Evaluación infantil 3. Habilidades de crianza 4. Maltrato infantil 5. Modificación de la interacción madre-hijo 6. Psicoterapia infantil 7. Intervención clínica en niños y adolescentes 8. Residencia de psicoterapia para adolescentes
Adultos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas adictivas 2. Curso de entrenamiento para la modificación de hábitos alimenticios 3. Enfermos crónico-degenerativos 4. Terapia psicoanalítica enfocada a los procesos de adopción y situaciones de aborto 5. Intervención clínica en adultos y grupos 6. Residencia en Medicina Conductual 7. Programa de sexualidad humana 8. Psicoterapia de duelo 9. Violencia de género 10. Residencia en Terapia familiar 11. Terapia de grupo cognitivo-conductual 12. Terapia de grupos narrativa 13. Terapia narrativa de pareja 14. Terapia racional emotiva
Neurociencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de medición de perfiles psicofisiológicos del estrés 2. Residencia de neuropsicología 3. Retroalimentación biológica
Otros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia individual 2. Entrenamiento de estudiantes para entrevista

Instalaciones

El Centro de Servicios Psicológicos consta de las siguientes instalaciones:

- 15 cubículos individuales
- 1 anexo en el Edificio B
- 4 cámaras de Gesell
- 2 áreas para trabajo docente grupal (Cubículos 12 y 13)
- 2 áreas generales para el trabajo de los alumnos/terapeutas
- 1 área de Recepción y Jefatura
- 1 área de archivo clínico

- 1 área de archivo de expedientes de alumnos
- Cocineta y sanitarios

Organización del Centro

Actualmente, la Jefa del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” es la Dra. Noemí Díaz Marroquín. De ella dependen tanto personal de apoyo administrativo como de servicios. Es en este contexto de servicios que se ubican los Programas académicos de formación profesional tanto a nivel licenciatura como a nivel posgrado.

La Especialización en Psicología Clínica en Intervención Clínica y Adultos se inserta en los programas de posgrado que hacen práctica clínica en el CSPGD.

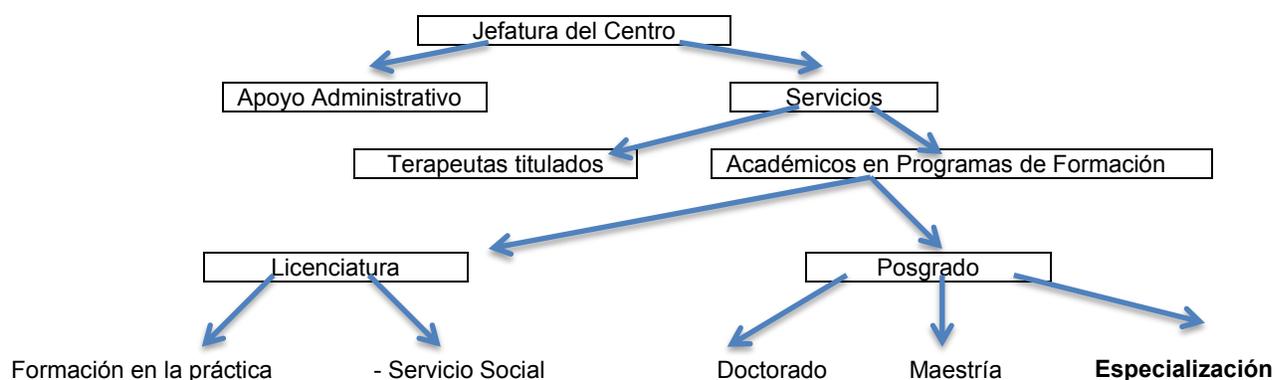


Figura 1. Organización del CSPGD

Espacio de trabajo

Para el trabajo de formación clínica académica, durante el primer semestre de la especialización, que fue cuando se realizó el taller, se utilizó una cámara de Gesell con espejo de visión bidireccional, aparato de sonido y videograbadora.

Para la práctica clínica de terapia individual se utilizó un cubículo. Este cubículo tenía dos sillones de piel negra, uno individual y otro love seat, un escritorio y una silla.

Los 4 semestres siguientes (2 Especialización + 2 Práctica Supervisada) el espacio asignado para la actividad de formación clínica fue el Cubículo 13, el cual es uno de los cubículos para trabajo docente grupal. Este cubículo consta de 6 mesas, 2 archiveros, un par de estantes-libreros, 1 pizarrón. En este espacio caben, sentados en bancos alrededor de las mesas y las paredes, alrededor de 20 alumnos.

Descripción de la población destinataria a quien se brinda atención

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ofrece servicios al público en general, a estudiantes, académicos y trabajadores de la UNAM.

3. MARCO TEÓRICO PARA EL TRABAJO EN PAREJAS Y LA ELABORACIÓN DEL TALLER

Como se señaló en la introducción, la práctica supervisada realizada en el CSPGD era parte de la clase de Intervención en Grupos. La implementación del taller permitiría entre otras cosas, observar algunos de los fenómenos observados en la teoría de grupos.

Por otro lado, en los talleres psicoeducativos, la técnica psicológica más utilizada es la terapia cognitivo conductual. Esta terapia se utiliza no sólo a nivel individual, sino también grupal y, por supuesto, en parejas, con resultados positivos.

De tal manera, este apartado presenta el marco teórico que da sustento al taller elaborado: terapia de grupos, la terapia cognitivo-conductual y la misma terapia en su modalidad tanto para parejas como para grupos, teoría sobre los talleres psicoeducativos y teoría sobre la elaboración de mapas de psicopatogénesis.

Teoría de grupos

El abordaje grupal tuvo sus inicios a principios del siglo XX, con el Dr. Joseph Henry Pratt (1872-1956), quien trabajaba en el Hospital General de Massachusetts. Solía atender a sus pacientes tuberculosos en grupo, pues reducía el tiempo que debía dedicarse a cada enfermo. Observó entonces que el abordaje grupal parecía tener un efecto terapéutico en sus pacientes (Díaz Portillo, 2000). En sus sesiones, ofrecía sugerencias y apoyo que permitiera que los pacientes cuidasen mejor de sí mismos y atendieran su salud. Incorporaba reeducación emocional, registros diarios de higiene, temperatura, alimentos, toma de medicamentos y relajación muscular, entre otros. El Dr. Pratt actuaba como una figura parental idealizada. Hacia 1930, aplicó este método a pacientes neuróticos y psicosomáticos y su ejemplo fue seguido por otros profesionales de la salud mental.

Pronto se descubrió que este tipo de abordaje estimulaba la aparición de algunas emociones en el grupo (como emular la conducta de otros), e inhibía o reducía otras (como la agresión). Aparentemente, la identificación del enfermo con el médico, fortalecía las defensas útiles de los pacientes (Díaz Portillo, 2000).

Las terapias de grupo se empezaron a utilizar como un método práctico y eficiente para influir sobre numerosas personas a un mismo tiempo. Se utilizaron métodos psicoeducativos para estimular las emociones grupales, la adaptación al ambiente hospitalario. Entre estos métodos se encuentran: testimonios y conferencias, role-playing, sesiones de preguntas y respuestas. Incluso se empezó a combinar la terapia individual con la grupal. Aunque no todas las terapias de grupo pretenden generar “insight”, sí se pretende enseñar a los pacientes habilidades que les permitan adaptarse mejor a su entorno (Díaz Portillo, 2000).

Un elemento primordial en la terapia de grupo es la figura central del terapeuta, quien es directivo.

Hacia la década de 1930, Kurt Lewin introdujo los conceptos de “teoría de campo” y “dinámica de grupos”. Según Lewin, los grupos presentaban propiedades distintivas, donde el hecho de que se moviesen como una entidad no eliminaba los aspectos objetivos y subjetivos del campo social. De tal manera, los aspectos netamente grupales, como el liderazgo, la cohesión, la interdependencia, las redes de comunicación, la interdependencia, la coordinación y la cooperación ejercían una fuerte influencia sobre el individuo y permitían entonces la generación de cambios en su conducta y en su perspectiva de sí mismo. Igualmente, la resistencia al cambio puede explicarse por la relación entre los valores del individuo y los valores del grupo, los cuales pueden ejercer un mayor peso al momento de desear “pertenecer” al grupo (Díaz Portillo, 2000).

Por otro lado, Lewin observó que la dinámica del grupo estaba constituida por las características del “grupo de habilidades” o skill-group, donde los participantes aprenden técnicas de manejo y participación de grupo; el “grupo de capacitación” o training group, donde los individuos se reorganizan en función de

lo que sucede entre ellos, lo que comparten o aceptan con base en la interacción dentro del mismo grupo.

En su observación de los grupos, Lewin identificó lo que denominaría la “teoría de campo”. Observó que en un grupo interactúan el líder y los individuos y que lo que sucede dentro del “campo” depende de la distribución de fuerzas en él. Lewin fue el precursor de la teoría general de sistemas y del estilo de liderazgo sobre el comportamiento del grupo.

Hacia la mitad del siglo XX, la aplicación grupal en terapias psiquiátricas y clínicas con orientación freudiana y rogeriana permitieron centrar la atención en los sucesos interpersonales de los integrantes y los fenómenos grupales. Hacia la década de 1960, Carl Rogers propició los grupos de encuentro, que permitían la libre expresión de los participantes, con sorprendentes resultados (Frager, R. & Fadiman, J., 2005).

Entre los proponentes de la terapia grupal, destacan las aportaciones de Bion y Foulkes, quienes definían el papel del terapeuta como adaptativo y flexible cuya tarea era interpretar el supuesto básico común. Para estos profesionales, el grupoanálisis o terapia de grupo era terapia en el grupo, del grupo y realizada por el grupo. Esto se diferenciaba de la orientación de Tavistock, quien consideraba que la terapia de grupo era realizada por el terapeuta, quien estaba consciente del marco del grupo como un todo pero que tenía la libertad de interactuar con sus miembros (Díaz Portillo, 2000).

Con el tiempo, se han desarrollado diferentes tipos de intervención en grupo. Destacan: grupos terapéuticos, grupos terapéuticos psicoanalíticos, grupos no terapéuticos, grupos de admisión, grupos de encuentro, grupos existenciales, grupos sociales, grupos de reflexión y talleres grupales, entre otros. Cada uno de estos grupos tienen objetivos y métodos claramente definidos dependiendo del enfoque clínico del que parten.

Fenómenos grupales

Un grupo se define como la reunión voluntaria de tres o más personas para un fin común, que cuenta con un líder y donde se genera una relación dinámica

entre sus miembros. Los componentes emocionales del grupo se derivan básicamente del vínculo que se establece entre los miembros de éste y el líder, la interacción recíproca entre los miembros y la relación de cada uno de los miembros del grupo con la relación que existe entre los demás.

De acuerdo con Díaz Portillo (2000), uno de los problemas centrales de la psicoterapia es *la concepción de la naturaleza de las fuerzas que llevan a una terapia exitosa* (Díaz Portillo, 2000:118). La respuesta grupal termina siendo el intento del grupo por mantener la angustia del grupo en un nivel aceptable para todos. La manera en que el terapeuta maneje esta respuesta grupal, que puede ser o no resistente al cambio, puede facilitar u obstruir el éxito del proceso terapéutico.

Entre las respuestas grupales destacan:

1. **Compromiso:** Este se genera a través del contrato terapéutico, la alianza terapéutica y el manejo de las transferencias y contratransferencias.
2. **Ocupación y preocupación:** El grupo se reúne a realizar actividades para encontrar soluciones concretas a problemas comunes.
3. **Interestimulación:** Estimulación de acciones e ideas entre los miembros del grupo que llevan a vencer resistencias individuales.
4. **Universalización:** La realización de que la problemática no es única, sino común a muchos.
5. **Intensificación:** Escalamiento de las emociones. Es responsabilidad del terapeuta cuidar la integridad del grupo cuando la intensidad resulta inmanejable para algunos miembros del grupo.
6. **Polaridad:** Problema entorno al cual se reúne el grupo.
7. **Formación de subgrupos:** Dentro del mismo grupo se forman pequeños subgrupos, con frecuencia generado por compatibilidad o empatía.
8. **Cohesión grupal:** Se desarrolla a partir de un objetivo común, pero no es sinónimo de aceptación, comprensión e intimidad, aunque las genera. La

cohesión del grupo puede evitar la aceptación de miembros nuevos, llegando a limitar el desarrollo del grupo.

9. **Integración:** Cada individuo pasa a ser una parte indivisible del todo en la búsqueda de un objetivo común.
10. **Identificación:** Proceso inconsciente mediante el cual el individuo obtiene características del otro, en este caso, de las características comunes del grupo. Esto puede incluir formas de actuar, pensar, lenguaje, actitudes, manierismos, ideales, objetivos, entre otros.
11. **Insight:** Concientización o atribución de significado.

Afortunadamente, estos procesos se generan de forma espontánea y con la conducción de un facilitador en la medida en que el grupo se reúne, permitiendo el desarrollo adecuado del proceso terapéutico. Así, el fenómeno grupal, bien dirigido, permite los factores de cambio de las conductas e incluso de las estructuras psíquicas. A esto se le llama Factores curativos grupales.

Factores curativos grupales

El cambio generado por la dinámica grupal, ya sea conductual o de estructuras psíquicas depende de la aparición de factores denominados “curativos”, los cuales dependen, en gran medida, del manejo que haga el terapeuta del grupo.

Entre estos factores curativos encontramos:

1. **Catarsis** o expresión de sentimientos. Muchas veces se genera por la identificación con otros y con frecuencia puede requerir de contención por parte del terapeuta.
2. **Inducción de la esperanza:** Motivación generada por la esperanza de poder beneficiarse del tratamiento grupal.
3. **Insight:** Definido anteriormente.

4. **Altruismo:** Olvidarse de uno mismo para ayudar a otro. Se trata de una necesidad innata del ser humano de sentirse necesitado, ya que permite identificar un propósito y reasegura la autoestima y la imagen de sí mismo.
5. **Universalización:** La identificación de que el problema o hechos son experiencias compartidas y no únicas a un individuo facilita la catarsis, la cohesión, el insight, y reducen la culpa. La meta de la universalización es promover la comprensión, aceptación y exploración de uno mismo.

De esta manera, a través de los factores grupales y los factores curativos, el trabajo de grupo permite que el participante se explique e interprete su conducta y su interacción con los otros y consigo mismo, facilitando así cambios de conducta conscientes y permanentes.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual se originó hacia la década de los 70 en Estados Unidos cuando se empezó a prestar más atención a los modelos de procesamiento de información de la cognición cuando para algunos psicólogos el modelo conductista de estímulo-respuesta resultaba insuficiente (Compas, 2003) Poco a poco, se fueron incorporando estrategias y técnicas de la psicología cognitiva propuestas por psicólogos como Bandura, Ellis, Beck y Meichenbaum, como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y la relajación. Posteriormente, con base en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, quien sugería que las conductas eran aprendidas por modelamiento con lo que el cambio conductual podía modificarse si se modificaban las cogniciones (Compas, 2003), se añadieron los métodos de exposición a estímulos, como estrategias fundamentales en la intervención, al refuerzo y moldeamiento. A nivel grupal, las intervenciones cognitivo-conductuales se enfocaban particularmente en el manejo del estrés y la agresividad, en el que se utiliza la reestructuración cognitiva y el entrenamiento para la relajación. Al día de hoy, la terapia cognitivo-conductual se aplica para tratar múltiples tipos de problemas con éxito: entre ellos,

la reducción de los efectos de la depresión, reducción de ansiedad general, y manejo del dolor, duelo, habilidades sociales.

La terapia cognitivo-conductual considera que en la interacción familiar temprana, y en el intercambio social y cultural aprendemos pautas de comportamiento, generamos pensamientos, sentimientos y emociones que “condicionan” nuestra conducta. Sin embargo, este proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, de nuestra constitución como persona, así como de nuestra historia personal. De ahí que, cada persona, incluso si se trata de gemelos idénticos, reaccione de manera diferente (Comb, 2003; Frager, 2005).

Así, algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales, y son, generalmente, las situaciones por las que acudimos a terapia.

Características de la terapia cognitivo conductual
(Beck, 2000; Comb, 2003; Frager, 2005)

- ✓ Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- ✓ Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- ✓ Es activo-directiva, es decir, para que haya cambios significativos, se requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien se esmerará en aplicar lo aprendido para generar cambios graduales en su cotidiano. El terapeuta es directivo a través de intervenciones que promueven la reflexión y la acción.
- ✓ Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, que permiten poner en práctica lo aprendido en las sesiones.

- ✓ Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- ✓ Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- ✓ Para la terapia cognitivo-conductual, todo elemento que constituye a la conducta es medible. De ahí que el terapeuta hará que se levanten registros de cambios y metas. Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y puedan observarse cambios conductuales.

La terapia cognitivo conductual se encuentra dentro de las psicoterapias reeducativas. Es una terapia de insight con metas reeducativas, cuyos objetivos consisten en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante el esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr un reajuste, una modificación de sus metas y un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. Busca corregir patrones de conducta y de pensamiento alterados y desordenados, con el objeto de ayudar al paciente a utilizar sus recursos para mejorar su calidad de vida en aquellos ámbitos que éste considere necesarios: su situación en el trabajo, en sus relaciones interpersonales, su salud, y en su ajuste social, entre otros, brindándole explicaciones de su conducta e indicándole cuáles son sus hábitos. Se pretende que el paciente logre adaptarse a su medio (Comb, 2001; Frager, 2005).

Técnicas cognitivo-conductuales

Las técnicas cognitivo-conductuales más comúnmente utilizadas en terapia y en los talleres son:

Expresión de emociones

Lo que sentimos, pensamos y actuamos depende de la manera en cómo interpretamos los eventos. Esto nos ayuda a comprender que el pensamiento disfuncional es producto del malestar emocional, pero que al mismo tiempo, el pensamiento provoca un proceso de retroalimentación de las emociones que termina por generar nuestras reacciones tanto positivas como negativas.

Beck considera que más que las causas, es la manera en que las emociones se relacionan con la creencias y nuestra capacidad de poder expresarlas, lo que permitirá un cambio en las conductas y las reacciones del individuo (Beck, 2000). De tal manera que cuando somos capaces de dar sentido a nuestras emociones a través de la toma de conciencia de los pensamientos detrás de ellas, podemos realizar ejercicios de expresión, regulación, reflexión sobre lo irracional de los pensamientos y hacer que estas emociones negativas desaparezcan y, por lo tanto, nuestras conductas y reacciones cambien.

Algunos de los pasos a seguir para identificar las emociones negativas son (Beck, 2000; Beck, 2010):

- Descubrir las creencias que provocan malestar. Ubicar la identificaciones que nos sostienen y dan nuestra identidad.
- Aprender a debatir esas creencias e identificaciones.
- Discriminar y diferenciarse de las creencias e identificaciones que provocan malestar.
- Implementar distintas técnicas de concentración, relajación y de respiración.

Reestructuración cognitiva

Cuando el individuo es capaz de identificar y expresar sus emociones negativas, se procede a utilizar la técnica de reestructuración cognitiva para poder modificar los pensamientos detrás de ellas. Como se señaló en párrafos anteriores, en la terapia cognitivo-conductual, son la percepción y la estructura de

las experiencias del individuo lo que determina sus sentimientos y conducta (Beck, 2000).

La cognición se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales (auto-percepciones), de las que podemos, o no, ser conscientes. Nuestras conductas y nuestras reacciones como adultos son generadas por la retroalimentación que recibimos cuando crecíamos. Si fuimos retroalimentados con pensamientos positivos hacia nosotros mismos, nos otorgaremos un auto-valor y tendremos una auto-percepción positiva. En cambio, si tenemos experiencias castigadoras, negativas, o no se nos fomentó el auto-valor, vincularemos situaciones con una auto-percepción negativa y, por tanto, generaremos emociones negativas hacia nosotros mismos.

Estas auto-percepciones pueden permanecer "inactivas a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas), que aumentan las condiciones adversas y el malestar impidiendo resolver el problema (Beck, 2000). Suelen estar vinculadas a situaciones antiguas no resueltas que "se mezclan con el presente" Entre ellas se encuentran la ansiedad, depresión, ira, culpa, etc.

La reestructuración cognitiva pretende hacer al paciente consciente de una serie de situaciones o esquemas de pensamiento que contribuyen a la distorsión de su pensamiento y que, por tanto, generan emociones usualmente negativas que pueden cambiarse si se reconoce y cambia dicha distorsión de pensamiento.

Entre estos esquemas de pensamiento destacan (Beck, 2000):

1. **Inferencia arbitraria:** O adivinación del pensamiento, se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

3. **Sobregeneralización:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
4. **Maximización y minimización:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia excesiva por parte de la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

El paciente requiere ser capaz de reconocer el tipo de distorsión al que recurre: inferencia, sobregeneralización, maximización, etc., para identificar el pensamiento automático. Cuando esto sucede es posible lograr una reestructuración cognitiva, es decir, un cambio en el pensamiento para lo cual se utilizan elementos como manejo de emociones, comunicación asertiva, racionalización del pensamiento irracional, entre otros.

Entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva

Una vez que a través de ejercicios y diálogo, el paciente ha podido identificar los pensamientos automáticos, los supuestos personales y las distorsiones de pensamiento, se procede a utilizar la denominada comunicación asertiva. En otras palabras, se trata de ayudar al paciente a ser consciente de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, necesidades y deseos sin juzgarlos, administrar las propias emociones y asumir la situación de manera responsable (Beck, 2000) y a ser asertivo en la comunicación y la concepción de sí mismo. De tal manera, se puede decir que “Ser asertivo” es tener una comunicación intrapersonal muy efectiva consigo mismo.

El objetivo de esta técnica es que el paciente encuentre el valor que tiene de sí mismo por quién es, a adquirir la consciencia de ser tan importante como cualquier otra persona en este planeta, y ayudarle a saberse y sentirse bien por los talentos recibidos y por las cualidades desarrolladas, y sobre todo, que tenga la claridad suficiente para valorar situaciones y tomar decisiones sin necesidad de la aprobación de otros. La asertividad permite la disposición a sintonizarse con la experiencia de otros sin saltar a conclusiones ni juicios acerca de ellos o uno mismo, y permite poder tomar decisiones responsables y beneficiosas (Beck, 2000).

Entre las habilidades asertivas se encuentran:

- Poder identificar y expresar lo que se quiere.
- Mantenerse calmado.
- Aceptar la crítica y el elogio con ecuanimidad.
- Expresar elogios y afecto abiertamente.
- Ventilar constructivamente sus emociones negativas.

Terapia de solución de problemas

Finalmente, una vez que el paciente es capaz de usar habilidades asertivas, entonces está listo para continuar con un modelo de intervención terapéutica cognitivo-conductual conocido como terapia de solución de problemas (TSP), la cual es una estrategia de intervención clínica cognitivo-conductual diseñada para resolver los problemas diarios y el malestar psicológico que generan. Esta terapia fue propuesta por D-Zurilla y Goldfried en 1971. Entre sus principales propuestas destacan (Nezu, 2004; Lipchic, 2004):

- Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.
- Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones e identificar sus posibles consecuencias. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.

- Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.
- Evaluar los resultados.
- Reiniciar el proceso. Si en la etapa de evaluación se decide que no se alcanzó lo logrado o que se puede hacer otra cosa, se redefine el problema y se repite el proceso.

Terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG)

Otro de los modelos teóricos en los que se apoya la elaboración de los talleres objeto de este trabajo es la terapia cognitivo-conductual grupal o TCCG. En este modelo, los terapeutas intentan modificar las conductas desadaptativas de dos o más individuos no relacionados, mediante la aplicación sistemática de procesos validados en términos empíricos, donde por lo general se reúnen datos para evaluar el impacto de dichos procedimientos sobre los miembros del grupo.

En la terapia de grupo, se aplican las mismas técnicas aplicadas que en el tratamiento individual. Sin embargo, se ha encontrado que la participación en terapias de grupo permite una modificación de conductas y de pensamientos que podrían no ocurrir o que serían difíciles de modificar en una relación uno a uno. Esto se debe a que el grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades para aprender y practicar conductas y cogniciones, a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan a los otros pacientes *retroalimentación*. Como resultado, los pacientes desarrollan liderazgo, ya que al ayudar a otros pacientes, generalmente, aprenden ayudarse a sí mismos de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular.

Asimismo, ofrece la oportunidad al terapeuta de observar y a los pacientes la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales. Irvin Yalom, (1985) consideró este fenómeno como una forma de altruismo y por tanto, un importante factor curativo de la terapia grupal.

En algunos grupos cognitivos-conductuales, algunos terapeutas tienden a llevar la sesión como si se tratara de una clase. En vez de esto, el terapeuta debe aprovechar la interacción grupal intrínsecamente como una herramienta del tratamiento.

Igual que en otras terapias grupales, se requiere que el terapeuta posea ciertas habilidades sociales fundamentales. Además de ser un interlocutor sensible y empático, el terapeuta debe ser sensible a la incomodidad específica que vivencia cada paciente en particular. También debe descubrir las características de las situaciones que generan tensión. El terapeuta grupal debe estar al tanto de los fenómenos grupales y el modo en el que afectan a la tarea grupal y, por supuesto tener conocimiento de las técnicas cognitivo-conductuales adecuadas para el tema a tratar con el grupo.

La actividad grupal define y determina las conductas y cogniciones que deben modificarse, las situaciones que se viven como conflictivas, los puntos fuertes del paciente, los miembros del grupo y sus respectivos entornos que facilitarán la solución del problema del paciente y los obstáculos a la eficacia del tratamiento.

De ahí que la planeación terapéutica bajo este enfoque va precedida de un análisis de los datos sobre el paciente y el grupo con el objeto de determinar los déficits comunes en las habilidades y los recursos sociales y psicológicos. Con base en ello, se seleccionan las técnicas a usar: resolución de problemas, asertividad, relajación, role playing y auto-análisis cognitivo. Estas habilidades terapéuticas básicas se enseñan por medio de ejercicios grupales y otras técnicas interactivas, generalmente como parte integrante de la sesión.

Adicionalmente, la planificación terapéutica incluye el diseño de un plan de tratamiento individualizado para cada paciente, pero con la opinión previa del terapeuta y del grupo y siempre dentro de las metas específicas del grupo.

La terapia cognitiva con parejas

De acuerdo con Frank M. Dattilio (1995), contrastada con la terapia de parejas de otros modelos, la terapia cognitiva con parejas es todavía de orígenes

recientes. Este modelo cognitivo surge a partir de la aplicación de las teorías conductistas y la terapia marital. Entre los principales proponentes conductistas destacan Bandura (1977), Jacobson y Margolín (1979), Liberman (1970) Liberman, Wheeler y Sanders (1976), Patterson y Hops (1972) y Stuarts (1969, 1976) (citados por Dattilio, 1995: 27).

De acuerdo con Dattilio (1995), en 1969 Stuarts propone que el camino más efectivo para iniciar el cambio en la relación es incrementar la tasa de intercambios de conductas positivas entre la pareja. Sin embargo, una de las limitaciones del enfoque conductista, sobre todo en cuanto al trabajo con parejas se refiere, es que no se enfatiza lo suficiente en estimular estilos de pensamiento del individuo sobre sí mismo y sus parejas. Fueron Margolin y Weiss (1978) quienes introdujeron técnicas de reestructuración cognitiva a la terapia conductual de parejas, encontrando en los seguimientos que el cambio era más efectivo.

En 1977, por otro lado, Ellis fue uno de los primeros en plantear un modelo predominantemente cognitivo en el tratamiento de parejas. Él propuso que la disfunción marital surge cuando los miembros de la pareja tienen expectativas irreales sobre la relación y tienden a hacer evaluaciones muy negativas cuando se sienten insatisfechos. Afirma que *la alteración de sentimientos y conducta en las relaciones no está simplemente causada por los errores de uno de los cónyuges u otros sucesos adversos, sino por las opiniones que las parejas tienen de las acciones y altibajos de la vida del otro* (Ellis y cols., 1989, citado por Dattilio, 1995: 28). La terapia racional emotiva, eje del trabajo de Ellis, sugiere que la distorsión o cambio de los sentimientos y conducta de los miembros de la pareja se generan cuando uno o los dos cónyuges tiene creencias irracionales (ilógicas o exageradas). Esto genera expectativas irreales que producen frustración en quien las experimenta. Esta terapia propone entonces, reemplazar dichos pensamientos por otros más reales.

A diferencia de la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva con parejas enfatiza en conceptos como los estilos generales de pensamiento, creencias subyacentes sobre la relación y el tipo de interacción de la pareja como

instrumentos para el cambio de conducta. Se cuestiona la evidencia que apoya o regula las creencias de las parejas sobre ellos mismos y sus relaciones.

La terapia cognitiva con parejas se centra en tres aspectos cognitivos: 1) la modificación de las expectativas irreales de la relación; 2) la corrección de falsas atribuciones en la interacción de la pareja y, 3) uso de procedimientos que permitan disminuir esta interacción negativa y destructiva. Esto se llega a conseguir al identificar las creencias sobre las propias relaciones.

La terapia cognitiva considera que las creencias básicas sobre las relaciones y su interacción se aprenden a partir de la relación de los padres, el contexto social-cultural, y la experiencia propia al empezar a relacionarse con otros, ya que esto puede ser fuente de distorsiones de expectativas sobre el otro.

Así, el trabajo cognitivo sobre los pensamientos automáticos presupone que las expectativas reales sobre la relación y el otro puede provocar insatisfacción y respuestas disfuncionales. Una manera para descubrir las distorsiones cognitivas es a través de cuestionarios sistemáticos, tal como los propuestos por Beck (2010) en su libro *Con el amor no basta* o mediante el uso del diálogo socrático para identificar el significado que cada uno de los miembros de la pareja da a un hecho en concreto.

Como se ha señalado anteriormente, los pensamientos automáticos se fundamentan en el sistema de creencias básicas y en el entendimiento de las relaciones. Cuando, con ayuda del terapeuta, la pareja logra descubrir estos sistemas de creencias básicas, se vuelve posible redefinir y reestructurarlos de forma conjunta y lograr Percepción de mejora en la relación.

Un hecho muy importante al trabajar con parejas es determinar si las creencias son distorsionadas o no. Para ello, la terapia cognitiva busca evidencia o pruebas a favor de éstas (pensamientos automáticos). Las creencias distorsionadas se fundamentan en hechos irreales o información errónea, y con frecuencia son la base de muchos desacuerdos en la relación.

Dattilio (1995) señala que son las expectativas que cada individuo tiene de la relación las que crean una dinámica importante en ella y éstas son fundamentales para el tratamiento cognitivo de la pareja. Todo individuo tiende a creer que su

pareja satisfecerá ciertas necesidades, lo que puede producir distorsiones y transformarse en expectativas irreales.

Uno de los principales proponentes actuales de la terapia cognitivo conductual con parejas es Aaron T. Beck (2010), quien propone identificar todos estos pensamientos automáticos y distorsiones y trabajar a partir de un modelo de reestructuración cognitiva y solución de problemas. En su trabajo expuesto en el libro *Con el amor no basta* (Beck, 2010) a diferencia de otras corrientes dónde se enfocan en el estilo de relación y la tipología de la pareja, Beck utiliza una serie de cuestionarios concretos y específicos (ver cuestionarios en el Anexo 1) que permiten al terapeuta identificar los pensamientos y distorsiones cognitivas de la pareja, así como medir los cambios conductuales a lo largo del tratamiento.

Gilbert y Schmulker (2000), en su trabajo con parejas, proponen evaluar una serie de dimensiones de la relación con el objeto de establecer estrategias de intervención efectivas. Estas son:

1. Formulación y localización del problema: En qué dimensión de la relación radica el problema principal.
2. Compatibilidad del sistema de valores, creencias centrales y marcos de referencia.
3. Efectividad de la solución de problemas y resolución del conflicto. Se refiere a la evaluación de la efectividad de la pareja en cuanto a su vida cotidiana y la manera en que resuelven sus conflictos.
4. Intimidad emocional, capacidad para divertirse y para lograr gratificación sexual.
5. Cuidado del otro, darle apoyo, calor y ayuda en tiempos de necesidad.
6. Evaluación del nivel de consciencia del “problema” y cómo éste es experimentado por uno mismo y por el otro.

En términos generales, una vez identificado el problema, la forma en que interactúa la pareja, se elabora un mapa de psicopatogénesis, un mapa de alcance de metas y se formula un programa de tratamiento, el cual se presenta a la pareja para su aprobación, y se elabora un contrato terapéutico mediante el cual la pareja se compromete a trabajar en su tratamiento.

Con frecuencia, la terapia de parejas tiene una fase individual y otra de pareja. Sin embargo, como en muchos otros casos, también se ofrece con frecuencia de manera grupal, particularmente en forma de talleres, en los cuales se trabaja un tema específico por un número limitado de sesiones.

Es muy importante señalar que la terapia cognitiva conductual, particularmente cuando se ofrece por medio de talleres o en esquemas breves, no pretende resolver todos los conflictos de la pareja. En cambio, a través del reforzamiento de las técnicas utilizadas, pretende ayudar a los participantes a vivir e identificar momentos en los que el conflicto no existe y el bienestar que esto les produce. Es entonces que podrán sentirse motivados a experimentar otra manera de relacionarse y mejorar su calidad de vida y la adaptación a los cambios en la pareja.

Los talleres psicoeducativos

Los talleres psicoeducativos son una forma común para el trabajo con parejas. En términos generales, un taller psicoeducativo es un tipo de intervención que propicia una situación enseñanza-aprendizaje apoyada en la dinámica grupal y cuyo objetivo es generar cambios conductuales, emocionales, y enseñar habilidades específicas, entre otros (Herrera, 2003).

Debido a que el formato de un taller parte del principio de aprender-haciendo, el tamaño ideal del grupo consta de 6 a no más de 15 o 16 personas. La selección de los participantes se basa, generalmente, en las historias clínicas y los motivos de consulta, con el objeto de poder agruparlos con base en necesidades o características similares. Esto es particularmente importante puesto que, a diferencia de la terapia grupal, un taller contiene objetivos específicos, con frecuencia medibles, y que son los mismos para todos los participantes.

Los grupos son generalmente conducidos por un terapeuta o facilitador, y un cofacilitador, quienes colaboran estrechamente para hacer que se alcancen los objetivos del taller. Son el soporte emocional del grupo, propician la comunicación, ofrecen contención en caso necesario y proporcionan herramientas

psicoeducativas que contribuyen al autodescubrimiento y a la generación de nuevas habilidades (Herrera, 2003). Como los objetivos del taller tienden a construirse de una sesión a otra, es frecuente que no se acepte la inclusión de más individuos luego de la segunda sesión.

Estructura de un taller psicoeducativo

Una buena planeación y evaluación cuidadosa de las necesidades de los que participan son dos de los pilares fundamentales para trazar los objetivos generales y específicos de un taller exitoso. Para este fin, resulta importante en el diseño del taller, conocer bien las características de la población al que va dirigida, el número de participantes, así como el número de sesiones y el contenido y formato de cada una de ellas (Herrera, 2003).

Por otro lado, los objetivos deben ser claros, alcanzables y en función de los resultados que se desean alcanzar al finalizar el taller.

Una vez determinados los objetivos tanto generales como específicos, es importante estructurar cada una de las sesiones en términos de temática, objetivos, dinámicas, materiales y tiempo asignado a cada actividad.

Al igual que sucede con la terapia individual, la primera sesión es fundamental para establecer el encuadre, la relación con los participantes y resolver cualquier duda que éstos tuviesen. Asimismo, se hace una presentación de cada uno de los pacientes con el fin de iniciar una integración de grupo.

Las sesiones del taller se apoyan significativamente en diferentes tipos de dinámicas y juegos que permiten una mayor comprensión y asimilación de las herramientas y habilidades que se pretende transmitir a los participantes. Este formato refuerza el aprendizaje de aprender-haciendo (Herrera, 2003).

Formulación de casos

La formulación de caso es un conjunto de hipótesis respecto a las variables multidimensionales que operan como causas, detonadores o factores que

mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales que el terapeuta organiza a manera de poder explicarse qué sucede y cómo interaccionan estas variables en la historia del paciente y su motivo de consulta (ver Figuras 1 a 10).

Mapas de psicopatogénesis

Arthur M. Nezu (2004) propone la integración de estas variables con la aplicación del modelo de resolución de problemas en la formulación de casos. La meta es *identificar un nuevo horizonte significativo de problemas objetivo potenciales* (Nezu:2004:24) que permita alcanzar metas reales y cuantificables. Es a partir de esto que Nezu propone la elaboración de los mapas de psicopatogénesis individuales (MCP), los cuales no son más que una descripción gráfica hipotética de la interacción de estos factores conductuales (o variables) y su contribución al problema.

Las variables utilizadas para la elaboración del MCP son:

- a) *Variables distantes* o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales;
- b) *Variables de antecedentes*, es decir, variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática;
- c) *Variables orgánicas*, las cuales explican el porqué de las respuestas conductuales. En estas variables se incluyen los rasgos de personalidad;
- d) *Variables de respuesta*, es decir, qué conductas tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo, y;
- e) *Variables de consecuencia*, las cuales son una reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

El análisis de las historias clínicas de los potenciales participantes al taller permitió detectar que las variables distantes más comunes entre todos ellos eran: la violencia cuando niños, falta de límites, falta de atención y/o problemas con los padres y violencia intrafamiliar. La variable de antecedente más común era la agresión, mientras que las variables de respuesta comprendían: una escasa o

mala comunicación con el otro, enojo, violencia de diferentes tipos, relaciones sexuales con la pareja por compromiso y tristeza. La variable de consecuencia era problemas de pareja (ver Figuras 1 a 10).

Mapas de alcance de metas

El paso siguiente en la formulación de casos es la aplicación del modelo de solución de problemas con el objeto de generar variables de resultados que puedan seleccionarse como objetivos de tratamiento. Como el problema a abordar era los problemas de pareja, los objetivos seleccionados de manera general para todos los participantes deberían ser los mismos. Estos fueron: mejorar la comunicación en pareja a través de la comunicación asertiva, reducir el enojo y la tristeza por medio de la reestructuración cognitiva y el manejo de emociones, y la solución de problemas cotidianos con la técnica de solución de problemas (ver Figura 13 : Mapa de alcance de metas grupal).

4. CASO: INTERVENCIÓN CON PAREJAS

Las prácticas supervisadas realizadas en el CSPGD en el marco del Programa Único de Especializaciones en Psicología en Intervención Clínica en Adultos y Grupos deben responder a las necesidades concretas de dicho Centro y al objetivo curricular de la clase para la cual se realizan las prácticas, en este caso, Intervención en Grupos.

La modalidad de terapia privilegiada por el Centro es la de los talleres psicoeducativos, toda vez que en la intervención es grupal, se reduce el tiempo de espera y se agrupan las demandas clínicas por temática. A su vez, las prácticas supervisadas satisfacen las necesidades del Centro en términos de intervención clínica.

La idea de la elaboración de un taller de parejas surgió de la necesidad de atender la demanda de servicio de 30 participantes con edades entre 35 a 59+, cuyo motivo de consulta era “Problemas de pareja”.

Selección de las parejas

Los instrumentos de recolección de datos indicados a continuación fueron utilizados para la formulación de caso partiendo de la elaboración de un Mapa de psicopatogénesis y un Plan de tratamiento o Mapa de alcance de metas (ver apartados correspondientes).

Tabla 2: Instrumentos de recolección de datos

- Expediente clínico:
 - a) Motivo de consulta
 - b) Historia Clínica
- Instrumentos para diseñar la intervención:
 - a) Mapa de psicopatogénesis grupal
 - b) Mapa de alcance de metas grupal

A partir de este primer análisis se obtuvieron las siguientes características comunes a los 30 potenciales participantes.

Tabla 3: Características de las parejas

Número de participantes:	30 Sujetos masculinos/femeninos, de estos 6 parejas.
Edad:	35 a 59 años.
Nivel de educación:	Desde la preparatoria terminada a doctorado concluido.
Motivo de consulta:	Problemas de pareja

La información anterior fue utilizada para elaborar una tabla similar a la Tabla 2 que detalla las características de los participantes en el taller, pero con los 30 expedientes originales. En la Tabla 4 podemos identificar un motivo de consulta común: “Problemas/Conflictos de pareja”. Esta Tabla contiene la información perteneciente a los 10 participantes que completaron el taller: 4 parejas y 2 personas solas.

Resulta muy importante destacar que la información en los expedientes a partir de los cuales se trabajó fue recabada por estudiantes de Licenciatura y que en ningún momento se entrevistó a los participantes antes de la iniciación del taller con el objeto de obtener más información que contribuyese a perfilar mejor sus necesidades.

Las coincidencias en los mapas de psicopatogénesis (ver Figuras 1 a 10 a continuación) fueron utilizadas para hacer una formulación de caso grupal y diseñar la intervención del taller que se describe más adelante.

Tabla 4: Motivos de consulta

Pacientes*	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA E INFORMACIÓN ADICIONAL ENCONTRADA EN EL EXPEDIENTE	Fecha de pruebas	BECK ANS	BECK DEP
Beto	53	Desequilibrio emocional por conflictos de pareja . Refiere que su esposa tiene celotipia. Tiene depresiones, conflictos de ansiedad, desesperación, no pude hacer que su pareja entienda situaciones simples que suceden. Se siente agredido.	16 Feb 2012	27	26
Elsa	49	Conflictos de pareja . Peleas constantes desde hace 4 años. Quiere saber si su comportamiento está bien, sobre todo con su pareja, ya que últimamente está muy confundida pues él insiste en que necesita un psicólogo o un psiquiatra. El último conflicto la llevó al psiquiátrico por decir que se quería morir (Ideación suicida). Se deprime con frecuencia	16 Feb 2012	7	14
Jaime	59	Conflictos de pareja desde hace 3 años, muchos relacionados con la educación de su hija de 15 años. Padece de diabetes desde hace 22 años. Toma Metformina, Glibenitamida e Insulino. Se siente "deteriorado" en su papel de pareja. Disfunción sexual	1 Ene 2012	10	23
Sofía	52	Problemas matrimoniales y con la pareja desde hace más de 10 años. Refiere al marido como agresivo e intolerante. Se incorpora al taller de parejas con el marido. No tiene relaciones por la diabetes del marido. Falta de interés sexual, frigidez.	19 Abr 2012	10	28
Ernesto	59	Problemas de pareja . Varios aspectos del pensamiento y actuación de su pareja le exasperan. Considera que su miedo, ansiedad y emociones negativas impiden la paz, seguridad y firmeza familiar. Padeció cáncer de piel. Problemas de próstata.	13 Oct 2012	4	10
Mónica	51	Problemas de pareja . Necesita llevarse mejor con él, casi nunca están de acuerdo en lo mismo y tienen gustos diferentes. Refiere haber tenido cáncer de mama izquierda en el 2000 que ha reincidento. Refiere que su marido es hermético y pasivo y eso la desespera. Tiene dos hijos, uno de ellos drogadicto y el otro es hijo del marido con quien vive actualmente. Padeció cáncer de mama hace 3 años. Teme tener metástasis.	13 Oct 2011	29	7
Susana	41	Problemas de pareja . Siente que ella dedica más tiempo a su familia que a él. Comenta que desde hace 2 meses ella no quiere tener intimidad con él.	11 Marzo 12	9	3
Vicente	38	Problemas de pareja . Mala comunicación con el marido. Se siente devaluada y no se le antoja tener intimidad desde que nació su hijo hace 2 años. Frigidez y dolor cuando tiene relaciones sexuales.			
Andrea	52	Celos de su hermana desde hace 6 meses porque centró a trabajar a la misma empresa que su marido, y como viven en la misma colonia ellos van y vienen juntos. Tiene miedo de que inicien una relación de pareja. Siente un gran enojo y remordimiento por desconfiar de su hermana. Hipertensión. Refiere poco interés sexual.	15 Marzo 12	0	3
Roberto	49	Dificultades cognitivas relacionadas con accidente cerebro vascular en 2003. Disminución de capacidades de concentración, olvidos, dificultades motrices, eventualmente, problemas de pareja y con sus hijos.	10 Nov 2011	1	8

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para preservar la confidencialidad.

** : Cada bloque de color diferente identifica a los miembros de la pareja. Los dos últimos participantes asistieron solos al taller. Se observará que el principal motivo de consulta fue problemas/conflictos de pareja y se agrega información adicional sobre la relación de pareja proporcionada por el paciente en su historia clínica.

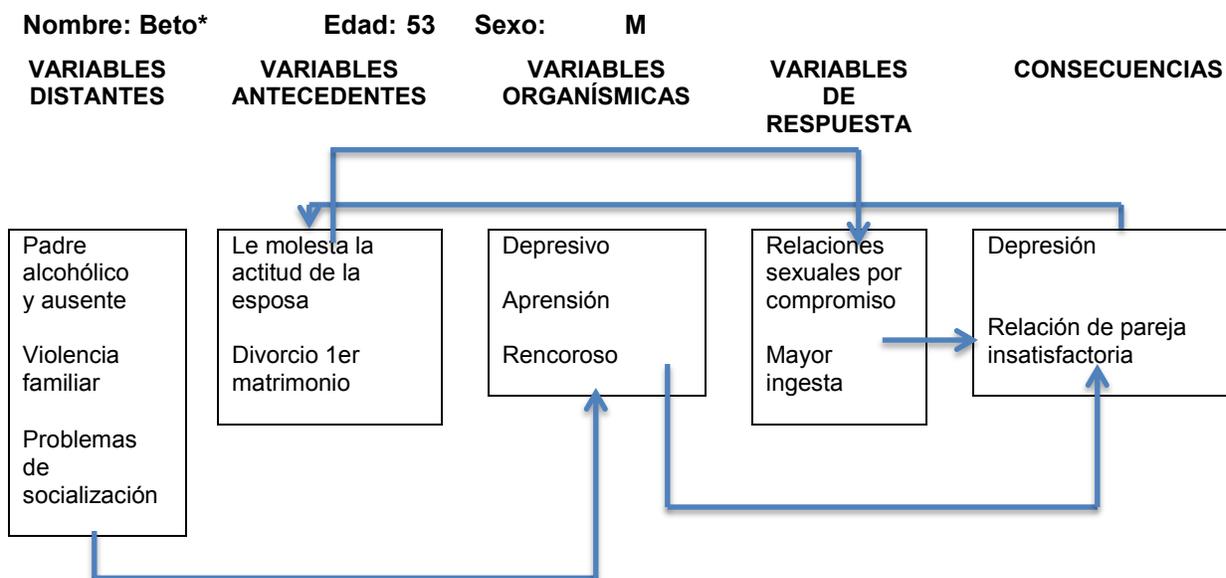


Figura 2. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 1.

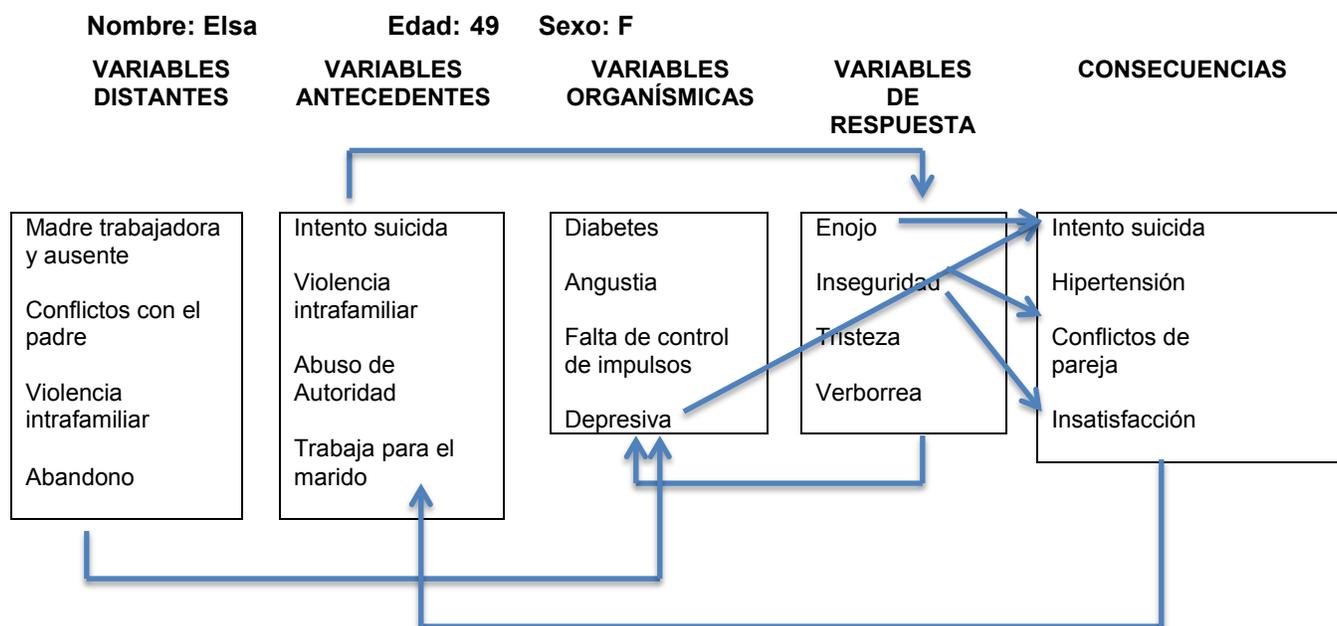


Figura 3. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 2.

VARIABLES DISTANTES o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VARIABLES DE ANTECEDENTES: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VARIABLES ORGANÍSMICAS que explican el porqué de las respuestas conductuales.

VARIABLES DE RESPUESTA o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VARIABLES DE CONSECUENCIA o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para proteger la confidencialidad.

Nombre: Jaime Edad: 59 Sexo: M

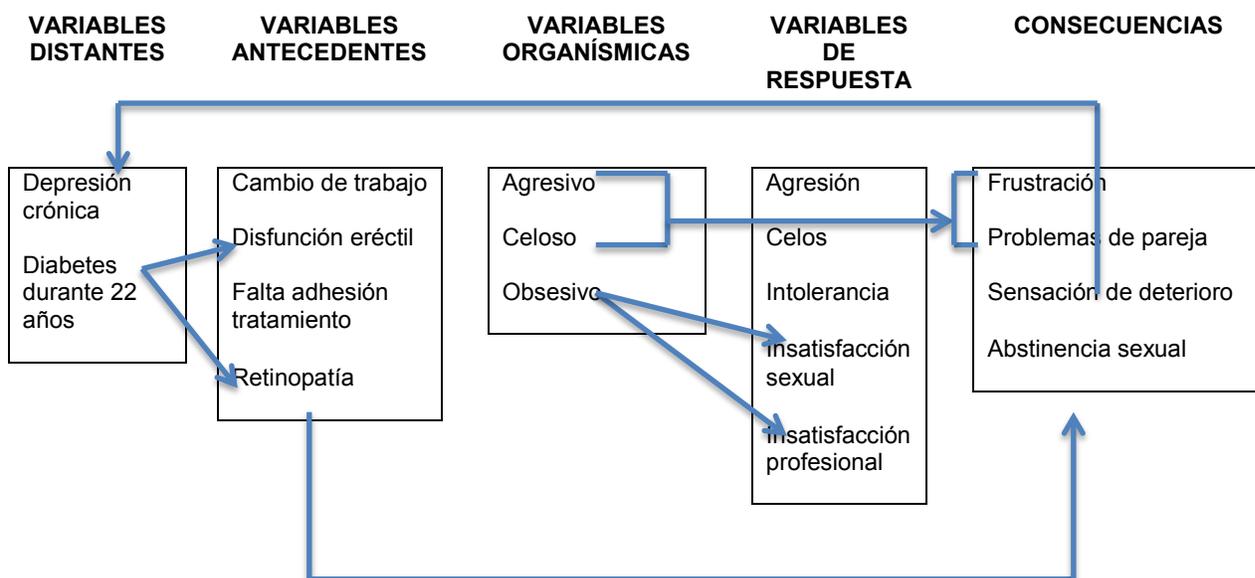


Figura 4. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 3.

Nombre: Sofía Edad: 52 Sexo: F

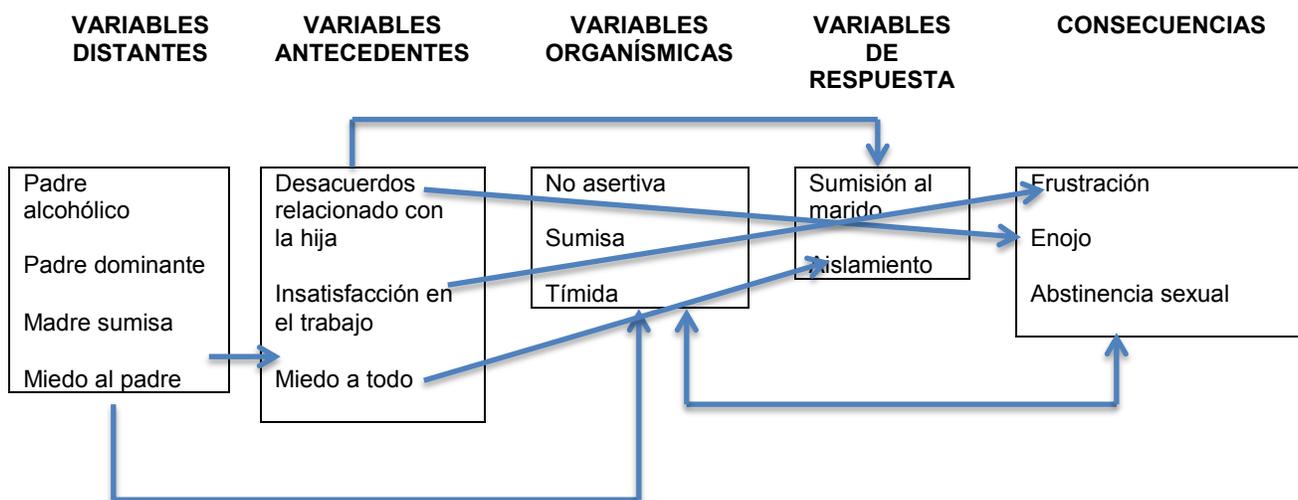


Figura 5. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 4.

Variables distantes o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

Variables de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para proteger la confidencialidad.

Nombre: Ernesto Edad: 59 Sexo: M

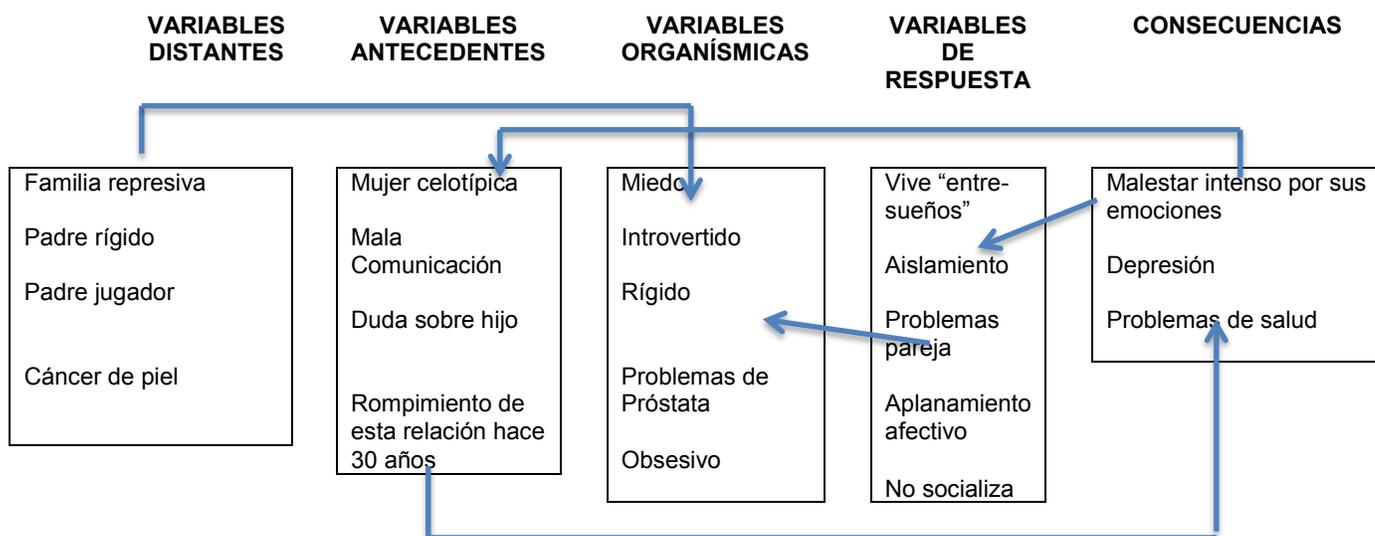


Figura 6. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 5.

Nombre: Mónica Edad: 51 Sexo: F

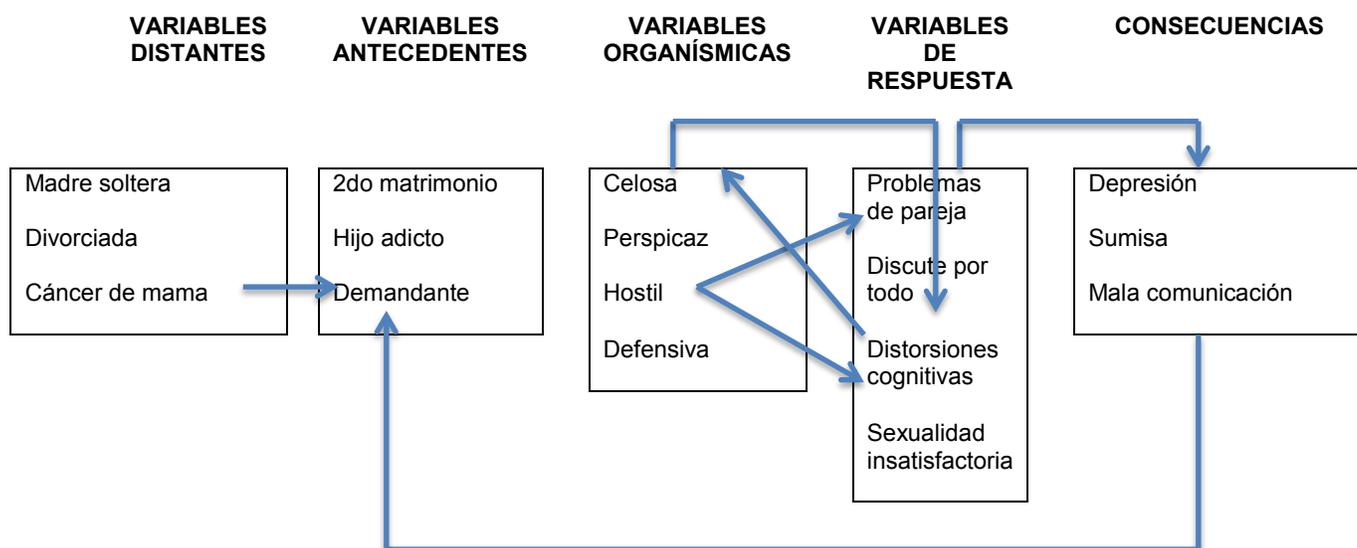


Figura 7. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 6

Variables distantes o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

Variables de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

Variables organísmicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para proteger la confidencialidad.

Nombre: Vicente Edad: 41 Sexo: F

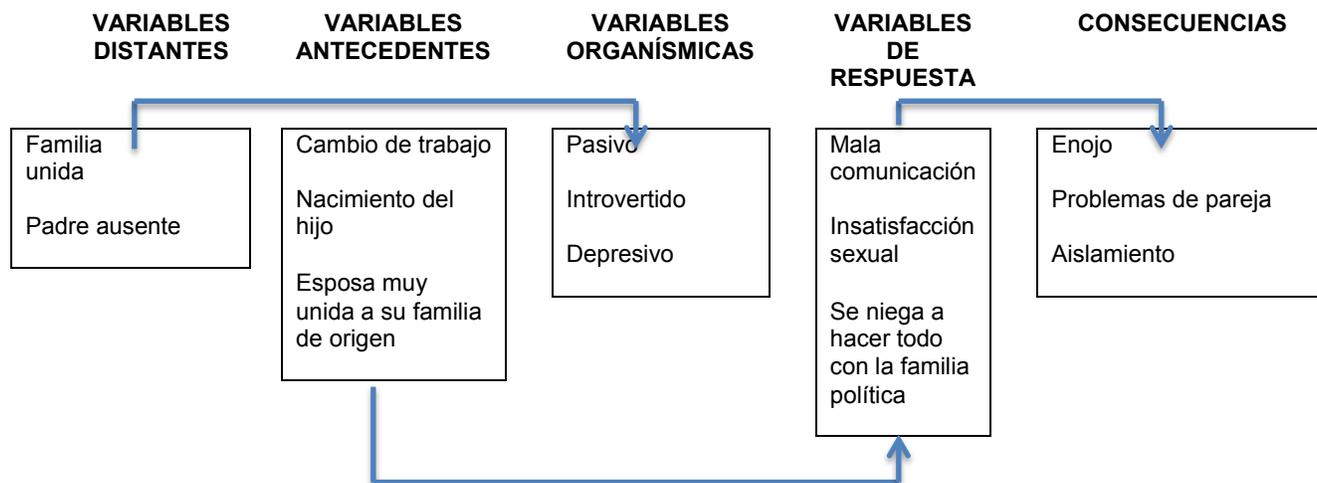


Figura 8. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 7.

Nombre: Cinthia Edad: 38 Sexo: M

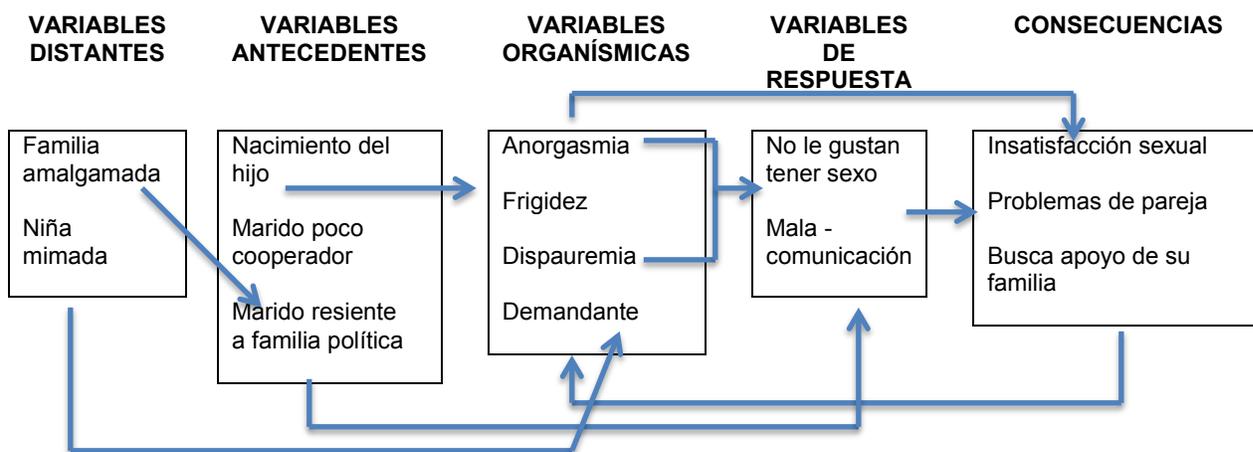


Figura 9. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 8.

Variables distantes o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

Variables de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para proteger la confidencialidad.

Nombre: Andrea Edad: 52 Sexo: F

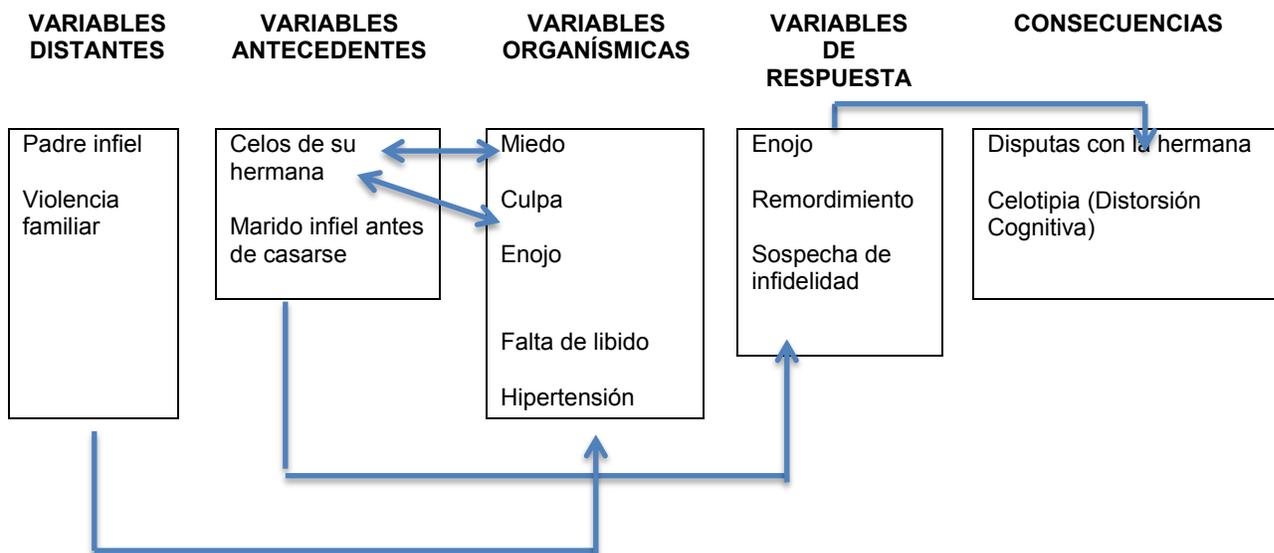


Figura 10. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9.

Nombre: Roberto Edad: 49 Sexo: M

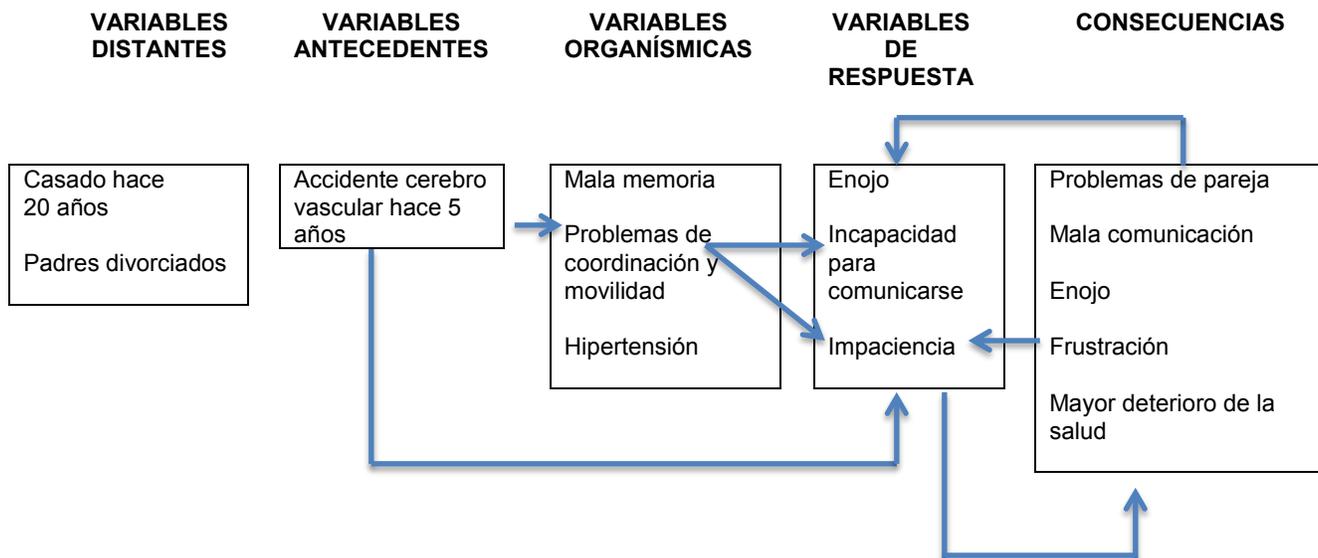


Figura 11. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10.

VARIABLES DISTANTES o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VARIABLES DE ANTECEDENTES: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VARIABLES ORGANÍSMICAS que explican el porqué de las respuestas conductuales.

VARIABLES DE RESPUESTA o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VARIABLES DE CONSECUENCIA o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados para proteger la confidencialidad

El diseño del taller

A pesar de que el motivo de consulta era en términos generales “Problemas/Conflictos de pareja”, los mapas de psicopatogénesis (ver Figuras 1 a 10) indicaban que cada uno de los participantes tenía otras demandas que generaban diversidad dentro de la misma temática. Para poder diseñar un taller que cumpliera con la demanda y contuviera una temática propia para las características de los participantes, adicionalmente a esto, había que tomar en cuenta el rango de edades, el nivel de educación y la etapa de vida/matrimonio en que se encontraban. Todos, salvo una pareja, tenían más de 15 años de casados, la mitad tenía hijos entre 15 y 30 años.

Había dos opciones para la temática del taller: seleccionar un tema, por ejemplo, solución de problemas y desarrollarlo a profundidad, o bien diseñar un taller que tomara en cuenta diversos aspectos importantes en la relación de pareja, como la comunicación, el manejo de emociones, la negociación, y la sexualidad, entre otros.

La política de atención a pacientes del CSPGD permite ofrecer talleres de 10 sesiones, 12 máximo. No es posible tomar otro taller, ni tampoco es posible continuar con terapia individual. La demanda de atención es mucha y el CSPGD no se da abasto.

Así las cosas, y con poca retroalimentación que permitiera diseñar un taller con objetivos y estructura adecuados, se decidió que dadas las características de esta población, sería de mayor provecho si se abordaba, aunque no tan profundamente como se quisiera, diferentes ejes de la relación. Además de enseñar a los participantes algunas técnicas cognitivo-conductuales, la idea era desafiar a los participantes con preguntas existenciales sobre su relación de pareja, de manera que, si todo marchaba bien, se vieran inclinados a comprender que a pesar de tener problemas luego de tantos años de matrimonio, era posible reconstruir una relación o bien, era posible decidir continuar separados y rescatar lo positivo de lo vivido juntos.

Con esto en mente, y con los resultados del análisis de los mapas de psicopatogénesis por paciente descritos anteriormente, se procedió entonces a elaborar el Mapa de psicopatogénesis grupal del taller (ver Figura 12), el cual en tanto formulación de caso, desglosa las variables comunes o similares entre los participantes.

A partir de éste se elaboró el Mapa de alcance de metas grupal del taller como guía para las estrategias de intervención (ver Figura 13). Este mapa estableció cinco objetivos fundamentales que, a través de estrategias de intervención (enseñanza de técnicas cognitivo-conductuales descritas en el marco teórico), permitirían lograr una serie de metas para mejorar la calidad de la relación de pareja. Estos objetivos eran: Identificar y manejar los sentimientos de enojo, las actitudes violentas, los sentimientos de tristeza, las dificultades en las relaciones sexuales de la pareja, así como mejorar la comunicación interpersonal. Las metas, por su parte eran: reducción del estrés, mejorar la comunicación física y emocional de la pareja, reducir el enojo y solucionar los problemas de manera positiva y asertiva.

En la elaboración de los objetivos del taller, así como de las cartas descriptivas de cada una de las sesiones del taller, se fundamentó en este mapa de alcance de metas general junto con la consideración de un par de premisas sencillas de alguna manera vinculadas con la etapa de vida de estas parejas. La primera: *la relación de pareja sufre modificaciones conforme pasa la vida*. Las expectativas y las realidades con las cuales se inició el matrimonio cambian con el tiempo y a veces ni se sabe cómo ni cuándo es que sucedió. Son estas expectativas incumplidas las que terminan por generar grandes distorsiones de pensamiento y de relación.

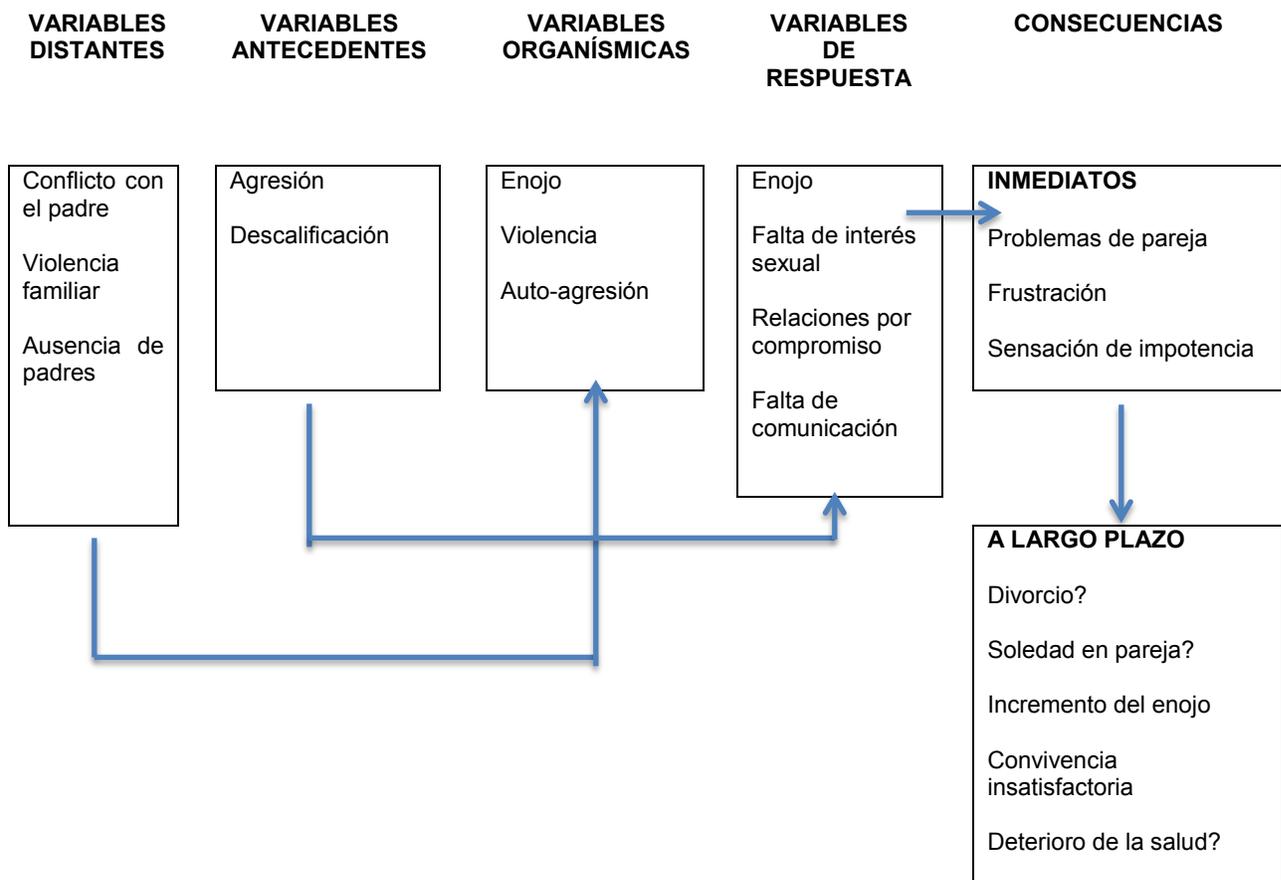


Figura 12. Mapa de psicopatogénesis grupal del taller de parejas.

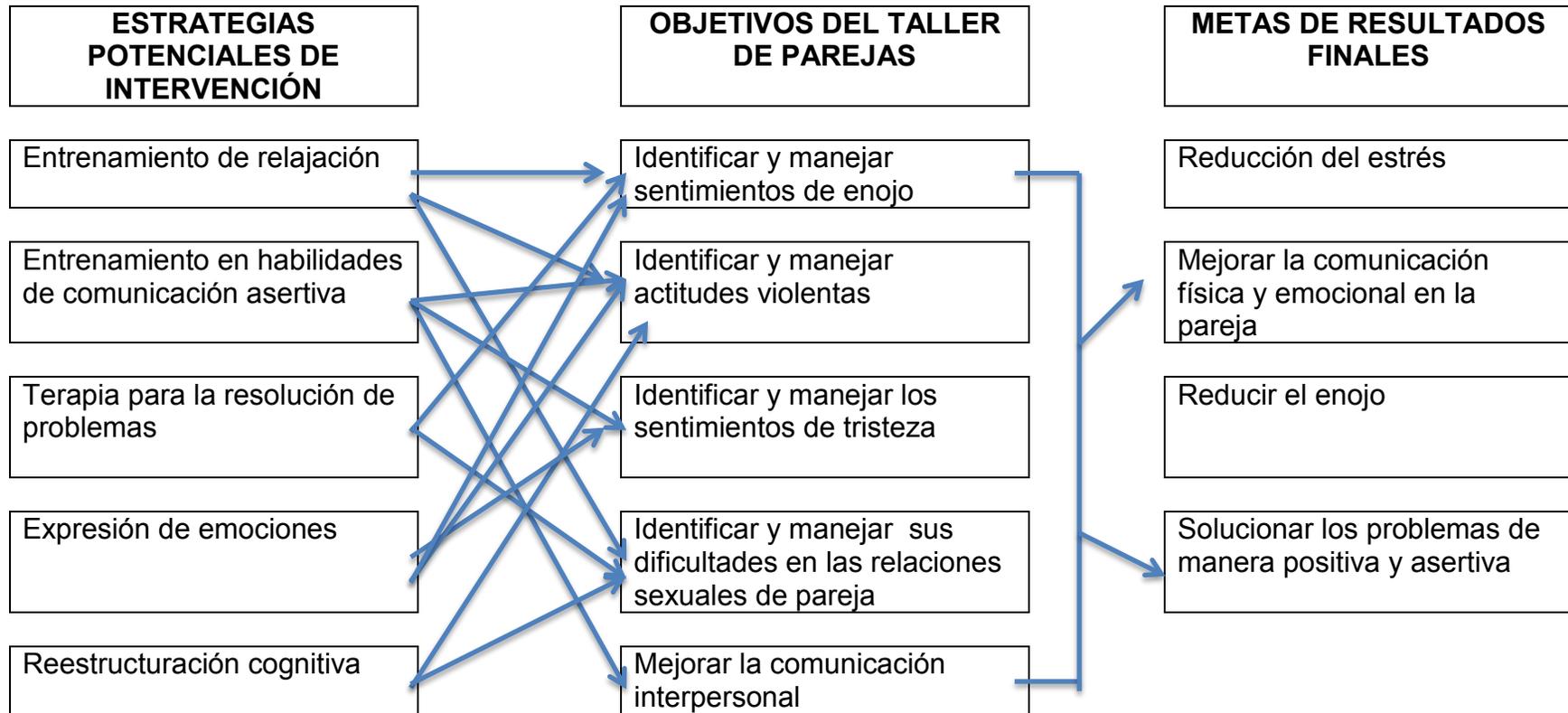


Figura 13. Mapa de alcance de metas general del taller de parejas.

La segunda: *tradicionalmente se nos ha enseñado a construir un "matrimonio" en aras de tener una familia y no a construir una "pareja" con quien habremos de compartir muchos años de nuestra vida, quizás el resto de ella.* Tomando en cuenta los fenómenos grupales descritos en el marco teórico (insight, interestimulación, inducción mutua, instilación de la esperanza, entre otros), se decidió que, a través de las sesiones del taller, se invitaría a cada uno de los integrantes de la pareja a plantearse el tipo de vida, y de qué calidad, desearían para sí para los últimos años de su vida: con salud, en compañía o sin ella, y quizás, incluso bajo la enfermedad.

El taller proporcionaría a los participantes las herramientas cognitivo-conductuales necesarias para reconocer en qué momento de la relación de pareja se encontraban, cómo manejar mejor sus emociones a través de la reestructuración cognitiva, cómo comunicar mejor, cómo poder resolver problemas y finalmente, se les invitaría a hablar de la sexualidad y el erotismo en aras de mejorar la comunicación y, con suerte, invitarles a explorarla todavía más. Los fenómenos grupales contribuirían a hacerlos sentirse aceptados, seguros y propiciarían la interestimulación.

Si los participantes del taller comprendían en dónde estaban situados: en una pareja o un matrimonio, e identificaban qué querían y hacia dónde querían ir, y se generaban algunos factores grupales curativos señalados en el marco teórico, se esperaba que a lo largo y al final del mismo los participantes diesen de alguna manera respuesta, aunque fuese mínima, a las siguientes preguntas: ¿Quiénes somos? ¿Qué queremos? ¿Queremos y podemos seguir juntos? ¿Podemos reconstruir nuestra relación y convertirla en algo mejor? ¿Somos pareja o matrimonio²? ¿Realmente podemos tener vida sexual a estas alturas de la vida?

² De acuerdo con Zumaya (2011) la pareja es la relación más importante que vive el ser humano. Él hace una diferencia entre el matrimonio y la pareja. Al primero lo define como una institución cultural, religiosa y cuyo objetivo principal es la preservación de la figura de la familia. Es una institución regida por un contrato y se puede estar dentro de él por motivos como hijos, compromisos, valores religiosos, entre otros. Por otro lado, sostiene que una pareja *es una relación que se da entre dos personas, donde existe un vínculo emocional o amoroso que las une y en la cual se comparte un erotismo, el placer de estar, crecer juntos, de hacer todo amorosamente para que el otro esté bien, con todas las dificultades que esto implica.* (Zumaya, 2001, p. 23). Para Zumaya, uno puede tener pareja sin estar dentro de un matrimonio e igualmente, se puede vivir en matrimonio sin que se viva en pareja.

¿Y si quiero vivir solo(a)? ¿Y si quiero darme la oportunidad de encontrar otra pareja con quien pasar el resto de mis días?

Metas del taller.

La pareja:

- evaluará la situación en la que se encuentra en su relación de pareja.
- determinará qué desea de su relación y qué necesita para obtenerlo, y
- adquirirá herramientas que le permitan llevar una relación más armónica consigo mismos y con su pareja de manera positiva y asertiva.

Número de sesiones: 11 sesiones. El número de sesiones del taller está determinado por la política de intervención en el CSPGD, donde se cuenta con un límite máximo de 10 a 12 sesiones debido a la gran demanda de servicio. Se instrumentaron 10 sesiones de taller y una más de seguimiento varias semanas después.

Objetivo general.

- Optimizar la relación, la comprensión y la comunicación de la pareja a través de los siguientes elementos que favorezcan una relación armónica: la identificación de la situación en que se encuentra la relación, la identificación de creencias y pensamientos automáticos que deterioran la comunicación, el manejo de emociones, la identificación de distorsiones en la comunicación y cómo erradicarlas, la reestructuración cognitiva, el aprendizaje de una comunicación asertiva, técnicas de solución de problemas y, finalmente la exploración de la sexualidad y su papel en la comunicación en la pareja.

Objetivos específicos.

Los participantes:

- Identificarán los principales elementos que pueden convertirse en obstáculos en la relación de pareja.
- Identificarán y entenderán los pensamientos automáticos.
- Adquirirán habilidades para reconocer y manejar las emociones negativas.
- Adquirirán habilidades para mejorar la comunicación en la pareja a través de la identificación de las distorsiones en la comunicación.
- Identificarán y aprenderán comportamientos y pensamientos positivos.
- Aprenderán técnicas de reestructuración cognitiva.
- Aprenderán a comunicar de manera asertiva.
- Aprenderán algunas técnicas de resolución de problemas.
- Discutirán sobre la sexualidad y su papel en la comunicación en la relación.
- Adquirirán elementos que les permitan decidir si lo que desean es vivir en pareja o estar solo, y bajo qué esquema.

Cuestionarios de apoyo al taller

Como apoyo a los objetivos y a las sesiones del taller se aplicaron 6 cuestionarios del libro *Con el amor no basta* (Beck, 2010). Cada uno de estos cuestionarios que se presentan con el material de la sesión a la que corresponden en el Anexo 2, explora diferentes áreas de la relación de pareja y se detallan a continuación:

- 1) *Ideas acerca de la relación de pareja*: Está constituido por 15 aseveraciones relacionadas con la concepción de la relación de pareja. Se otorga a las aseveraciones las calificaciones siguientes: 7 (Totalmente de acuerdo), 6 (En buena parte de acuerdo), 5 (Un poco de acuerdo), 4 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo), 3 (Un poco en desacuerdo), 2 (En buena parte en desacuerdo), 1 (Por completo en desacuerdo).
- 2) *Convicciones acerca del cambio*: Este cuestionario consta de 33 reactivos que expresan convicciones que el paciente puede tener sobre sí mismo y sobre su cónyuge, cuyo objetivo es que reflexione sobre cómo éstas inciden

en su convicción personal acerca del cambio en su relación de pareja o con otros. Estas convicciones están divididas en 4 grupos: Opiniones derrotistas, Opiniones Auto-justificadas, Argumentos de reciprocidad y El problema es mi cónyuge. El/la participante sólo debe seleccionar aquellas convicciones que aplican a su relación. No hay respuesta buena ni mala.

- 3) *Problemas en la relación*: Consta de 45 aseveraciones que podrían considerarse problemas en la relación. Están divididas en 4 áreas: En la toma de decisiones (cuando tenemos que discutir un problema o tomar una decisión), Finanzas, Relaciones Sexuales, Recreación y actividades en tiempo libre.
- 4) *Problemas en el estilo de comunicación*: Este cuestionario consta de 26 reactivos que los participantes deben seleccionar y que indiquen conductas que utilizan los participantes y su pareja para comunicarse. Están divididas en dos áreas: Estilo de comunicación y Problemas en la comunicación. En el primer grupo de reactivos, el participante debe seleccionar aquellas conductas que la pareja utiliza con el participante, las que le molestan, y las que el participante utiliza con la pareja. En el segundo, el participante debe indicar del 1 al 4 qué conducta ocurre con más frecuencia, donde 1 es menos y 4 más.
- 5) *Expresiones de amor*: Consta de 42 reactivos o pensamientos que el/la participante puede tener cuando tiene relaciones con su pareja. El/la participante debe calificar del 0 al 5 la frecuencia con que tiene estos pensamientos. Las calificaciones son. 0 (Nunca), 1 (Rara vez), 2 (En ocasiones), 3 (Frecuentemente), 4 (Casi siempre), 5 (Siempre). Los pensamientos están divididos en 12 áreas: Sentimiento de cariño, Expresiones de afecto, Solicitud, Aceptación y tolerancia, Empatía y sensibilidad, Entendimiento, Compañerismo, Intimidad, Amistad, Complacer, Apoyo, y Contacto Estrecho.
- 6) *Pensamientos negativos sobre la sexualidad*: Consta de 36 enunciados o pensamientos que el/la participante puede tener al tener relaciones sexuales con su pareja. Están divididos en 4 áreas: Dudas sobre sí mismo(a), Dudas

sobre el cónyuge, Debería, Negatividad. El/la participante deberá indicar con qué frecuencia del 1 al 5 tiene dichos pensamientos. La puntuación es igual que para el cuestionario anterior.

El participante y el facilitador podrá detectar, por medio de los enunciados de las conductas seleccionadas con puntuación más alta o que determinen una mayor frecuencia cuáles pueden ser los principales puntos de conflicto y/o insatisfacción en la relación.

Finalmente, por las razones ya señaladas, en términos de método, este taller no contó con objetivos específicos por sesión, al menos no objetivos metodológicos, sino generales. Los objetivos se centraron en cada uno de los temas de la actividad principal de las sesiones, y no podría decirse que estos objetivos cumplieren con una metodología, sino con una lógica: la lógica propuesta en el libro de Beck (2000) para terapia para parejas. Lo mismo sucedió con la meta del taller.

La elaboración de las metas y los objetivos señalados en el apartado siguiente tuvo lugar posteriormente, cuando se empezó a revisar y escribir el material con el que se contaba para elaborar el proyecto de titulación. Fue sólo entonces que se destacó la necesidad metodológica de escribirlos y de deducirlos del material que había sido elaborado en su momento para el taller.

5. RESULTADOS

Por su naturaleza, los resultados del taller se dividen en seis apartados:

- Descripción de las sesiones y temáticas trabajadas
- Resultados de los cuestionarios aplicados en las sesiones del taller
- Resultados comparativos de los cuestionarios
- Percepción de cambios en la relación expresada en dibujos
- Resultados obtenidos desde la perspectiva de la Teoría de Grupos
- Dificultades en la presentación del taller

Descripción de las sesiones y temáticas trabajadas

El taller de parejas fue diseñado para 10 sesiones de 2 horas en una de las cámaras de Gesell, y una sesión adicional de seguimiento un mes después. De acuerdo con el marco teórico, en términos generales, la terapia cognitiva con parejas se centra en tres aspectos cognitivos: a) la modificación de las expectativas irreales de la relación; b) la corrección de falsas atribuciones en la interacción de la pareja y, c) el uso de procedimientos que permitan disminuir esta interacción negativa y destructiva.

El orden temático de las sesiones se basó en el modelo de terapia de pareja presentado por Aaron Beck en su libro *Con el amor no basta* (Beck, 2010), donde el autor hace una propuesta de intervención en el trabajo de parejas. El material usado en las presentaciones y los cuestionarios se extrajeron de los siguientes libros: de Beck (2010), *Con el amor no basta*; González Vera (2012), *El conflicto en la pareja, un cambio en tu evolución*, quien aborda de manera muy clara el tema de la comunicación y los mensajes yo; Gilbert & Shmukler (2000) *Terapia breve con parejas: un enfoque integrador*, quienes discuten las diversas dimensiones de la relación. También se utilizó material de Gray (2010) *Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus* y Martín (2004), sobre todo para el uso de ejemplos en las diferencias de comunicación y formas de pensar y actuar, *Construir la pareja conyugal: estrategias y caminos para establecer un*

vínculo pleno y consistente para ejemplificar las diferencias de pensamiento entre hombres y mujeres y los elementos que serían importantes para construir una pareja. Finalmente, para la elaboración del material de la sesión de erotismo y sexualidad se consultaron las versiones electrónicas de los libros *La pareja multiorgásmica* (Chia et. al., 2000) y *El hombre multiorgásmico* (Chía, 1999). El tiempo asignado a cada actividad fue estimado libremente y nunca fue suficiente. Las sesiones se sujetaron a las 2 horas predeterminadas, pero con frecuencia los participantes solicitaban la posibilidad de extender el tiempo para continuar con el tema abordado. Desafortunadamente, dado que las cámaras están asignadas previamente para todo el semestre, esto no fue posible.

A continuación se describe cada una de las sesiones, las temáticas y actividades trabajadas. Las cartas descriptivas de cada sesión se encuentran contenidas en el Anexo 1. El Anexo 2 contiene una impresión del material de las presentaciones en Power Point a las que se hace referencia en las cartas descriptivas, así como el cuestionario aplicado en la sesión, si fuera el caso. El cuestionario aplicado para la evaluación de cada sesión se presenta en el Anexo 3 junto con el cuestionario de evaluación final del taller y un par de cuestionarios respondidos por los participantes

Sesión 1: Introducción: la relación de pareja.

El encuadre de la primera sesión consistió en la presentación de los participantes y la explicación de las reglas y el objetivo general del taller: *“Optimizar la relación, la comprensión y la comunicación de la pareja a través de los siguientes elementos que favorezcan una relación armónica: la identificación de la situación en que se encuentra la relación, la identificación de creencias y pensamientos automáticos que deterioran la comunicación, el manejo de emociones, la identificación de distorsiones en la comunicación y cómo erradicarlas, la reestructuración cognitiva, el aprendizaje de una comunicación asertiva, técnicas de solución de problemas y, finalmente la exploración de la sexualidad y su papel en la comunicación en la pareja”*.

Con el objeto de promover la integración del grupo se hicieron dos dinámicas, una de ellas era un juego donde se lanzaba una pelota a alguno de los integrantes, quien debía recordar los nombres de los participantes anteriores a él/ella y su principal interés.

De manera particular, esta sesión pretendía ayudar a los participantes a identificar las ideas o expectativas que tenían sobre qué es una pareja y si creían que éstas podían o no cambiar.

El primer punto teórico abordado fue una reflexión sobre los derechos que tiene todo ser humano: amor, respeto, etc. (Ver presentación *Los derechos fundamentales en la pareja* en el Anexo 2). Se pidió a cada uno de los integrantes leer un par de éstos y aportar una reflexión. La idea era hacerles conscientes de que muchas de sus necesidades en su convivencia diaria son en realidad un derecho, como sería el derecho a ser escuchado, el derecho a opinar y ser respetado, el derecho a ser tratado con dignidad, el derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, y el derecho a ser independiente, entre otros. Algunos de estos temas generaron una discusión positiva.

Ellis (citado por Dattilio, 1995, p. 28) sugiere que los problemas matrimoniales surgen cuando se tienen expectativas irracionales sobre el otro y sobre el matrimonio. Por su parte, Zumaya (2011) sugiere que parte de las expectativas en la relación de pareja es cultural, ya que el concepto matrimonio gira en torno a la creación de una familia pero rara vez en torno al concepto de pareja. Así, la segunda presentación (Ver la presentación *Pareja o matrimonio*) cuestiona a los participantes sobre si existe o no una diferencia entre el concepto pareja y el concepto matrimonio, se presentan elementos importantes en la relación de pareja, tales como el amor, la comunicación, la intimidad, el respeto, y se definen diferentes tipos de pareja. La presentación cierra cuestionando qué tipo de relación busca cada individuo al vivir en pareja, ¿pareja o matrimonio?. Los participantes hicieron diversas aportaciones en torno a los elementos presentados de cara a su experiencia personal, e incluso varios se mostraron reflexivos al preguntárseles qué tipo de relación tenían y qué tipo de relación querían o esperaban.

Para ahondar un poco más en la reflexión, se aplicó el cuestionario de *Ideas de la relación de pareja* (ver material de la Sesión 1 en el Anexo 2), descrito en el apartado correspondiente. El cuestionario fue seguido de una nutrida discusión.

Al término de la sesión, se entregó un pequeño cuestionario sobre el taller con el fin de monitorear la efectividad de lo trabajado en ella (ver Anexo 3).

Sesión 2: ¿En dónde estamos en nuestra relación de pareja?

Una de las virtudes de los talleres psicoeducativos es que cada sesión construye sobre lo trabajado en la anterior (Herrera, 2003) y que la participación en grupo contribuye a la introspección, interestimulación y compromiso, entre otros (Díaz Portillo, 2000).

En esta segunda sesión, se decidió continuar construyendo sobre la reflexión de la situación de la pareja con el fin de poder identificar los elementos que perturban la relación, y que son necesarios reconocer antes de iniciar un trabajo en equipo hacia la construcción de una relación mejor. En otras palabras, ¿cómo trabajar hacia una mejor relación si no se conoce qué la perturba y por qué? Así, el objetivo de la sesión era que los participantes pudiesen identificar los obstáculos en la relación y su disposición al cambio.

Para este fin, luego de revisar el material cubierto en la sesión anterior, se hizo una presentación sobre elementos que pueden generar diferencias en la pareja (ver presentación *¿Dónde estamos? Elementos que eventualmente generan “brechas” en la relación de pareja*). Entre estos elementos destacan: adivinar el pensamiento, conclusiones erróneas, prejuicios, expectativas, situar la responsabilidad de nuestra felicidad en el otro, y los famosos “debería” entre otros. Los teóricos cognitivos-conductuales (Ellis, 1989; Dattilio, 1995; Gilbert y Schmulker, 2000; Martín, 2004; Capafons & Sosa, 2009; Beck, 2010; González Vera, 2012, entre otros) dirían que estos elementos son en sí las denominadas “distorsiones cognitivas”.

A la presentación le siguió la aplicación del cuestionario *Problemas en la relación de pareja* (Beck, 2010), el cual explora a través de la categorización del 0 (Nunca) al 4 (Siempre) diversas áreas donde con frecuencia hay problemas: toma

de decisiones, finanzas, relaciones sexuales, recreación y actividades en tiempo libre.

Asimismo, se solicitó expresar su perspectiva personal sobre su relación de pareja ilustrándola con un dibujo (para algunos de estos dibujos, ver Anexo 4) y hacer una presentación al grupo. Se observó cierta reticencia cuando algunos integrantes cuya pareja estaba presente hicieron su presentación.

Para cerrar la reflexión sobre el momento en el que se encontraba su relación se procedió a preguntar “*¿Creen que podrían hacer cambios en su relación de pareja que permitiese mejorar la convivencia y la calidad de esta? ¿Conocen a su cónyuge lo suficiente como para saber si se puede o no lograr un cambio para mejor?*”. Las respuestas eran tímidas e inseguras.

Entonces se les entregó el cuestionario *Convicciones acerca del cambio* (Beck, 2010). El objeto del cuestionario es identificar qué convicciones tiene el participante y qué validez tienen. Este cuestionario presenta hipotéticas convicciones acerca del participante y su cónyuge relacionadas con el porqué se podría o no conseguir un cambio. Estas hipótesis van desde opiniones derrotistas tales como “Ha sido demasiado el daño”, “Soy incapaz de cambiar”, a opiniones auto-justificativas como “Me lastimó, así que merece ser lastimado(a)”; a argumentos de reciprocidad: “Hacen falta dos para bailar”, “No me esforzaré a menos que mi cónyuge lo haga”, y finalmente, convicciones de que el problema es el cónyuge, tal como “Si empezamos a buscar en la relación, mi compañero(a) se pondrá peor” o “El problema es que mi cónyuge está lleno de odio”.

Para Beck (2010), estas opiniones pueden aparecer como pensamientos automáticos al momento de intentar hacer cambios en la relación y deberán tenerse en mente al trabajar contra-argumentos que los invaliden.

Se continuó con algunos minutos de revisión y reflexión del material presentado. Se dejó de tarea a los participantes identificar y hacer una lista de aquellas convicciones o creencias que tenían sobre lo que debía ser la relación de pareja y sus expectativas sobre el otro, así como porqué se podría trabajar para lograr mejorar la relación de pareja o porqué no, pesando en los ejercicios realizados durante la sesión.

Aquí la idea no era agotar el tema sino desafiar a los participantes a reflexionar sobre lo que habían descubierto en la sesión, sobre lo que habían escuchado y sobre la veracidad y realidad de las expectativas y creencias en las que sostenían su relación de pareja: ¿pareja o matrimonio? ¿O nada?

Nuevamente, la sesión se cerró con el mismo cuestionario de evaluación que en la sesión anterior.

Sesión 3: El ojo de la tormenta: pensamientos automáticos y enojo (1)

El objetivo de esta sesión fue empezar a comprender de manera más sistemática qué son los pensamientos automáticos y cuál es su relación con las emociones, particularmente el enojo. Se iniciaría también a introducir de manera práctica el concepto de reestructuración cognitiva, al enseñárseles a sustentar o descartar sus creencias y pensamientos automáticos con hechos.

Para determinar si las creencias son distorsionadas o no, la terapia cognitiva busca evidencia a favor de éstas a través de la reflexión, confrontación y contra-argumentación, por medio de cuestionarios sistemáticos y el uso del diálogo socrático. Toda creencia distorsionada tiene su fundamento en hechos irreales o información errónea y es, frecuentemente, la piedra angular de los desacuerdos en pareja. Dattilio (1995) justamente señala que todo individuo tiende a creer que su pareja satisfecerá ciertas necesidades, lo que genera distorsiones que terminan por ser expectativas francamente irreales.

La sesión inició con una participación abierta sobre la información revisada en la sesión pasada y la presentación de las reflexiones alcanzadas al hacer su tarea. Algunos de los participantes fueron capaces de externar algunas de las creencias o expectativas con las que habían crecido y que traían al matrimonio y que no necesariamente eran ciertas. Para otros, resultaba difícil aceptar que eran responsables de su propia felicidad. Las expectativas eran muy altas e irracionales en algunos casos, pero el/la participante no parecía verlo.

Con el fin de integrar mejor el conocimiento sobre el papel de las expectativas y pensamientos automáticos en la relación, se hizo una pequeña dinámica en la que se dividió al grupo en 3 equipos a los cuales se presentó una

situación hipotética. Se instruyó un miembro del equipo sobre cómo reaccionar y se confrontaron las respuestas y expectativas de los demás.

Enseguida se hizo una presentación sobre los pensamientos automáticos y su relación con las emociones (ver la presentación *El ojo de la tormenta: los pensamientos automáticos y el enojo*). En esta presentación se define a los pensamientos automáticos (Beck, 2000) como aquellos pensamientos generados por supuestos o creencias personales, prejuicios, recuerdos y/o actitudes y creencias disfuncionales que no necesariamente son ciertas pero que nuestra propia interpretación genera una reacción, generalmente negativa y desmesurada.

Tomando como marco teórico a Judith Beck (Beck, 2000), la presentación inicia con cuatro supuestos y la reacción que cada uno provoca en un personaje hipotético. Enseguida se analiza el posible pensamiento detrás de la reacción al supuesto. Se guía entonces a los participantes con un par de ejemplos a través de la formación de un pensamiento automático desde los supuestos que se generan en el participante a raíz de una acción o frase de un tercero que afecte al participante al pensamiento al sentimiento. Se enfatiza en el hecho de que somos nosotros quienes interpretamos las acciones de los otros y actuamos en consecuencia, y no que sean los otros quienes hagan algo para molestarnos. Se analizó entonces que lo que genera nuestras reacciones negativas generalmente tiene que ver con creencias personales, prejuicios, recuerdos de situaciones similares, ansiedad, actitudes/creencias disfuncionales. No es que los otros nos provoquen, somos nosotros quienes interpretamos.

La siguiente parte de la sesión consistió en guiar a los participantes a través de la anatomía del enojo, desde qué tipo de sentimiento de trata, lo que provoca en el cuerpo, en el pensamiento y la reacción. Una vez identificado, se les presentaron un par de ejercicios con preguntas y ejemplos que les permitiesen analizar si tenían datos concretos en favor de dicho pensamiento, y se les describió los errores de pensamiento más comunes que contribuyen a generar distorsiones cognitivas, tales como las inferencias, la personalización, la exageración o la minimización, entre otros (ver Reestructuración cognitiva en el marco teórico).

Finalmente, de tarea se les pidió que establecieran una hora específica diaria para platicar sobre lo que les sucediese. Era un ejercicio de lo denominado “tiempo fuera”. Cada vez que se enojaran, deberían esforzarse por hacer respiraciones profundas unos minutos y sólo podrían comentarlo con su pareja a la hora escogida. Para entonces, el sentimiento se habría enfriado y estarían en una mejor posición para hablarlo. Se les pidió que llevaran un diario donde anotaran las situaciones, identificaran sus pensamientos automáticos y los errores de pensamiento, preguntándose, “¿Cómo interpreto yo esto? ¿Qué espero ganar? ¿Qué pierdo reaccionando así?, ¿Hay alguna mejor manera de hacerlo?, etc.”

Sesión 4: Pensamientos automáticos y enojo (2): Emociones y modificación de creencias

En esta cuarta sesión se hizo un amplio y detenido repaso sobre los pensamientos automáticos y su estrecha relación con nuestras reacciones emocionales, particularmente el enojo (Beck, 2000) Se empezó por repasar lo aprendido en la sesión anterior y enseguida compartir con el grupo los resultados de la tarea. Algunos de los participantes manifestaron la utilidad de tener un espacio específico para dialogar sobre aquellos momentos difíciles y en un momento diferente al que éstos tuviesen lugar. Otros encontraron que, dadas sus agendas, encontraban complicado hacer un tiempo para ello, con lo que no lo hicieron diario. El común denominador, sin embargo, fue que al hacerse preguntas sobre lo que sentían y qué lo provocaba, en ocasiones podían encontrar el pensamiento automático y, por tanto, identificar sus reacciones fisiológicas y lo absurdo de la situación.

En esta ocasión la presentación se dividió en dos partes (ver la presentación *Pensamientos automáticos, emociones y modificación de creencias*). En la primera parte se hizo el repaso de la identificación de pensamientos automáticos, al que siguió un ejercicio en parejas en el cual se les pidió que evocaran alguna situación recién pasada en casa y que identificaran qué emociones experimentaban y qué posibles reacciones fisiológicas tenían.

Se continuó entonces con la segunda parte de la presentación referente a la Modificación de los pensamientos automáticos, donde se les enseñaron preguntas que podrían formular para cuestionar sus pensamientos automáticos.

Al finalizar la presentación se hizo un nuevo ejercicio en parejas, donde se debería cuestionar el pensamiento automático de la persona con quien estaban trabajando de manera que ésta proporcionara cualquier evidencia real que tuviese que permitiera sustentar su argumento. Se utilizaron preguntas como: ¿Qué evidencia tienes de que eso es real? ¿Qué otros ejemplos tienes para sustentar tu argumento? ¿Es viable? ¿Qué otra explicación podrías encontrar que lo sustente? ¿Hay distorsiones cognitivas? ¿Qué es lo peor que podría ocurrir? ¿Qué sería lo mejor? ¿Qué consecuencia habría si cambias el pensamiento automático detrás de esto? ¿Cómo puedes hacerlo?

Se pidió al grupo compartir su experiencia en este ejercicio y se aclararon dudas referentes al material revisado. En términos generales, los participantes señalaron comprender claramente cómo funcionaban los pensamientos automáticos y cómo el ser cuestionados claramente les hacía ver los errores de pensamiento, facilitando entonces un cambio positivo. Identificaron, asimismo, que no siempre tenían argumentos reales y sólidos para contrarrestar su pensamiento automático el cual, por ende, resultaba absurdo. Lo sorprendente fue constatar que se regían por pensamientos absurdos.

La sesión terminó con la aplicación del cuestionario sobre el taller.

Sesión 5: La comunicación en la relación de pareja (1): El estilo de comunicación

Las siguientes dos sesiones estuvieron dedicadas al arte de la comunicación. En la primera, la sesión 5, se les enseñaría a identificar las diferencias en la conducta y manera de comunicar de acuerdo al género y cómo esto generaba serias distorsiones al momento de intentar comprenderse. La segunda sesión, la sesión 6, abordaría la comunicación asertiva.

Luego de hacer el repaso de la sesión anterior y resolver dudas, se procedió a hacer una dinámica de comunicación. El objetivo de ésta era mostrarles cuán

difícil es poder comunicarse si el otro no tiene todos sus sentidos enfocados en lo que se le dice. El ejercicio fue el siguiente: divididos en parejas, se vendó los ojos de uno de los participantes de cada una de ellas. Enseguida se les dio una fruta y con los ojos vendados, se les pidió que intentaran alimentar al otro, quien les daría instrucciones muy simples: arriba, abajo, más cerca, más lejos, etc. Luego a aquel con los ojos descubiertos se le dio un artículo y se pidió que lo describiera, sin indicar su uso, a aquel con los ojos vendados. Terminados los ejercicios se puso la venda en el otro participante de la pareja. Enseguida se abrió el espacio para que los asistentes compartiesen su experiencia.

Haciendo referencia al ejercicio realizado y a lo difícil que puede resultar hacer que el otro comprenda o perciba lo que se le está tratando de comunicar, particularmente si el otro no escucha con atención, se inició la presentación de la sesión (ver la presentación *Comunicación en pareja*). Ésta empieza con una caricatura y una serie de frases que son quejas comunes de las parejas y que indican distorsiones en la comunicación, como “Mi marido es sordo, nunca oye o que digo” o “Eso no es lo que quise decir”.

La presentación aborda los principales problemas que se presentan en la comunicación de pareja y que conducen a frustración, hostilidad y deterioro de la relación innecesarios. Entre estos problemas destacan: la escucha a medias, las indirectas y la ambigüedad, la actitud defensiva, las interrupciones, diferencias en la velocidad del habla y, finalmente, la diferencia en la manera de comunicar y significados a actitudes atribuibles a la cultura y la diferencia de género. Un ejemplo claro es que a los hombres en general les gusta hacer comentarios en el transcurso de la conversación, mientras que para las mujeres esto significa que no las escuchan (Gray, 2011).

Enseguida se les aplicó el cuestionario *Problemas en el estilo de comunicación* (Beck, 2010), el cual identifica diferentes maneras de comunicar uno mismo con el cónyuge y cómo éste puede o no ser receptivo a ello, y presenta algunas situaciones que generalmente suceden en este proceso.

La sesión terminó con una participación abierta sobre lo revisado y el cuestionario de cada sesión. De tarea se les dejó que aplicasen en casa lo aprendido durante sus sesiones de diálogo y que continuaran con sus diarios.

Sesión 6: La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar

Esta segunda sesión de comunicación se dedicó a enseñar a los participantes a comunicar de manera asertiva. La comunicación asertiva se refiere a la importancia de ser conscientes de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, necesidades y deseos sin juzgarlos y asumir la situación de manera responsable (Beck, 2000). Poder comunicar asertivamente significa poder ser capaz de valorar las situaciones de una manera objetiva y tomar decisiones al respecto.

El primer paso para poder comunicar de manera asertiva es, sin lugar a dudas, el estar consciente del estilo propio de comunicación y de las situaciones que pueden llevarnos a una distorsión en la comunicación. Para esto es necesario hacer uso de la reestructuración cognitiva, la cual consta en cambiar los pensamientos automáticos subyacentes y que nos hacen sentir hostiles o agresivos. Esto se hace cuestionando los pensamientos y encontrando argumentos para sustentarlos. Al no poder sustentarlos, entonces el participante necesariamente es llevado a cambiar su pensamiento, es decir, reestructurarlo. Una vez logrado esto, resulta necesario poder expresar e identificar claramente el problema que nos aqueja pero de manera asertiva, es decir, positiva y sin agresión u hostilidad.

La sesión inició con una revisión del material de la sesión anterior para aclarar cualquier duda y poder continuar con el tema de la reestructuración cognitiva y la comunicación asertiva. Enseguida se aplicó la dinámica “Hacer reír al otro”, la cual, mediante mímica se pretendía comunicar algo al otro hasta que se riera. Aquí la idea era que cada participante pudiese identificar las expectativas sobre las conductas y el lenguaje verbal del otro y constatar si eran ciertas o no.

La presentación (ver la presentación *Comunicación asertiva*) inicia con una serie de situaciones hipotéticas y se solicita a los participantes que emitan una

respuesta. En seguida, en cada situación, se presentan tres posibilidades, identificando cada una con un tipo de conducta en particular: pasiva, agresiva o asertiva.

Una vez aclaradas las diferencias, se continúa con una exposición de lo que significa la comunicación asertiva y aquellos elementos que la permiten, como guardar la calma, iniciar con una respuesta asertiva y continuar con una pregunta, detenerse a escuchar, repetir lo que el otro nos está diciendo para aclarar si hemos comprendido, entre otras.

Finalmente, se les introdujo al uso de los “Mensajes Yo”, en los cuales el eje de la intervención se centra en uno mismo para presentar una opinión, evitando así hacer al otro responsable (ver en la presentación el tema *Mensajes Yo*”).

Esta presentación fue apoyada con material de lectura que se repasó con los participantes y la cual presenta opciones de conducta ante situaciones que de otra manera harían perder la calma, tal como iniciar con una respuesta asertiva y continuar con una pregunta.

Algo realmente interesante en esta sesión, y en varios de los ejercicios reestructuración cognitiva fue constatar cómo, al inducir al participante a argumentar su pensamiento automático, les cambiaba la expresión de la cara al constatar el absurdo, y entonces podían hablar del tema sin enojo. Ellos mismos se sorprendían. Entonces, eran capaces de plantear el argumento de manera asertiva usando un Mensaje Yo. Les quedaba más claro que eran ellos los responsables de sus reacciones y no que el otro quisiera fastidiarles.

La sesión terminó con una discusión abierta del material revisado y el cuestionario de la sesión.

Sesión 7: Solución de problemas (1): El manejo del conflicto

Esta sesión tenía como objetivo ayudar a los participantes a identificar las distorsiones de comunicación, que son los principales elementos de un conflicto y los elementos subyacentes al mismo, y se empezaron a explorar formas sobre cómo resolver los conflictos.

Como usualmente, la sesión se inició con una revisión rápida del material aprendido la semana anterior.

Se continuó con una exposición sobre los conflictos (ver la presentación *El combate mortal y el manejo de conflictos*). En una primera instancia, esta presentación aborda algunos elementos que llevan a la distorsión en la comunicación y, por tanto, a los conflictos, tales como mensajes incisivos, dobles mensajes, hostilidad, ataques anticipados, entre otros.

Acto seguido se presentaron los diferentes estilos para manejar conflictos propuestos en la literatura (González Vera, 2012), que en realidad son diferentes maneras de comunicar/no comunicar para evitar conflictos. Este modelo de estilos diferentes sugiere que para poder resolver un conflicto, primero hay que identificar qué estilo utiliza la pareja: equilibrado (ambos cónyuges toman en cuenta las necesidades del otro de manera equitativa), apaciguado (una de las personas anula su Yo a fin de no enfrentar un conflicto), de crítica (se anula el Tú y es común en personas egoístas y autoritarias), de cálculo (donde no se involucran sentimientos), o el de distracción (con tal de evitar el conflicto, se niega su existencia) (González Vera, 2012). Entonces se abrió el espacio para la discusión de los participantes, con la pregunta, ¿Cuál es tu estilo de resolver un conflicto?.

Se cerró la presentación con una formulación sobre algunos elementos importantes que pueden utilizarse para empezar a resolver el conflicto, como: Escuchar, Resolver un problema presente, No criticar. Finalmente, se volvió a presentar el concepto de los Mensajes Yo (González Vera, 2012), donde el participante inicia la conversación o cualquier sentimiento o situación que desee expresar con Yo siento, Yo creo, etc. como un paso inicial a comunicar asertivamente y se hizo un ejercicio donde escribieron Mensajes Yo a su pareja.

La sesión finalizó con la invitación a una discusión abierta del material revisado y el cuestionario de la sesión.

Sesión 8: Solución de problemas (2): El arte de la conciliación

En esta sesión, bajo el tema del Arte de la conciliación, se introdujeron los principales elementos de la terapia de solución de problemas (Lipchic, 2004; Nezu et al, 2013).

Después de la revisión del material de la sesión anterior, se procedió a hacer una presentación (ver presentación *El arte de la conciliación*), donde se abordan los principales pasos hacia la conciliación y se presentan cada una de las técnicas de la terapia de solución de problemas: definición del problema, formulación de alternativas, evaluación de alternativas y consecuencias y ejecución, pero bajo un esquema práctico y aplicable al cotidiano de la pareja.

Nuevamente se repitió el ejercicio de los Mensajes Yo y se procedió a trabajar, primero en grupo y posteriormente en parejas. para resolver un problema/tema en particular, definido por la pareja.

De tarea, se pidió a cada individuo poner por escrito un problema/tema que realmente les estuviese causando malestar y mala comunicación. Dicho problema debería ser rastreado hasta encontrar un pensamiento automático, cuestionar la veracidad del pensamiento automático y las emociones que éste evocaba, buscar explicaciones alternas, consecuencias a un cambio de actitud, para posteriormente plantearlo como problema de pareja, buscar alternativas y evaluar consecuencias y proponer una manera de expresarlo de manera asertiva.

La sesión terminó con una discusión abierta del material discutido, aclaración de dudas y aplicación del cuestionario.

Sesión 9: Solución de problemas (3): Diferencias y conciliación, manejo de hostilidades.

Tras la revisión del material de taréa se hizo una breve presentación recapitulando el esquema de solución de problemas de manera sencilla bajo el tema de conciliación (Ver presentación *Solución de problemas y los 9 pasos*) integrando en éste todo el material aprendido a lo largo del taller, y se continuó con ejemplos cotidianos de los participantes.

Se aplicó el cuestionario *Expresiones de amor* (Beck, 2010), luego de lo cual los participantes reflexionaron sobre las potenciales áreas de fortalecimiento que cada uno contaba en su propia relación. Cada participante fue capaz de identificar un par de ejemplos que podrían trabajar y cómo. En el caso de las parejas, se les invitó a dialogar con asistencia de las terapeutas sobre los posibles puntos a trabajar y cómo utilizando las técnicas revisadas al inicio de la sesión.

Finalmente, se aplicó el cuestionario sobre el taller.

Sesión 10: Sexualidad y erotismo en pareja.

Debido a que la sexualidad y el erotismo continúan siendo temas difíciles, en esta sesión se invitó a los participantes a explorar sus propias creencias en torno a la sexualidad, el erotismo y su papel en la comunicación y la relación de pareja.

Se inició la sesión con la aplicación del cuestionario *Pensamientos automáticos negativos durante el acto sexual* (Beck, 2010), el cual a través de afirmaciones, invita a los participantes a ubicar algunas creencias sobre sus relaciones íntimas. Se invitó entonces a los participantes a compartir algunas de sus reflexiones. La participación fue escasa.

Continuamos la sesión con la presentación *Sexualidad y erotismo en pareja*, donde de manera escueta se invita a los participantes a reflexionar sobre las diferencias entre sexualidad y erotismo, la definición de una sexualidad sana, la sexualidad y el amor, entre otros. Asimismo, se abordaron las principales dificultades encontradas en la sexualidad, y la importancia de la relación bidireccional entre sexualidad y comunicación. Terminada la presentación, se volvió a invitar a los participantes a compartir sus reflexiones. Varios de ellos, tanto mujeres como hombres, manifestaron su interés por un taller o una serie de sesiones sobre el tema, donde pudieran informarse mejor y hablar del tema. Su simple propuesta sugiere que se sentían a gusto con los demás participantes del grupo y las facilitadoras como para continuar explorando el tema.

Siendo la última sesión del taller, se abrió la discusión a una reflexión sobre las herramientas adquiridas en el taller. En términos generales, la retroalimentación fue positiva y varios de ellos solicitaron la posibilidad de

extender el número de sesiones a fin de profundizar en los temas revisados o bien, obtener terapia individual. Se les invitó entonces a participar en la sesión de seguimiento seis semanas después donde podríamos evaluar juntos cuánto y cómo habían sentido que habían mejorado en su comunicación/relación y podríamos abordar algún tema que les quedase pendiente e incluso agendar una segunda sesión de seguimiento si era de su interés. Todos acordaron asistir.

Finalmente se les invitó a llenar un cuestionario (un par de ejemplares respondidos aparecen en el Anexo 3).

Sesión 11: Sesión de seguimiento

El objetivo de esta sesión fue hacer un seguimiento de la situación de los pacientes luego de seis semanas de la conclusión del taller. Asistieron tan sólo cuatro de los participantes: dos mujeres: Sofía y Elsa, y dos hombres: Beto y Ernesto. La esposa de este último no pudo asistir pues estaba de viaje y el marido de Sofía no pudo salir de su trabajo en Tlaxcala, donde es profesor, a tiempo.

Cada uno de ellos presentó un recuento de lo que había sucedido en este periodo, de si habían utilizado las herramientas aprendidas, cuáles y cómo. En seguida se les pidió que volvieran a contestar los cuestionarios de las dos primeras sesiones y se les prestaron las primeras versiones para permitirles constatar las diferencias y si había habido progreso o no en su relación de pareja (para los cambios ver Tablas 9 a 12 en el Anexo 4). Adicionalmente, se les pidió que hicieran un dibujo de su relación de pareja como la veían hoy y poder contrastarlo así con el dibujo que hicieron en la Sesión 2 (ver dibujos de cómo describieron su relación antes y después del taller en el Anexo 5).

Resultó interesante constatar la sorpresa de los participantes al darse cuenta de que habían progresado/cambiado más de lo inicialmente esperado. Los cuatro señalaron que habían estado trabajando con sus expectativas, cambiando estas creencias con realidades concretas y positivas que veían en sus parejas.

Se habló, asimismo, de las áreas en las que creían que aún tenían que trabajar. Los cuatro participantes preguntaron sobre la posibilidad de continuar en terapia individual o bien en terapia grupal. Se les informó que esto era contrario a

las políticas de la clínica pero que se presentarían sus peticiones a la Jefa de la Clínica para ser considerados para el semestre siguiente.

Cabe señalar que posteriormente Ernesto y Mónica continuaron con terapia de pareja en el programa de maestría, Elsa y Beto recibieron terapia individual bajo el programa de Crónicos-Degenerativos, y Sofía fue inscrita en un taller para habilidades sociales, ya que señaló que algo que le molestaba intensamente y la frenaba era su timidez. Sofía dejó el taller luego de la primera sesión.

Resultados de los cuestionarios aplicados en las sesiones del taller

Los resultados que se presentan en este apartado fueron obtenidos a raíz del análisis de los resultados de los cuestionarios y han sido elaborados para la redacción de este documento y no fueron utilizados durante la elaboración del taller reportado. Estos resultados están desglosados en las Tablas 5 a 8 a continuación. Creemos que de haberse analizado oportunamente, muy probablemente el taller habría sido adaptado para dar mejor cabida a algunas de las inquietudes detectadas en los cuestionarios. Aún así, los resultados de los mismos son indicativos, probablemente, de lo que sucede con parejas de largo tiempo dentro de este rango de edad.

En términos generales, y como se describe a continuación, los resultados recogidos de los cuestionarios de las primeras sesiones señalan:

- 1) Una significativa falta de comunicación entre las parejas, con diferencias en el tipo y manera de comunicar entre las mujeres y los hombres.
- 2) Diferencia en las creencias sobre lo que debe ser una relación de pareja.
- 3) Significativas convicciones sobre la imposibilidad del cambio en la relación de pareja, derivado entre otras cosas por: la pareja no cambia, ya ha habido mucho daño, y el participante no puede cambiar más.
- 4) Falta de comunicación en cuanto a las necesidades sexuales de la pareja y diferentes creencias según el género.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios aplicados en las primeras dos sesiones.

Análisis de los cuestionarios

Los cuestionarios aplicados en las dos primeras sesiones permitieron vislumbrar algunos elementos comunes entre las parejas que quizás sean indicadores de parejas en este rango de edad y con tantos años de matrimonio. Debido a que los cuestionarios aplicados no están estandarizados ni tienen una metodología de evaluación, y con el fin de hacer un análisis para el presente documento de las características situacionales prevalecientes con las cuales llegaron los participantes al taller, se capturaron las respuestas de los cuestionarios y se identificaron aquellos indicadores que fueron más seleccionados por los participantes, o que tuvieron puntuación más alta, en cada uno de los diferentes cuestionarios. (Para los cuadros de los cálculos resultantes de este análisis, ver Anexo 6).

La metodología fue la siguiente: Se anotaron las puntuaciones de cada uno de los participantes a cada pregunta en columnas. Acto seguido se hizo la sumatoria de la calificación otorgada por el o la participante a dicha pregunta y se seleccionaron aquellos indicadores seleccionados con mayor frecuencia, es decir, aquellos con la puntuación más alta.

Para la elaboración de las Tablas 5 a 8 presentadas en el Anexo 3 y que resumen los hallazgos que se presentan a manera de resultados a continuación, se escogió presentar los dos indicadores con las puntuaciones más altas por rubro del cuestionario. Sin embargo, en varios casos hubo más de una premisa con la misma puntuación, con lo que todas fueron incluidas y entonces se presentan la primera y segunda mayor puntuación. Todos los resultados se presentan de mayor a menor puntuación.

Cabe señalar que para este análisis no se contó con los cuestionarios de todos los participantes debido a diversos factores: en la segunda y tercera sesión se incorporaron participantes nuevos, otros no regresaron, no todos los participantes asistieron a todas las sesiones y si los participantes llegaban tarde a la sesión, no se les aplicaba el cuestionario, entre otros.

Se cuentan con los cuestionarios de 7 participantes para *Ideas acerca de la relación de pareja* y *Convicciones acerca del cambio*, 8 para *Problemas en la*

relación de pareja, y 4 para *Problemas en el estilo de comunicación*. De ahí que los resultados que arroja la compilación de las respuestas a los diversos cuestionarios son sólo **indicativos**.

Ideas acerca de la relación de pareja

Conforme al análisis de las respuestas del cuestionario aplicado en la sesión 1: *Ideas acerca de la relación de pareja*, entre las creencias prevalecientes en cuanto a la relación de pareja destacan las siguientes (ver Tabla 5 a continuación):

1. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella.
2. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera.
3. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir.
4. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama.
5. Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí.

Esto sugiere que la *percepción general* entre los participantes es que los problemas que viven en pareja se deben a que no le importa lo suficiente al otro, pero sobre todo, que la comunicación efectiva en la pareja es deficiente, tanto sentimientos como en la comunicación de creencias y necesidades. Asimismo, podría inferirse que al dar puntuación alta a una premisa donde el protagonista es la pareja, es probable que quien contesta no se esté responsabilizando de su propia contribución al problema.

Tanto hombres como mujeres sienten que si tienen dudas acerca de la relación es que algo no está bien, no se sienten escuchados, sienten que el otro hace lo que quiere sin tomarles en cuenta y no se sienten amados si son criticados o el cónyuge se enoja con ellos.

Tabla 5: Indicadores prevalecientes del cuestionario Ideas acerca de la relación de pareja ⁽¹⁾	
Resultados generales	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella. 2. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 3. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir. 4. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama. 5. Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí. 	
Mujeres	Hombres
<i>Ideas con mayor puntuación</i>	<i>Ideas con mayor puntuación</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella. 2. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 3. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir. 4. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama. 5. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella. 2. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir. 3. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 4. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama. 5. Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí.
<i>Ideas con menor puntuación</i>	<i>Ideas con menor puntuación</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación. 2. Una buena relación no debería tener problema alguno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación. 2. Si mi pareja hiere mis sentimientos, pienso que él/ella es mala.

(1) Para los indicadores con mayor puntuación, se tomaron aquellos con las dos puntuaciones más altas. Para los indicadores con menor puntuación sólo se tomo aquel con el número más bajo. En algunos casos, más de una premisa tenía la misma puntuación y entonces todas ellas fueron presentadas.

Igualmente, ambos coinciden en que si se aman es necesario construir la relación. De primera instancia, la evaluación del resto de los reactivos supone un buen grado de coincidencia en cuanto a las concepciones que ambos miembros de la pareja tienen acerca cómo consideran debe ser la relación. Este cuestionario, desafortunadamente, no permite ver cómo es que el participante se ve a sí mismo dentro de la relación de pareja.

Problemas en la relación de pareja

Como se presenta en la Tabla 6, en cuanto al tema de Toma de decisiones se refiere, éste es un círculo de me enoja, decido, discutimos, termino por ceder y mi pareja se enoja. Curiosamente, las mujeres tienen la percepción de que ellas ceden con mayor frecuencia que sus parejas, toman decisiones y el marido se enoja. Por su parte, ellos encuentran que al momento de tomar decisiones ellas se enojan, se sienten ofendidas y terminan por discutir asuntos triviales. Probablemente, al hablar de la diferencia en la manera de expresar y recibir la información entre hombres y mujeres, como sugieren Beck (2010) y Gray (2011) esto sugiere dos cosas: la primera, en efecto, comunicamos diferente lo que percibimos, y, segunda, como se trabajó en las sesiones de comunicación, no hay una comunicación asertiva y eficiente. Esto refuerza entonces la necesidad de trabajar la manera y la forma de comunicar, así como una mejor manera de resolver problemas donde ambos participantes comprendan qué se está haciendo.

En el tema de *Finanzas*, los indicadores más seleccionados sugieren la necesidad de una mejor organización financiera en la pareja. Parece haber una diferencia en la forma de gastar entre hombres y mujeres, pero no aparece significativa.

El análisis del tema *Relaciones sexuales* arroja un par de datos interesantes. El indicador con mayor puntuación es “*Mi pareja tiene MENOS interés en el sexo que yo*”, seguido por “*Hablamos de lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual*”, lo que sugeriría que en algún punto, a pesar de la diferencia de interés, el hablar del tema, contribuirá a hacer este interés más equitativo y satisfactorio para ambos. Sin embargo, si vemos las respuestas de las mujeres, ellas se quejan de que ellos tienen más interés, y si vemos con detalle las respuestas de ellas (ver respuestas desglosadas en el Anexo 5) vemos que para ellas la relación sexual nunca es satisfactoria para 2 de 3 participantes femeninas. Ellos, claramente se quejan de que sus parejas tienen menos interés en las relaciones sexuales y de nuevo, a detalle, encontramos que sienten que las mujeres usan el sexo para manipularlos. A nivel individual, encontramos que

algunas de ellas difieren en el tipo de sexo que su pareja desea, mientras que para ellos las diferencias no son tan marcadas.

Desafortunadamente, el cuestionario de Beck seleccionado para esta sesión no tiene reactivos que vinculen el tema de las relaciones sexuales con la comunicación en la pareja o a qué nivel de la relación, la diferencia en las relaciones sexuales incide en la calidad de vida en general de la pareja. Tampoco podemos discernir a ciencia cierta cuánta comodidad hay realmente al hablar del tema con la pareja e incluso si tienen el conocimiento suficiente sobre el tema para hablarlo con confianza, ni cuánto sus creencias y su educación inciden o no en su comodidad y desempeño en esta área en la relación de pareja.

Fue más bien durante la sesión de *Sexualidad* que algunos de los participantes manifestaron su interés por abordar el tema con mayor profundidad y encontrar mejores maneras para expresar sus necesidades o incluso para poder comprender las necesidades de su pareja y entonces encontrar soluciones juntos. Algunos de ellos incluso solicitaron la posibilidad de que se les ofreciese un taller de Sexualidad por separado.

Finalmente, en el tema de *Recreación y actividades en tiempo libre*, tanto hombres como mujeres coinciden en que no pasan suficientemente tiempo juntos ni coinciden en el mismo concepto de diversión, con lo que no hay un equilibrio entre las actividades durante las horas de asueto y el trabajo. Ellas preferirían pasar más tiempo juntos, mientras que ellos encuentran que ellas necesitan ocuparse en otras actividades. De nuevo, esto sugiere una deficiencia en la comunicación y en la manera de resolver las diferencias.

Tabla 6: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario de Problemas en la relación de pareja ⁽¹⁾	
Toma de decisiones	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo me enojo. 2. Yo tomo las decisiones. 3. Discutimos sobre cosas triviales. 4. Yo cedo. 5. Mi pareja se enoja. 	
Mujeres	Hombres
Con mayor puntuación	Con mayor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo cedo. 2. Yo tomo las decisiones. 3. Mi pareja se enoja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi pareja se enoja. 2. Mi cónyuge se siente ofendido. 3. Discutimos sobre cosas triviales.
Con menor puntuación	Con menor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. No transigimos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No transigimos. 2. Mi cónyuge cede. 3. Evitamos tomar decisiones.
Finanzas	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No tenemos plan alguno acerca de los gastos mensuales. 2. No tenemos acuerdos acerca de los ahorros. 3. No entendemos en qué se va el dinero. 4. Mi cónyuge regatea mis gastos. 5. No tenemos acuerdo acerca de fijar prioridades. 	
Mujeres	Hombres
Con mayor puntuación	Con mayor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. No tenemos acuerdos acerca de los ahorros. 2. No tenemos plan alguno acerca de los gastos mensuales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge regatea mis gastos. 2. Mi cónyuge no quiere gastar.
Con menor puntuación	Con menor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge encubre las deudas o en qué gasta el dinero. 2. Mi cónyuge no quiere gastar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge encubre las deudas o en qué gasta el dinero. 2. Mi cónyuge gasta en exceso.

- (1) Para los indicadores con mayor puntuación, se tomaron aquellos con las dos puntuaciones más altas. Para los indicadores con menor puntuación sólo se tomó aquel con el número más bajo. En algunos casos, más de una premisa tenía la misma puntuación y entonces todas ellas fueron presentadas.

Tabla 6: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario de Problemas en la relación de pareja ⁽¹⁾ (Continuación)	
Relaciones sexuales	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo. 2. Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual. 3. Mi cónyuge tienes Más interés que yo. 4. Escucho y atiendo las peticiones sexuales y fantasías de mi pareja. 5. Soy participativa en la relación. 	
Mujeres	Hombres
Con mayor puntuación	Con mayor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge tienes Más interés que yo. 2. Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual. 3. Soy participativa en la relación. 4. Escucho y atiendo las peticiones sexuales y fantasías de mi pareja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo. 2. Nuestra relación sexual no es satisfactoria. 3. Soy participativa en la relación.
Con menor puntuación	Con menor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge hace uso del sexo para controlarme o castigarme. 2. Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo. 3. Nuestra relación sexual no es satisfactoria. 4. Diferimos acerca de la clase de sexo que cada uno prefiere. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi pareja se pone demasiado amoroso. 2. Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo. 3. Diferimos acerca de la clase de sexo que cada uno prefiere. 4. Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión.

- (1) Para los indicadores con mayor puntuación, se tomaron aquellos con las dos puntuaciones más altas. Para los indicadores con menor puntuación sólo se tomó aquel con el número más bajo. En algunos casos, más de una premisa tenía la misma puntuación y entonces todas ellas fueron presentadas.

Tabla 6: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario de Problemas en la relación de pareja ⁽¹⁾ (Continuación)	
Recreación y actividades en tiempo libre	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi pareja no tiene tiempo o energía para actividades en horas libre. 2. Tenemos diferentes ideas acerca de lo que constituye la diversión. 3. Mi pareja no puede disfrutar conmigo de la diversión. 4. No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados. 5. Mi pareja no tiene suficientes "hobbies" o intereses recreativos. 	
Mujeres	Hombres
Con mayor puntuación	Con mayor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. No pasamos tanto tiempo libre juntos como quisiéramos. 2. No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi pareja no tiene suficientes "hobbies" o intereses recreativos. 2. Me siento forzado a hacer cosas que preferiría no hacer. 3. Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de tiempo libre
Con menor puntuación	Con menor puntuación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Me siento forzado a hacer cosas que preferiría no hacer. 2. No nos gustan las mismas actividades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No pasamos tanto tiempo libre juntos como quisiéramos 2. Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de tiempo libre

(1) Para los indicadores con mayor puntuación, se tomaron aquellos con las dos puntuaciones más altas. Para los indicadores con menor puntuación sólo se tomó aquel con el número más bajo. En algunos casos, más de una premisa tenía la misma puntuación y entonces todas ellas fueron presentadas.

Ideas acerca del cambio

El cuestionario de *Ideas acerca del cambio* tenía la intención de ayudar a los pacientes a hacer conciencia sobre su preconcepción de si su relación puede o no sufrir cambios para mejorarla y si dichas trabas vienen de ellos o de sus parejas. El cuestionario divide estas Ideas en opiniones derrotistas, auto-justificativas, de reciprocidad o del cónyuge.

Como se ve en la Tabla 7 entre las *Opiniones derrotistas*, resalta la percepción de que las cosas no pueden mejorar, y van desde el no esperar que la cosa cambie, su apreciación de ser incapaces de cambiar y de que nada puede mejorar la relación. Las mujeres consideran que su pareja es incapaz de cambiar y ellos consideran que ha habido mucho daño.

Entre las *Opiniones auto-justificativas* destacan el que consideran que es normal comportarse como lo hacen y que cualquiera en su lugar lo haría. La posición en ambos casos es poco conciliatoria ya que supone: soy como soy.

De acuerdo con las respuestas a los *Argumentos de reciprocidad* ambas partes sienten que han hecho suficiente y que le toca al otro hacer algo. Los argumentos son variables según el género, pero el fondo es el mismo: le toca al otro.

Lo anterior se percibe claramente en las respuestas a *El problema es mi cónyuge*, donde se responsabiliza al otro de que las cosas no cambien. La percepción es parecida en ambos géneros, lo que sugiere una posible falta de comunicación e inhabilidad de resolver problemas, quizás hasta de plantearlos. Estas premisas también sugieren una clara falta de visión de co-responsabilidad en la relación, donde ambos miembros contribuyen de alguna manera en la construcción del problema. Sin embargo, es claro que a nivel cultural, esta concientización de auto-responsabilidad en lo que tiene que ver con la interacción con el otro, es algo que no se nos enseña y, por tanto, resulta difícil verlo.

Tabla 7: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Ideas acerca del cambio ⁽¹⁾	
Opiniones derrotistas ⁽²⁾	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Si no nos llevamos bien hasta ahora, ¿cómo puedo esperar que nos llevemos bien en el futuro? 2. No me siento capaz de cambiar. 3. Nada puede mejorar nuestra relación. 4. Ha sido demasiado el daño. 5. La gente está hecha a su manera y no puede cambiar. 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge es incapaz de cambiar. 2. Nada puede mejorar nuestra relación. 3. La gente está hecha a su manera y no puede cambiar. 4. No me siento capaz de cambiar. 5. Si no nos llevamos bien hasta ahora, ¿cómo puedo esperar que nos llevemos bien en el futuro? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha sido demasiado el daño. 2. Si no nos llevamos bien hasta ahora, ¿cómo puedo esperar que nos llevemos bien en el futuro?
Opiniones auto-justificativas	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es normal comportarse como lo hago yo. 2. Cualquiera en mi situación reaccionaría así. 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es normal comportarse como lo hago yo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cualquiera en mi situación reaccionaría así.
Argumentos de reciprocidad	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Después de todo el esfuerzo que hice, le toca a mi cónyuge hacer el intento. 2. ¿Cómo sé yo que mi cónyuge se ha comprometido? 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. No haré un esfuerzo a menos que lo haga mi cónyuge. 2. Hacen falta dos para bailar. No veo por qué debería ser yo quien cambie. 3. No es justo que yo deba hacer todo el trabajo. 4. Después de todo el esfuerzo que hice, le toca a mi cónyuge hacer el intento. 5. ¿Qué gano con eso? 6. ¿Cómo sé yo que mi cónyuge se ha comprometido? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Después de todo el esfuerzo que hice, le toca a mi cónyuge hacer el intento. 2. Mi cónyuge me ofendió mucho en el pasado, ahora le toca a él(ella) compensarlo. 3. ¿Cómo sé yo que mi cónyuge se ha comprometido?
El problema es mi cónyuge	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Si empezamos a escudriñar en la relación, mi compañero se pondrá peor. 2. Mi cónyuge es imposible. 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. A mí no se me ocurre nada. Si mi cónyuge se amoldara, todo iría bien. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si empezamos a escudriñar en la relación, mi compañero se pondrá peor. 2. Mi cónyuge es imposible.

(1) Únicamente los dos indicadores con mayor puntuación.

(2) En este rubro, los cuatro últimos indicadores tuvieron el mismo puntaje.

Estilos de comunicación

Este cuestionario explora las diferentes maneras en que cada miembro de la pareja comunica, y resulta sumamente interesante porque permite ver diferentes estilos por género. Esto coincide con lo planteado tanto por Gray (2011) como por Beck (2010) y con los ejemplos presentados el taller con base en estos autores.

Así, por ejemplo, como puede verse en la Tabla 8, las mujeres señalan que los hombres no las escuchan, las interrumpen y no dan señales de escucharlas. Los hombres, en cambio, observan que ellas hablan demasiado sobre temas espinosos, hablan mucho y no hacen suficientes preguntas.

Por otro lado, ambos están de acuerdo en que temen pedir lo que desean porque el otro se enojará y le hacen callar elevando la voz. Ellas señalan que no creen lo que les dice el marido, mientras que ellos consideran que si dicen lo que sienten, posteriormente se arrepentirán. Al ser autocríticos, las mujeres aceptan nunca emitir señales receptivas, mientras que los hombres hablan poco, no discuten temas espinosos y se retiran cuando se alteran.

Finalmente, entre los Problemas en la comunicación destaca que ambos, tanto hombres como mujeres, tienen dificultades para pedir lo que desean y temen que el otro se enfadará.

Tabla 8: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Estilos de comunicación ⁽¹⁾	
Conducta - Su pareja con usted	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No le da una oportunidad de hablar al cónyuge. 2. Hace callar al cónyuge mediante reproches. 3. No escucha. 4. Habla demasiado. 5. Interrumpe. 6. Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo. 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. No escucha. 2. Interrumpe. 3. No le da una oportunidad de hablar al cónyuge. 4. Hace callar al cónyuge mediante reproches. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habla demasiado. 2. Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo. 3. Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm". 4. Habla demasiado sobre temas espinosos. 5. No hace suficientes preguntas.

(1) Únicamente indicadores con la puntuación más alta. En algunos casos más de un indicador tiene el mismo número.

(2) Se incluyeron los dos indicadores más altos.

Tabla 8: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Estilos de comunicación ⁽¹⁾ (Continuación)	
Esto me molesta	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Habla demasiado. 2. No escucha. 3. Interrumpe. 4. No le da una oportunidad de hablar al cónyuge. 5. Hace callar al cónyuge mediante reproches. 	
Mujeres	Hombres
1. Interrumpe.	1. No escucha.
Usted con su pareja	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Habla vagamente. 2. Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm". 3. No discute temas difíciles o espinosos 4. No habla lo suficiente. 5. Se retira cuando se altera. 	
Mujeres	Hombres
1. Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm".	<ol style="list-style-type: none"> 1. No habla lo suficiente. 2. No discute temas difíciles o espinosos. 3. Se retira cuando se altera.
Problemas en la comunicación ⁽²⁾	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Temo pedir lo que deseo. 2. Temo que lo que tengo para decir enfadará a mi cónyuge. 3. Mi cónyuge me hace callar elevando la voz. 	
Mujeres	Hombres
<ol style="list-style-type: none"> 1. Temo que lo que tengo para decir enfadará a mi cónyuge 2. Temo pedir lo que deseo. 3. Me resulta difícil expresar mis sentimientos a mi cónyuge. 4. No creo lo que dice mi cónyuge. 5. Mi cónyuge me hace callar elevando la voz. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temo pedir lo que deseo. 2. Temo que lo que tengo para decir enfadará a mi cónyuge. 3. Mi cónyuge no considerará seriamente mis preocupaciones. 4. Mi cónyuge me hace callar elevando la voz. 5. Si expongo mis sentimientos verdaderos, posteriormente podré arrepentirme de lo que dije. 6. Temo que, si comienzo a manifestarle mis sentimientos a mi cónyuge, perderé el control sobre mis emociones. 7. Me preocupa que, si me sincero con mi cónyuge, en el futuro usará esta información en mi contra-

(1) Únicamente indicadores con la puntuación más alta. En algunos casos más de un indicador tiene el mismo número.

(2) Se incluyeron los dos indicadores más altos.

Resultados comparativos de los cuestionarios

El objetivo de la sesión de seguimiento, seis semanas después del cierre del taller, era aclarar dudas y compartir sus avances. A esta sesión sólo asistieron 4 participantes.

Los 4 participantes llenaron nuevamente dos de los cuestionarios: *Ideas acerca de la relación de pareja* y *Problemas en la relación de parejas*. Por cuestiones de tiempo se decidió no aplicar los otros dos. Una vez llenados los cuestionarios se les proporcionó aquel que habían respondido anteriormente a fin de que pudiesen constatar con hechos escritos los cambios que decían conseguido luego de su participación al taller.

Las Tablas 9 a 11 son un comparativo entre los resultados al iniciar y luego de terminar el taller de los cuestionarios *Ideas acerca de la relación de pareja* y *Problemas en la relación de parejas* aplicados a las cuatro personas que asistieron a la sesión de seguimiento. En este caso se hizo un comparativo general, así como un comparativo por género con el objeto de analizar si había cambios y de qué tipo. En ambos casos se identificaron aquellos reactivos donde los participantes consideraron que las conductas habían mejorado y aquellas donde habían observado un retroceso, en otras palabras, había una percepción de empeoramiento de la conducta después del taller. La puntuación específica para cada cuestionario se incluye en la tabla correspondiente.

La intención de los comparativos por género es mostrar que en algunos casos, lo que para ellas es importante, para ellos es lo menos importante o viceversa.

Ideas acerca de la relación de parejas

En cuanto a los resultados generales sobre las *Ideas acerca de la relación de pareja*, en la Tabla 9 se observa que hubo una mejora en la disposición de escuchar, de dialogar y pedir lo que se desea. Igualmente, los resultados sugieren que los participantes generaron una mayor conciencia acerca de que aún cuando

haya problemas en una relación, esto es normal y que cuando dos personas se aman hay que poner esfuerzos en construir la relación. Lo anterior se ve reforzado en los cambios observados por género, donde las respuestas sugieren una mayor tolerancia por el otro, un esfuerzo por comunicar y por comprender que si se aman, es necesario construir la relación, así como una mayor sensación de escucha.

Tabla 9: Ideas acerca de la relación de pareja: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general y por género⁽¹⁾.	
Cambios generales	
Percepción de mejora <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 2. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir. 3. Si tengo que pedir lo que realmente quiero, eso ya lo echa a perder. 4. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama. 	Percepción de deterioro <ol style="list-style-type: none"> 1. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella. 2. Una buena relación no debería tener problema alguno. 3. Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación.
Mujeres	Hombres
Percepción de mejora <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 2. Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama. 	Percepción de mejora <ol style="list-style-type: none"> 1. Si tengo que pedir lo que realmente quiero, eso ya lo echa a perder. 2. Si mi pareja en verdad me quisiera, no tendríamos ninguna riña. 3. Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera. 4. Mi pareja no escucha lo que tengo que decir.
Percepción de deterioro <ol style="list-style-type: none"> 1. Una buena relación no debería tener problema alguno. 2. Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación. 	Percepción de deterioro <ol style="list-style-type: none"> 1. Si mi pareja hiere mis sentimientos, pienso que él/ella es mala. 2. Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella.

(1) La puntuación en este cuestionario es 7 (Totalmente de acuerdo), 6 (En buena parte de acuerdo), 5 (Un poco de acuerdo), 4 (Ni de acuerdo ni en desacuerdo), 3 (Un poco en desacuerdo), 2 (En buena parte en desacuerdo) y 1 (Totalmente en desacuerdo). Una percepción de mejora indica que la puntuación para dichos reactivos se redujo. Por ejemplo, Se pasó de un 6 (En buena parte de acuerdo) a un 3 (Un poco en desacuerdo). La percepción de deterioro de la conducta sería a la inversa, es decir, se paso de un 2 (En buena parte en desacuerdo) a 6 (En buena parte de acuerdo).

Problemas en la relación de pareja

De acuerdo con los resultados comparativos del cuestionario *Problemas en la relación de pareja* contenidos en las Tablas 10 y 11, lo trabajado en el taller contribuyó a mejorar la situación.

En la *Toma de decisiones*, los participantes, tanto hombres como mujeres, señalaron una notable diferencia en su apreciación a siempre tener que ceder, en su tolerancia y en el manejo de su enojo. Las mujeres sentían que cedían más.

En el tema de *Finanzas*, se aprecia una mayor armonía al momento de acordar en los gastos.

En cuanto al área de *Relaciones sexuales*, se aprecia un mayor interés por las relaciones sexuales y se manifiesta una mayor disposición a escuchar las necesidades del otro. Las mujeres manifestaron un sentir de que sus parejas eran más sensibles a sus deseos y ellos indicaron que les resultaba más fácil expresar sus necesidades. Ambos señalaron que había una mayor disposición a escuchar y ser escuchados y que les resultaba más fácil comunicar lo que necesitaban. Probablemente esto sea el resultado de que el taller haya generado una mayor sensibilización y concientización de la comunicación y la manera de comunicar y, por tanto, la posibilidad de hacerse comprender mejor.

Finalmente en *Recreación y actividades en tiempo libre*, hubo progreso en la sensación del equilibrio del tiempo compartido, en tomarse el tiempo para preparar momentos románticos y una reducción en la percepción del tiempo que el otro pasa en sus actividades durante su tiempo libre.

Tabla 10: Problemas en la relación de parejas: Percepción de mejoras observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general⁽¹⁾⁽³⁾.
<p>Toma de decisiones⁽²⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yo cedo. 2. No estamos de acuerdo. 3. Mi pareja se enoja. 4. Yo me enojo. 5. Mi cónyuge cede. 6. Me siento ofendido. 7. Mi cónyuge se siente ofendido. 8. Yo me enojo. 9. No transigimos.
<p>Finanzas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge no quiere gastar. 2. Mi cónyuge regatea mis gastos. 3. Mi cónyuge encubre las deudas o en qué gasta el dinero.
<p>Relaciones sexuales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo. 2. Mi cónyuge no es sensible a mis deseos sexuales
<p>Recreación y actividades en tiempo libre</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados. 2. Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión. 3. Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de tiempo libre.

(1) Sólo los dos reactivos con la puntuación más alta.

(2) Salvo el primero, los 8 reactivos siguientes observaron un cambio de puntuación igual.

(3) La puntuación en este cuestionario es (0) Nunca, (1) Raramente, (2) Algunas veces, (3) Con frecuencia,

(4) Siempre.

Tabla 11: Problemas en la relación de parejas: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación por género⁽¹⁾.	
<i>Percepción de mejora</i>	
Mujeres	Hombres
<i>Toma de decisiones</i> <ol style="list-style-type: none"> Yo cedo. Me siento ofendido. Discutimos sobre cosas triviales. 	<i>Toma de decisiones</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi cónyuge cede. No transigimos.
<i>Finanzas</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi cónyuge no quiere gastar. Mi cónyuge regatea mis gastos. No entendemos en qué se va el dinero. 	<i>Finanzas</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi cónyuge encubre las deudas o en qué gasta el dinero. Mi cónyuge no quiere gastar. Mi cónyuge regatea mis gastos.
<i>Relaciones sexuales</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo. Mi cónyuge no es sensible a mis deseos sexuales. Escucho y atiendo las peticiones sexuales y fantasías de mi pareja. 	<i>Relaciones sexuales</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo. Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo. Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi pareja se pone demasiado amoroso.
<i>Recreación y actividades en tiempo libre</i> <ol style="list-style-type: none"> Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad. de tiempo libre. Me siento forzado a hacer cosas que preferiría no hacer. No nos gustan las mismas actividades. Tenemos diferentes ideas acerca de lo que constituye la diversión. 	<i>Recreación y actividades en tiempo libre</i> <ol style="list-style-type: none"> Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión. Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de tiempo libre. No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados. Mi pareja no tiene equilibrio entre trabajo y recreación.

(1) La puntuación en este cuestionario es (0) Nunca, (1) Raramente, (2) Algunas veces, (3) Con frecuencia, (4) Siempre.

Tabla 11: Problemas en la relación de parejas: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación por género⁽¹⁾. (Continuación)	
Percepción de deterioro	
Mujeres	Hombres
Toma de decisiones 1. Yo tomo las decisiones.	Toma de decisiones 1. Todo permaneció igual que en el primer cuestionario.
Finanzas 1. Todo permaneció igual que en el primer cuestionario.	Finanzas 1. No tenemos plan alguno acerca de los gastos mensuales. 2. No tenemos responsabilidad para los gastos.
Relaciones sexuales 1. Mi cónyuge tienes Más interés que yo. 2. Nuestra relación sexual no es satisfactoria. 3. Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi pareja se pone demasiado amoroso. 4. Mi cónyuge hace uso del sexo para controlarme o castigarme. 5. No estamos de acuerdo en la forma en qué debería ser nuestra relación sexual. 6. Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual.	Relaciones sexuales 1. Soy participativo en la relación.
Recreación y actividades en tiempo libre 1. No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados. 2. Mi pareja no tiene tiempo o energía para actividades en tiempo libre.	Recreación y actividades en tiempo libre 1. No nos gustan las mismas actividades.

(1) La puntuación en este cuestionario es (0) Nunca, (1) Raramente, (2) Algunas veces, (3) Con frecuencia, (4) Siempre.

Percepción de cambios en la relación de pareja expresada en dibujos

En el Anexo 4 se presentan los dibujos sobre la percepción de la relación de pareja de los 4 participantes que asistieron a la sesión de seguimiento antes y después de su participación en el taller. Se observará que en todos los casos la percepción de los participantes sobre su relación de pareja fue positiva en mayor o menor grado.

Resultados obtenidos desde la perspectiva de Teoría de Grupos

El taller de parejas es una forma de intervención en grupos. Desde este punto de vista, de acuerdo con la Teoría de Grupos, el taller constituyó lo denominado como *grupo primario* (Díaz Portillo, 2000) ya que tiene por función ofrecer entrenamiento, sostén, así como un grupo estructurado, en el cual poco a poco se fueron definiendo los roles.

Con el paso de las sesiones, los participantes incrementaron su participación y la interacción entre sí, lo que les permitió comentar sobre las exposiciones y compartir sus experiencias al haber realizado los ejercicios que se les asignaron para practicar en casa en algunas de las sesiones, así como definir los roles de cada uno dentro del grupo: el líder que siempre opina, el que otorga soporte emocional, el que genera cohesión, entre otros. A través de ejercicios y cuestionarios se llevó a los participantes a identificar de manera más objetiva cuál era la situación que vivía su relación de pareja, cómo los pensamientos automáticos estaban detrás del manejo de sus emociones y la comunicación en pareja, cuál era la forma en que resolvían problemas y cómo, con el uso de técnicas cognitivas podrían mejorar la calidad de su relación (ver material contenido en el Anexo 2: Presentaciones y cuestionarios aplicados en el Taller de Parejas).

Entre los ejercicios para poder tener una mejor conciencia de sus emociones y la relación de éstos con sus pensamientos desde el punto de vista cognitivo-conductual, se les dejó de tarea un ejercicio de tiempo fuera donde sólo podían discutir emociones y situaciones difíciles a una hora específica del día a fin de reducir la intensidad de la emoción del momento, hacer registros sobre sus emociones y los pensamientos y creencias detrás de ellos, así como seguir una serie de pasos para definir un problema, las posibles alternativas de solución y sus consecuencias, para posteriormente ponerlo en práctica.

En la medida en que los participantes aprendieron las técnicas arriba señaladas, reportaron una mejora en su relación, particularmente en la expresión asertiva de sus necesidades y comprender la de sus parejas. Detectaron, asimismo, debilidades en sus estrategias de solución de problemas y, en general,

se mostraron complacidos por la posibilidad de tener un espacio dónde expresarse y ser comprendidos.

Congruente con el marco teórico de Teoría de Grupos indicado en el apartado correspondiente, además de mejorar la comunicación y la interrelación en pareja, se pudieron observar algunas características que se presentan en las terapias de grupo que reforzaron las técnicas cognitivo conductuales aprendidas durante el taller. (Díaz Portillo, 2000), entre ellas:

- 1) **Compromiso:** Aunque por razones diversas llegaban tarde, era notorio el esfuerzo de los participantes por llegar, a pesar de que en ocasiones podía verse que estaban muy enojados entre ellos.
- 2) **Preocupación e interestimulación:** La ocupación y preocupación de todos era mejorar su relación de pareja a través de las diversas técnicas estaban aprendiendo. Encontramos que incluso el compartir en grupo qué sucedió con ellos durante la semana les resultaba benéfico. Por ejemplo, la pareja conformada por Elsa y Beto venían prácticamente con el divorcio firmado. Decidieron darse una oportunidad y así lo expresaron. Un par de semanas después nos reportaron que por primera vez en cinco años no pelearon en toda la semana e incluso pudieron dialogar de cosas importantes. Utilizaron la técnica de disponer de un tiempo por la noche para dialogar de cosas que les hubieran molestado, junto con reestructuración cognitiva y pensamientos automáticos. Todos se mostraron interesados, y sorprendidos puesto que la agresión entre ellos era evidente al principio, y en ese momento ambos compartían su experiencia. A la semana siguiente, una segunda pareja reportó con gusto que habían tenido una muy fuerte discusión y que, en vez de salir corriendo, habían respirado profundo y aplicado lo enseñado, con lo cual habían podido dialogar. Ahora la ocupación de todos era escuchar al otro y hacer su propio esfuerzo por resolver sus problemas en casa.
- 3) **Inducción mutua:** A pesar de que los sentimientos y emociones no siempre fueron expresados, sí se percibía en las sesiones un ambiente de empatía que favoreció la catarsis.

4) **Cohesión grupal:** La constancia, el compartir emociones y experiencias fueron fundamentales para la generación de la cohesión grupal, aún cuando la interacción entre los participantes era limitada.

Asimismo, fue posible observar los fenómenos curativos del grupo propuestos por la Teoría de Grupos (Díaz Portillo, 2000) y detallados en la sección correspondiente de este documento:

- 1) **Cohesión**, muy probablemente generada por la universalización, producto de la comprensión de los participantes de que todos ellos comparten experiencias similares, con orígenes similares y reacciones similares.
- 2) **Comportamiento imitativo e identificación.**
- 3) **Aceptación, altruismo e insensibilidad.**
- 4) **Insight.** Este factor curativo dentro del taller fue muy interesante. El objetivo principal no era generar insight, pero sin duda, el hecho de tener que identificar los pensamientos automáticos, las emociones que generan y buscar en el fondo de su corazón aquellas creencias erróneas que detonan dichos pensamientos generó una mayor comprensión e identificación de lo que sucedía con ellos mismos y su interacción de pareja.
- 5) **Instilación de la esperanza** al poder comunicar mejor en la medida en que realizaban los ejercicios.

En términos generales, se observaron cambios en algunos de los pensamientos básicos de los pacientes, y por consiguiente, en sus conductas, tal como reportado por algunos de ellos durante la sesión de seguimiento. Fue interesante observar cómo un grupo, en un momento dado, puede moverse como un todo.

Los ocho participantes que vinieron en pareja solicitaron la posibilidad de participar en otro taller, o bien recibir terapia individual, argumentando que se sentían a gusto y que habían encontrado mejores maneras de relacionarse gracias a lo aprendido en el taller. Sin duda, un signo de esperanza en resolver sus problemas juntos.

Dificultades en la presentación del taller

La elaboración del taller correspondía a las horas de práctica de la clase de Intervención en Grupos con el fin de observar los fenómenos destacados por la Teoría de Grupos. Sin embargo, la única modalidad de Intervención en Grupos ofrecida por el CSPGD eran los talleres y en ese momento, al tratarse de la primera generación de la Especialización en Psicología, el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila sólo podía apoyar con la infraestructura que contaba. Nuestra obligación era contribuir a atender la demanda de pacientes de la clínica.

Quizás una de las principales dificultades para la elaboración del taller fue que se nos solicitó un taller de corte cognitivo-conductual cuando ninguna de nosotras tenía formación alguna en el tema ni en la elaboración de talleres. Ninguno de los dos era parte de la Teoría de Grupos. Con el objeto de ayudarnos, se nos proporcionaron las carpetas que contenían las cartas descriptivas de otros talleres cognitivo-conductuales que el CSPGD ofrecía. Asimismo, se revisó la teoría sobre la formulación de casos propuesta por Nezu (2006). Sin embargo, el análisis de las variables contenidas en la historia clínica del taller no era tan sencillo particularmente la interrelación entre las mismas que daban lugar al motivo de consulta, lo que dio lugar a errores de interpretación.

Se supuso que las lecturas independientes de la propuesta de Nezu, así como del material de los talleres anteriores serían suficiente para analizar correctamente las historias clínicas y elaborar el taller. Al final del día, el motivo de consulta de los expedientes asignados era prácticamente el mismo: Problemas/Conflictos de pareja. ¿Dónde estaba lo complicado?

El análisis de los expedientes y la formulación de los casos se hizo usando una lógica diferente a aquella que para tal efecto señalaba Nezu (2003), quien veía una clara interrelación entre la historia clínica del paciente, su personalidad y el motivo de consulta. Para Nezu, si se comprendía esta lógica, sería fácil hacer reestructuraciones cognitivas que llevarían al paciente de la mano a una clara solución (Nezu, 2003). Pero también era un espacio para errores.

La incomprensión de las variables y su interacción llevó a una inadecuada formulación del caso y por tanto de las metas del tratamiento, es decir, el taller y las técnicas a enseñar a los participantes para mejorar su motivo de consulta: Problemas/Conflictos de pareja. Es posible que una más acertada interpretación habría resultado en centrarse en uno o dos temas y abordarlos a fondo y con múltiples ejercicios y ejemplos, en lugar de muchos temas vistos superficialmente.

Otra dificultad fue la elaboración de las cartas descriptivas. Se nos indicó elaborar un taller de manera similar a aquellos contenidos en las carpetas, adecuando aquello establecido en las cartas descriptivas a la temática asignada. Sin embargo, la elaboración de cartas descriptivas requiere de una lógica y de un método específicos que no analizamos con profundidad. De tal forma, tal como se concibió el taller, el objetivo de las cartas descriptivas era el tema asignado para esa sesión, y no el producto de un análisis metodológico detallado de la formulación de casos, las metas de tratamiento y de las técnicas a enseñar desglosadas en objetivos específicos. Como resultado, el objetivo general era la temática de la sesión y se carecía totalmente de objetivos específicos.

Esto resultaba, además, a la teoría de los talleres, donde el eje de la planeación de las sesiones no es la temática sino las necesidades o características similares de los pacientes. Esto es particularmente importante puesto que, a diferencia de la terapia grupal, un taller contiene objetivos específicos, con frecuencia medibles, en función de los resultados que se desee alcanzar, y que son los mismos para todos los participantes (Herrera, 2003). Es solamente luego de especificar los objetivos generales y específicos cuando se estructuran las sesiones en términos de temática, objetivos, dinámicas, materiales y tiempo asignado a cada actividad.

La introducción de dinámicas pertinentes al tema de la sesión (que no al objetivo) fue una cuarta dificultad. ¿De dónde saca uno dinámicas? La teoría especifica que las dinámicas grupales son el principal instrumento de intervención de enseñanza-aprendizaje en un taller, al ser el vehículo para propiciar cambios conductuales, emocionales, y enseñar habilidades específicas, entre otros (Herrera, 2003). Afortunadamente mi co-terapeuta, Carolina, era muy creativa

como buena estudiante de teatro como primera carrera, por lo que la elaboración de las dinámicas corrió a cargo suyo, y su objetivo siempre fue simplificar las situaciones a las que hacíamos referencia a manera de enseñar algo a los participantes.

Adicionalmente, a las dificultades señaladas en los párrafos anteriores, ya iniciado el taller, se asignaron 10 personas adicionales a ser incorporadas al mismo ya que su motivo de consulta era el mismo que el de los participantes. Rechazamos terminante la petición. No sólo porque el tamaño idóneo de un taller es de 10 a 12 participantes, y en un inicio contábamos con 16 participantes, sino porque, de nuevo, conforme sostiene la teoría, un taller psicoeducativo es un proceso terapéutico con una secuencia de aprendizajes que tienden a construirse de una sesión a otra. Incluir participantes luego de la segunda sesión rompe este proceso (Herrera, 2003).

Una última dificultad que en realidad es una constante en los talleres, fue el cambio de población sobre todo en las primeras sesiones. Iniciamos con una población de aproximadamente 30 participantes con quienes nos comunicamos. Alrededor de 20 aceptaron participar. Para la tercera sesión ya teníamos 10 pacientes, los cuales fueron más o menos constantes a lo largo de las 8 sesiones restantes.

6. LAS ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS: UN FACTOR ADICIONAL NO CONTEMPLADO

Durante el último semestre de la Especialización mi supervisora y profesora en formación en la práctica en Entrevista y Estrategias de Intervención en Medicina Conductual me ayudó a revisar la implementación y los resultados del taller instrumentado hacía ya un par de semestres. A continuación se describe lo que se hizo y las conclusiones derivadas de dicho análisis.

Las enfermedades crónico-degenerativas: un factor común en las parejas

Bajo el enfoque cognitivo-conductual y en el contexto de enfermedades crónico-degenerativas, mi nueva supervisora me guió a identificar todos los elementos con los que contaba efectivamente para la elaboración de un proyecto de titulación como resultado del taller de parejas realizado en el primer semestre de la Especialización.

Se empezó por revisar las impresiones en PPT de las presentaciones de cada sesión y su respectiva carta descriptiva. La Maestra, experta en terapia cognitivo-conductual, inmediatamente señaló que las sesiones estaban muy cargadas y que eso afectaba negativamente un proceso de aprendizaje. No sólo se abordaban muchos temas en pocas sesiones, sino que en algunos casos se abordaban varios temas en una sesión. Sugirió que lo idóneo era abordar un tema/técnica por sesión y en la siguiente asegurarse de que se había aprendido bien tema/técnica antes de continuar con el/la siguiente. Las tareas en casa ciertamente ayudaban pero, de pronto, podía ser necesario volver a concentrarse en el aprendizaje en la sesión siguiente.

En cuanto a las cartas descriptivas, la Maestra señaló que éstas no tenían ningún objetivo escrito en ellas, ni general ni específico. Sugirió una manera diferente de escribir las cartas descriptivas, de nuevo señalando la importancia de tratar un tema/técnica por sesión y apoyarse en las dinámicas y los ejercicios y construir el aprendizaje de una sesión sobre la anterior. Este modo de aprendizaje cognitivo también coincide con la sugerencia de terapia cognitiva señalada por

Judith Beck (Beck, 2009). Su sugerencia era hacer un taller de solución de problemas o bien un taller de comunicación o un taller de sexualidad, todos independientes. Se le indicó que dada la restricción de tiempo para el número de sesiones y el no poder inscribirse a un segundo taller, la apreciación era que aunque no fuera un abordaje tan profundo, tocar varios de los temas relacionados entre ellos había resultado beneficioso, como los mismos participantes habían señalado en su momento.

Acto seguido, con el objeto de comprender mejor la población a la cual iba dirigido el taller, se revisaron todos los expedientes de los participantes. Con sólo revisar un par de ellos salió a relucir que los pacientes que habían sido incluidos en el taller de parejas vivían una enfermedad crónico-degenerativa. Se elaboró entonces una nueva Tabla de Motivos de Consulta (ver Tabla 12) por pareja en la cual se incorporó la enfermedad crónico-degenerativa y cualquier otra información relevante sacada de la historia clínica.

Ya con esta información adicional, y bajo la guía de la Maestra, se procedió a elaborar nuevos MCP (Mapas de psicopatogénesis), pero esta vez por pareja (ver Figuras 13, 14, 15 y 16). Para ello se hizo un análisis detallado de los expedientes, se identificaron tanto el motivo de consulta de cada participante, como se valoró cualquier información adicional de su historia clínica que permitiese construir todas las variables del MCP, desde información sobre su infancia, rasgos de personalidad identificados en el MMPI-2, hasta índices de ansiedad y depresión en las pruebas de Beck.

Acto seguido se evaluaron los MCPs, los resultados del taller original y las respuestas de los participantes, y se ponderó la posibilidad de replantear el taller desde una nueva perspectiva que educase a los pacientes a mejorar su calidad de vida en pareja a partir de su vivencia de una enfermedad crónico-degenerativa.

Tipología de las parejas

El análisis detallado de las historias clínicas y los MCP por pareja, así como el de los dos otros participantes que asistieron solos al taller (ver Figuras 17 y 18), permitió identificar cuatro factores en común en todos los casos.

1. Al menos un miembro de la pareja tenía algún tipo de enfermedad crónica y/o degenerativa.
2. La comunicación entre la pareja era deficiente.
3. La relación era insatisfactoria.
4. La vida sexual entre ellos era prácticamente inexistente y repercutía tanto en su falta de comunicación como en su calidad de vida en tanto individuo y como pareja.

El hallazgo de la comorbilidad con una enfermedad crónico-degenerativa era significativo y planteaba la posible necesidad de haber diseñado el taller de parejas de manera diferente. ¿Serían diferentes los resultados de los cuestionarios al final del taller si primero se les educaba en cómo vivir con una enfermedad crónico-degenerativa y sus consecuencias en la relación? ¿Era la enfermedad uno de los generadores y permanencia de los problemas de pareja? ¿Sería mejorar la calidad de vida de la pareja si se incluía la enfermedad crónico-degenerativa? ¿Qué otros elementos además de la enfermedad eran indicadores del nivel de la calidad de vida?

Tabla 12: Motivos de consulta por parejas incorporando enfermedades crónicas o degenerativas.

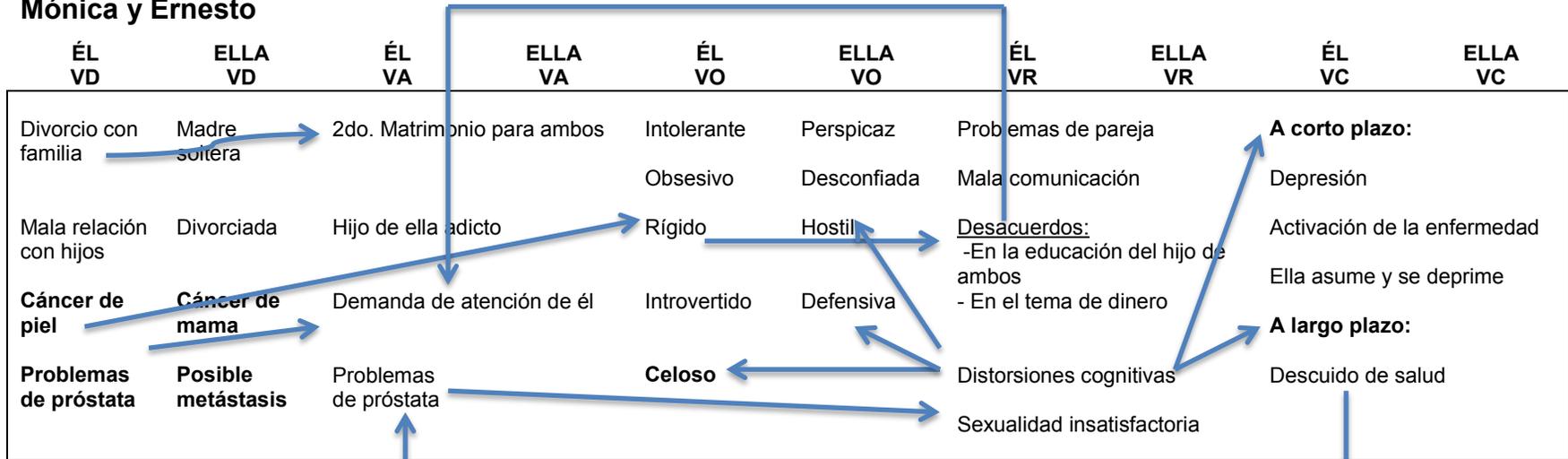
PACIENTE (1)	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	OTROS MOTIVOS Y ENFERMEDADES CRÓNICAS O DEGENERATIVAS (2)	Fecha de pruebas	BECK ANS	BECK DEP
Beto	53	Desequilibrio emocional por conflictos de pareja . Celotipia de su esposa.	Tiene depresiones, conflictos de ansiedad , desesperación, no pude hacer que su pareja entienda situaciones simples que suceden. Se siente agredido.	16 Feb 2012	27	26
Elsa	49	Conflictos de pareja . Peleas constantes desde hace 4 años. Quiere saber si su comportamiento está bien, sobre todo con su pareja, ya que últimamente está muy confundida pues él insiste en que necesita un psicólogo o un psiquiatra.	El último conflicto la llevó al psiquiátrico por decir que se quería morir (Ideación suicida). Padece de hipertensión, diabetes y sobrepeso. Se deprime con frecuencia	16 Feb 2012	7	14
Jaime	59	Conflictos de pareja desde hace 3 años, muchos relacionados con la educación de su hija de 15 años.	Padece de diabetes desde hace 22 años. Toma Metformina, Glibenitamida e Insulinol. Se siente "deteriorado" en su papel de pareja. Disfunción sexual	1 Ene 2012	10	23
Sofía	52	Problemas matrimoniales y con la pareja desde hace más de 10 años.	Refiere al marido como agresivo e intolerante . Se incorpora al taller de parejas con el marido. Falta de interés sexual, frigidez.	19 Abr 2012	10	28
Ernesto	59	Problemas de pareja . Varios aspectos del pensamiento y actuación de su pareja le exasperan. Considera que su miedo, ansiedad y emociones negativas impiden la paz, seguridad y firmeza familiar.	Padeció cáncer de piel. Problemas de próstata.	13 Oct 2012	4	10
Mónica	51	Problemas de pareja . Necesita llevarse mejor con él, casi nunca están de acuerdo en lo mismo y tienen gustos diferentes. Refiere que su marido es hermético y pasivo y eso la desespera. Tiene dos hijos, uno de ellos drogadicto y el otro es hijo del marido con quien vive actualmente..	Refiere haber tenido cáncer de mama izquierda en el 2000 que ha reincidido.	13 Oct 2011	29	7
Cinthia	41	Problemas de pareja . Siente que su esposa dedica más tiempo a su familia que a él.	Comenta que desde hace 2 meses su esposa no quiere tener intimidad con él. Falta de apetito sexual	11 Marzo 12	9	3
Vicente	38 M	Problemas de pareja . Mala comunicación con el marido. Se siente devaluada.	No se le antoja tener intimidad desde que nació su hijo hace 2 años Frigidez y dolor cuando tiene relaciones sexuales.	ND	ND	ND
Andrea	52	Conflictos de pareja por celos de su hermana desde hace 6 meses porque centró a trabajar a la misma empresa que su marido, y como viven en la misma colonia ellos van y vienen juntos. Tiene miedo de que inicien una relación de pareja. Siente un gran enojo y remordimiento por desconfiar de su hermana.	Hipertensión. Refiere poco interés sexual. Celotipia.	15 Marzo 12	0	3
Roberto	49	Problemas de pareja y con sus hijos a raíz de un ACV.	Dificultades cognitivas relacionadas con accidente cerebrovascular en 2003 . Disminución de capacidades de concentración, olvidos, dificultades motrices.	10 Nov 2011	1	8

* Nota (1): Los nombres de los pacientes han sido cambiados para mantener la confidencialidad.

** Nota (2): Para un segundo análisis, los motivos de consulta se desagregaron con el objeto de desagregar cualquier enfermedad crónico-degenerativa o padecimiento crónico que incidiese en la relación de pareja. Resultó interesante que las escalas de Beck de depresión y ansiedad no necesariamente parecían tener una correlación con la comorbilidad de una enfermedad crónico-degenerativa, lo que podría incluso sugerir una falta de conciencia de su estado emocional.

***Nota (3): Cada bloque de color diferente identifica a los miembros de la pareja. Los dos últimos participantes asistieron solos al taller. Se observará que el principal motivo de consulta fue problemas/conflictos de pareja. Asimismo, se destaca con cursivas y subrayado los problemas de salud que presenta cada paciente. Estos elementos de salud NO fueron considerados en la elaboración del primer taller.

Mónica y Ernesto



Observaciones:

- Enfermedad como ganancias secundarias ya que se tiene una pareja.
- ¿Qué tanto comunica uno al otro las quejas de su dolencia?

VD – Variable distante o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VA – Variable de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VO – Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

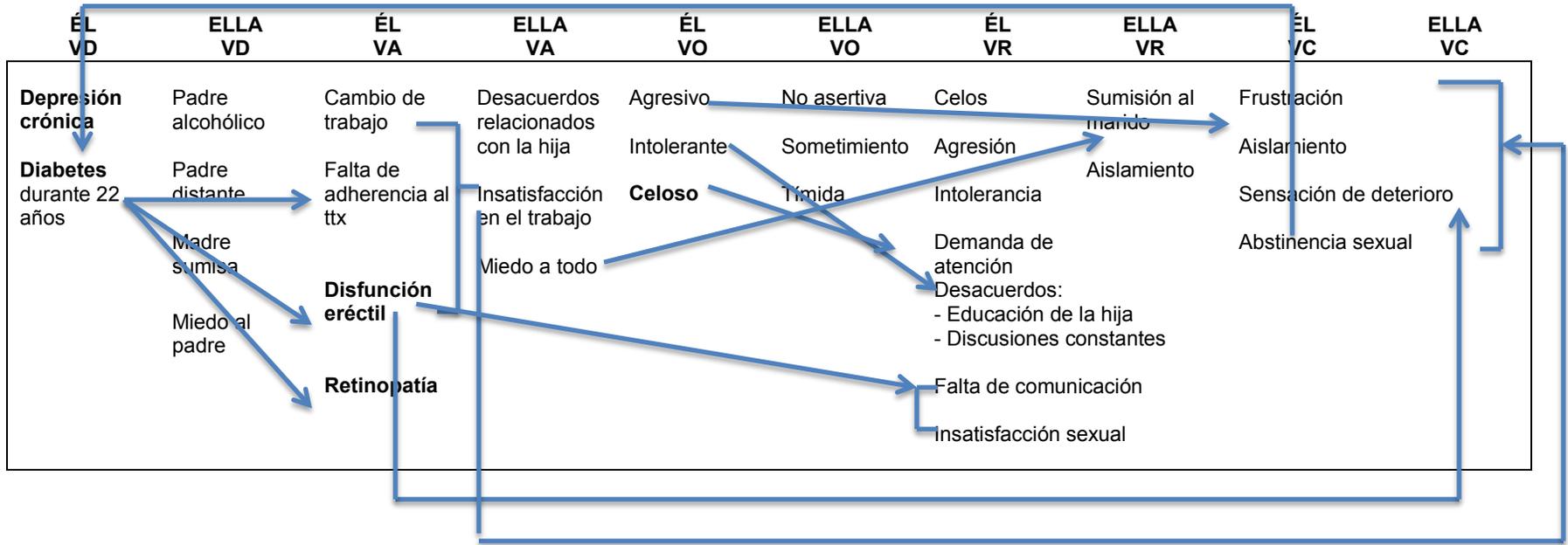
VR – Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VC – Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

Figura 14. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 1

Sofía y Jaime



Observaciones:

- Enfermedad como ganancias secundarias ya que se tiene una pareja.
- ¿Qué tanto comunica uno al otro las quejas de su dolencia?

VD – Variable distante o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VA – Variable de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VO – Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

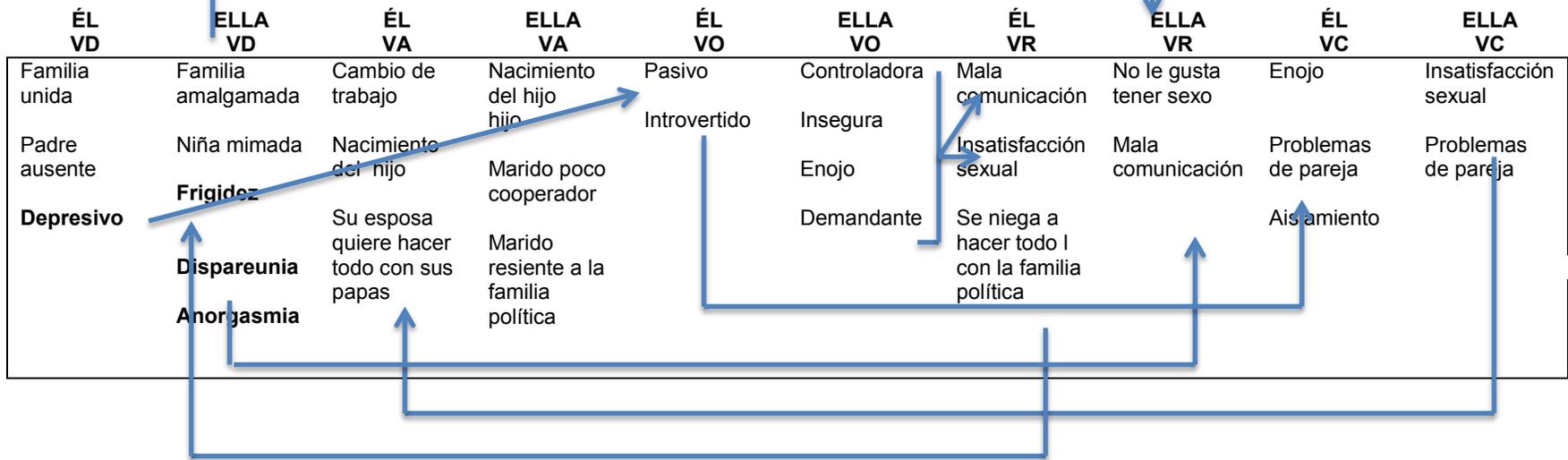
VR – Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VC – Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

Figura 15. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 2

Cinthia y Vicente



Observaciones:

- Enfermedad como ganancias secundarias ya que se tiene una pareja.
- ¿Qué tanto comunica uno al otro las quejas de su dolencia?

VD – Variable distante o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VA – Variable de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VO – Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

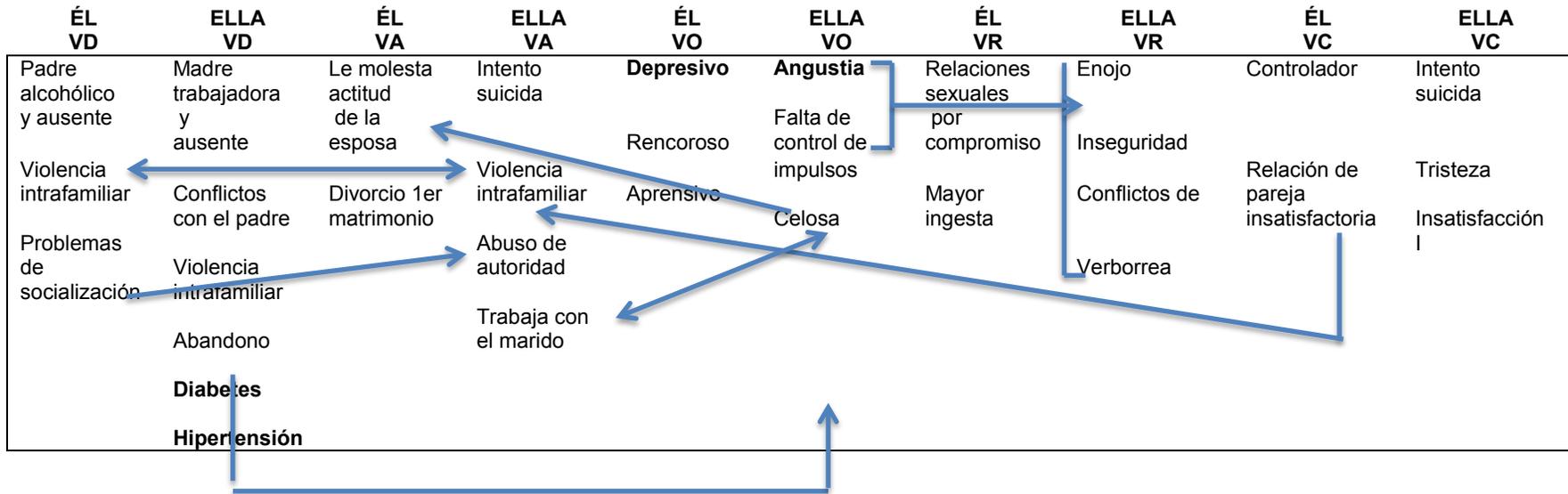
VR – Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VC – Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

Figura 16. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 3

Elsa y Beto



Observaciones:

- Enfermedad como ganancias secundarias ya que se tiene una pareja.
- ¿Qué tanto comunica uno al otro las quejas de su dolencia?

VD – Variable distante o factores históricos o de desarrollo que pudiesen explicar las conductas actuales

VA – Variable de antecedentes: variables cognitivas, conductuales, biológicas y otras que pudiesen haber desencadenado la problemática

VO – Variables orgánicas que explican el porqué de las respuestas conductuales.

VR – Variables de respuesta o conductas que tiene el paciente como respuesta a la problemática de fondo

VC – Variables de consecuencia o reacción a una variable de respuesta determinada y que puede contribuir a que la problemática permanezca, se modifique o desaparezca.

Fuente: Nezu (2006)

Figura 17. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 4

Nombre: Andrea Edad: 52 Sexo: F

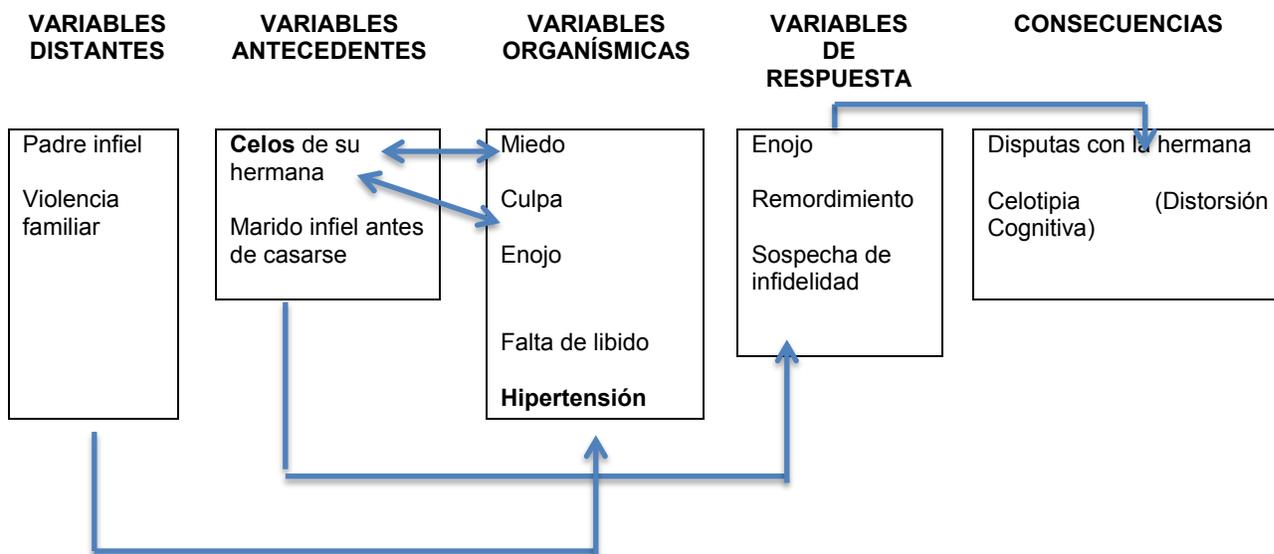


Figura 18. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9

Nombre: Roberto Edad: 49 Sexo: M

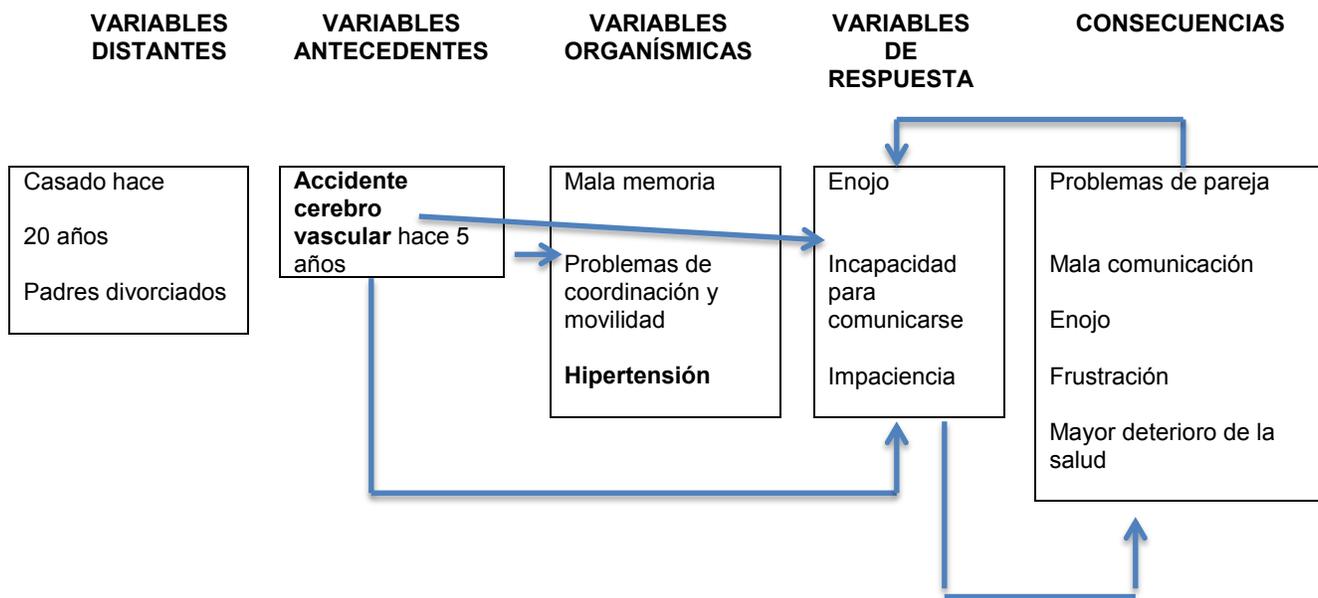


Figura 19. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10

Las enfermedades crónico-degenerativas: ¿el origen de los problemas de comunicación y deterioro en la calidad de vida de la pareja?

Si, como indicaban los MCP de pareja elaborados, el probable origen de los problemas de pareja era la comorbilidad con una enfermedad crónico-degenerativa, el taller realizado no abordaba este problema. Las temáticas ciertamente ayudaban a construir una mejor comprensión del problema de comunicación, pero no educaban a los participantes sobre cómo vivir con la presencia de una enfermedad crónico-degenerativa en su pareja y cómo esta situación incidía en la relación de pareja en sí, en su manera de comunicar lo que vivían gracias a la enfermedad, en su calidad de vida y cómo poder mejorarla. Vivir una enfermedad crónico-degenerativa incidía en absolutamente todos los ámbitos de la vida.

¿Podría ser la vivencia de la enfermedad y la manera en que el individuo se vivía y redefinía a partir de ella el origen de su insatisfacción en su relación de pareja? Si se lograba educar al paciente y a su pareja, mediante la psicoeducación, sobre la enfermedad crónico-degenerativa, sus características, sus consecuencias físicas y de salud, y la forma en que esto impactaba su vida individual y su relación, ayudarlos en enfrentar el enojo, el duelo y cómo encontrar formas alternas de resolver sus problemas ¿sería posible promover acuerdos consensuados y conscientes de sus estados de salud y emocional, que favorecieran un trato digno, amable y afectuoso y la incorporación de nuevas conductas que permitieran mejorar la relación y calidad de vida en la pareja? Si se les ayudaba a ver la relación de pareja desde la perspectiva sistémica, ¿sería posible cambiar su perspectiva y contribuir a una mejor calidad de vida en el enfrentamiento de la enfermedad y de la vida en pareja? ¿Tendrían entonces elementos suficientes para decidir si preferían tener una pareja o un matrimonio?

Sin lugar a dudas, mi pertenencia al programa de prácticas supervisadas de Entrevista y Técnicas de Intervención en Medicina Conductual dónde se utilizan técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas me llevó, de forma obligada, a considerar la posibilidad de replantear el taller de parejas desde esta perspectiva y

resignificando la experiencia del taller presentado hasta aquí. De pronto, presentar un modelo de intervención como documento de titulación sin proponer mejoras no parecía ser una opción de titulación honesta. Mi formación académica había profundizado mi conocimiento y mi experiencia. Tenía más elementos para decidir y para hacer y presentar un trabajo mucho más profundo y mucho más valioso. Me sentí obligada a compartir lo que había aprendido sobre este tipo de población que, al final del día, habían participado en el taller diseñado.

Bajo esta nueva mirada, resulta lógico comprender que las afecciones crónicas, con frecuencia hacen estragos en las relaciones de pareja. Éstas deben sortear el desafío de mantener una relación viable y equilibrada, al mismo tiempo que desempeñan los roles de paciente y cuidador primario respectivamente, y se enfrentan a las incertidumbres de planificar y alcanzar objetivos de desarrollo (Rolland, 2000) ante una enfermedad amenazante que perturba todos los ámbitos de la relación. Un taller dirigido a parejas que conviven con una enfermedad crónico-degenerativa debería entonces orientar también sobre la enfermedad en sí, sus cuidados, sus fases, las expectativas y los desafíos que enfrentaría su relación en los diferentes ámbitos de la misma e insertarlo en un contexto sistémico donde se promueva la comprensión, el manejo de emociones, la comunicación, la solución de problemas, la sexualidad en tanto elemento de comunicación y acercamiento de la pareja y como elemento importante en su calidad de vida.

7. UNA NUEVA PROPUESTA: LA INCLUSIÓN DE LA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA COMO ELEMENTO IMPORTANTE EN LA RELACIÓN DE PAREJA

La cuestión ahora era otra: ¿reportar simplemente los resultados del taller realizado o hacer una propuesta a partir de los resultados y análisis realizado que se adecuara a este tipo de población tan común pero tan poco tomado en cuenta?

Considerando que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónico-degenerativas matan a más de 36 millones de personas cada año y que casi el 80% de las defunciones provocadas por ellas -29 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios (OMS, 2013), y que el 75% de las muertes en México son por causa de enfermedades crónico-degenerativas (Gershenson, 2013), una nueva propuesta de taller de parejas con base en el primer taller, pero incluyendo esta característica hoy tan cotidiana de la población mexicana, era simplemente una consideración obligada.

¿Porqué un taller modificado?

La Organización Mundial de la Salud define a las enfermedades crónico degenerativas como “*enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta*”. Las enfermedades cardíacas, la hipertensión, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias, la diabetes y las enfermedades renales, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (OMS, 2014).

En términos generales, es comúnmente aceptado que las enfermedades crónicas y degenerativas tienen un impacto significativo en el bienestar psicológico tanto del paciente como de su pareja. Vivir con una enfermedad crónica y/o degenerativa significa muchos cambios en quien la padece, como también en la persona con quien vive, en este caso, su pareja. Con frecuencia, la pareja es quien termina siendo el cuidador primario. De cara a la nueva realidad que supone la enfermedad, tanto el paciente como su pareja viven depresión, ansiedad, falta

de comprensión, desgaste físico y mental, sentimientos de soledad, enojo e impotencia, disfunciones físicas y sexuales y su calidad de vida en general se reduce drásticamente (Colson, 2013, Muelherer, 2009; Petit, Mollet-Boudjemline, Sechepine, Milcent, Guyonnet & Labrune, 2013; Trudel, 2010; Wilmoth, 2007; Wylie, 2010), hechos que dificultan la convivencia así como la supervivencia de la enfermedad y de la relación de pareja como tal (Arredondo 2008; Badr, Acitelli & Caarmack Taylor, 2007; Burwell, Bracker & Shields, 2006; D'Ardenne, 2004; Hordern & Street, 2007; Owen, Rhoades & Stanley, 2013; Wilmoth, 2007).

Por otro lado, la enfermedad crónica puede afectar la imagen corporal a través de cambios que desfiguren la apariencia (cicatrices, mutilaciones) o cambios en el funcionamiento corporal, provocados por la pérdida de control de los movimientos o funciones básicas (incontinencia, disfunción eréctil, anorgasmia, problemas cardiacos, de respiración, renales, entre otros). La manera en que el individuo experimente su cuerpo y los cambios que su enfermedad conlleva pueden impactar negativamente su auto-percepción y con ello, limitar o evitar toda actividad sexual, una parte importante de la comunicación en la relación de pareja (Barsky, Friedman & Rosen, 2008; Basson, 2007; Bischoff, 2005; Esposito, Ciotoloa, Marfella, Di Tommaso, Cobellis & Giugliano, 2005; Hordern & Street, 2007, Kaptein, Van Kink, De Kuok, Shcharloo, Snoei, Broadbent, Bel & Rabem 2008).

Tenemos que considerar que la sexualidad es un derecho humano básico y una parte fundamental de una vida sana y plena. Para los pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas, la sexualidad es también un determinante significativo de la calidad de vida al ser un modo importante de comunicación con su pareja (Verschuren, 2010). Asimismo, la sexualidad desde el punto de vista relacional y de la terapia sexual sistémica puede definirse como la relación de comunicación física, amorosa y emocional entre dos personas que se aman y conviven, e implica un universo mucho más amplio que el coito. En otras palabras, la sexualidad es una de las modalidades que las personas han escogido para estar juntas y comunicarse algo que viven (Arcelloni, 2013). Así, la sexualidad en este contexto teórico, es la construcción de un mundo donde se

respetan y comunican las diferencias; es aumentar el grado de libertad y posibilidades de una elección afectiva de la pareja. De tal manera que, una reeducación de la sexualidad en pareja tendría como objetivo una relación abierta, comunicativa, placentera, auto-determinada, en armonía con el cuerpo y las necesidades individuales, particularmente a raíz de las enfermedades crónicas y/o degenerativas, en paridad, de pareja.

En el marco conceptual sistémico, existe una fuerte relación entre el bienestar psicológico y la relación de pareja. El equilibrio de ésta se ve altamente afectado por tener que vivir con una enfermedad crónica y/o degenerativa, ya que una relación es bidireccional: la calidad de la relación puede influir el bienestar psicológico de la pareja y, por tanto, su enfermedad y vice-versa (Verschuren, 2010). De cara a lo anterior, una buena o mala sexualidad puede ser una posible fuente de crecimiento relacional en la pareja o bien ser una fuente de estrés que impacte negativamente la salud del paciente y su pareja, así como su relación.

Resulta interesante considerar que aún cuando las disfunciones sexuales son, en términos generales, un efecto colateral común de las enfermedades crónicas y los medicamentos, es un hecho rara vez abordado en la práctica clínica y ha sido poco investigado, no sólo en términos de cómo afecta al paciente, sino también a su pareja y su relación. De acuerdo con la literatura revisada, con frecuencia, ni el médico tratante ni el psicólogo se molestan siquiera en preguntar si la vida sexual del paciente y su pareja ha sufrido cambios importantes a raíz de la enfermedad y su tratamiento. (Giami, 2009; Lemaire, Colson, Alexandre, Bosio-leGoux, Klein, 2009; Timm, 2009). Incluso, Wilmoth, 2007; Wylie, Jackson, Hutchin & Fitter, 2010; Timm, 2009) remarcan la ausencia de terapeutas que incluyan a la sexualidad como elemento importante en la relación de pareja y en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas y denotan la importancia de se formen terapeutas para llenar este vacío. La sexualidad, al final del día, sigue siendo un tabú incluso para el terapeuta mismo. Entonces, ¿cómo puede el paciente abordar el tema y mejorar su calidad de vida, si no sólo él mismo no sabe qué sucede, tampoco hay terapeutas especializados o, en su defecto, mucha literatura al respecto?

Así, tomando en cuenta que la convivencia con una enfermedad crónico degenerativa era una constante entre las parejas que asistieron a nuestro taller de parejas, se consideró oportuno proponer un nuevo formato de taller tomando en cuenta esta variable y en el cual, por medio de un nuevo modelo psicológico integral, se orientarse a la pareja hacia una mejor calidad de vida, a la vez que se les pudiera educar en técnicas que les permitiesen enfrentar la enfermedad y resolver los problemas cotidianos de manera más flexible y asertiva. Esta nueva propuesta fusiona la aproximación cognitivo-conductual con la terapia sistémica desde un punto en común, que son los talleres psicoeducativos, con el fin de contribuir al mejoramiento de la relación de parejas pero incluyendo todo aquello que implica vivir una enfermedad crónica: cómo vivir la enfermedad, adherencia al tratamiento, consecuencias, expectativas, enojo, duelo, comunicación, solución de problemas y sexualidad como parte de la calidad de vida.

Finalmente, este trabajo pretende hacer una contribución académico-práctica a una temática prácticamente inexplorada por las razones señaladas anteriormente: la sexualidad y la comunicación como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico-degenerativas.

Fundamentación teórico-práctica del trabajo con parejas con enfermedades crónico-degenerativas

A menudo se considera que la mejor manera de producir un cambio en un individuo consiste en cambiar el contexto de su comportamiento. En este sentido, los procesos de las relaciones personales, tanto en términos de familia como de pareja, son tan importantes o más que el problema en sí. De la misma manera, un abordaje integral para contribuir a mejorar la relación de una pareja que convive con una enfermedad crónico-degenerativa debe incluir elementos psicoeducativos situando al participante y a su pareja dentro del sistema en el que viven y su entorno.

De cara a esto, se propone un taller para parejas con enfermedades crónico-degenerativas que incluya las siguientes perspectivas clínico-psicológicas:

- 1) Desde el enfoque psicoeducativo y cognitivo-conductual, la educación de la pareja sobre cómo vivir con una enfermedad crónica y/o degenerativa, sus consecuencias, sus limitaciones y los cambios que generan en la vida en común, así como el manejo del duelo, el enojo, la ansiedad, la depresión y la sexualidad que estos cambios provocan. Para este abordaje en particular, se ha echado mano de las experiencias reportadas en la literatura de la relación entre las enfermedades crónicas y su impacto en el individuo, su pareja y su calidad de vida.
- 2) Desde la perspectiva sistémica, comprender la adaptación de la pareja como un sistema a la enfermedad y la importancia de esto en la mejora de su calidad de vida.
- 3) Desde lo sexual sistémico, mejorar su perspectiva de calidad de vida a través de la redefinición de la sexualidad relacional y afectiva en la pareja y su importancia como elemento significativo en la comunicación de pareja y su bienestar psicológico. Este abordaje se ha hecho tomando en cuenta, asimismo, que es un enfoque innovador en el tratamiento con parejas, en particular parejas con enfermedades crónico-degenerativas.

Las enfermedades crónico-degenerativas

En términos generales, las enfermedades crónico-degenerativas afectan el bienestar psicológico del paciente en formas diversas, desde reacciones adaptativas normales, problemas adaptativos a trastornos psicopatológicos (trastornos afectivos o delirios). Un aspecto fundamental del bienestar psicológico, tanto del paciente como de su pareja, (o cuidador primario) es el contexto de la adaptación y la vivencia de una enfermedad crónico-degenerativa (diagnóstico, tratamiento, adherencia terapéutica, pronóstico y complicaciones). Este proceso de aceptación de las consecuencias psicológicas de la enfermedad crónica debe incluirse en el contexto de la vida del paciente y la etapa del ciclo de vida de la familia (Rolland, 1994, citado en Verschuren, 2010, p.158).

No puede dejarse de lado que la reacción emocional de la pareja al proceso, ya sea de apoyo o de rechazo, impacta significativamente sobre el bienestar

psicológico del paciente y del funcionamiento de la relación de pareja. En este contexto, en términos clínicos psicológicos, resulta muy importante hacer una distinción entre: (a) el ajuste normal y las reacciones de duelo; (b) el ajuste problemático y las reacciones de duelo, y (c) el desarrollo de trastornos como depresión, trastorno de ansiedad o pánico, etc. (Verschuren, 2010), ya que ello ayudará al terapeuta a seleccionar el mejor tipo de intervención.

Una enfermedad crónico-degenerativa tiene un curso predecible o impredecible: no sólo implica los malestares físicos causados por la enfermedad en sí y su tratamiento farmacológico, sino que también puede incluir cambios adversos en la imagen corporal, autoestima, estilos de afrontamiento, aceptación, duelo y otros trastornos, así como cambios en los roles sociales, en el trabajo, en la familia, etc. Así, un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa (ECD) puede verse forzado a renunciar a ciertos roles que con frecuencia generan una sensación de pérdida de control o dependencia, como el papel de padre, madre, proveedor, esposo. Con frecuencia, estos roles/pérdidas también son parte de la identidad del individuo, con lo que la pérdida ya no es simplemente un tema físico, también se trata de un tema emocional o social. Adicionalmente, la enfermedad también se encuentra vinculada a las relaciones sexuales íntimas del paciente y a la manera en que su pareja comprende la enfermedad y su percepción de “compartir la carga”.

Otro problema común que enfrentan los pacientes con una enfermedad crónico-degenerativa es el enojo. El enojo puede exacerbar el proceso de la enfermedad. Generalmente, el enojo aumenta conforme el paciente hace frente a las pérdidas relacionadas con la enfermedad y la subsecuente reducción en sus funciones. Este enojo, claramente, también incide en la relación de pareja o en la relación con el cuidador primario. Por otro lado, el enojo también se encuentra presente en la medida en que la pareja considere que el cuidado del enfermo es una carga. Esta percepción se encuentra entonces estrechamente vinculada a la calidad de vida, el estrés emocional, la sensación de soledad, las demandas psicosociales en el paciente y la pareja (o cuidador), entre otros (D'Ardenne, 2004).

Es importante tomar en cuenta que la manera en que la gente enfrenta la enfermedad y sus consecuencias en términos psicológicos depende en gran medida de sus capacidades adaptativas y su resiliencia. La aceptación de la situación (sea enfermedad o discapacidad) es una parte del proceso de duelo que, al aceptar una realidad, atenúa la ansiedad y la depresión. Esto, junto con factores psicológicos tales como la personalidad, el estilo de afrontamiento y la interpretación de estresores externos e internos, así como el momento en el proceso del duelo en el que se encuentren el paciente y su pareja, son elementos importantes a considerar cuando se planea una intervención psicoeducativa y psicológica en general.

Ciertamente, los cambios que la relación de pareja sufre por la comorbilidad de la enfermedad crónico-degenerativa puede ser un factor de crecimiento o de estrés para la pareja, sobre todo porque, Como se señaló anteriormente, la pareja termina siendo el cuidador primario. Cada persona, cada pareja y cada matrimonio enfrenta estos cambios de manera diferente dependiendo de las habilidades relacionales de la pareja, que incluyen la comunicación asertiva y el estilo de comunicación, las habilidades de resolución de problemas, el manejo de conflictos, entre otros.

Por otro lado, para muchas parejas, cuidar de su pareja enferma significa la pérdida de la libertad. Esto generalmente se traduce en una sensación de limitación en sus vidas que tiende a distanciar a la pareja y, con frecuencia, generar serios problemas entre ellos, como algunos que hemos podido ver entre los participantes de nuestro taller de pareja. Entre estos problemas destaca la necesidad de generar un equilibrio entre “juntos” y “separados”, como podría ser el caso de nuestros pacientes Ernesto y Mónica, por ejemplo, donde Mónica, quien había padecido cáncer de mama y ahora sospechaba de metástasis, requería toda la atención del marido, mientras que él no podía explicarse porqué ella no podía dejarle hacer “sus cosas” sin armar un espectáculo. Sin embargo, esta sensación de “separados” es lo que, en última instancia, permite a la pareja desarrollarse y dedicarse a otras actividades que no necesariamente estén relacionadas con la enfermedad.

Otro aspecto frecuente que se observa en parejas con estas características es que la pareja sana siente la obligación de esconder sus emociones y sus angustias para evitar que el otro se preocupe. Sin embargo, esto con frecuencia genera también una sensación de soledad y aislamiento que resulta difícil de compartir, a la vez que genera un distanciamiento en la pareja porque, con frecuencia, la vivencia de la enfermedad del enfermo, por supuesto, resulta incomprensible para la pareja sana.

Algunos autores (Arredondo 2008; Badr, Acitelli & Caarmack Taylor, 2007; Burwell, Bracker & Shields, 2006; D'Ardenne, 2004; Hordern & Street, 2007; Owen, Rhoades & Stanley, 2013; Rolland, 2000; Verschuren, 2010, Wilmoth, 2007, entre otros) señalan que la relación de pareja puede verse significativamente influida por las condiciones físicas y emocionales/psicológicas del paciente. Así, una buena relación de pareja tendrá una influencia positiva en la condición física, adherencia, supervivencia, satisfacción y calidad de vida del paciente, y su pareja. Mientras que ante una mala relación de pareja, una enfermedad crónico-degenerativa puede traducirse, en el mejor de los casos, en un divorcio pero, con frecuencia, en el deterioro del enfermo y la calidad de vida de ambos miembros de la pareja. No es raro que la pareja sana permanezca en la relación, pero el enojo, la culpa y la sensación de "atrapamiento" influyen negativamente en una relación ya deteriorada.

En este contexto, una intervención psico-educativa requiere, primero que nada, educar, pero también acompañar al paciente y a su pareja en cuanto a la enfermedad, lo que significa, los cambios, las expectativas, los medicamentos, sus consecuencias, así como el manejo de emociones y procesos como duelo, enojo, tristeza, ansiedad. En este proceso, es importante, asimismo, al trabajar las verdades y las mentiras de la realidad, ayudarles a identificar los pensamientos automáticos, su validación, las emociones, la reestructuración cognitiva, comunicación asertiva, para luego guiarlos a través del proceso de solución de problemas de manera que en todo momento, puedan tomar las decisiones que sean mejores para ambos.

El modelo sistémico y las enfermedades crónico-degenerativas

Desde el modelo sistémico, el sistema está creado por la interacción de la enfermedad con el individuo, su pareja y otros sistemas biopsicosociales. El modelo sistémico de la enfermedad, según Rolland (2000), enfatiza los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales y la adaptación de cara a la enfermedad.

Las enfermedades crónicas pueden tener consecuencias devastadoras para la pareja. Para superar las dificultades y las complejidades, éstas deben mantener una relación viable y equilibrada, a la vez que deben, por un lado, cuidar del enfermo y, del otro, hacer frente a la incertidumbre.

La respuesta y adaptación adecuadas a las enfermedades crónico-degenerativas dependen en gran medida de la disposición de la pareja a abordar cuestiones fundamentales (Rolland, 2000), estar abiertos a la comunicación asertiva, poder hacer frente a las diversas maneras de vivir la enfermedad, y a la posible pérdida, tanto física como de funciones corporales. Cuando esto no funciona, con frecuencia se genera distanciamiento entre los miembros de la pareja, ya que la relación se convierte en un constante recordatorio de la pérdida en sus diversas dimensiones.

Cuando la pareja es capaz de ampliar su experiencia de la intimidad, puede mejorar su calidad de vida y ayudar a contrapesar el lado oscuro de la enfermedad y la discapacidad (Rolland, 2000). Las parejas tienen entonces la posibilidad de identificar qué es importante y qué no. Una comunicación abierta, franca y asertiva, el conocimiento de la enfermedad y sus ciclos, permite identificar y normalizar sentimientos difíciles, establecer límites, planificar y obtener un nuevo equilibrio dentro de la relación. La dificultad de conciliar entre el rol de cuidador y de pareja en tanto iguales pone a prueba los vínculos más fuertes. Si la pareja puede abordar estas preocupaciones abiertamente puede funcionar mejor y, por tanto, mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de la pareja.

Es por ello que resulta de gran importancia una orientación psicoeducativa preventiva, de preferencia, desde la detección de la enfermedad en el contexto de la pareja como un sistema. Esto proporciona a la pareja la posibilidad de obtener

una psicoeducación sobre la enfermedad, sus etapas, los desafíos más comunes a los que se enfrentará. Una educación temprana sobre estos temas y el acompañamiento y psicoeducación a lo largo de la enfermedad no sólo orientará a la pareja, sino que también les dará un mayor control de su vida y mejorará significativamente su calidad de vida y su manera de relacionarse.

La terapia sexual sistémica

Un aspecto fundamental en la terapia sexual sistémica es la redefinición de la sexualidad dentro del contexto sistémico del paciente, en este caso, la pareja y su entorno. La sexualidad se define como un término integral que incluye las dimensiones física, psicológica y social del ser humano de manera que enriquezca y mejore la personalidad, la comunicación, el amor, y el bienestar. Esta concepción integral incluye el género, la identidad y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción (Wilmoth, 2007). La sexualidad incluye, asimismo, cómo nos expresamos como hombre y mujer, cómo sentimos nuestra sexualidad, cómo interactuamos con ella, el impulso sexual, las actividades sexuales, la imaginación, entre otros. (Barton, 2007). La sexualidad se ve influida por las normas sociales, la religión, el estrato social y cultural, la salud y la enfermedad, y ciertamente la manera de expresarla varía con la edad y las experiencias personales. Y, finalmente, la sexualidad, su expresión y el concepto que de ella se tiene, se ven significativamente afectados por las enfermedades crónicas (Wilmoth, 2007; Barton, 2007).

No está de más señalar nuevamente que una enfermedad crónico-degenerativa impacta la relación de pareja en diferentes aspectos, generalmente provocando una distancia emocional en la pareja que se traduce en una distancia física, un extrañamiento y una consiguiente falta de intimidad. La falta de satisfacción en la relación sexual puede indicar una reducida calidad de vida en la relación provocada, entre otras cosas, por el cambio de actitud hacia el paciente enfermo, los consiguientes cambios físicos, emocionales y psicológicos generados por la enfermedad, donde el enfermo se siente “vulnerable” (Verschuren, 2010) y la pareja puede sentirse “abrumada” o “abusada”.

Desafortunadamente, son el tratamiento y las limitaciones que implica la enfermedad lo que afecta la calidad de vida del paciente y su pareja. En términos generales la calidad de vida es un constructo subjetivo definido individualmente de manera diferente, que incluye: el nivel de salud, funcionamiento físico, el bienestar emocional, psicológico, funcionamiento social, auto-percepciones de salud y auto-imagen, capacidades, la comunicación y bienestar sexual (Wilmoth, 2007). Adicionalmente, se considera que la calidad de la relación de pareja incluye los patrones de comunicación, habilidades sociales, habilidades de solución de problemas (Verschuren, 2010).

Para la terapia sexual sistémica, la calidad de vida sexual en la pareja supone una flexibilización en la definición de lo que la pareja considera como la relación sexual. Esto implica, ciertamente, tomar en cuenta las creencias y necesidades del paciente y a partir de ahí, explorar una definición de relación sexual más amplia que suponga diversas actividades sexuales, como besos, caricias, estimulación oral, manual, visual, y un mayor acercamiento emocional para ambos miembros de la pareja, trabajándolos como sistema (Arcelloni, 2013).

Enfermedad crónico-degenerativa, calidad de vida y sexualidad: un modelo integral y sistémico

En su artículo *Chronic Disease and Sexuality: A General Conceptual Framework*, Verschuren (2010) desarrolla un nuevo marco conceptual que se basa en dos supuestos: a) una enfermedad crónica no sólo se basa en síntomas somáticos y físicos, sino que generalmente está acompañado de presiones psicológicas, psicosociales, relacionales y contextuales (Rolland, 2000, citado por Verschuren, 2010, p. 155), y b) la sexualidad humana es un fenómeno complejo influenciado por factores biológicos, psicológicos, relacionales y socio-culturales. Este marco conceptual une un modelo cognitivo a uno sistémico a través de la inclusión de factores biológicos, psicológicos y relacionales, y de la asociación entre la enfermedad crónico-degenerativa, la sexualidad y la calidad de vida en todas sus dimensiones, sugiriendo un abordaje con técnicas tanto psicoeducativas como sistémicas.

A continuación explicamos cómo funciona esto. Veamos la Figura 20. En términos generales, el bienestar psicológico es un término amplio que se refiere a la autonomía, dominio ambiental, crecimiento personal, relaciones positivas con los otros y el entorno, satisfacción personal, autoestima, auto-aceptación, tener un propósito en la vida, una sexualidad sana, entre otros. En los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, las relaciones sexuales juegan un papel importante en la adaptación de la pareja a la enfermedad, afectando el bienestar psicológico de ambos, en tanto que la alienación física en la pareja supone un distanciamiento emocional, así como un deterioro en su percepción de calidad de vida. Por otro lado, la condición física también es un elemento importante que impacta el bienestar psicológico y la calidad de vida.

En la sexualidad, los factores psicológicos y biológicos interactúan entre sí, de manera que la condición física de la persona y su bienestar psicológico son los pilares de la salud sexual. Para comprender el impacto de la enfermedad crónico-degenerativa sobre la calidad de vida y la sexualidad de la pareja, necesitamos definir dos términos: a) *Desempeño sexual*: se refiere al desempeño sexual generalmente aceptado como “normal”. Este concepto incluye deseo sexual, excitación, relaciones sin dolor, orgasmo, erección y eyaculación; b) *Bienestar sexual*: se refiere a la experiencia individual y subjetiva de la sexualidad y cómo esto se valora en la vida personal y la relación de pareja. En esta definición se incluyen personas que no se sientan a gusto con su relación sexual.

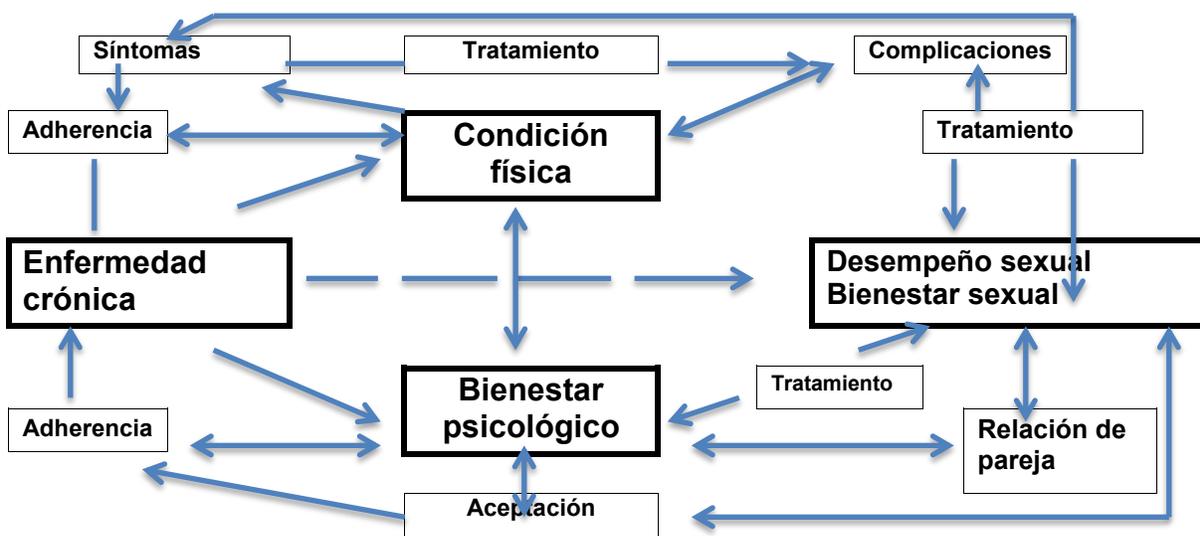


Figura 20. Calidad de vida: Asociación entre enfermedad crónica, bienestar psicológico y sexualidad

En la Figura 20, como en la realidad, el término *Enfermedad crónica* se refiere a una condición anormal provocada por factores internos y externos que afectan la condición física, tiene síntomas específicos y afecta el bienestar psicológico. A fin de controlar la enfermedad y sus síntomas, o evitar que progrese, el paciente debe adherirse al tratamiento/medicamentos. Si la adherencia al tratamiento falla, el paciente verá afectada su condición física y su bienestar psicológico. Las razones de la falta de adherencia pueden ser variadas, desde los malestares que provoca el medicamento, como mareos, náuseas, fatiga, gastritis, insomnio, pérdida de la imagen corporal, disfunciones sexuales, entre muchas otras. Las experiencias buenas promoverán la adherencia y las negativas la desalentarán.

Como se puede ver en el esquema, una enfermedad crónica puede afectar tanto la condición física como el bienestar psicológico, factores pilares de la sexualidad, con lo que, la enfermedad, a través de estos, sin duda afecta indirectamente la sexualidad y también la percepción de calidad de vida (Wilmoth, 2007).

Una enfermedad crónica viene acompañada de *Síntomas* que, como se observa en el esquema, pueden tener un efecto directo o indirecto sobre el bienestar psicológico y la sexualidad. Además de los síntomas, complicaciones temporales como parestesia, anestesia u otros, pueden afectar igualmente la calidad de vida a través del bienestar psicológico y la sexualidad, independientemente de la enfermedad e incidir, Como se señaló, en la adherencia terapéutica.

En términos realistas y generales, la enfermedad crónica, sus complicaciones y el tratamiento tienden a afectar el bienestar psicológico y físico del individuo, su sexualidad y, por ende, su calidad de vida y su relación de pareja, en tres maneras (Verschuren, 2010):

1. Físicamente, a través de lesiones y mutilaciones que afecten órganos, cerebro, nervios, músculos, arterias.
2. Consecuencias comórbidas de la enfermedad, como dolor crónico, fatiga, temblores, rigidez, espasticidad, alteraciones motoras o sensoriales, incontinencia, etc.
3. Efectos iatrogénicos de los tratamientos que incluyen efectos secundarios provocados por los medicamentos.

Este modelo supone que la calidad de vida de la relación de pareja no sólo se ve afectada por el bienestar del enfermo y de la pareja, sino también afecta la salud sexual y viceversa. Los valores personales de ambos miembros de la pareja resultan importantes, sin duda, pero sobre todo, lo importante es el significado que ambos les dan al papel de la sexualidad en la relación (anterior y actual), lo que puede influir sobre el nivel y manera de ajuste del paciente y su pareja a la enfermedad (Verschuren, 2010).

Ahora bien, una manera de contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente y la pareja, su auto-percepción y fomentar un mayor acercamiento e intimidad en la pareja es, por supuesto, a través de la enseñanza de diversas técnicas cognitivas para aprender a vivir con la enfermedad, mejorar la comunicación, resolver problemas y enseñarles una manera diferente de

relacionarse en el ámbito sexual, por todas las razones señaladas a lo largo de este apartado.

Para la terapia sexual sistémica esto se hace a través de la introducción de una definición flexible de lo que significa el comportamiento sexual. Esto se hace, por supuesto, trabajando a partir de pensamientos y creencias y generando una reestructuración cognitiva planteando nuevas maneras de conducirse y mostrar afecto. Así, por ejemplo, enseñar e introducir a la pareja a una definición flexible donde sexualidad no es sólo penetración, sino que incluye otros tipos de actividades como juegos, besos, caricias, otros tipos de estimulación, velas, vino, una conversación agradable tomados de la mano, abrazos cálidos. Significa también que el terapeuta, en este caso quien dirija el taller, se tome el tiempo para explorar con el paciente cuáles son sus creencias y sus necesidades para poder construir con el participante su propia definición. La idea es cambiar la definición de lo que supone culturalmente “desempeño sexual” a algo más flexible y, a su vez, cambiar el auto-concepto del individuo centrado en este desempeño sexual ahora mermado por la enfermedad, a conductas alternas que promuevan la mejora de la relación (Ver Tabla 13). De tal manera, se debe guiar al paciente a aprender a ajustar sus preferencias a las restricciones que supone la enfermedad (Barsky, 2006).

Tabla 13: Redefinición flexible sobre la sexualidad

Proceso	Inflexible	Flexible
Cognitivo	“El coito es la única forma real de actividad sexual que cuenta”.	“El coito es sólo una manera de tener intimidad sexual con mi pareja”.
Conductual	Abstinencia de actividad sexual	Sexo oral, caricias
Resultado psicosocial	Mal humor; bajo desempeño sexual, relación de pareja disminuida.	Buen humor, desempeño sexual mejorado; mejora en la relación de pareja.
Cognitivo	“De cualquier manera, nada puede reemplazar el coito en nuestra relación”.	“Enfocarse en la intimidad es mucho mejor que sólo enfocarse en sexo”.
Conductual	Desatender la intimidad en la relación.	Tomarse tiempo para platicar o compartir una actividad
Resultado psicosocial	Mal humor, relación de pareja disminuida.	Buen humor, mejora en la relación de pareja.

Resulta importante destacar que la definición de “flexibilidad” es sinónimo de la palabra “ajuste/adaptación”, donde mayor flexibilidad sería una mayor capacidad de adaptación y enfrentamiento a la disfunción sexual. En este sentido, se refiere a un nuevo y más amplio significado de la actividad y desempeño sexual y no tanto a centrarse a las definiciones rígidas cultural y socialmente aceptadas.

El terapeuta puede comenzar por hacer una evaluación sobre las prácticas sexuales de la pareja, su disposición de introducir definiciones alternas, así como la importancia que juega el papel de la sexualidad en su vida. En muchos casos el paciente no toca el tema no porque no le preocupe, sino porque el terapeuta no lo menciona y entonces el paciente asume que su preocupación es irrelevante. Abrir el tema no necesariamente significa que el paciente lo abordará, pero sí que se sabrá que podrá sentirse cómodo si requiere ser guiado. Preguntas como “¿Considera que haya otras maneras diferentes al coito que podrían beneficiar positivamente su vida sexual?”, “¿Qué tanto considera que el coito es muy importante para tener una vida satisfactoria?”, “¿Qué tan importante es la intimidad en su vida de pareja?”, “¿Qué elementos constituyen la intimidad para usted?”, “¿Qué lugar ocupa para usted la sexualidad en su definición de usted mismo?”, “¿Qué tan importante es para usted encontrar maneras en que usted y su pareja puedan comunicarse físicamente su amor y aceptación mutua?”, entre otras, ayudarán al paciente y a su pareja a comprender que el terapeuta estará dispuesto a escuchar sus preguntas y preocupaciones.

Autores como Arcelloni, 2013; Barsky, 2006; Barton, 2007; Verschuren, 2010, y Wilmoth, 2007, entre otros, han encontrado que una mayor flexibilidad en las definiciones referentes a la sexualidad tienen el potencial de mejorar el cuidado clínico y la calidad de vida de los individuos.

Finalmente, para que la introducción de la nueva definición flexible sobre sexualidad sea exitosa, se requiere el apoyo del sistema al que pertenece (paciente, pareja, médico). La pareja entonces estará más dispuesta a hacer los ajustes necesarios para acomodar las necesidades de la relación.

La comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico degenerativas

Esta nueva modalidad de taller propone analizar con más detalle el estado que guarda la relación de pareja en diversos ámbitos, la inclusión de sesiones psicoeducativas que incluyan la enfermedad crónico-degenerativa y cómo es vivir con ella, trabajar desde lo cognitivo-conductual el manejo de emociones, pensamientos automáticos y su impacto en la comunicación, el modelo de solución de problemas, e introduce un nuevo modelo de bienestar integral que incluye desde la perspectiva sistémica los ámbitos psicológico, físico y social y la comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida.

Meta del taller

La pareja aprenderá sobre qué es vivir con una enfermedad crónico-degenerativa, cómo ésta afecta los diversos espacios de su relación, determinará qué desea de su relación y qué necesita para obtenerlo, y adquirirá herramientas que le permitan mejorar su calidad de vida a través de una relación más armónica, positiva y asertiva consigo mismos y con su pareja y con las vivencias de su situación de salud.

Número de sesiones: 15 sesiones y una de seguimiento cuatro semanas después. El número de sesiones del taller podría variar dependiendo del avance del grupo. La política del CSPGD estipula 10 a 12 sesiones en terapia individual, con un máximo de 20 si así lo considera conveniente el terapeuta. Hemos decidido aplicar la misma lógica para el taller de parejas, lo que proporcionaría a cada participante el beneficio del número de sesiones que obtendrían de seguir terapia individual. Se proponen entonces un total de 16 sesiones con la posibilidad de extender a un máximo de 20 dependiendo de la necesidad del grupo de profundizar en algunos temas y,

por tanto, otorgarles más tiempo, en el entendido de que las sesiones deberían adaptarse en consecuencia.

Objetivo general

- La pareja con una enfermedad crónico-degenerativa mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.

Objetivos específicos

Los participantes:

- Comprenderán qué es vivir con una enfermedad crónica-degenerativa y la influencia de ésta en su relación de pareja en cuanto a:
 - Implicaciones psicológicas, físicas y fisiológicas
 - Manejo de emociones
 - Demanda de atención y cuidados
- Identificarán los principales elementos que pueden convertirse en obstáculos en la relación de pareja.
- Identificarán y entenderán los pensamientos automáticos.
- Adquirirán habilidades para reconocer y manejar el duelo y las emociones negativas como el enojo, la ansiedad, la depresión, la culpa.
- Aprenderán una nueva manera de relacionarse sin ganancias secundarias de la enfermedad.
- Adquirirán habilidades para mejorar la comunicación en la pareja a través de la identificación de las distorsiones en la comunicación.
- Aprenderán técnicas de reestructuración cognitiva.
- Aprenderán a comunicar de manera asertiva.
- Aprenderán algunas técnicas de resolución de problemas.

- Aprenderá una nueva definición de la sexualidad relacional en la pareja y su importancia como elemento significativo de la comunicación, su bienestar psicológico y su calidad de vida en pareja.

Programa de intervención propuesto

- a) **Población destinataria:** Parejas de 40 años de edad o más con al menos uno de sus miembros cursando alguna enfermedad crónica y/o degenerativa.
- b) **Espacio de trabajo:** Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSPGD) de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- c) **Número de sesiones:** 15 sesiones y una de seguimiento, con la posibilidad de extensión hasta 20, dependiendo de la evolución del taller, de acuerdo con el espacio disponible y las políticas de servicio del CSPGD.

Cartas descriptivas y temática propuesta:

El Anexo 6 presenta las 16 cartas descriptivas propuestas para esta nueva modalidad de taller, y cuyas temáticas se describen abajo.

Adicionalmente a los cuestionarios de Beck y de evaluación final de sesión y del taller en su conjunto usados en el primer taller, se sugiere la aplicación del MMPI-2 previo al taller para completar la historia clínica, así como cuatro instrumentos validados para la población mexicana para la exploración de la relación de pareja, la concepción de apoyo y las relaciones sexuales. En el Anexo 7 se incluyen registros de emociones que serán utilizados luego de cada sesión para el seguimiento del avance en el manejo de pensamientos automáticos y se introducen formularios para el desarrollo y mejor comprensión del modelo de solución de problemas.

La temática propuesta y contenida en las cartas descriptivas es la siguiente:

1. Evaluación de la relación de pareja (1): Derechos y elementos principales
 - 1.1 Derechos Humanos

- 1.2 Verdades y expectativas falsas de la relación de pareja
 - 1.3 Elementos de la relación de pareja
 - 1.5 ¿Dónde estamos en nuestra relación?
2. Evaluación de la relación de pareja (2): Estilos de amor
 - 2.1 ¿Cómo mostramos nuestro amor por el otro?
 - 2.2 ¿Cómo amamos?
 - 2.3 ¿Cómo vemos nuestra relación?
3. Evaluación de la relación de pareja (3): La percepción de apoyo de la pareja
 - 3.1 ¿Sabemos cómo el otro ve la relación y a nosotros mismos?
 - 3.2 Apoyo para la pareja
 - 3.3 ¿Cuál es mi necesidad de apoyo en mi relación de pareja?
4. Vivir con una enfermedad crónico-degenerativa y su impacto en la relación de pareja y su calidad de vida
 - 4.1 Comprensión de la enfermedad crónico-degenerativa y su impacto en la vida cotidiana
 - 4.2 La enfermedad crónico-degenerativa y calidad de vida, ¿una maldición o una bendición en la relación de pareja?
 - 4.3 Implicaciones psicológicas, físicas y emocionales de las enfermedades crónico-degenerativas
 - 4.4 Los derechos del enfermo crónico-degenerativo y los derechos de la pareja.
5. Ganancias secundarias
 - 5.1 Las demandas de atención y cuidado.
 - 5.2 Ganancias secundarias y pensamientos automáticos
 - 5.3 ¿Cómo enfrentar la enfermedad juntos?

6. Calidad de vida, bienestar psicológico, enfermedad crónico-degenerativa y sexualidad
 - 6.1 Relación enfermedad crónico-degenerativa, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad
 - 6.2 La intimidad en la pareja
 - 6.3 ¿Qué papel juega la relación sexual en nuestra relación antes y después de la aparición de la enfermedad crónico-degenerativa.
 - 6.4 Reflexiones

7. El manejo de emociones (1): el duelo y las emociones negativas: hostilidad y enojo
 - 7.1 El duelo y sus etapas
 - 7.2 Pensamientos automáticos y emociones negativas
 - 7.3 Hostilidad y enojo

8. El manejo de emociones (2): ansiedad, depresión y culpa
 - 8.1 El duelo
 - 8.2 Ansiedad, depresión y culpa
 - 8.3 Las expectativas reales en la pareja con enfermedad crónico-degenerativa

9. Comunicación en la relación de pareja
 - 9.1 Diferencias en la comunicación
 - 9.2 Estilos de comunicación
 - 9.3 ¿Cómo comunicamos?
 - 9.4 Las demandas comunicativas en el enfermo crónico-degenerativo

10. Comunicación asertiva (1)
 - 10.1 El arte de la comunicación
 - 10.2 Deformaciones del pensamiento
 - 10.3 El arte de conversar

11. Comunicación asertiva (2)
 - 11.1 Conversar asertivamente
 - 11.2 Cómo comunicar asertivamente las necesidades específicas del enfermo y la pareja: los Mensajes Yo

12. Solución de problemas y manejo de conflictos (1)
 - 12.1 El arte de la conciliación
 - 12.2 Los mensajes Yo
 - 12.3 La conciliación en la práctica

13. Solución de problemas y manejo de conflictos (2)
 - 13.1 Una solución amable y afectuosa a las expectativas y demandas del paciente con una enfermedad crónico-degenerativa
 - 13.2 La negociación ganar-ganar

14. Calidad de vida, bienestar y sexualidad en la relación de la pareja con una enfermedad crónico-degenerativa
 - 14.1 Relación enfermedad crónico-degenerativa, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad
 - 14.2 Los cambios en la sexualidad de la pareja a partir de la enfermedad y su significado para ambos miembros en ella
 - 14.3 El concepto de sexualidad en la enfermedad crónico-degenerativa desde el enfoque sistémico: definición flexible
 - 14.4 La sexualidad como un elemento fundamental de la comunicación en pareja
 - 14.5 ¿Cómo vemos la relación desde esta perspectiva?

15. Sexualidad y erotismo en pareja
 - 15.1 Expectativas y posibilidades: Explorando la definición flexible

15.2 Intimidad sexual: Aplicación de la definición flexible: nuevas formas de sexualidad y erotismo

15.3 Una nueva manera de comunicar

16. Sesión de seguimiento 4 semanas después

16.1 Seguimiento: Evaluación y seguimiento del taller

Instrumentos de medición sugeridos para su aplicación en el taller

Con el objeto de hacer una mejor evaluación de la calidad de vida y el impacto de las enfermedades crónico-degenerativas sobre su relación de pareja y calidad de vida sexual, de la población objeto de este taller, se sugiere la aplicación de los siguientes instrumentos. Estos instrumentos (ver Anexo 8) han sido escogidos debido a la temática que evalúan y por ser escalas estandarizadas para la población mexicana, salvo en el caso de los índices de función sexual, donde no es el caso. Las escalas se usan como modo indicativo y para poder medir los cambios que tengan lugar en la pareja. En ningún momento se pretende que sean la única posibilidad.

- a) MMPI-2
- b) Elementos de la relación de pareja (Beck, 2000).
- c) Inventario de Estilos de Amor par Adultos (IEAA) (Velasco Campos y Luna Portilla, 2006).
- d) Instrumento de apoyo para la pareja (IAPP) de Brizuela Díaz y cols. (2006), cuyo objetivo es evaluar la percepción de apoyo que se recibe y se da entre la pareja (Velasco Campos & Luna Portilla, 2006).
- e) Escala de intimidad sexual en la pareja de Pantaleón García y cols. (Velasco Campos & Luna Portilla, 2006).
- f) Índice de Función Sexual Femenino.
- g) Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).
- h) Estilos de comunicación (Beck, 2000).

- i) Cuestionario de evaluación al final de la sesión.
- j) Cuestionario de evaluación final del taller.

8. CONCLUSIÓN

El primer taller para parejas realizado tuvo los siguientes objetivos: mejorar la comunicación física y emocional de la pareja a través de la comunicación asertiva, manejo de emociones y solucionar problemas de manera positiva y asertiva, con el objeto de que mejorasen la calidad de su relación de pareja.

Si bien como se pudo constatar al comparar algunos de los cuestionarios aplicados al principio y al final del taller, los participantes experimentaron algunos cambios significativos en algunas áreas de su relación. Quizás porque consideraron que podían aún progresar, solicitaron se les considerara para un nuevo taller o bien para terapia individual.

La segunda parte de este trabajo, un taller especialmente diseñado para mejorar la calidad de vida de las parejas con enfermedades crónico degenerativas, surge dos semestres después del primer taller a partir de la revisión del material del taller para elaborar este documento para titulación de la Especialidad. Esta revisión se realizó bajo la guía de una nueva supervisora y en el contexto de Formación en la Práctica en Entrevista y Estrategias de Intervención en Medicina Conductual. Fue entonces que se descubrió algo que no había sido considerado: prácticamente todos los participantes vivían una enfermedad crónica degenerativa. Desde el punto de vista de la Medicina Conductual esto era algo muy significativo. ¿Y si parte de los problemas de pareja se originaban y sustentaban en la vivencia de la enfermedad? El análisis permitió establecer una estrecha relación entre la enfermedad, las respuestas y, en efecto, los problemas de pareja.

Bajo un abordaje integral que comprende, por un lado, un enfoque cognitivo-conductual psicoeducativo para enseñar a los participantes qué es vivir con una enfermedad crónico-degenerativo y enseñarles técnicas de comunicación asertiva, reestructuración cognitiva y solución de problemas; y por el otro, bajo una conceptualización sistémica, se considera que la calidad de vida en las parejas con uno o ambos con una enfermedad crónico-degenerativa, está estrechamente relacionada con la comunicación y con la sexualidad.

En este sentido, la literatura consultada, señala que uno de los principales temas absolutamente ignorado por los médicos y terapeutas que constituye uno de los pilares del bienestar psicológico, de calidad de vida y de la intimidad en la pareja, es el tema de la sexualidad en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Sin embargo, la sexualidad es una manera de expresión de comunicación y de acercamiento de la pareja. En tanto el paciente se sienta aceptado y apoyado en todas sus facetas, tendrá mayores posibilidades de superar o sobrevivir la enfermedad. Esto, además, resultó ser congruente con la percepción de los participantes al taller inicial, quienes señalaron que la sexualidad era un área donde había problemas y percibían un distanciamiento con la pareja.

La propuesta aquí contenida contempla un sistema donde la enfermedad crónico-degenerativa puede afectar tanto la condición física como el bienestar psicológico, factores pilares de la sexualidad, con lo que, la enfermedad, a través de estos, afecta directa e indirectamente la sexualidad y, por tanto, la percepción de calidad de vida (Wilmoth, 2007).

En el tratamiento de la sexualidad y la comunicación de cara a la enfermedad, desde la perspectiva sexual-sistémica, este documento introduce el concepto de la “definición flexible de la sexualidad, dignificando y otorgando al individuo empoderamiento sobre su cuerpo, sus emociones y sus necesidades físicas y afectivas donde la sexualidad es todo lo que para él mismo y su pareja sea importante y posible. Se resignifica entonces la diferencia entre “desempeño” sexual y bienestar sexual, donde la definición del primer concepto es objetiva y la del segundo subjetiva.

Así, la propuesta es innovadora al considerar la comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas de esta naturaleza, por introducir una definición flexible de sexualidad, y por fusionar dos perspectivas psicológicas mutuamente reforzadoras: la cognitivo-conductual y la sistémica.

Se considera que este taller abre un abanico de posibilidades para las parejas que viven en esta situación. Igualmente, ofrece una nueva perspectiva para incluir particularidades específicas de las parejas que asisten a este tipo de talleres. El taller propuesto aborda en general el tema de enfermedades crónico-degenerativas porque nuestros participantes vivían diferentes enfermedades. Sin embargo, existe siempre la

posibilidad de personalizar aún más el abordaje y centrarse, digamos, en alguna población con una enfermedad específica. Como también incluye el tema de definición flexible sobre la sexualidad, se abre, asimismo, la posibilidad de personalizar el taller para otro tipo de poblaciones como: mujeres en climaterio, mujeres menopáusicas, hombres en andropausia, adultos mayores. Después de todo, las relaciones de pareja, la calidad de éstas, la sexualidad y el bienestar psicológico son, sin duda, elementos que aportan a una mejor comunicación en pareja y, sobre todo, una mejor calidad de vida para todos.

En cuanto al lo que se refiere a las practicas supervisadas en la Especialización en Psicología Clínica en Intervención en Adultos y Grupos se puede concluir lo siguiente:

En primera instancia, la supervisión y la comunicación estrecha con los alumnos otorga un marco académico-práctico de formación invaluable para éstos. Es aquí donde, a través del modelaje y ejemplificación los alumnos aterrizan de manera concreta el aprendizaje en el salón de clases.

Como resultado de la experiencia del primer taller, luego de la identificación del programa al que serán derivados los pacientes que soliciten servicio en el CSPGD, se sugiere una formulación de métodos de filtrado y análisis de las historias clínicas de los pacientes que respondan de manera adecuada y puntual al programa y sus metas de enseñanza.

Finalmente, para los talleres de parejas en particular, se sugiere la inclusión de nuevas variables, como la consideración de enfermedades crónico-degenerativas y/o terminales, que puedan explicar el posible origen del problema de pareja y, en su caso, facilite la decisión sobre el programa o el tipo de terapia al que será derivado el paciente.

9. REFERENCIAS

- Arcelloni, T. (2013). Seminario de Terapia Sexual Sistémica. México, D.F. Julio.
- Arredondo, J. L. (2008). La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano. *Revista Internacional de Andrología*, 6(4): 260-4.
- Badr, H., Acitelli, L. & Carmack Taylor, C. L. (2007). Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses? *Psychology and Health*, 22:2, 211-229.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Barsky, J. L., Friedman, M. A., Rosen, R.C. (2006). Sexual dysfunction and chronic illness: The role of flexibility in coping. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32:3, 235-253.
- Basson, R. (2007). Sexuality in chronic illness: no longer ignored. *The Lancet*, Vol. 368. p. 350-351.
- Beck, A. T. (2010). *Con el amor no basta*. México: Editorial Paidós.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Editorial Gedisa.
- Bischoff, R. J. (2002). Recent research findings about health, caregiving and late-life marriage. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 1:4, 87-91.
- Bischoff, R. J. (2005). Cancer and the couple relationship. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 4:1, 93-99.
- Bryan, L., Engblom, M. L., Peters, C. L., Schwerdtfeger, K. L., & Warren, S. E., (2008). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 7:4, 369-374.
- Burwell, S., Bracker, P. S., & Shields, C. G. (2006). Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 5:3, 1-16.
- Capafons, J. I., Sosa D., D. (2009). *Tratando Problemas de Pareja*. Madrid. Ediciones Pirámide.

- Chia, Mantak (1997). *El hombre multi-orgásmico*. España: Editorial Artes Gráficas Cofás-
- Chia, Mantak (2000). *La pareja multi-orgásmica*. España: Editorial Artes Gráficas Cofás.
- Colson, M. H. & Roussey, G. (2013). Dépistage et prise en charge de la dysfonction érectile des patients diabétiques: une nécessité pour tout praticien. *Revue de littérature. Sexologies*, 22, 3-9.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw Hill.
- Costa, P., Arnould, B., Cour, F., P. Boyer, Marrel, A., Jaudinot, E.O., Solese de Gendre, (2003). A quality of sexual life questionnaire (QVS): a reliable, sensitive and reproducible instrument to asses quality of life in subjects with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 15, Nature
- Daltillo, F. M., & Padesky, C. A. (1995). *Terapia Cognitiva con Parejas*. España: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México: Editorial Pax.
- D'Ardenne, P. (2004). The couple sharing long-term illness. *Sexual and Relational Therapy*, 19:3, 291-308.
- DeGood, D. E., Crawford, A. L. & Jongsma, A. E. Jr. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. New York: Wiley and sons.
- Esposito, K., Ciotola, M., Marfella, R., Di Tommaso, D., Cobellis, L. & Giugliano, D. (2005). The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *International Journal of Impotence Research*. 17, 224-226.
- Ellis, A. Terapia de pareja, en Dryden, W. (1985). *Marital therapy: the rational emotive approach*. London: Harper & Row.
- Ellis, Albert & Dryden, W. (2005). *Terapia racional emotiva. 2a. edición*. México: Editorial Pax.
- Frager, R. & Fadiman, J. (2005). *Teorías de la personalidad. Quinta Reimpresión*. México: Editorial Alfaomega.
- Gershenson, C. & Wisdom, T.N. (2013). *Previniendo enfermedades crónico degenerativas con vacunas sociales*. Cirugía y Cirujanos. 2013; Vol 2: 81:83-84.

- Giami, A. (2009). The medicalisation of sexuality: Wrong questions and real challenges. Editorial in *Sexologies* 18, 235-237.
- Gilbert, M. & Shmukler, D. (2000) *Terapia Breve con Parejas: Un enfoque integrador*. México: Editorial Manual Moderno.
- Gray, J. (2011). *Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus*. México: Editorial Océano.
- Gray, J. (2011)- *Venus al rojo vivo, Marte bajo cero*. México: editorial Urano.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Hordern, A., Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Sexual Science and Medicine* 64, 1704-1718.
- Jiménez García, R., Martínez Huedo, M. A., Hernández Barreda, V., Lypez De Andrés, A., Jiménez Trujillo, I. & Carrasco Garrido, P. (2012). Sexuality among Spanish adults with diabetes: A population-based case control study. *Primary Care Diabetes*, 6, 269-276.
- Jongsma, A. E. Jr. , Editor (2006). *The Complete Adult Treatment Planner. 4th Edition*. New York: Wiley and Sons.
- Kaptein, A. A., Van Klink, R. C. J., De Kuok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, H. D. E. & Rabe, K. F. (2008). Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respiratory Medicine*, 102, 198-204.
- Lemaire, A., Colson, M. H., Alexandre, B., Bosio-leGoux, B., & Klein, P. (2009). Why is that patients with sexual difficulties do not consult a doctor more frequently? The results of a French survey by the French Association for the Development of Information and Research in the Field of Sexology (ADIRS). *Sexologies* 18, 14-18.
- Lipchic, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Editorial Amorroutu.
- Muehrer, R. J. (2009). Sexuality, an important component of the quality of life of the kidney transplant recipient. *Transplantation Reviews*, 23, 214-223.

- Nardone, G. (2004). Historic notes on brief systemic therapy. *Brief Systemic and Systemic Therapy European Review* 1: 65-73.
- Navarro Góngora, J (2000), Parejas y enfermedad: Una revisión. En Navarro Góngora, J, Pereira Miragolla, J. (2000) Comps. *Parejas en sistemas especiales*. México: Paidós.
- Newman, A. M. (2007). Arthritis and Sexuality. *Nursing Clinics of North America* 42, 621-630.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. (2013). *Problem solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- O'Leary, D. (2011). *The couple's psychotherapy treatment planner. Second Edition. Practice Planners*. New York: Wiley and Sons.
- Owen, J., Rhoades, G. K. & Stanley, S. M. (2013). Sliding versus deciding in relationships: Associations with relationship quality, commitment and infidelity. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 12:2, 135-149.
- Petit, F., Hubert-Buron, A., Mollet-Boudjemline, A., Sechepine, A., Milcent, K., Guyonnet, C., & Labrune, P. (2013). Mise au point et validation d'un outil d'évaluation de la santé sexuelle sous forme d'auto-questionnaires pour une application aux maladies métaboliques. *Progrés en Urologie*, 23, 210-218.
- Ray, W. (2010). Brief systemic therapy: Creating our future while embracing our past. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 29, No. 4, 17-28.
- Ríos González, J. A. (2006). *La pareja: modelos de relación y estilos de terapia. Aproximación sistémica*. Madrid: Editorial CCS.
- Rolland, John S. (2000), *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde o sistémico*. Barcelona: Gedisa.
- Rosen, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26: 191-208.

- Sandberg, J., Trief, P. M., Greenberg, R. P., Graff, K. & Weinstock, R. S. (2006). He Said, She Said. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 5:2, 23-42.
- Sauvaget, A. & Guitteny, M. (2012). The consultation-liaison psychiatry, an effective process between heart and sexuality. *Sexologies*, 21, 109-112.
- Shields, C. G., Travis, L. A. & Rousseau, S. L. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging & Mental Health*, 4:3, 222-233. London: Rutledge.
- Simonelli, C., Fabrizi, A., Rossi, R., Silvaggi, C., Tripodi, F. & Michetti, P. M. (2010). Clinical sexology: An integrated approach between the psychosomatic and the somatopsychic. *Sexologies*, 18, 3-7.
- Timm, T. M. (2009). "Do I really have to talk about sex?" Encouraging beginning therapists to integrate sexuality into couples' therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 8:1, 15-33.
- Trudel, G., Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 19, 137-142.
- Velasco Campos, M. L & Portilla Luna, M. R. (Compiladoras) (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Editorial Pax.
- Verschuren, J. E. A. (2010). *Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework*. *Journal of Sex Research*. 47:2-3, 153-170
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America* 42, 507-514.
- Wylie, K. R., Jackson, C., Hutchin, B. A., & Fitter, J. (2010). Working interactively using a systemic sex therapy model for common sexual problems within a modern health service setting. *Sexologies*, 19,196-201.
- Zumaya, M. &, et. al. (2011). *Pareja o matrimonio: Decida usted*. México: Editorial Vergara.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Arcelloni, T. (2013). Seminario de Terapia Sexual Sistémica. México, D.F. Julio.
- Almás, E., Landmark, B. (2010). Non-pharmacological treatment of sexual problems - A review of research literature 1970-2008. *Sexologies* 19, 202-211.
- Almás, E. & Giami, A. (2010). Evaluating treatment methods of sexual problems: between the universal and the individual. *Sexologies*, 19, 193-195.
- Alberoni, F. (2006). *El erotismo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Alberoni, F. (2011). *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Arredondo, J. L. (2008). La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano. *Revista Internacional de Andrología*, 6(4): 260-4.
- Badr, H., Acitelli, L. & Carmack Taylor, C. L. (2007). Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses? *Psychology and Health*, 22:2, 211-229.
- Baizán Balmori, M. A. (2009). *Infidelidad, una ruta de salida*. México: Editorial Trillas.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Barsky, J. L., Friedman, M. A., Rosen, R.C. (2006). Sexual dysfunction and chronic illness: The role of flexibility in coping. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32:3, 235-253.
- Barton-Burke, M., Gustason, C. J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 43: 531-554.
- Basson, R. (2007). Sexuality in chronic illness: no longer ignored. *The Lancet*, Vol. 368. p. 350-351.
- Beck, A. T. (2010). *Con el amor no basta*. México: Editorial Paidós.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México: Editorial Gedisa.
- Bélanger, D. (2009). Traumatic brain injury and sexual rehabilitation. *Sexologies*, 18, 83-85.
- Bischoff, R. J. (2002). Recent research findings about health, caregiving and late-life marriage. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 1:4, 87-91.

- Bischoff, R. J. (2005). Cancer and the couple relationship. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 4:1, 93-99.
- Bizimana, N. (2010). Another way for lovemaking in Africa: Kunyaza, a traditional sexual technique for triggering female orgasm at heterosexual encounters. *Sexologies*, 19, 157-162.
- Bonierbale, M. (2009). From sexual difficulties to sexual dysfunctions (SD). *Sexologies*, 18, 10-13.
- Bronner, G. (2009). Practical strategies for the management of sexual problems in Parkinson's disease. *Parkinson and Mental Disorders* 1553, S96-S100.
- Bryan, L., Engblom, M. L., Peters, C. L., Schwerdtfeger, K. L., & Warren, S. E., (2008). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping. Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 7:4, 369-374.
- Burwell, S., Bracker, P. S., & Shields, C. G. (2006). Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 5:3, 1-16.
- Bucay, J. & Salinas S. (2009). *Amarse con los ojos abiertos*. México: Editorial Océano.
- Capafons, J. I., Sosa D., D. (2009). *Tratando Problemas de Pareja*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Castelo-Branco, C., León Huevo, M. & Ballescá Lagarda, J. L. (2008). Definition and diagnosis of sexuality in the XXI Century. *Maturitas* 60, 50-58.
- Chambon, X. (2011). Clinical case: Testimony on the sexuality of post-stroke hemiplegic patients. *Sexologies*, 20, 102-105.
- Chia, Mantak (1997). *El hombre multi-orgásmico*. Editorial Artes Gráficas Cofás: España
- Chia, Mantak (2000). *La pareja multi-orgásmica*. Editorial Artes Gráficas Cofás: España.
- Colson, M. H. (2009). What is seduction? Editorial in *Sexologies*, 18, 165-168.
- Colson, M. H. (2010). Female orgasm; Myths, facts and controversies. *Sexologies*, 19, 8-14.

- Colson, M. H. & Roussey, G. (2013). Dépistage et prise en charge de la dysfonction érectile des patients diabétiques: une nécessité pour tout praticien. *Revue de littérature. Sexologies*, 22, 3-9.
- Compas, B. E. & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw Hill.
- Corona, G., Rastrelli, G., Maseroli, E., Forti, G. & Maggi, M. (2013). Sexual function of the ageing male. *Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 27, 581-601.
- Costa, P., Arnould, B., Cour, F., P. Boyer, Marrel, A., Jaudinot, E.O., Solese de Gendre, (2003). A quality of sexual life questionnaire (QVS): a reliable, sensitive and reproducible instrument to asses quality of life in subjects with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 15, Nature Publishing Group.ç, 173-184.
- Courtois, F., Réhabilitation des traumatismes sexuels: une priorité clinique. Editorial in *Sexologies* 18, 77-78.
- Daltillo, F. M., & Padesky, C. A. (1995). *Terapia Cognitiva con Parejas*. España: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología.
- Díaz Portillo, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México: Editorial Pax.
- D'Ardenne, P. (2004). The couple sharing long-term illness. *Sexual and Relational Therapy*, 19:3, 291-308.
- DeGood, D. E., Crawford, A. L. & Jongsma, A. E. Jr. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. New York: Wiley and sons.
- Duplassie, D., Macknee, C. & Williams, M. (2008). Critical incidents that help and hinder learning emotionally focused therapy for couples. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 7:1, 1-18.
- Eguiluz, L. L. (Compiladora) (2007). *El baile de la pareja. Trabajo terapéutico con parejas*. México: Editorial Pax.
- Eguiluz, L. L. (Compiladora), (2007). *Entendiendo a la pareja. Marcos teóricos para el trabajo terapéutico*. México: Editorial Pax.

- Esposito, K., Ciotola, M., Marfella, R., Di Tommaso, D., Cobellis, L. & Giugliano, D. (2005). The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *International Journal of Impotence Research*, 17, 224-226.
- Ellis, A. Terapia de pareja, en Dryden, W. (1985). *Marital therapy: the rational emotive approach*. London: Harper & Row.
- Ellis, Albert & Dryden, W. (2005). *Terapia racional emotiva. 2a. edición*. México: Editorial Pax.
- Frager, R. & Fadiman, J. (2005). *Teorías de la personalidad. Quinta Reimpresión*. México: Editorial Alfaomega.
- Gershenson, C. & Wisdom, T.N. (2013). *Previniendo enfermedades crónicas degenerativas con vacunas sociales*. Cirugía y Cirujanos. 2013; Vol 2: 81:83-84.
- Giami, A. (2009). The medicalisation of sexuality: Wrong questions and real challenges. Editorial in *Sexologies* 18, 235-237.
- Gilbert, M. & Shmukler, D. (2000) *Terapia Breve con Parejas: Un enfoque integrador*. México: Editorial Manual Moderno.
- Ginsberg, T. (2010). Male sexuality. *Clinical Geriatric Medicine*, 26, 185-195.
- González Vera, R. (2012). *El conflicto en la pareja, un camino a tu evolución*. México: Editorial Mina-Estrella.
- Gray, J. (2011). *Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus*. Editorial Océano: México.
- Gray, J. (2011)- *Venus al rojo vivo, Marte bajo cero*. Editorial Urano: México.
- Havermans, T., Abbott, J., Colpaert, K., & De Boeck, K. (2011). Communication of information about reproductive and sexual health in cystic fibrosis. Patients, parents and caregivers' experience. *Journal of Cystic Fibrosis*, 10, 221-227.
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Hews, M., de Ridder, D. & Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: Exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health*, 14:3, 451-466.

- Hordern, A., Street, A. F. (2007). Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives. *Sexual Science and Medicine* 64, 1704-1718.
- Jiménez García, R., Martínez Huedo, M. A., Hernández Barreda, V., Lypez De Andrés, A., Jiménez Trujillo, I. & Carrasco Garrido, P. (2012). Sexuality among Spanish adults with diabetes: A population-based case control study. *Primary Care Diabetes*, 6, 269-276.
- Jongsma, A. E. Jr. , Editor (2006). *The Complete Adult Treatment Planner. 4th Edition.* New York: Wiley and Sons.
- Kagan, S., Holland, N. & Chalian, A. A. (2008). Sexual issues in special populations: Geriatric oncology - Sexuality and older adults. *Seminars in Oncology Nursing*, 24:2, 120-126.
- Kaptein, A. A., Van Klink, R. C. J., De Kuok, F., Scharloo, M., Snoei, L., Broadbent, E., Bel, H. D. E. & Rabe, K. F. (2008). Sexuality in patients with asthma and COPD. *Respiratory Medicine*, 102, 198-204.
- Lemaire, A., Colson, M. H., Alexandre, B., Bosio-leGoux, B., & Klein, P. (2009). Why is that patients with sexual difficulties do not consult a doctor more frequently? The results of a French survey by the French Association for the Development of Information and Research in the Field of Sexology (ADIRS). *Sexologies* 18, 14-18.
- Lipchic, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica.* Buenos Aires: Editorial Amorroutu.
- Martín, O. (2004). *Construir la pareja conyugal: estrategias y caminos para establecer un vínculo pleno y consistente.* Buenos Aires: Editorial San Benito.
- Mecco, G., Rubino, A., Caravona, N. & Valente, M. (2008), Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Parkinson and Related Disorders* 14, 451-456.
- Muehrer, R. J. (2009). Sexuality, an important component of the quality of life of the kidney transplant recipient. *Transplantation Reviews*, 23, 214-223.
- Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S. & Guzmán, J. (1995). *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión.* Santa Mónica: Patients in Care.

- Nardone, G. (2004). Historic notes on brief systemic therapy. *Brief Systemic and Systemic Therapy European Review* 1: 65-73.
- Navarro Góngora, J (2000), Parejas y enfermedad: Una revisión. En Navarro Góngora, J, Pereira Miragolla, J. (2000) Comps. *Parejas en sistemas especiales*. México: Paidós.
- Newman, A. M. (2007). Arthritis and Sexuality. *Nursing Clinics of North America* 42, 621-630.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. (2013). *Problem solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Núñez, R. (1994). *Aplicación del MMPI a la psicología, 3a. ed.* México: Editorial Manual Moderno.
- Oksuz, E. & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of Urology*, Vol. 175, 654-658.
- O'Leary, D. (2011). *The couple's psychotherapy treatment planner. Second Edition. Practice Planners*. New York: Wiley and Sons.
- Ornat, L., Martínez Dearth, R., Muñoz, A., Franco, P., Alonso, B., Tajada, M. & Pérez López, F. (2013). Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. *Maturitas* 75, 261-268.
- Owen, J., Rhoades, G. K. & Stanley, S. M. (2013). Sliding versus deciding in relationships: Associations with relationship quality, commitment and infidelity. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 12:2, 135-149.
- Parpaix, F. (2008). The couple and seduction, *Sexologies*, 18, 171-174.
- Petit, F., Hubert-Buron, A., Mollet-Boudjemline, A., Sechepine, A., Milcent, K., Guyonnet, C., & Labrune, P. (2013). Mise au point et validation d'un outil d'évaluation de la santé sexuelle sous forme d'auto-questionnaires pour une application aux maladies métaboliques. *Progrés en Urologie*, 23, 210-218.
- Piaget, L. (1999). *How to be a great lover*. London: Judy Piatkus Publishers.

- Polverino, F., Santorello, C., De Sio, Vittorio, Andó, F., De Blasio, F. & Polverino, M. (2008), Sexual intercourse and respiratory failure. *Respiratory Medicine*, 102, 927-931.
- Porto, R. (2009). Genesis of the loss of meaning in contemporary medicine and sexology. *Sexologies*, 18, 4-9.
- Preston, J. D., O'Neal, J.H. & Talaga, M. C. (2005). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists. Fourth Edition*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F. & Vittori, G. (2010). Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies* 19, 15.
- Ray, W. (2010). Brief systemic therapy: Creating our future while embracing our past. *Journal of Systemic Therapies*, Vol. 29, No. 4, 17-28.
- Rees, P. M., Fowler, C. J. & Maas, C. P. (2007). *Sexual function in men and women with neurological disorders*. in *Sexual Dysfunction 2 Series. The Lancet*, Vol 369, 512-525.
- Riso, W. (2012). *Ama y no sufras. Cómo disfrutar plenamente de la vida en pareja*. México: Editorial Océano.
- Ríos González, J. A. (2006). *La pareja: modelos de relación y estilos de terapia. Aproximación sistémica*. Madrid: Editorial CCS.
- Rolland, John S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde o sistémico*. Barcelona: Gedisa.
- Rosen, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSF): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:191-208.
- Rothenberg, M. I. & Dupras, A. Sexuality of individuals in the end-of-life stage. *Sexologies*, 19, 147-152.
- Sandberg, J., Trief, P. M., Greenberg, R. P., Graff, K. & Weinstock, R. S. (2006). He Said, She Said. *Journal of Couple and Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 5:2, 23-42.
- Sauvaget, A. & Guitteny, M. (2012). The consultation-liaison psychiatry, an effective process between heart and sexuality. *Sexologies*, 21, 109-112.

- Sevéne, A., Akrou, B., Galimard-Maisonneuve, E., Kutneh, M., Royer, P., & Sévéne, M. (2008). Multiple sclerosis and sexuality: A complex model. *Sexologies*, 18, 86-90.
- Shields, C. G., Travis, L. A. & Rousseau, S. L. (2000). Marital attachment and adjustment in older couples coping with cancer. *Aging & Mental Health*, 4:3, 222-233. London: Rutledge.
- Simonelli, C., Fabrizi, A., Rossi, R., Silvaggi, C., Tripodi, F. & Michetti, P. M. (2010). Clinical sexology: An integrated approach between the psychosomatic and the somatopsychic. *Sexologies*, 18, 3-7.
- Sommers, F. G. (2013). Mindfulness in love and love making: a way of life. *Sexual and Relationship Therapy*, 28:1-2, 84-91.
- Szwabo, P. A. (2003). Counseling about sexuality in the older person. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 595-604.
- Tarnowski Godell, T. (2007). Sexuality in Chronic Lung Disease. *Nursing Clinics of North America* 42, 631-638.
- Timm, T. M. (2009). "Do I really have to talk about sex?" Encouraging beginning therapists to integrate sexuality into couples' therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*. 8:1, 15-33.
- Trudel, G., Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 19, 137-142.
- Velasco Campos, M. L & Portilla Luna, M. R. (Compiladoras) (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Editorial Pax.
- Verschuren, J. E. A. (2010). Chronic disease and sexuality: A generic conceptual framework. *Journal of Sex Research*. 47:2-3, 153-170
- Waynberg, J. (2009). 1908-2008: A century of sexology and still no legitimacy? Editorial in *Sexologies*, 18, 1-3.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: A critical component of quality of life in chronic disease. *Nursing Clinics of North America* 42, 507-514.
- Wylie, K. R., Jackson, C., Hutchin, B. A., & Fitter, J. (2010). Working interactively using a systemic sex therapy model for common sexual problems within a modern health service setting. *Sexologies*, 19,196-201.

Zumaya, M. &, et. al. (2011). *Pareja o matrimonio: Decida usted*. México: Editorial Vergara.

Zumaya, M. (1997). *La infidelidad: ese visitante frecuente*. México: Ediciones Raya en el Agua.

Páginas Web

<http://www.anteroos.com.ar/terapia-emocional.html#ancla1> Consultado el 6 de mayo 2014

<http://www.redsanar.org/drfofia/Terapias/manual2b.htm> Consultado el 6 de mayo de 2014

<http://www.capi.com.mx/noticias48.html>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> - Enfermedades no transmisibles. Consultado el 10 Octubre de 2014

<http://www.fsquestionnaire.com> - Índice de Función Sexual Femenina y su interpretación. Consultado el 10 de Octubre de 2014.

11. TABLAS

Tabla 1. Programas ofrecidos por el CSPGD	11
Tabla 2: Instrumentos de recolección de datos.....	37
Tabla 3: Características de las parejas.....	38
Tabla 4: Motivos de consulta	39
Tabla 5: Indicadores prevalcientes del cuestionario Ideas acerca de la relación de pareja	74
Tabla 6: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario de Problemas en la relación de pareja	77
Tabla 7: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Ideas acerca del cambio.....	81
Tabla 8: Principales indicadores seleccionados en el cuestionario Estilos de comunicación	82
Tabla 9: Ideas acerca de la relación de pareja: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general y por género	85
Tabla 10: Problemas en la relación de parejas: Percepción de mejoras observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación general.	87
Tabla 11: Problemas en la relación de parejas: Percepciones de mejora y deterioro observadas por los participantes antes y después del taller. Comparación por género.....	88
Tabla 12: Motivos de consulta por parejas incorporando enfermedades crónicas o degenerativas.....	100
Tabla 13: Redefinición flexible sobre la sexualidad	123

12. FIGURAS

Figura 1. Organización del CSPGD	12
Figura 2. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 1.	40
Figura 3. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 2.	40
Figura 4. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 3.	41
Figura 5. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 4.	41

Figura 6. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 5.	42
Figura 7. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 6	42
Figura 8. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 7.	43
Figura 9. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 8.	43
Figura 10. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9.	44
Figura 11. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10.	44
Figura 12. Mapa de psicopatogénesis grupal del taller de parejas.	47
Figura 13. Mapa de alcance de metas general del taller de parejas.	48
Figura 14. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 1	101
Figura 15. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 2	102
Figura 16. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 3	103
Figura 17. Mapa de psicopatogénesis por pareja: Pareja 4	104
Figura 18. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 9	105
Figura 19. Mapa de psicopatogénesis – Paciente 10	105
Figura 20. Calidad de vida: Asociación entre enfermedad crónica, bienestar psicológico y sexualidad	121

13. ANEXOS

Anexo 1: Cartas descriptivas del Taller de Parejas

Sesión 1: Introducción: La relación de pareja

Objetivo: Los pacientes identificarán las ideas acerca de la pareja y sus convicciones acerca del cambio en su relación.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
1	Presentación del taller	Establecer las reglas y objetivos del taller	Exposición de manera verbal	Ninguno	10
	Dinámica de integración	Establecer trabajo de equipo	Juego para recordar los nombres de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Dinámica de integración	Establecer comunicación dentro del grupo	Favorecer el clima de unión dentro del grupo	Ninguno	15
	Reflexión sobre los derechos humanos de las parejas	Reflexionar sobre los derechos a los cuales tiene todo ser humano: amor, respeto, etc.	Exposición <i>¿Pareja o Matrimonio?</i>	Presentación ppt	15
	La relación de pareja: ¿Pareja o matrimonio?	Reflexión sobre cuáles son los principales elementos en la relación de pareja	Aplicar cuestionario: Ideas acerca de la relación de pareja	Cuestionario y ppt	25
	¿Puede mejorarse una relación?	Reflexión sobre los cambios dentro de la pareja.	Cuestionario: Convicciones acerca del cambio	Cuestionario	15
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10

Sesión 2: ¿En dónde estamos en nuestra relación de pareja?

Objetivo: Los participantes identificarán los obstáculos en la relación de pareja

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	¿En dónde estamos en nuestra relación de pareja?	Reflexionar sobre la situación de la relación de pareja	Presentación: <i>¿Dónde estamos? Elementos que eventualmente generan rechas en la relación de pareja</i>	Presentación en PPT	20
	Problemas en la relación de pareja	Identificación de áreas donde hay problemas en la relación de pareja	Cuestionario Problemas en la relación de pareja	Cuestionario	15
	¿Cómo veo a mi relación de pareja?	Expresión sobre la perspectiva personal de la pareja	Dibujo sobre la relación de pareja	Dibujo	10
	Reflexión sobre los dibujos	Aclaración, comprensión y reflexión sobre el material revisado.	Participación abierta de los integrantes del grupo.	Ninguno	15
	¿Puede mejorarse una relación?	Reflexión sobre los cambios dentro de la pareja.	Cuestionario: Convicciones acerca del cambio	Cuestionario	15
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10

Sesión 3: El ojo de la tormenta: pensamientos automáticos y enojo (1).

Objetivo: Los participante identificarán los pensamientos automáticos y su relación con las emociones negativas

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
3	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Expectativas y pensamientos automáticos	Reflexión sobre el papel de expectativas y pensamientos automáticos en la relación	Dinámica en equipo de situación hipotética	Ninguno	15
	Los pensamientos automáticos y las emociones negativas	Identificar las emociones negativas su relación con los pensamientos automáticos	Presentación: El ojo de la tormenta	Presentación en ppt	20
		Reflexión sobre los pensamientos automáticos y su relación con las emociones y sentimientos	Reflexión del grupo sobre lo expuesto	Ninguno	15
	La hostilidad en la relación de pareja	Identificar principales elementos de hostilidad en la relación de pareja: pensamientos no expresados, enojo.	Presentación: El ojo de la tormenta: Anatomía del enojo	Presentación en ppt	15
	Hostilidad y enojo	Reflexionar sobre los temas de enojo y hostilidad en casa y su relación con nuestros pensamientos automáticos y creencias con las que crecemos.	Ejercicio en parejas para identificar pensamientos automático, creencias y expectativas y las emociones que esto genera	Papel y lápiz	10
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado, y asignación de la tarea para la semana: asignar una hora específica para hablar de temas difíciles.	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	10
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 4: Pensamientos automáticos y enojo (2): Emociones y modificación de creencias.

Objetivo: Los participantes identificarán la posibilidad de la modificación de creencias luego de un repaso de lo aprendido en la sesión anterior.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
4	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Pensamientos automáticos, emociones y modificación de creencias	Revisión de los pensamientos automáticos y su relación con las emociones negativas.	Presentación: Pensamientos automáticos, emociones y modificación de creencias, primera parte	Presentación PPT	20
	Emociones negativas	Identificación de emociones negativas	Ejercicio en parejas sobre una situación difícil y la identificación de las emociones que esto les genera	Ninguno	15
	Reflexión sobre la modificación de creencias	Identificar la posibilidad de la modificación de creencias	Presentación: Pensamientos automáticos, emociones y modificaciones de creencias, segunda parte.	Presentación PPT	20
	Modificación de creencias y cambio en las emociones	Cuestionamiento de pensamientos automáticos	Ejercicio en parejas: Cuestionar pensamientos automáticos de la pareja y sustentarlas	Ninguno	15
	Reflexión sobre el material revisado en la sesión	Aclaración y revisión del material cubierto. Aclaración de dudas.	Reflexión en grupo	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 5: La comunicación en la relación de pareja (1).

Objetivo: Los pacientes identificarán las distorsiones en la comunicación y su papel en los conflictos de pareja.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
5	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Diferencias en la comunicación	Identificar la dificultad en la comunicación	Dinámica de comunicación: <i>Ceguera y Sordera</i>	Ninguno	15
	<i>Comunicación en pareja</i>	Identificar a los elementos de la comunicación en pareja	Exposición: Comunicación en pareja	Presentación en PPT	25
	Problemas en el estilo de comunicación	Identificación de conductas que distorsionan la comunicación	Completar cuestionario: <i>Problemas en el estilo de comunicación</i>	Cuestionario	15
	Símbolos y signos	Identificación de las perturbaciones en la comunicación	Reflexión	Ninguno	10
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Tarea	Asignación de tarea: Aplicar lo aprendido y continuar con el diario	Ninguna	Ninguna	5
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 6: La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar.

Objetivo: Los participantes aprenderán sobre la reestructuración cognitiva y su uso en la comunicación asertiva.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
6	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	El arte de la comunicación	Identificación de expectativas	Dinámica "Hacer reír al otro"	Ninguno	10
	Expectativas	Reflexión sobre las expectativas y nuestra manera de comunicarlas	Reflexión en grupo	Ninguno	15
	El Arte de conversar: los pensamientos positivos y la comunicación asertiva	Identificar de problemas concretos en la comunicación y cómo a través de pensamientos positivos generados por una reestructuración cognitiva, es posible lograr una comunicación asertiva.	Presentación: Comunicación Asertiva, primera parte y ejercicios de reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.	Presentación en PPT	25
		Identificación de conductas, reestructuración cognitiva	Reflexión en grupo	Ninguno	10
		Comunicación asertiva: los Mensajes Yo	Presentación: Comunicación asertiva., segunda parte: Los Mensajes Yo	Presentación en PPT	10
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional ya que abandonará el espacio terapéutico	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 7: Solución de problemas (1) El manejo del conflicto.

Objetivo: Identificación de las distorsiones en la comunicación y el manejo de conflictos

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
7	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Las distorsiones en la comunicación	Identificar las distorsiones en la comunicación y cómo ellas llevan al conflicto.	Presentación: <i>Combate mortal y el manejo de conflictos</i>	Presentación en PPT	15
		Reflexión sobre la exposición	Discusión en grupo	Ninguno	15
	Los pensamientos positivos	Señalar la importancia de los pensamientos positivos en la reestructuración del pensamiento y las emociones	Reflexión en grupo	Presentación en PPT	20
	Expresión de emociones y pensamientos positivos	Expresar en parejas emociones positivas	Trabajo en parejas: ejercicios de comunicación asertiva y los Mensajes yo	Ninguno	20
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional ya que abandonará el espacio terapéutico	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 8: Solución de problemas (2): El arte de la conciliación.

Objetivo: Los participantes aprenderán los diversos pasos del modelo de solución de problemas.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
8	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	El arte de la conciliación	Introducir a los participantes en el modelo de solución de problemas	Presentación: El arte de la conciliación	Presentación en PPT	15
		Poner en práctica lo revisado con ejemplos.	Trabajo con formularios sobre los diferentes pasos del modelo de solución de problemas	Formularios	20
	Los mensajes yo	Repaso de los Mensajes Yo	Ejercicio escrito	Papel y lápiz	10
	La conciliación en práctica	Introducir los mensajes yo en el modelo de solución de problemas	Repaso del modelo de solución de problemas introduciendo los mensajes yo.	Papel y lápiz	20
	Reflexión sobre lo ocurrido en la sesión	Aclaración y comprensión del material revisado	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Tarea	Practicar lo aprendido	Escribir un problema y trabajarlo según aprendido, incluyendo la situación hipotética (o real, si es el caso) de la solución propuesta)	Ninguno	5
	Aplicación de cuestionario sobre el taller	Indagar sobre la efectividad del taller y el cumplimiento de objetivos	Completar cuestionario sobre el taller	Cuestionario	10
	Ejercicios de relajación y respiración	Buscar equilibrio emocional ya que abandonará el espacio terapéutico	Ejercicios de respiración y relajación	Reproductor de música	10

Sesión 9: Solución de problemas (3): Diferencias y conciliación, el manejo de hostilidades.

Objetivo: Repaso de modelo de solución de problemas y su aplicación para resolver los problemas de pareja.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
9	Reflexión sobre la sesión pasada	Consolidar información revisada y explorar la experiencia	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
	Diferencias y conciliación	Revisar el modelo de solución de problemas	Presentación: Solución de problemas y los 9 pasos	Presentación PPT	15
		Practicar lo revisado	Ejercicio en parejas sobre solución de problemas y 9 pasos	Papel y lápices	25
		Reflexión sobre el ejercicio.	Participación abierta de los integrantes	Ninguno	10
	Áreas de fortalecimiento en la relación	Ayudar a los participantes a identificar áreas de fortalecimiento en la relación.	Pequeña exposición oral para reflexionar y aplicación del cuestionario <i>Expresiones de amor</i>	Cuestionario	20
		Reflexión sobre la exposición	Participación abierta de los integrantes	Ninguno	10
	Reflexión sobre el taller (herramientas adquiridas)	Consolidar lo visto en el taller en referencia a su experiencia	Participación libre	Ninguno	15
	Aplicación de cuestionario sobre evaluación del taller	Identificar objetivos cumplidos durante el taller	Aplicación de un cuestionario	cuestionario	10

Sesión 10: Sexualidad y erotismo en pareja.

Objetivo: Los participantes reflexionarán sobre la sexualidad y su papel en la comunicación y relación de pareja.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
10	Sexualidad, erotismo, comunicación y relación de pareja	Invitar a la reflexión sobre la sexualidad, el erotismo, la comunicación y la relación de pareja.	Participación abierta de los integrantes del grupo	Ninguno	15
		Continuar con la reflexión	Cuestionario: <i>Pensamientos negativos durante el acto sexual</i>	Cuestionario	15
	Sexualidad y erotismo en parejas	Identificar las diferencias entre sexualidad y erotismo	Presentación: <i>Sexualidad y erotismo en pareja</i>	Presentación PPT	15
	Reflexión	Reflexionar sobre la presentación, el cuestionario y sus propias experiencias	Participación de los integrantes del grupo	Ninguno	20
	Reflexión sobre el taller (herramientas adquiridas)	Consolidar lo visto en el taller en referencia a su experiencia.	Participación libre	Ninguno	15
	¿Cómo veo mi pareja hoy?	Dibujo y análisis	Dibujar cómo ve la pareja hoy y reflexión en grupo	Lápiz y papel	15
	Aplicación de cuestionario sobre evaluación del taller	Identificar objetivos cumplidos durante el taller	Aplicación de un cuestionario	cuestionario	15
	Despedida	Cierre del taller	Cada integrante dará gracias a los demás y dirá que se lleva de cada uno (qué aprendió)	Ninguno	10

Sesión 11: Seguimiento 6 semanas después de la conclusión del taller.

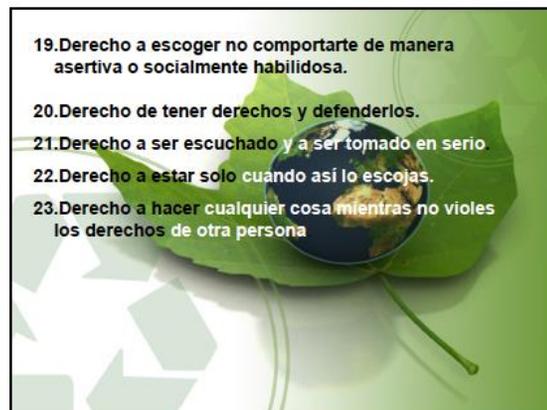
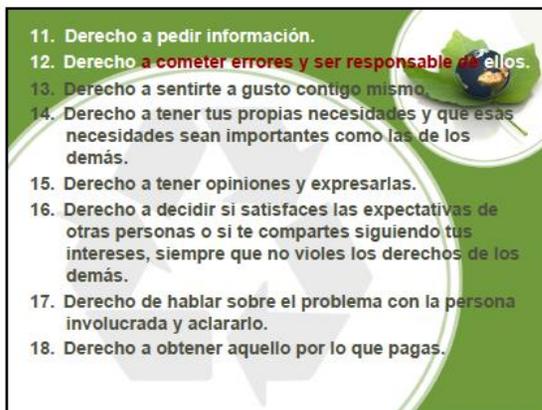
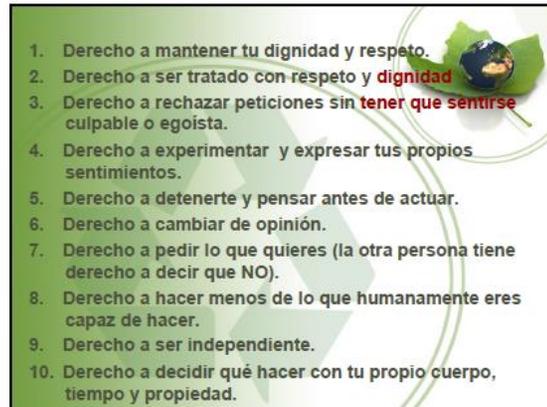
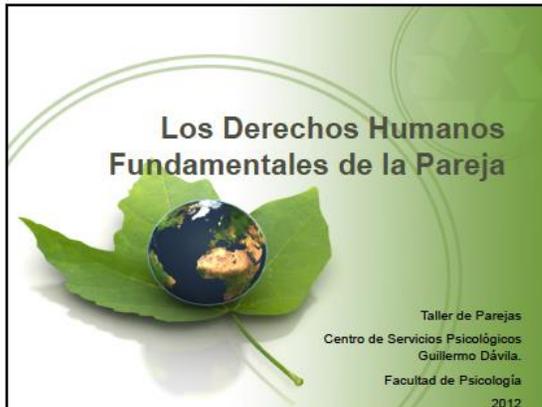
Objetivo: Los participantes reflexionarán sobre lo aprendido en el taller y evaluarán si la aplicación de lo aprendido les ha ayudado a cambiar su relación de pareja.

SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	DINÁMICA	MATERIAL	TIEMPO
11	Seguimiento	Revisar sobre lo sucedido en las últimas 6 semanas	Participación individual	Ninguno	25
	Evaluación	Reflexionar sobre los cambios en la relación de pareja desde el inicio del taller hasta este momento	Reflexión	Ninguno	15
		Identificar ideas acerca de la relación de pareja.	Cuestionario: <i>Ideas acerca de la relación de pareja.</i>	Cuestionario	10
		Identificar ideas acerca del cambio	Cuestionario: Identificar ideas acerca del cambio	Cuestionario	10
		Identificar los problemas existentes en la relación de pareja	Cuestionario: Problemas en la relación de pareja	Cuestionario	10
	Cambios alcanzados	Identificación de los cambios reales en la relación de pareja desde el inicio del taller a la fecha	Comparación de los cuestionarios actuales y los dibujos con los llenados en las primeras sesiones.	Cuestionarios y dibujos actuales y previos	15
	Áreas a trabajar	Reflexión sobre lo descubierto en la comparación e identificación de áreas a trabajar	Participación individual		15
	Cierre	Cierre del taller	Reflexión y agradecimiento	Ninguno	10

Anexo 2: Presentaciones y cuestionarios aplicados en el Taller de Parejas

Sesión 1.

Primera parte: Los derechos humanos fundamentales de la pareja



Sesión 1.**IDEAS ACERCA DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

INSTRUCCIONES: En la línea frente a cada una de las quince aseveraciones siguientes, coloque un número del 1 al 7 que represente la categoría que más se ajusta a su grado de acuerdo o desacuerdo.

DE ACUERDO: *Por completo (7), En buena parte (6), Un poco (5)*

NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO (4)

EN DESACUERDO: *Un poco (3), En buena parte (2), Por completo (1).*

- ___ 1) Si una persona tiene algunas dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella.
- ___ 2) Si mi pareja en verdad me quisiera, no tendríamos ninguna riña.
- ___ 3) Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí.
- ___ 4) Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama.
- ___ 5) Mi pareja debería saber o conocer qué es importante para mí sin tener que decírselo.
- ___ 6) Si tengo que pedir lo que realmente quiero, eso ya lo echa a perder.
- ___ 7) Si a mi pareja en realidad le importara, haría lo que le pido.
- ___ 8) Una buena relación no debería tener problema alguno.
- ___ 9) Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación.
- ___ 10) Si mi pareja hace algo que me perturba, pienso que es porque desea herirme a propósito.

- ___ 11) Cuando mi pareja no está de acuerdo conmigo ante otras personas, pienso que es una señal de que no le importa demasiado.
- ___ 12) Si mi pareja me contradice pienso que no me respeta demasiado.
- ___ 13) Si mi pareja hiere mis sentimientos, pienso que él/ella es mala.
- ___ 14) Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera.
- ___ 15) Mi pareja no escucha lo que tengo que decir.

Fuente: Beck, A.T. *Con el amor no basta*. México. Paidós 2010. pp. 102-103.

Sesión 1.

CONVICCIONES ACERCA DEL CAMBIO

Lea la lista a continuación e indique qué convicciones tiene usted sobre sí misma(o) y su cónyuge, y reflexione sobre cómo éstas inciden en su convicción personal acerca del cambio en su relación de pareja o con los otros.

Opiniones derrotistas

- Mi cónyuge es incapaz de cambiar.
- Nada puede mejorar nuestra relación
- Las cosas sólo se pondrán peor.
- La gente está hecha a su manera y no puede cambiar.
- Mi cónyuge no va a cooperar y nada se puede hacer sin su cooperación.
- He sufrido bastante. No tengo ánimos de seguir intentándolo.
- Si tenemos que trabajar en la relación, algo grave debe ocurrir.
- Ejercitar la relación la empeorará.
- Eso sólo pospondrá lo inevitable.
- Ha sido demasiado el daño.
- Mi matrimonio está muerto.
- No me siento capaz de cambiar.
- Si no nos hemos llevado bien hasta ahora, ¿cómo puedo esperar que nos llevemos bien en el futuro?
- No importa si mi cónyuge empieza a obrar en forma más positiva, el problema reside en la *actitud* de mi cónyuge.

Opiniones auto-justificativas

- ___ Es normal comportarse como lo hago yo.
- ___ Parece correcto pensar como yo.
- ___ Cualquiera en mi situación reaccionaría así.
- ___ Él (Ella) me lastimó. Por lo tanto, merece ser lastimado(a).

Argumentos de reciprocidad

- ___ No haré un esfuerzo a menos que lo haga mi cónyuge.
- ___ Hacen falta dos para bailar. No veo por qué debería ser yo quien cambie.
- ___ No es justo que yo deba hacer todo el trabajo.
- ___ Después de todo el esfuerzo que hice, le toca a mi cónyuge hacer el intento.
- ___ ¿Qué gano con eso?
- ___ Mi cónyuge me ofendió mucho en el pasado, ahora le toca a él(ella) compensarlo.
- ___ ¿Cómo sé yo que mi cónyuge se ha comprometido?

El problema es mi cónyuge

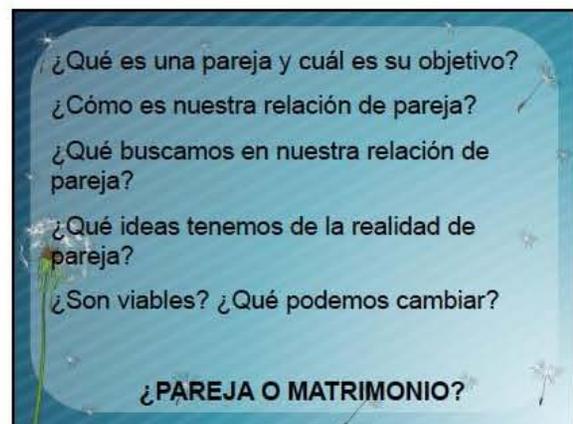
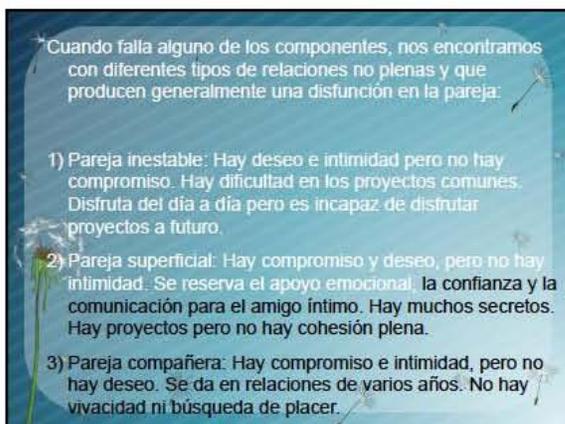
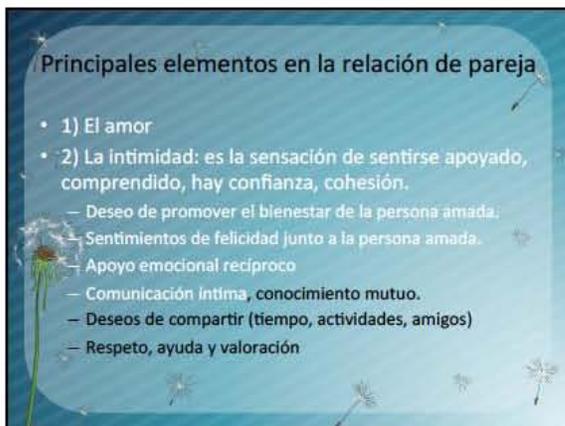
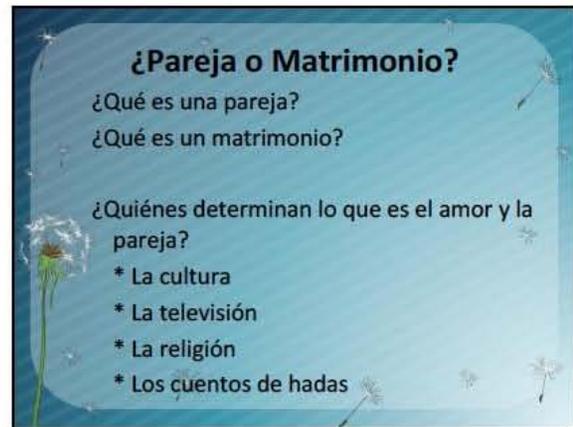
- ___ Si empezamos a escudriñar en la relación, mi compañero se pondrá peor.
- ___ A mí no se me ocurre nada. Si mi cónyuge se amoldara, todo iría bien.
- ___ A mi cónyuge no le interesa mejorar nuestra relación.
- ___ Mi cónyuge es imposible.
- ___ Mi cónyuge está loco.
- ___ Mi cónyuge no sabe cómo se distinto de lo que es.
- ___ Mi cónyuge está lleno de odio, ése es el problema.

___ Yo no tenía problemas en la vida hasta que nos casamos.

Si usted sostiene algunas de estas opiniones, vale la pena que examine su validez. Estas opiniones pueden aparecer como pensamientos automáticos en el momento en que usted contempla el cambio. Manténgalos en mente. Nos serán útiles más adelante para generar una serie de contraargumentos.

Fuente: Beck, A.T. *Con el amor no basta*. México. Paidós 2010. pp. 223-224.

Sesión 1. Segunda parte: ¿Pareja o matrimonio?



Sesión 2.

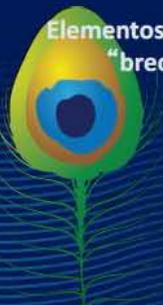
¿Dónde estamos? Elementos que eventualmente generan “brechas” en la relación de pareja

¿Dónde estamos?

Elementos que eventualmente generan “brechas” en la relación de pareja

Taller de Parejas

Centro de Servicios Psicológicos
Dr. Guillermo Dávila
Facultad de Psicología
Mayo 2012

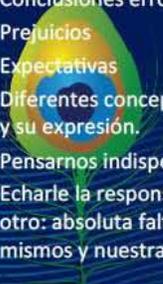


Claramente, en una relación de pareja, “Con el amor NO basta...”. Existen un sinnúmero de elementos que perturban a la relación y que deben ser reconocidos y comprendidos ANTES de poder iniciar un trabajo en equipo hacia la construcción de una relación mejor. Algunos de estos son:

- “Adivinar el pensamiento del otro”.
- Pensamientos negativos sin justificación:
 - ✓ Nunca podemos conocer en realidad el estado de ánimo, actitudes y pensamientos del otro.
 - ✓ Cada quien usa su propio código.
 - ✓ Nuestro estado de ánimo influye en la percepción del otro.



- El pensamiento invisible: “Sonríe porque le pareció gracioso o se burla de mí”.
- Conclusiones erróneas
- Prejuicios
- Expectativas
- Diferentes concepciones de lo que constituye el amor y su expresión.
- Pensarnos indispensables para la “felicidad” del otro.
- Echarle la responsabilidad de nuestra felicidad al otro: absoluta falta de responsabilidad de nosotros mismos y nuestras acciones y emociones.



- Entramos a una nueva fase de enamoramiento, con lo cual:
 - “Decepción” – “Ya no es cómo aquel (aquella) con quien me casé”.
 - Promesas quebrantadas
- Conflicto de perspectivas
- Conflicto de personalidades
- Reglas de un “buen matrimonio” - ¿De dónde vienen? ¿Quién las impuso?
- Violación de reglas (generalmente nunca establecidas a priori)... “Si él/ella..... entonces...”



- Los famosos “DEBERÍA”
- Violación de espacios personales
- Co-dependencia: “Debo pensar por ella”. “sin él me muero”.
- División del trabajo
- Castigos
- Hijos
- Finanzas
- SEXO
- Los parientes políticos y propios



- Roles “femeninos” y “masculinos”
- Diferencias fundamentales entre sexos:
 - ▼ Las mujeres usan a las preguntas como medio para mantener una conversación; para los hombres son peticiones de información.
 - ▼ Las mujeres conectan “puentes” entre lo que escuchan y lo que quieren decir.
 - ▼ Los hombres ignoran el comentario anterior.
 - ▼ Para las mujeres, la agresividad del interlocutor se interpreta como un ataque para romper la relación.
 - ▼ Para los hombres la agresividad es una forma de conversación.



¿Qué podemos hacer?

- Identificar cuáles son los principales elementos que se han constituido en problemas en nuestra relación.
- Luchas por alcanzar cimientos sólidos de confianza, lealtad, respeto y seguridad.
- Cultivar el afecto, sensibilidad y demostraciones de cariño.
- Afianzar el compañerismo.
- CADA MIEMBRO de la pareja deberá RECONOCER Y ASUMIR SU **PROPIA RESPONSABILIDAD** en la relación, SIN CULPA NI REPROCHE.
- Participación **ACTIVA** en el proceso de reconstruir y valorar la relación.



Sesión 2.

PROBLEMAS EN LA RELACIÓN

Instrucciones: Califique las siguientes aseveraciones de acuerdo con su frecuencia:

- (0) Nunca (1) Raramente (2) Algunas veces
 (3) Con frecuencia (4) Siempre

Al terminar encierre en un círculo aquellas aseveraciones que considere como un problema en su relación.

En la toma de decisiones, cuando tenemos que discutir un problema o tomar una decisión:

- ___ 1) No estamos de acuerdo.
 ___ 2) Mi pareja se enoja.
 ___ 3) Yo me enoja.
 ___ 4) Yo cedo.
 ___ 5) Mi cónyuge cede.
 ___ 6) No transigimos.

- 7) Yo tomo las decisiones.
- 8) Mi cónyuge toma las decisiones.
- 9) Evitamos tomar decisiones.
- 10) Me siento ofendida(o).
- 11) Mi cónyuge se siente ofendido(a).
- 12) Discutimos sobre cosas triviales.

Finanzas

- 1) Mi cónyuge gasta en exceso.
- 2) Mi cónyuge no quiere gastar.
- 3) Mi cónyuge regatea mis gastos.
- 4) No tenemos plan alguno acerca de los gastos mensuales.
- 5) No tenemos acuerdos acerca de los ahorros.
- 6) No entendemos en qué se va el dinero.
- 7) Mi cónyuge encubre las deudas o en qué se gasta el dinero.
- 8) No tenemos acuerdo acerca de fijar prioridades.
- 9) No tenemos responsabilidad para los gastos.

Relaciones sexuales

- 1) Mi cónyuge tiene MÁS interés en el sexo que yo.
- 2) Mi cónyuge tiene MENOS interés en el sexo que yo.
- 3) Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo.
- 4) Nuestra relación sexual no es satisfactoria.
- 5) Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi cónyuge se pone demasiado amoroso(a).
- 6) Diferimos acerca de la clase de sexo que cada uno prefiere.
- 7) Mi cónyuge hace uso del sexo para controlarme o castigarme.
- 8) Mi cónyuge se interesa demasiado en el sexo.
- 9) Mi cónyuge no es sensible a mis deseos sexuales.
- 10) No estamos de acuerdo en la forma en qué debería ser nuestra relación sexual.

- 11) Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual.
- 12) Soy participativa(o) en la relación y expreso lo que me gusta o gustaría.
- 13) Escucho y atiendo a las peticiones sexuales o fantasías de mi pareja.
- 14) Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión.

Recreación y actividades en tiempo libre

- 1) No pasamos tanto tiempo libre juntos como quisiéramos.
- 2) Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de horas libres.
- 3) Mi pareja no tiene tiempo o energía para actividades en tiempo libre.
- 4) Mi pareja no puede disfrutar conmigo de la diversión.
- 5) Me siento forzado(a) a hacer cosas que preferiría no hacer.
- 6) No nos gustan las mismas actividades.
- 7) Mi pareja no tiene suficientes "hobbies" o intereses recreativos.
- 8) No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados.
- 9) Mi pareja no tiene equilibrio entre trabajo y recreación.
- 10) Tenemos diferentes ideas acerca de lo que constituye diversión.

Fuente: Beck, A. T. *Con el amor no basta*. México. Paidós 2010. pp. 155-158.

Sesión 3.

Primera parte: El ojo de la tormenta: Pensamientos automáticos y enojo

EL OJO DE LA TORMENTA:

LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y EL ENOJO

TALLER DE PAREJAS
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAYO 2012

- Una esposa se enojó con su marido cuando éste llegó más pronto que de costumbre a casa. Al saludarla con entusiasmo, ella lo miró fija y penetrantemente.
- Un esposo se disgustó con su mujer cuando ésta le dijo que había devuelto a la biblioteca los libros que había retirado y que tenían fecha de vencimiento
- Una mujer se enfureció con su marido cuando éste se jactó ante sus amigos de o buena cocinera que era ella.

Si cada una de las anteriores eran acciones positivas, ¿por qué generaron enojo en el otro?

- La razón: pensamientos propios provocados por la "buena intención del otro".
- La mujer cuyo esposo regresó temprano a casa pensó: "¿Por qué ha venido a casa tan temprano? ¿Trata de controlarme?"
- El marido cuyos libros fueron devueltos pensó: "Ella trata de ponerme en evidencia. Quiere demostrarme que se ocupa de las cosas mejor que yo."
- La mujer cuyo marido elogió su cocina pensó: "¿Por qué tiene que jactarse de cómo cocino? Nuestros amigos han de pensar que busca cumplidos para mí."

Entonces, ¿qué sucede?

Se denominan "Pensamientos automáticos", generados por:

Supuestos o creencias personales: "soy un inepto", "si me equivoco...", "debería..."

- Prejuicios
- Recuerdos de situaciones/emociones similares en el pasado
- Ansiedad
- Actitudes y creencias disfuncionales

↓

Nuestra interpretación genera una reacción.

Ejemplo de pensamientos concretos y posibles supuestos

SUPUESTO PRIMARIO	Si soy agradable (sufro, me someto), no me sucederán cosas malas (me divorcio, me peleo, se queda)	
SUPUESTO SECUNDARIO	Es mi culpa que no funcione	La vida es injusta... y aún me ocurren cosas malas...
PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	Yo soy la causa... Con el divorcio arruiné a mis hijos. No tengo momentos buenos.	¿Por qué no tengo mando? Dios me ha engañado. No me debería criticar.
SENTIMIENTOS	Tristeza/Depresión	Enojo/ Cólera

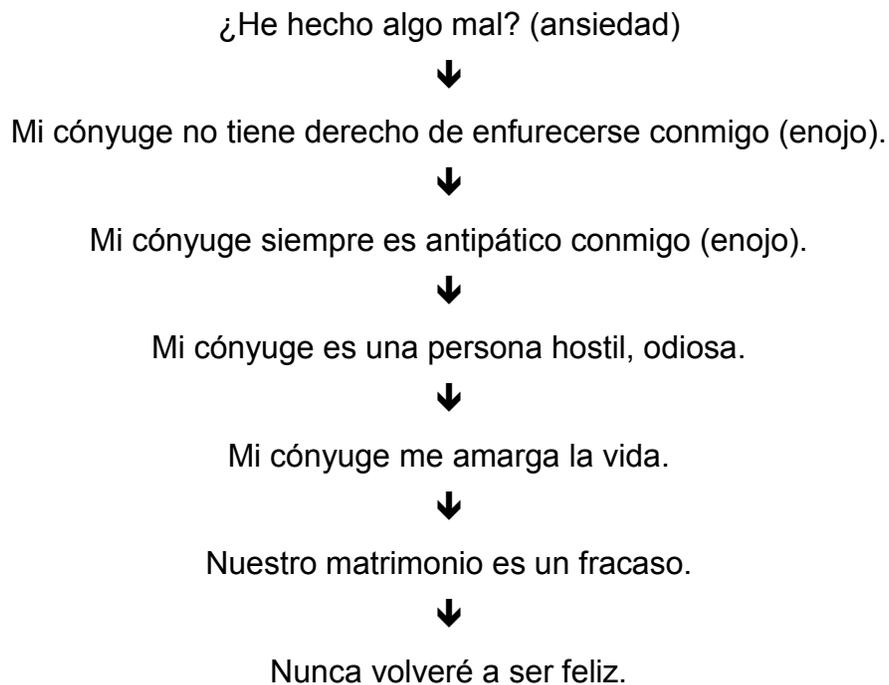
A primera vista, lo que hacen los otros nos produce enojo, ansiedad, tristeza, etc.

- Estas declaraciones son verdaderas sólo en el sentido en que no experimentaríamos la emoción específica si la otra persona no hubiera obrado de esa manera.
- Nosotros *interpretamos* las acciones de los otros y actuamos de acuerdo con ello.
- Muchas disputas se inician al frustrarse expectativas tácitas ("debería"). NO se dan cuenta del verdadero origen del problema y atribuyen el malestar a características negativas del otro en lugar de a un desajuste de las expectativas de ambos.

Sesión 3.

Ejemplos de cómo trabajar Pensamientos Automáticos

Como punto de partida, trate de identificar situaciones molestas y los significados que les asigna. Por ejemplo, supongamos que su cónyuge le habló de modo brusco. Quizás su pensamiento automático sea: "*Mi esposo(a) está disgustado(a) conmigo*". Usted debe estar muy alerta para identificar el miedo oculto de dudar de sí mismo al pensar "*¿He hecho algo mal?*" o "*¡Me va a regañar!*". Trabajándolo en cadena e identificando las emociones sería así:



En todo momento resista la tentación de aceptar a estos pensamientos como correctos. Examínelos y busque explicaciones posibles y lógicas en favor y en contra.

Fuente: Beck, Aaron T. *Con el amor no basta*. México. Paidós 2010. pp. 285

Sesión 3. Segunda parte: Anatomía del enojo.

ANATOMÍA DEL ENOJO

- Enojo: Sentimiento que nos alerta sobre la posible necesidad de una acción agresiva o nos prepara para defendernos.
- Hostilidad: Ataque
- Cuando las parejas se pelean:
 - 1) Se sienten agraviados: pensamientos automáticos.
 - 2) Se enojan.
 - 3) Se sienten impulsados a atacar.
 - 4) Atacan.
 - 5) Y el otro contra-ataca...

¿Cómo manejar el enojo?

- 1) Respirar profundamente **VARIAS** veces hasta sentirse calmado. Si es necesario, sálgase.
- 2) Establecer una hora **ESPECÍFICA** para hablar del tema en pareja ya calmados. Mientras tanto:
 - 3) Identificar el origen del problema: uno mismo o el cónyuge. No es el hecho, sino los pensamientos automáticos, interpretaciones
 - ¿Cuáles son mis pensamientos automáticos?
 - ¿Cómo interpreto YO este acto?
 - ¿Soy objetivo o me baso en el significado que le atribuyo al acto?

4) Preguntarse:

- ¿Qué espero ganar con reprochar, criticar, juzgar o gritar a mi cónyuge?
- ¿Qué pierdo usando estas tácticas? ¿Es a corto o largo plazo?
- ¿Cuál es la cuestión que quiero hacer comprender a mi pareja?
- ¿Cuál sería el mejor modo de lograrlo?

Errores de pensamiento más comunes

- 1) Inferencia arbitraria: Sacar conclusiones sin tener datos.
- 2) Sobregeneralización o etiquetamiento
- 3) Exageración o catastrofismo
- 4) Minimización o descalificación
- 5) Filtro mental o abstracción selectiva
- 6) Razonamiento dicotómico: blanco o negro.
- 7) Personalización
- 8) Razonamiento emocional: Me siento inútil por lo tanto soy inútil.
- 9) Imperativos categóricos: Pensar que uno mismo o los otros no deben pensar de cierta manera.

Preguntas guía para pensamientos automáticos

1. ¿Qué datos existen en favor de este pensamiento?
2. ¿Qué hay detrás de este pensamiento?
3. ¿Es cierto? ¿Qué puedo hacer al respecto?
4. ¿Qué es lo peor que puede suceder?
5. ¿Estoy pensando en términos de todo o nada?
6. ¿Este pensamiento me ayuda a conseguir mis objetivos y solucionar el problema?
7. ¿Qué impacto tiene este pensamiento sobre mis sentimientos y reacciones?
8. Si las cosas realmente fueran así, ¿qué podría hacer al respecto?

SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO (EMOCIÓN Y/O ERROR DE PENS.)
Me regañó por llegar tarde a casa. Ella dijo, "¿Por qué viniste tarde?"	<ol style="list-style-type: none"> 1. No piensa demasiado en mí si cree que puede hablarme de ese modo (ofendido). 2. Debe considerarme débil o inútil (ofendido). 3. Es probable que yo sea débil, de lo contrario no me hablaría así (dolido). 4. No puedo dejar que se salga con la suya (enojo, ganas de golpear).

TAREA

- 1) Cada vez que nos enojemos, respiraremos, nos callaremos y hablaremos del tema **ÚNICAMENTE** a la hora acordada Y sólo si se bajó el coraje.
- 2) Llevaremos un diario, donde anotaremos las situaciones, identificaremos los pensamientos automáticos, la emoción y el error de pensamiento.
- 3) Nos formularemos preguntas:
 - ¿Cómo interpreto YO esto?
 - ¿Qué espero ganar?
 - ¿Qué pierdo reaccionando así?
 - ¿Hay una mejor manera de expresarlo?, etc.



Sesión 4.

Primera parte: Pensamientos automáticos, y enojo (2) Emociones y modificación de creencias: Repaso



PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS,
EMOCIONES Y MODIFICACIÓN DE
CREENCIAS

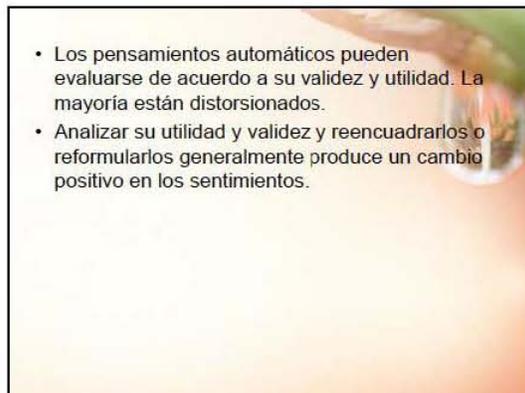
TALLER DE PAREJAS
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
DR. GUILLERMO DÁVILA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAYO 2012

Repaso: Identificación de los pensamientos automáticos

- La interpretación de una situación, a menudo expresada en forma de pensamientos automáticos influye sobre las emociones, el comportamiento y la respuesta fisiológica.
- Los pensamientos automáticos negativos distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y/o interfieren con la capacidad del paciente para alcanzar sus objetivos.
- Los pensamientos automáticos pueden aparecer en forma verbal o visual (imágenes) o de ambas maneras.

22/09/2014

© Savva Charfopoulos@psy



- Los pensamientos automáticos pueden evaluarse de acuerdo a su validez y utilidad. La mayoría están distorsionados.
- Analizar su utilidad y validez y reencuadrarlos o reformularlos generalmente produce un cambio positivo en los sentimientos.

Sesión 4.

Ejercicio: Identificación de pensamientos automáticos y emociones

Para identificar a los pensamientos automáticos puede usar la imaginación, por ejemplo,

"Usted ha tenido muchas cosas que hacer en el centro y su cónyuge acordó venir a recogerlo(a) en cierto punto a las cinco en punto. Usted llega puntualmente pero su cónyuge no está. Pasan los minutos y nada. Verifica su reloj y marca: cinco y diez... cinco y veinte...."

Anote sus reacciones emocionales una vez que se haya imaginado la escena:

Pensamiento automático (interpretación)	Reacción emocional
1)	1)
2)	2)
3)	3)

"... mira de nuevo el reloj... son las cinco y media. Entonces reconoce un auto que se para en la esquina. Su cónyuge le saluda felizmente, "¿Sabes? Olvidé que debía recogerte.... Me acabo de acordar justo de camino a la casa..."

Ahora escriba sus reacciones emocionales y pensamientos automáticos.

Pensamiento automático (interpretación)	Reacción emocional
1)	1)
2)	2)
3)	3)

¿Qué le dice este ejercicio?

Fuente: Beck, A.T. (2010). *Con el Amor No Basta*. México. Paidós. pp. 289-290.

Sesión 4.

Segunda parte: Modificación de creencias

Modificación de pensamientos automáticos

- Vincular reacciones emocionales con pensamientos automáticos.
- Pregunta fundamental: ¿Qué estaba pasando por mi mente en ese momento?
- Cuestione sus pensamientos automáticos e identifique el pensamiento real, la emoción evocada y la situación específica.
 - ¿Cuál es la evidencia?
 - ¿Hay distorsiones cognitivas? ¿Cuáles?
 - ¿Hay alguna explicación alternativa?
 - ¿Qué es lo peor que puede ocurrir?
 - ¿Cuál sería la consecuencia si cambio mi p.a.?
- Reconocer la situación problemática.

- Diferenciar entre pensamientos automáticos e interpretaciones personales.
- Identificación y modificación de creencias intermedias y centrales:
 - Las creencias intermedias están compuestas por reglas, actitudes y presunciones.
 - Las creencias centrales son ideas globales rígidas y absolutas sobre uno mismo y/o los demás.
- Identificar ventajas y desventajas de las creencias.
- Modificar creencias de manera que nos sean más funcionales con respuestas racionales.
- Reformule los pensamientos/situaciones negativas con otros más positivos.

Sesión 5.

La comunicación en la relación de pareja (1) : Distorsiones en la comunicación



DISTORSIONES EN LA COMUNICACIÓN

"Mi marido es sordo. Nunca oye lo que digo"

"Ella no suelta el tema hasta que gana"

"Todo lo convierte en pleito"

"Nunca dice lo que piensa"

"Eso NO es lo que quisiera decir"

•Una comunicación inapropiada en la pareja puede ser señal de graves malentendidos innecesarios.

•La mala comunicación conduce a la frustración, hostilidad y al deterioro de la relación.

•En el peor de los casos, una mala comunicación puede terminar en debates competitivos, luchas de poder, discusiones... las palabras son utilizadas como armas en una cruenta batalla.

Principales problemas que se presentan en la comunicación en pareja

- Indirectas y ambigüedad en el discurso
- Actitud defensiva por temor a ser rechazado. Se genera confusión, acusaciones y malos entendidos.
- Mensajes incomprensidos. Sucede cuando el lenguaje vago de uno conduce a conclusiones incorrectas por parte del otro.

- Monólogos, interrupciones y audición en silencio. Diferencias en el "estilo de comunicación": ritmo, sentido, interrupciones, formas de contestar: por ejemplo, los hombres reaccionan con manifestaciones orales "estoy de acuerdo", mientras que las mujeres lo hacen de forma NO verbal, mismas que esperan recibir.
- Sordera y ceguera: Se registra cuando uno de los cónyuges no registra mentalmente lo que en verdad comunica el otro mediante palabras, gestos, etc.

Sesión 5.**PROBLEMAS EN EL ESTILO DE COMUNICACIÓN**

Señale con una cruz aquellas conductas que utilizan usted y su pareja.

Estilo de comunicación

Conducta	Su pareja	Esto me	Usted con
	con usted	molesta	su pareja
1. No escucha.			
2. Habla demasiado.			
3. No habla lo suficiente.			
4. Interrumpe.			
5. Habla vagamente.			
6. Nunca va al grano.			
7. Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo.			
8. Nunca emite señales receptivas, por ejemplo, decir "aja", "hmmm".			
9. No le da una oportunidad de hablar al cónyuge.			
10. No discute temas difíciles o espinosos.			
11. Habla demasiado sobre temas espinosos.			
12. Pregunta demasiado.			
13. No hace suficientes preguntas.			
14. Hace callar al cónyuge mediante reproches.			
15. Se retira cuando se altera.			

Problemas en la comunicación

Indique del 1 al 4 aquellos que ocurren con más frecuencia, donde 1 es menos y 4 más.

- _____ 1. Me siento inhibido de discutir mi problema con mi cónyuge.
- _____ 2. Me resulta difícil expresarle mis sentimientos a mi cónyuge.
- _____ 3. Temo pedir lo que deseo.
- _____ 4. No creo lo que dice mi cónyuge.
- _____ 5. Temo que lo que tengo para decir enfadará a mi cónyuge.
- _____ 6. Mi cónyuge no considerará seriamente mis preocupaciones.
- _____ 7. Mi cónyuge me hace callar elevando la voz.
- _____ 8. Mi cónyuge no quiere oír hablar sobre mis necesidades y sentimientos.
- _____ 9. Temo que, si comienzo a manifestarle mis sentimientos a mi cónyuge, perderé el control sobre mis emociones.
- _____ 10. Me preocupa que, si me sincero con mi cónyuge, en el futuro usará esta información en mi contra.
- _____ 11. Si expongo mis verdaderos sentimientos, posteriormente podré arrepentirme de lo que dije.
- _____

Fuente: Beck, A.T. (2010). *Con el Amor No Basta*. México. Paidós. pp. 127-129.

Sesión 6.

La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar Primera parte: Comunicación asertiva

EL ARTE DE COMUNICAR ASERTIVAMENTE



Taller de Parejas
Centro de Servicios Psicológicos
Dr. Guillermo Dávila
Facultad de Psicología
UNAM
Junio 2012
Psic. Carolina López Vázquez y Adriana Pruneda

¿Cómo comunicamos?

En las situaciones que se presentan a continuación, identifique el tipo de conducta / actitud con la que se responde a ella.

1. Pasiva
2. Agresiva
3. Asertiva

Situación 1:

Invitas a unos amigos a cenar y llegan una hora tarde, No avisaron que se retrasarían y te sientes muy molesto/a por la impuntualidad. Les dices:

- Bienvenidos, la cena está en la mesa.
- He estado esperando durante una hora. Habría sido una atención de tu parte si hubieras avisado del retraso.
- Detesto la impuntualidad. Es la última vez que les invito.

1. Pasiva
2. Asertiva
3. Agresiva

Situación 2:

- Tu compañera de oficina siempre quiere que le ayudes con su trabajo. Esta situación te molesta y deseas que termine. Se acerca tu compañera para pedirte ayuda... y tú le dices...
- Lo siento, estoy ocupada. Pero si te atoras, podré orientarte.
- Ni lo sueñes. No hay tiempo Eres muy desconsiderada, tu juras que tengo que ayudarte cuando me tratas mal.
- No, Mario/Susana. Tu trabajo es responsabilidad tuya. Estoy cansada de hacer, además de mi trabajo, el tuyo.

1. Pasiva
2. Agresiva
3. Asertiva

Situación 3:

- Una persona (o familia) desconocida se acaba de mudar al departamento de al lado y quieres conocerles.
- Sonríes al tiempo que tu vecino se acerca, pero no dices nada.
- Te acercas a la puerta de ellos y dices: ¡Hola! Soy Lola/Pepe. Vivo en el piso de al lado. Bienvenidos a la casa. Me alegro de conocerles.
- Miras a los vecinos por la ventana...

1. Pasiva
2. Asertiva
3. Agresiva

¿Qué es comunicar asertivamente?

- Saber decir las cosas.
- No dejarse intimidar.
- Ser capaces de pedir lo que es nuestro sin pasar por encima de alguien ni dejar de decirlo que realmente pensamos por miedo a la reacción del otro.
- Hablar y hacer que nos hablen con respeto.
- Expresar lo que necesitas, sientes y piensas y actuar en consecuencia sin pasividad ni agresividad.
- Comunicarse con seguridad de uno mismo y conciencia de auto-valoría.

¿Cómo comunicar asertivamente?

- ◆ Define qué quieres obtener o comunicar
- ◆ Haz contacto visual en todo momento.
- ◆ Expresa un desacuerdo con tranquilidad.
- ◆ Se respetuoso pero firme.
- ◆ Usa una posición corporal relajada.
- ◆ Mantén un tono de voz claro y sostenido.
- ◆ Escucha con atención
- ◆ Usa lenguaje asertivo: "Yo pienso..., Yo siento..., Yo quiero".
- ◆ Demuestra interés: ¿Qué piensas tú?, ¿A qué te refieres? ¿Cómo lo ves?
- ◆ Usa palabras colaborativas: "Vamos a ver.... ¿Cómo podemos resolverlo"

- ◆ Responde a los síntomas de ansiedad con acercamiento y no con huida o evitación.
- ◆ Saluda a la gente de una forma adecuada con mano firme y haciendo contacto visual.
- ◆ Escucha atentamente a la gente y elabora mentalmente una lista de posibles temas de conversación.
- ◆ Muestra que quiere hablar. Puede ser bueno hacerlo inicialmente con alguna pregunta (ya que concentra la atención en la persona que realiza la pregunta y en la que se espera que responda).
- ◆ Habla alto y con una dicción adecuada. No susurre.
- ◆ Intenta soportar algunos silencios sin ponerte nervioso.

Otras técnicas de comunicación asertiva

- ◆ **Rendición simulada:** Mostrarte de acuerdo sin cambiar de postura: "Entiendo lo que dices/puede que tengas razón pero porque no hacemos..."
- ◆ **Ironía asertiva:** Ante una crítica asertiva o fuera de tono: "Hombre, muchas gracias".
- ◆ **Movimientos en la niebla:** Tras escuchar los argumentos del otro, muestra empatía aceptando y agrega tu postura: "Entiendo lo que dices, pero así está establecido en..."
- ◆ **Pregunta asertiva:** Se usa para obtener información que puedes usar luego: "Dices que no te convence, ¿pero que es lo que te convence exactamente?"
- ◆ **Acuerdo asertivo:** En ocasiones hay que admitir los errores porque hacer lo contrario empeoraría las cosas: En este caso, hay que alejar el error de nuestra persona. "Sí, llegué tarde, pero suelo ser muy puntual".

Otras técnicas de comunicación asertiva

- ◆ **Ignorar:** Se usa en caso de interlocutores agresivos. Se retrasa la conversación para un mejor momento: "Mejor hablamos de esto cuando estemos calmados..."
- ◆ **Romper el proceso de diálogo:** Cuando queremos expresar que no es el momento para hablar de algo y utilizamos comunicación breve: "Si.... Quizás... Si no te importa, hablamos luego..."
- ◆ **Disco rayado:** Repite el argumento tranquilamente y sin dejar que te despisten con otros temas: "Si, pero yo estoy diciendo.... Tienes razón, pero... Entiendo lo que dices, pero pienso..."
- ◆ **Manteniendo espacios:** Delimitar claramente hasta dónde llega el límite: "Si, pueden venir tus amigos, pero tendrás que recoger..."

La comunicación en la relación de pareja (2): El arte de conversar Segunda parte: Los Mensajes Yo

Los Mensajes YO

"Cuando tú..." (establece el comportamiento).....

"Yo me siento..." (establece el sentimiento)....

"Porque..." (establece la consecuencia)

"Te pido, por favor que..." (establece la petición)

La idea es centrarse en uno mismo y no acusar al otro.

Ejemplo:

Cuando no me llamas para decirme que llegarás tarde,

Yo me siento poco importante para ti,

Porque con frecuencia me apuro en hacer mis actividades para pasar tiempo contigo.

Te pido, por favor, que si sabes que te retrasarás, me llames, así yo podré planear mis tiempos mejor.

Frases útiles para comunicar emociones negativas

- ◆ Para la ira:
 - No me gusta que...
 - Me siento frustrada...
 - Estoy enojada porque...
- ◆ Para la tristeza:
 - Estoy triste porque...
 - Me siento lastimada porque...
 - Quise / Quiero...
- ◆ Para el temor:
 - Me siento preocupada por...
 - Me asusta...
 - Necesito
- ◆ Para el amor:
 - Amo
 - Quiero
 - Comprendo

Bibliografía:

<http://www.psicoadactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=772>

Grey, John (1992). *Los hombres son de Marte y las mujeres de Venus*. México, Ed. Océano. Pags. 244-245.

Sesión 7.

Solución de problema (1): El manejo del conflicto



El **COMBATE MORTAL** empieza cuando la distorsión de la comunicación es tal que se recurre a técnicas como:

- Mensajes incisivos:

- ✓ Miradas penetrantes, gruñidos, bufidos o silencio, son señales destinadas a advertir al antagonista que debe retractarse o inducirlo a capitular.
- ✓ El lado incisivo: "tono amenazador, velocidad y volumen de pelea" puede ser más provocativo que el significado literal de las palabras.

Por ejemplo:

Pepe: "Amor, ¿te acordaste de llamar al electricista?"

Lulú: "Lo haré si me lo pides de buena manera".

Pepe: "¡Te lo pedí de buena manera!"

Lulú: "Siempre gimoteas cuando quieres que YO haga algo"

Pepe: "¡Si no quieres hacerlo, porqué no lo dices!"

¿Qué pasa aquí?

Pepe tenía la intención de hacer la petición de forma amable, pero estaba resentido con Lulú, con lo que su demanda fue incisiva.

Cuando hay un "doble mensaje" es más probable que las personas respondan a las señales **NÓ VERBALES**, como el mensaje significativo y desconozcan a las palabras.

Aquí Lulú tomó las palabras de Pepe como regaño. Pepe no se dió cuenta de su tono provocativo y tomó la respuesta de Lulú como una negativa y se enojó. Es posible que Lulú hubiese accedido si el tono de Pepe hubiese sido diferente.

El **CONTENIDO** de la comunicación se perdió y se generó en una mutua **HOSTILIDAD**.

- Ataques anticipados:

✓ Atacamos al otro cuando pensamos que seremos agredidos.

✓ ¿Cómo evitarlo? Reconociendo nuestros pensamientos automáticos, particularmente los que nos hacen sentir tristes, culpables o ansiosos, y frenar el impulso de contra atacar.

Lulú: "Vida, estoy preocupada por los niños".

Pepe (enojado): "Siempre estás preocupada por ellos. Déjalos en paz. Los volverás neuróticos como tú".

Lulú: "TÚ me estás convirtiendo en neurótica".

PA Pepe: "Me va a decir que no cumplo mi deber como padre y eso me hará sentir culpable..."

Contragolpe:

- ✓ Cuando alguna manifestación de hostilidad es justificable, es posible que nos enojemos tanto que, aún cuando nos limitemos a regañar o insultar, lo hagamos a muerte.
- ✓ Ello, claro, impulsa al otro a llamarnos "histéricos"...
- ✓ Lo grave es cuando una reacción de contragolpe nos lleve al maltrato físico.
- ✓ Generalmente se identifica cuando justificamos nuestros actos y/o reacción con "realmente me enloqueció".
- ✓ Los PA generalmente detrás de estas reacciones son autodegradantes, autodestructivas, intolerantes... e inválidas.

- ¿Qué esconden las discusiones en realidad?

- ✓ Convicciones básicas acerca de nosotros mismos.
- ✓ Una convicción básica, una vez activa, influye sobre la manera en que interpretamos la situación y cómo actuaremos.
 - No puede descubrir mi debilidad.
 - Si consigue lo mejor de mí, no parará nunca.
 - Disfruta rebajándose.
 - Soy demasiado inhibida.
 - Si soy incompetente, no soy nada ni nadie.
 - El único modo de que coopere es demostrar que es un fracasado.

¿Qué hacer?

1. Escucha.

- Escuchar no significa dejar que el otro hable sin interrumpirlo, esperando a que termine para entonces yo decirle en qué está mal.
- Escuchar es realmente ponerme en los zapatos de la otra persona.
- Entender qué siente y por qué lo siente.
- Entender qué de lo que yo he hecho o dicho le está afectando de qué manera.

2. Resuelve el problema PRESENTE.

- Traer a los problemas del pasado sólo incrementa el enojo.

El Arte del Manejo del Conflicto

¿Aspiras a convertirte en un experto en el manejo del conflicto?

¿Anhelas resolver tus discrepancias y construir un proyecto conyugal de excelencia?

Si es así, ¿hasta qué punto estás dispuesto a trabajar con tu nobleza, humildad y autocritica?

Estilos para manejar conflictos

YO	TÚ
TEMA	CONTEXTO

Estilo equilibrado:

La pareja toma en cuenta sus propias necesidades y expectativas al igual que las del cónyuge.

YO	TÚ
TEMA	CONTEXTO

Apaciguar:

Se anula el YO.

La persona prefiere traicionarse a sí misma con tal de no enfrentar el conflicto. Teme ser abandonada.

YO	TÚ
TEMA	CONTEXTO

Criticar:
Se anula el TÚ. Es propio de las personas egoístas, irrespetuosas, autoritarias, cínicas, arrogantes, prepotentes y hostiles.

YO	TÚ
TEMA	CONTEXTO

Calcular:
Se anulan el YO, el TÚ y el CONTEXTO. La premisa es no tocar o involucrar sentimientos.

YO	TÚ
TEMA	CONTEXTO

Distraer:
La pareja tiene pánico al conflicto. Lo evitan desviando la atención riéndose, cambiando de tema o haciéndose los desentendidos. Niegan la existencia de desavenencias.

¿Cómo resolver un conflicto?

- La mejor actitud es buscar una solución GANAR-GANAR.
- El saber que detrás de nuestras actitudes rígidas están las heridas del pasado, abre la posibilidad de flexibilizar nuestras posiciones y comprender que cambiar de opinión NO necesariamente denota fragilidad.
- Para ello hay que tomar consciencia de que somos responsables de nuestra vida, de nuestras decisiones y que elegimos sentir, pensar y actuar.

No existe la verdad absoluta

En un conflicto hay:

- 1) Posiciones: Aquello que la pareja solicita.
- 2) Intereses: Motivos que los impulsa a decidir de esa manera específica.

- Trabajar en el nivel de los intereses es más productivo que hacerlo desde las posiciones.
- Con frecuencia hay muchas posiciones que podrían satisfacer un solo interés.
- Detrás de un interés hay necesidades básicas: seguridad, paz, pertenencia, independencia.

3. Habla de lo que sientes, NO critiques a la otra persona.

- No juzgues al otro con calificativos como: "estás mal", "siempre te equivocas", "eres muy malgeniudo".
- Habla de lo que TÚ sientes.
- Hazte responsable de tus sentimientos, en vez de atacar al otro: "Yo siento....", "Yo creo....", "Me...."

4. No reacciones a la crítica.

- Si la otra persona te critica, mantén tu tranquilidad.
- Se trata de que no te sientas vulnerable a los comentarios de la otra persona.
- Que entiendas que el otro está alterado y por lo tanto va a tratar de defenderse.
- No es nada fácil no tomarse personal este tipo de críticas en medio de un conflicto.

5. Reconoce tus errores.

- Una vez que hayas escuchado lo que la otra persona tiene que decir, reconoce la parte que sí te corresponde.
- En la gran mayoría de los conflictos, las dos partes tienen parte de la responsabilidad.
- A veces queremos hacernos víctimas y poner a la otra persona como la causante absoluta del conflicto, pero si somos objetivos y realmente aprendemos a escuchar, podrás darte cuenta de cual es tu parte en el conflicto.

6. Técnicas de comunicación asertiva: el arte de conversar y trabajar en pareja

Mensajes YO

- Los mensajes que agreden son los que contienen implícita o explícitamente la palabra TÚ.
- Un mensaje YO expresa los sentimientos que generamos a partir de algo que nos hiera. Evitan que el otro se ponga a la defensiva.
- "Me gustaría que...", "Me siento...", etc.



Sesión 8.

Solución de problemas (2): El arte de la conciliación

EL ARTE DE LA CONCILIACIÓN

Taller de Parejas
 Centro de Servicios Psicológicos
 Dr. Guillermo Dávila
 Facultad de Psicología
 UNAM
 Psic. Carolina López y Adriana Pruneda
 Junio de 2012

Normas para sesiones de conciliación

1. Determine un tiempo específico para sesiones de conciliación.
2. Prepare una lista de temas a discutir.
3. Convengan en los puntos a tratar.
4. Discutan un problema a la vez y túrnense.
5. Definan sus intereses y sus posiciones.
6. Identifiquen soluciones que convengan a sus intereses y permitan cambiar sus posiciones.

Pasos importantes para la conciliación:

1. No trate de defenderse, dar excusas o contraatacar.
2. Aclare la situación EXACTAMENTE.
3. Trate de aclarar con precisión qué hizo –o no hizo usted-. ie. ¿Puedes darme un ejemplo específico?
4. Sintonicé el canal de su cónyuge.
5. Utilice mensajes YO.

6. Dé señales de escuchar. Las mujeres usan sonidos como mmm, hmmm, ajá.
7. No interrumpa.
8. Formule preguntas: indague.
9. NO suponga. Haga preguntas aclaratorias.
10. Repita lo que escuchó.
11. Pregunte si lo que acaba de decir coincide con lo que se le intenta transmitir.

12. Una vez que determinen que hablan del mismo tema, busquen soluciones mutuamente aceptables.
13. Afloje las normas rígidas y las reglas absolutas. Generalmente las reglas absolutas contienen a los miedos ocultos y a las dudas de sí mismo.
14. Pregúntese qué hay detrás de esta rigidez e identifique sus falsas creencias.
15. Conciliar NO es una lucha de poder, es llegar a un mutuo acuerdo tomando los intereses de AMBOS.

Pasos para la solución de problemas

- 1) Definición del problema
- 2) Buscar alternativas
- 3) Evaluar alternativas y sus consecuencias
- 4) Ejecución



Sesión 9.

Solución de problemas (3): Diferencias y conciliación, manejo de hostilidades

**Solución de problemas:
Diferencias y conciliación**

Taller para Parejas
Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila
Psic. Carolina López y Adriana Pruneda
Mayo de 2012

Los 9 pasos hacia la conciliación y una mejor comunicación

1. Vincula las reacciones emocionales con los pensamientos automáticos:

Identifica la reacción emocional desagradable, relaciónela con la situación relevante y determine el pensamiento automático.

En la técnica de resolución de problemas, esto equivale a identificar el problema.

2. Usa la imaginación para identificar los pensamientos.

Cierra los ojos e imagina la situación. Permítete sentir.

En SP: Cierra los ojos y piensa en el problema.
¿Qué sientes? ¿Es ése el problema real? ¿Es otro?
¿Cuál?

3. Practica la identificación de los pensamientos automáticos.

En SP: Piensa en alternativas de solución al problema.

4. Uso de la técnica de "reproducción" (replay).

Si tuviste dificultades para precisar tus pensamientos, trata de revivir el suceso que te altero e imagínalo lo más vivido posible. Trata de captar el pensamiento automático.

En SP: Reproduce las alternativas en tu cabeza, ¿son viables? ¿Cuáles son las consecuencias de cada una?

5. Cuestiona los pensamientos automáticos.

Prueba la validez de tu pensamiento automático:

- ¿Cuál es la prueba a favor de mi interpretación?
- ¿Cuál es la prueba en contra de mi interpretación?

- ¿Se deduce lógicamente de las acciones de mi cónyuge que éste(a) tiene las motivaciones que le atribuyo?

- ¿Hay otra explicación posible?
- Ejemplo:

Mi marido me habló en tono malhumorado

1. ¿Se deduce de su tono que esté enojado conmigo?
2. ¿Hay otras razones que justifiquen su tono de voz? (Por ejemplo, está ronco?)
3. Aún si está enojado,
 - a) ¿quiere decir que no me ama?
 - b) ¿hizo algo malo para que se enoje?
 - c) ¿siempre es así cuando está estresado?

En SP: Cuestiona cada una de las consecuencias

6. Emplea respuestas racionales.

La respuesta racional evalúa si el pensamiento automático es razonable.

Entonces extrae el significado.

Ejemplo: ¿Cuál es el significado del comportamiento de él? *Está harto.*

¿Y qué significa esto para mí?

Ya no quiere estar conmigo.

Al determinar los significados ocultos detrás de la reacción, comprendemos por qué nuestra reacción es tan fuerte.

En SP: ¿Tus consecuencias son lógicas? ¿qué significarían para ti?

7. Verifica tus predicciones.

Revisa la secuencia de pensamientos que te has respondido a las diversas preguntas. ¿Qué tan viable/cierta es la conclusión a la que llegaste?

En SP: ¿Son viables las consecuencias a las que has llegado?

8. Cambia de marco (reestructuración cognitiva)

Reconsidera las cualidades negativas bajo una luz diferente. Esta luz se deriva de las conclusiones a las que llegaste hasta ahora. Busca que sea positiva.

En SP: Si te parece que tus consecuencias no serían deseables, entonces haz otro ejercicio y busca alternativas y consecuencias diferentes.

9. Comunica asertivamente

Una vez evaluados tus pensamientos, cuestionado tus creencias, sustentado tus conclusiones y cambiado de marco (ver la situación de manera positiva), elabora frases que te permita comunicarlo de manera asertiva.

En SP: Actúa.

Si te resulta difícil comunicar asertivamente, replantéate la situación e inicia de nuevo.

En SP: Si tu alternativa que seleccionaste no da el resultado deseado, evalúa otras alternativas y consecuencias y actúa.

¡GRACIAS!



Expresiones de Amor

Lea cada enunciado e indique con qué frecuencia tiene esos pensamientos cuando tiene relaciones con su pareja. Si algún enunciado no le aplica, omítalo y siga con el siguiente.

(0) Nunca (1) Rara vez (2) En ocasiones (3) Frecuentemente
(4) Casi siempre (5) Siempre

Sentimientos de cariño

- _____ ¿Tiene una sensación de bienestar cuando ve a su cónyuge o piensa en él (ella)?
- _____ ¿Tiene sentimientos tiernos cuando están juntos?
- _____ ¿Extraña a su pareja cuando están separados?

Expresiones de afecto

- _____ ¿Usa palabras cariñosas con su cónyuge?
- _____ ¿Expresa afecto en su tono de voz?
- _____ ¿Demuestra afecto a través del trato físico: tocar, tomar de las manos, etc.?

Solicitud

- _____ ¿Le preocupa el bienestar de su cónyuge?
- _____ ¿Le preocupa el placer de su cónyuge?
- _____ ¿Le preocupa el dolor de su cónyuge?
- _____ ¿Trata de demostrar su interés por su cónyuge?
- _____ ¿Evita decir o hacer cosas que puedan herir a su cónyuge?

Aceptación y tolerancia

- _____ ¿Acepta diferencias de opinión, gustos y estilo de su pareja?
- _____ ¿Acepta a su cónyuge en su totalidad, como alguien que tiene puntos débiles y puntos fuertes?
- _____ ¿Evita erigirse en juez o castigar a su cónyuge por sus errores?

Empatía y sensibilidad

- _____ Cuando su cónyuge se siente abatido(a), ¿cree usted que puede compartir algo de sus sentimientos?
- _____ ¿Es capaz de percibir que su pareja se siente mal sin que se lo digan?
- _____ ¿Es usted capaz de determinar y respetar los lados sensibles de su cónyuge?

Entendimiento

- _____ ¿Cree usted poder comprender por qué su cónyuge está preocupado(a)?
- _____ ¿Puede usted ver las cosas con la visión de su cónyuge aún si están en desacuerdo?
- _____ ¿Puede darse cuenta porqué está disgustado(a) su cónyuge cuando se queja?

Compañerismo

- _____ ¿Disfruta usted cuando realiza actividades emocionantes con su cónyuge?
- _____ ¿Le gusta la compañía de su cónyuge en las actividades rutinarias?
- _____ ¿Le gusta que su cónyuge esté simplemente cerca cuando usted no hace nada en particular?

Intimidad

- _____ ¿Comparte sus pensamientos y deseos íntimos?
- _____ ¿Se siente libre de contarle a su cónyuge cosas que no diría a ningún otro?
- _____ ¿Le gusta que su cónyuge confíe en usted?

Amistad

- _____ ¿Se interesa usted en su cónyuge como persona?
- _____ ¿Le gusta saber qué piensa su cónyuge o cómo le van las cosas?
- _____ ¿Le gusta pedir una opinión a su cónyuge sobre problemas que le atañen a usted?

Complacer

- _____ ¿Trata usted de pensar en cosas que podrían hacer los dos y que harían feliz a su cónyuge?
- _____ ¿Trata de hacerse más atractivo(a)?
- _____ ¿Dice o hace cosas que complazcan a su cónyuge?

Apoyo

- _____ ¿Trata de alentar a su cónyuge cuando está desanimado?
- _____ ¿Trata de prestar ayuda cuando su cónyuge está agobiado?
- _____ ¿Anima a su cónyuge cuando él o ella desea meterse en una nueva empresa?

Contacto estrecho

- _____ ¿Se siente emocionalmente cerca de su cónyuge?

- _____ ¿Siente un contacto estrecho con su pareja, aún cuando están separados?
- _____ ¿Le gusta estar físicamente cerca de su pareja?

Fuente: Beck, A. (2010) *Con el Amor No Basta*. México, Paidós. Págs. 280-283.

Sesión 10.

Sexualidad y erotismo en pareja

Pensamientos Negativos sobre la Sexualidad

Lea cada enunciado e indique con qué frecuencia tiene esos pensamientos cuando tiene relaciones con su pareja.

(0) Nunca (1) Rara vez (2) En ocasiones (3) Frecuentemente
(4) Casi siempre (5) Siempre

Dudas sobre sí mismo(a)

- _____ Partes de mi cuerpo no son atractivas.
- _____ Mi cuerpo no tiene suficiente atractivo sexual.
- _____ No sirvo para eso.
- _____ No voy a tener un orgasmo.
- _____ No voy a satisfacer a mi pareja.

Dudas sobre el cónyuge

- _____ Estás yendo demasiado aprisa.
- _____ Sólo estás interesado en tu propio placer.
- _____ Eres demasiado mecánico.
- _____ Me pregunto qué estarás pensando.
- _____ Temo que te decepciones.
- _____ Me preocupa que te trastornes si nos detenemos.
- _____ Me molesta que no estés excitado.
- _____ ¿Cuánto tiempo va a durar esto?
- _____ Esto no me deja satisfecho, pero temo decírtelo.
- _____ Haces demasiado esfuerzo, me gustaría que te relajaras.
- _____ Me preocupa que no tengas un orgasmo.
- _____ Quisiera que lo disfrutaras más.
- _____ Hablas demasiado.
- _____ Si eso sólo no fuera tan importante.
- _____ Yo realmente no lo disfruto.
- _____ Esto es todo lo que te interesa.

Debería

- _____ Siento que tengo que hacer todo lo que quieres.
- _____ Debería disfrutar más.
- _____ Se supone que debería excitarme.
- _____ A ambos debería irnos bien.
- _____ Me siento obligado a proporcionarte un orgasmo.
- _____ Se supone que yo he de tener un orgasmo.

Negatividad

- _____ Simplemente no estoy con ánimo.
- _____ ¿Porqué tendría que interesarme?
- _____ Esto no funcionará para mí.
- _____ Lo mismo da si me doy por vencido(a).
- _____ Hago esto sólo para complacerte.
- _____ Actúo en la debida forma, pero esto no significa nada para mí.
- _____ Estoy demasiado cansado(a).
- _____ Es demasiado esfuerzo.
- _____ Maldito(a) sea, si me rindo a tus deseos.

Fuente: Beck, A. (2010). *Con el Amor No Basta*. México, Paidós. Págs. 400 y 401.

SEXUALIDAD Y EROTISMO EN PAREJAS

TALLER DE PAREJAS
 Centro de Servicios Psicológicos
 Dr. Guillermo Dávila
 Facultad de Psicología
 UNAM
 Junio de 2012

¿Qué es la Sexualidad?

- Ternura
- Caricia
- Diálogo
- Intimidad
- Orgasmo genital
- Es juego
- Es fantasía

- **Sexualidad** se define como: Conjunto de prácticas, comportamientos, etc., relacionados con la búsqueda del placer sexual y la reproducción.
- Sexualidad es:**
1. Condición existencial humana, impregna a toda la persona del varón o la mujer. Identidad.
 2. Eros, sensualidad, fantasía, juego, placer, zonas erógenas.
 3. Comunicación y lenguaje; vínculo y relación.
 4. Caricia, ternura, imaginación, palabra, poesía, símbolos, ritos.

Erotismo: Amor sensual, sexualidad. Expresión o descripción artística del amor físico.

- E** Experimentar, explorar, expresar, enriquecer
R Reconocer, respetar, romanticismo
O Oír, orgasmo, oralidad
T Transmitir, totalidad, tuyo
I Integración, interacción, imaginación, idilio
S Sentido, sabroso, sensualidad, sensibilidad
M Masaje, morir de placer, mordida
O Orgasmo, olores

Sexualidad sana o salud sexual:

"Integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

OMS

Sexualidad sana incluye:

1. Disfrutar de la actividad sexual y capacidad de regularla conforme a una ética personal.
2. Ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpa.
3. Ausencia de trastornos orgánicos.
4. Redimensión desde el amor de dar y recibir.
5. Actitud y conductas de afrontamientos de cambios, dificultades y conflictos.
6. Flexibilidad, superación, comunicación activa.

Cuando la sexualidad está enriquecida por el amor, se potencia y despliegan:

1. Identidad y autorealización: alegría y gozo.
2. Lenguaje y comunicación: afectiva, compañerismo, amistad, de pareja, encuentro, erotismo.
3. Creatividad y procreatividad: vínculos, entrega, donación, intimidad, armonía.
4. La sexualidad necesita expresarse. La expresión la desarrolla y enriquece.
5. Cuando la sexualidad se considera un trámite, una rutina o cae en la monotonía, nos habla de desgaste y de pérdidas.

¿Cómo intervienen los siguientes elementos en la sexualidad? ¿Cómo se les puede cultivar y armonizar?

1. Admiración y atracción
2. Ternura y Erotismo
3. Fantasía y Juego
4. Espacio e intimidad
5. Tiempo y soledad
6. Romanticismo y delicadeza
7. Descanso y entrega
8. Presencia y figura

¿Cómo se puede construir la intimidad sexual?

- Construcción de afecto y comunicación a lo largo de la historia relacional.
- Estableciendo seguridad emocional y fidelidad
- Comunicación
- Conducta de ayuda
- Juego
- Intimidad Sexual

Dificultades en la sexualidad

La rutina, monotonía, cansancio, estrés laboral y mental, el no cultivo de la intimidad y del amor conyugal contribuyen a hacer estragos en la pareja y en el vínculo sexual.

Provocadas por, entre otras:

- Temores, vergüenza, culpa, fantasmas mentales
- Roles, convenciones y mitos culturales
- Falta de espacios y tiempos de intimidad
- Falta de comunicación de lo que deseamos, nos gusta, fantaseamos o necesitamos
- Receptividad a las solicitudes y demostraciones del otro
- Distorsiones personales/culturales/educativas.

Disfunciones sexuales

En mujeres:

1. Disfunción del deseo
2. Disfunción excitativa (frigidez)
3. Vaginismo
4. Anorgasmia

En hombres:

1. Disfunción del deseo
2. Disfunción erectiva
3. Eyaculación precoz o retardada
4. Anorgasmia

Si las causas son emocionales, psicológicas o espirituales, SE TRABAJAN. Hay que descartar problemas físicos con su médico.

Otras causas:

1. Diferentes ciclos hormonales:
 - Los hombres requieren de testosterona para relajarse.
 - Las mujeres requieren de oxitocina.

Técnicas que pueden ayudar a encender la llama

1. Conocer más acerca de uno mismo y su cuerpo (autoexploración, libros, cursos).
2. Usar velas. Por ejemplo, si ella está interesada en hacer el amor, se lo hará saber prendiendo la vela de él.
3. Hacer un plan, darse el tiempo y el espacio, planear una velada romántica
4. Darse un placer: una cena linda, un masaje, baño de burbujas, aromaterapia, un buen vino.
5. Tomarse toooooo el tiempo necesario para excitarse: ropa sexy, juegos, chocolate, ungüentos, etc.

¿Cómo generamos hormonas del romanticismo?

Ellos: Teniendo un plan, siendo románticos (eleva la testosterona)

Ellas: Centrarse en la actitud que se toma, no en las acciones (ser cariñosa, valorar, recibir).

Bibliografía

1. Gray, John (2011). *Venus al rojo vivo, Marte bajo cero*. México. Ed. Urano.
2. Martín, Orlando (2004). *Construir la pareja conyugal*. Buenos Aires. Ed. San Benito.
3. Mantak Chía, (?) *La pareja multiorgásmica*. Versión electrónica.
4. Mantak Chía, (?) *El hombre multiorgásmico*. Versión electrónica.
5. Wood, Robin, (?) *Las mujeres aman demasiado*. Versión electrónica.

Sesión 11.

Seguimiento

En la sesión de seguimiento se aplicaron nuevamente los cuestionarios presentados en las sesiones 1 y 2.

Anexo 3: Cuestionarios de Evaluación de la sesión del taller y Evaluación final del taller

En este anexo se presentan los siguientes cuestionarios: 1) Evaluación de la sesión aplicado al final de cada sesión, 2) Evaluación final del taller, y 3) Dos ejemplos de respuesta de los participantes de la Evaluación final del taller.

Taller para Parejas con Enfermedades Crónico Degenerativas

Evaluación de la sesión: ¿Qué me llevo hoy?

Nombre: _____

No. de sesión: _____ Expediente: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Contesta sinceramente las siguientes preguntas

1. ¿Qué aprendizaje te dejó el contenido de esta sesión?
2. Esta sesión propició en tí algún sentimiento o reflexión persona. ¿Cuáles?
3. ¿Consideras que el material y/o la información brindada es útil?
4. ¿Se cumplieron tus expectativas en esta sesión?

Sugerencias para la próxima sesión:

Taller para Parejas con Enfermedades Crónico Degenerativas**Evaluación final del taller**

Nombre: _____
No. de sesión: _____ Expediente: _____
Fecha: _____
Nombre del instructor: _____

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y contesta sinceramente. Es importante conocer tu opinión para el mejoramiento del curso-taller.

1. Los contenidos del curso-taller te parecieron adecuados: SÍ NO ¿Por qué?
2. El material y las dinámicas llevadas a cabo te parecieron pertinentes: SÍ NO ¿Por qué?
3. ¿Consideras que son de utilidad para tí? SÍ NO ¿Por qué?
4. ¿La actitud y manejo de los temas por parte del instructor te parecieron adecuados? SÍ NO ¿Por qué?
5. ¿Te sentiste a gusto trabajando con tus compañeros? SÍ NO ¿Por qué?
6. El desenvolvimiento y destreza del Instructor con el grupo fue:
a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente ¿Por qué?
7. El instructor aclaró las dudas planteadas por el grupo Siempre Nunca
8. en general, el desarrollo del curso-taller fue:
a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente ¿Por qué?

Observaciones y/o sugerencias:

Ejemplos de Evaluaciones finales del taller contestadas por los participantes

EVALUACION FINAL DEL TALLER:

Nombre del Instructor: Adriana Pineda, Carolina

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y contesta sinceramente.

Es importante conocer tu opinión para el mejoramiento del curso - taller.

1.- Los contenidos del curso - taller te parecieron adecuados: SI NO

¿Por qué?: La temática que se desarrolló me ayudó a entender parte de mi problemática con mi pareja y que entiendo ahora está afectando a mi hija adolescente, por lo que quiero cambios no solo por el matrimonio,

2.- El material y las dinámicas llevadas a cabo te parecieron pertinentes: SI NO ¿Por qué?

El material es claro, sencillo, conciso, las dinámicas me ayudaron a desinhibirme y a hablar de mis problemas

3.- ¿Consideras que son de utilidad para ti? SI NO

¿Por qué?: La parte emocional no se toca ni en la familia ni la escuela, los errores de comunicación y convivencia no serían tan graves si

4.- ¿La actitud y manejo de los temas por parte del Instructor te parecieron adecuados? SI NO ¿Por qué?: Adriana es muy dinámica, aprendí mucho

no se su nivel de estudios pero maneja bien el material →

5.- ¿Te sentiste a gusto trabajando con tus compañeros? SI NO

¿Por qué?: Al principio me sentí temerosa de hablar pero luego de ver que todos tenemos problemas y que por eso estamos aquí

6.- El desenvolvimiento y destreza del Instructor con el grupo fue:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente

¿Por qué? Aunque Adriana y Carolina por ser estudiantes manejan de manera excelente el taller

7.- El Instructor aclaró las dudas planteadas por el grupo. Siempre Nunca

8.- En general, el desarrollo del curso - taller fue:

a) Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente

¿Por qué? Aprendí mucho, el material es vasto, pero como me explicó Adriana es que a mí me llamaría lo que me afectara y así es

Observaciones y/o sugerencias:

Adriana y Carolina por excelentes, me gustó y disfruté mucho el taller, creo que 10 sesiones son pocas, ojalá se pudiera continuar.

Muchas gracias.

Ver continuación de respuestas 3, 4 y 5 en seguida:

Continuación de las respuestas 3, 4 y 5 del cuestionario aquí arriba:

3: a entendernos, entender al otro y ser tolerantes.

4: Explica con claridad y me hizo reflexionar. Carolina tuvo intervenciones muy atinadas e interesantes que ayudaron a concretar algún punto

5: Me fui sintiendo más en confianza, y además al escucharlos también me ayudó a entender mi problemática.

EVALUACIÓN FINAL DEL TALLER:

Nombre del Instructor: ADRIANA Y CAROLINA

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y contesta sinceramente.

Es importante conocer tu opinión para el mejoramiento del curso - taller.

1.- Los contenidos del curso – taller te parecieron adecuados: ~~SI~~ NO

¿Por qué?

TE AYUDAN A APRENDER MUCHAS COSAS PARA MEJORAR LA RELACION CON TU PAREJA.

2.- El material y las dinámicas llevadas a cabo te parecieron pertinentes:

~~SI~~ NO ¿Por qué?

PORQUE PUDIMOS HABLAR MUCHAS COSAS QUE TENIAMOS Y QUE POR PENA NO LAS PODIAMOS DECIR.

3.- ¿Consideras que son de utilidad para ti? ~~SI~~ NO

¿Por qué?

ME AYUDARON A SER UNA PERSONA CON UNA AUTOESTIMA ALTA.

4.- ¿La actitud y manejo de los temas por parte del Instructor te parecieron adecuados? ~~SI~~ NO ¿Por qué?

PORQUE ES UNA PERSONA PREPARADA Y NOS MANEJO LOS TEMAS DE UNA MANERA MUY AMENA Y CLARA.

5.- ¿Te sentiste a gusto trabajando con tus compañeros? ~~SI~~ NO

¿Por qué?

PORQUE TODOS TUVIAMOS LA CONFIANZA DE PLATICAR NUESTRAS PROBLEMAS Y SUPICION ESCUCHANDOS Y VASTA APOYANDOS.

6.- El desenvolvimiento y destreza del Instructor con el grupo fue:

~~a)~~ Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente

¿Por qué?

CON SU ACTITUD NOS LLEVO A TENER MUCHA CONFIANZA PARA PODER HABLAR DE NUESTROS PROBLEMAS.

7.- El Instructor aclaro las dudas planteadas por el grupo. Siempre ~~Nunca~~

8.- En general, el desarrollo del curso – taller fue:

~~a)~~ Excelente b) Bueno c) Regular d) Malo e) Deficiente

¿Por qué?

PARA MI ME AYUDO MUCHISIMO APRENDI MUCHAS COSAS QUE AYUDARON QUE MI RELACION DE PAREJA SEA MEJOR QUE ANTES Y LA RELACION CON MI FAMILIA ES IGUAL DE BIEN QUE SIEMPRE.

Observaciones y/o sugerencias:

MIL GRACIAS POR TODO. ME VOY MUY CONTENTA -

POR ESTE TALLER.

Anexo 4: Cálculos de los cuestionarios

Ideas acerca de la relación de pareja

	ESC	BRM	EMC	ASO	AMA	RPM	JGD	TOTAL	ELLAS	ELLOS
Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella.	7	7	3	3	6	6	6	38	16	22
Si mi pareja en verdad me quisiera, no tendríamos ninguna riña.	5	1	6	1	5	6	1	25	11	14
Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí.	5	1	7	1	6	5	3	28	12	16
Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama.	6	1	6	3	5	5	5	31	14	17
Mi pareja debería saber o conocer qué es importante para mí sin tener que decírselo.	7	1	6	1	4	6	1	26	12	14
Si tengo que pedir lo que realmente quiero, eso ya lo echa a perder.	6	3	5	1	5	6	1	27	12	15
Si a mi pareja en realidad le importara, haría lo que pido.	6	1	5	1	5	6	1	25	12	13
Una buena relación no debería tener problema alguno.	3	1	6	1	3	6	1	21	7	14
Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación.	3	1	1	1	2	5	1	14	6	8
Si mi pareja hace algo que me perturba, pienso que es porque desea herirme a propósito.	5	1	2	1	6	5	2	22	12	10
Cuando mi pareja no está de acuerdo conmigo ante otras personas, pienso que es una señal de que no le importa demasiado.	6	1	6	2	3	3	1	22	11	11
Si mi pareja me contradice pienso que no me respeta demasiado.	6	1	7	3	3	5	1	26	12	14
Si mi pareja hiere mis sentimientos, pienso que él/ella es mala.	6	1	1	2	5	5	1	21	13	8
Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera.	6	6	7	6	5	5	2	37	17	20
Mi pareja no escucha lo que tengo que decir.	7	6	7	6	1	5	4	36	14	22

Ideas acerca de la relación de pareja: comparativo

COMPARATIVO															
		ESC			BRM			EMC			ASO		CAMB	ELLAS	ELLOS
	ANT	DESP	CAMB	TOTAL	CAMB	CAMB									
Si una persona tiene dudas acerca de la relación, eso significa que algo no anda bien en ella.	7	6	-1	7	7	0	3	6	3	3	6	3	5	2	3
Si mi pareja en verdad me quisiera, no tendríamos ninguna riña.	5	6	1	1	1	0	6	5	-1	1	2	1	1	2	-1
Si a mi pareja le importara de veras, siempre sentiría amor por mí.	5	4	-1	1	1	0	7	7	0	1	2	1	0	0	0
Si mi pareja se enoja conmigo o me critica en público, eso indica que en verdad no me ama.	6	2	-4	1	1	0	6	7	1	3	2	-1	-4	-5	1
Mi pareja debería saber o conocer qué es importante para mí sin tener que decírselo.	7	6	-1	1	1	0	6	6	0	1	1	0	-1	-1	0
Si tengo que pedir lo que realmente quiero, eso ya lo echa a perder.	6	3	-3	3	1	-2	5	5	0	1	2	1	-4	-2	-2
Si a mi pareja en realidad le importara, haría lo que pido.	6	4	-2	1	1	0	5	6	1	1	2	1	0	-1	1
Una buena relación no debería tener problema alguno.	3	6	3	1	1	0	6	6	0	1	1	0	3	3	0
Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación.	3	6	3	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3	0
Si mi pareja hace algo que me perturba, pienso que es porque desea herirme a propósito.	5	4	-1	1	1	0	2	2	0	1	2	1	0	0	0
Cuando mi pareja no está de acuerdo conmigo ante otras personas, pienso que es una señal de que no le importa demasiado.	6	4	-2	1	1	0	6	6	0	2	2	0	-2	-2	0
Si dos personas se aman de verdad, no hay necesidad de construir su relación.	6	4	-2	1	1	0	7	7	0	3	2	-1	-3	-3	0
Si mi pareja hiere mis sentimientos, pienso que él/ella es mala.	6	4	-2	1	1	0	1	5	4	2	1	-1	1	-3	4
Mi pareja siempre trata de hacer las cosas a su manera.	6	3	-3	6	5	-1	7	7	0	6	3	-3	-7	-6	-1
Mi pareja no escucha lo que tengo que decir.	7	6	-1	6	5	-1	7	7	0	6	4	-2	-4	-3	-1

Convicciones acerca del cambio

	ESC	BRM	EMC	RPM	ASO	AMA	JLGE	TOTAL	ELLAS	ELLOS
Opiniones derrotistas										
Mi cónyuge es incapaz de cambiar.	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
Nada puede mejorar nuestra relación.	1	0	0	1	1	0	0	3	2	1
Las cosas sólo se pondrán peor.	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
La gente está hecha a su manera y no puede cambiar.	1	0	0	1	1	0	0	3	2	1
Mi cónyuge no va a cooperar y nada se puede hacer sin su cooperación.	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1
He sufrido bastante. No tengo ánimos de seguir intentándolo.	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1
Si tenemos que trabajar en la relación, algo grave debe ocurrir.	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1
Ejercitar la relación la empeorará.	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1
Eso sólo pospondrá lo inevitable.	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Ha sido demasiado el daño.	0	0	1	1	1	0	0	3	1	2
Mi matrimonio está muerto.	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
No me siento capaz de cambiar.	1	0	0	1	1	0	0	3	2	1
Si no nos llevamos bien hasta ahora, ¿cómo puedo esperar que nos llevemos bien en el futuro?	1	0	1	1	1	0	0	4	2	2
No importa si mi cónyuge empieza a obrar en forma más positiva, el problema reside en la actitud de mi cónyuge.	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
Opiniones auto-justificativas										
Es normal comportarse como lo hago yo.	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
Parece correcto pensar como yo.	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Cualquiera en mi situación reaccionaría así.	0	0	1	0	1	0	0	2	1	1
Él (Ella) me lastimó. Por lo tanto, merece ser lastimado(a).	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Argumentos de reciprocidad										
No haré un esfuerzo a menos que lo haga mi cónyuge.	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
Hacen falta dos para bailar. No veo por qué debería ser yo quien cambie.	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
No es justo que yo deba hacer todo el trabajo.	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
Después de todo el esfuerzo que hice, le toca a mi cónyuge hacer el intento.	1	0	0	1	1	0	0	3	2	1
¿Qué gano con eso?	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0
Mi cónyuge me ofendió mucho en el pasado, ahora le toca a él(ella) compensarlo.	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1
¿Cómo sé yo que mi cónyuge se ha comprometido?	1	0	1	0	1	0	0	3	2	1

	ESC	BRM	EMC	ASO	RPM	AMA	JLGE	VMMS	TOTAL	ELLAS	ELLOS
Relaciones sexuales											
Mi cónyuge tienes Más interés que yo	3	2	4	4	1	4	1	0	19	11	8
Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo	4	3	0	0	4	0	3	4	18	4	14
Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo	0	0	0	3	4	0	1	2	10	3	7
Nuestra relación sexual no es satisfactoria	0	2	3	3	4	0	1	4	17	3	14
Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi pareja se pone demasiado amoroso	1	2	0	3	2	2	1	0	11	6	5
Diferimos acerca de la clase de sexo que cada uno prefiere	0	0	2	3	1	0	1	3	10	3	7
Mi cónyuge hace uso del sexo para controlarme o castigarme	0	2	4	0	1	0	0	3	10	0	10
Mi cónyuge se interesa demasiado en el sexo	4	2	4	3	1	0	1	0	15	7	8
Mi cónyuge no es sensible a mis deseos sexuales	1	3	2	2	1	1	2	4	16	4	12
No estamos de acuerdo en la forma en qué debería ser nuestra relación sexual	1	1	4	3	1	0	2	4	16	4	12
Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual	4	2	3	1	1	4	2	1	18	9	9
Soy participativa en la relación	4	3	4	1	1	4	3	2	22	9	13
Escucho y atiendo las peticiones sexuales y fantasías de mi pareja	4	3	4	1	1	4	4	0	21	9	12
Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión	1	2	2	1	1	4	2	0	13	6	7
Recreación y actividades en horas libres											
No pasamos tanto tiempo libre juntos como quisiéramos	3	3	0	3	1	4	2	0	16	10	6
Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de horas libre	1	3	0	2	1	2	3	0	12	5	7
Mi pareja no tiene tiempo o energía para actividades en horas libre	2	3	1	2	4	0	3	4	19	4	15
Mi pareja no puede disfrutar conmigo de la diversión.	1	3	3	2	4	2	2	3	20	5	15
Me siento forzado a hacer cosas que preferiría no hacer.	1	3	3	2	3	0	3	4	19	3	16
No nos gustan las mismas actividades.	1	3	4	2	3	0	2	3	18	3	15
Mi pareja no tiene suficientes "hobbies" o intereses recreativos.	1	4	4	3	3	2	3	3	23	6	17
No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados.	3	3	0	3	3	2	3	4	21	8	13
Mi pareja no tiene equilibrio entre trabajo y recreación.	1	3	0	2	2	2	3	2	15	5	10
Tenemos diferentes ideas acerca de lo que constituye la diversión.	1	3	4	3	3	0	3	2	19	4	15

Problemas en la relación de pareja: comparativo

	ESC			BRM			EMC			ASO			CAMBIOS	ELLAS	ELLOS	
	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAM	TOTALES	CAMBIO	CAMBIO	
COMPARATIVO																
Toma de decisiones																
No estamos de acuerdo	2	1	-1	3	2	-1	4	3	-1	2	2	0	-3	-1	-2	
Mi pareja se enoja	3	2	-1	4	2	-2	4	4	0	3	3	0	-3	-1	-2	
Yo me enoja	2	1	-1	3	2	-1	4	3	-1	2	2	0	-3	-1	-2	
Yo cedo	4	2	-2	3	2	-1	4	3	-1	3	2	-1	-5	-3	-2	
Mi cónyuge cede	2	2	0	2	2	0	4	1	-3	2	2	0	-3	0	-3	
No transigimos	2	2	0	2	0	-2	4	3	-1	2	2	0	-3	0	-3	
Yo tomo las decisiones	2	2	0	2	2	0	4	2	-2	2	3	1	-1	1	-2	
Mi cónyuge toma las decisiones	2	2	0	2	2	0	4	4	0	3	3	0	0	0	0	
Evitamos tomar decisiones	1	1	0	0	0	0	4	3	-1	2	2	0	-1	0	-1	
Me siento ofendido	2	1	-1	2	1	-1	4	4	0	3	2	-1	-3	-2	-1	
Mi cónyuge se siente ofendido	2	2	0	4	2	-2	4	4	0	3	2	-1	-3	-1	-2	
Discutimos sobre cosas triviales	3	1	-2	3	2	-1	4	4	0	3	3	0	-3	-2	-1	
Finanzas																
Mi cónyuge gasta en exceso	1	0	-1	0	1	1	4	4	0	3	3	0	0	-1	1	
Mi cónyuge no quiere gastar	2	1	-1	2	4	2	4	0	-4	1	0	-1	-4	-2	-2	
Mi cónyuge regatea mis gastos	2	2	0	2	0	-2	4	4	0	2	0	-2	-4	-2	-2	
No tenemos plan alguno acerca de los gastos mensuales	1	2	1	1	4	3	4	4	0	3	2	-1	3	0	3	
No tenemos acuerdos acerca de los ahorros	2	1	-1	0	0	0	4	4	0	3	3	0	-1	-1	0	
No entendemos en qué se va el dinero	2	1	-1	2	1	-1	4	4	0	3	2	-1	-3	-2	-1	
Mi cónyuge encubre las deudas o en qué gasta el dinero	1	2	1	0	0	0	4	0	-4	1	0	-1	-4	0	-4	
No tenemos acuerdo acerca de fijar prioridades	0	1	1	0	0	0	4	4	0	3	1	-2	-1	-1	0	
No tenemos responsabilidad para los gastos	0	1	1	0	2	2	4	4	0	3	2	-1	2	0	2	

COMPARATIVO	ESC			BRM			EMC			ASO			CAMBIOS	ELLAS	ELLOS
	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAM	TOTALES	CAMBIO	CAMBIO
Relaciones sexuales															
Mi cónyuge tienes Más interés que yo	3	4	1	2	1	-1	4	4	0	4	4	0	0	1	-1
Mi cónyuge tiene MENOS interés que yo	4	1	-3	3	2	-1	4	0	-4	0	0	0	-8	-3	-5
Me resulta difícil hablar con mi cónyuge sobre sexo	0	0	0	0	0	0	4	0	-4	3	3	0	-4	0	-4
Nuestra relación sexual no es satisfactoria	0	1	1	2	2	0	4	3	-1	3	3	0	0	1	-1
Soy renuente a portarme afectuosamente porque mi pareja se pone demasiado amoroso	1	2	1	2	2	0	4	0	-4	3	3	0	-3	1	-4
Diferimos acerca de la clase de sexo que cada uno prefiere	0	0	0	0	0	0	4	2	-2	3	3	0	-2	0	-2
Mi cónyuge hace uso del sexo para controlarme o castigarme	0	1	1	2	2	0	4	4	0	0	0	0	1	1	0
Mi cónyuge se interesa demasiado en el sexo	4	4	0	2	2	0	4	4	0	3	3	0	0	0	0
Mi cónyuge no es sensible a mis deseos sexuales	1	1	0	3	2	-1	4	2	-2	2	0	-2	-5	-2	-3
No estamos de acuerdo en la forma en qué debería ser nuestra relación sexual	1	2	1	1	0	-1	4	4	0	3	3	0	0	1	-1
Hablamos sobre lo que nos gusta, no nos gusta o cómo mejorar la relación sexual	4	4	0	2	2	0	4	3	-1	1	2	1	0	1	-1
Soy participativa en la relación	4	4	0	3	4	1	4	4	0	1	1	0	1	0	1
Escucho y atiendo las peticiones sexuales y fantasías de mi pareja	4	2	-2	3	1	-2	4	4	0	1	1	0	-4	-2	-2
Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o prepararnos nosotros mismos para un rato de pasión	1	1	0	2	3	1	4	2	-2	1	1	0	-1	0	-1

COMPARATIVO	ESC			BRM			EMC			ASO			CAMBIOS	ELLAS	ELLOS
	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAMB	ANT	DESP	CAM	TOTALES	CAMBIO	CAMBIO
Recreación y actividades en horas libres															
Nos tomamos el tiempo para preparar un espacio romántico o preparamos nosotros mismos para un rato de pasión	3	3	0	3	3	0	4	0	-4	3	3	0	-4	0	-4
Mi pareja emplea demasiado tiempo en su propia actividad de horas libre	1	2	1	3	3	0	4	0	-4	2	1	-1	-4	0	-4
Mi pareja no tiene tiempo o energía para actividades en horas libre	2	2	0	3	3	0	4	1	-3	2	3	1	-2	1	-3
Mi pareja no puede disfrutar conmigo de la diversión.	1	1	0	3	2	-1	4	3	-1	2	2	0	-2	0	-2
Me siento forzado a hacer cosas que preferiría no hacer.	1	2	1	3	1	-2	4	3	-1	2	1	-1	-3	0	-3
No nos gustan las mismas actividades.	1	2	1	3	4	1	4	4	0	2	1	-1	1	0	1
Mi pareja no tiene suficientes "hobbies" o intereses recreativos.	1	1	0	4	4	0	4	4	0	3	3	0	0	0	0
No hay equilibrio entre el tiempo recreativo que pasamos juntos o separados.	3	1	-2	3	3	0	4	0	-4	3	3	0	-6	-2	-4
Mi pareja no tiene equilibrio entre trabajo y recreación.	1	3	2	3	3	0	4	0	-4	2	3	1	-1	3	-4
Tenemos diferentes ideas acerca de lo que constituye la diversión.	1	2	1	3	3	0	4	4	0	3	2	-1	0	0	0

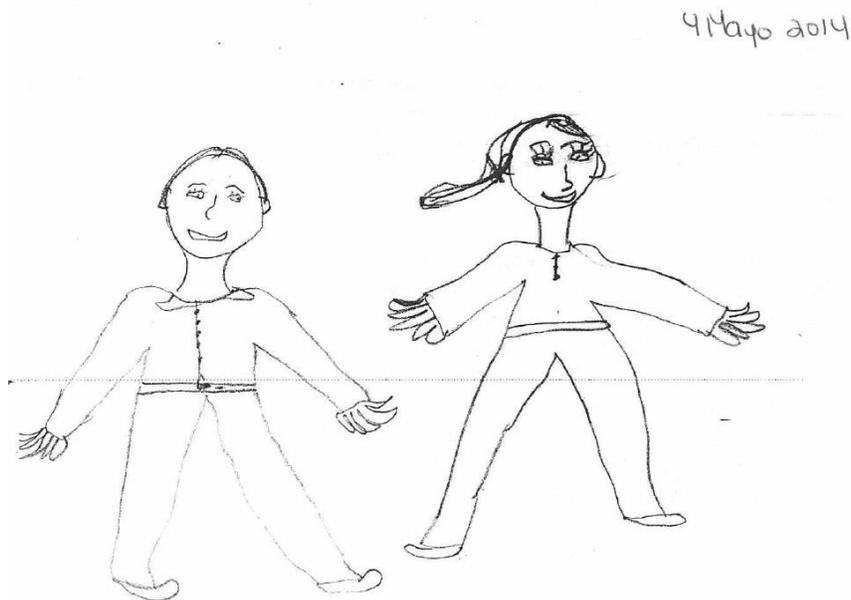
Problemas en el estilo de comunicación

	AMA	ESC	BRM	EMC	TOTAL	ELLAS	ELLOS
Conducta							
SU PAREJA CON USTED							
No escucha.	1	1	0	1	3	2	1
Habla demasiado	1	0	1	1	3	1	2
No habla lo suficiente	0	0	0	0	0	0	0
Interrumpe	1	1	0	1	3	2	1
Habla vagamente	0	0	0	0	0	0	0
Nunca va al grano	1	0	1	0	2	1	1
Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo	1	0	1	1	3	1	2
Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm"	0	0	1	1	2	0	2
No le da una oportunidad de hablar al cónyuge	1	1	1	1	4	2	2
No discute temas difíciles o espinosos	0	1	0	0	1	1	0
Habla demasiado sobre temas espinosos	0	0	1	1	2	0	2
Pregunta demasiado	0	1	1	1	3	1	2
No hace suficientes preguntas	0	1	1	0	2	1	1
Hace callar al cónyuge mediante reproches	1	1	1	1	4	2	2
Se retira cuando se altera	1	1	0	0	2		
ESTO ME MOLESTA							
No escucha.	1	0	1	1	3	1	2
Habla demasiado	1	0	0	1	2	1	1
No habla lo suficiente	0	0	0	0	0	0	0
Interrumpe	1	1	0	1	3	2	1
Habla vagamente	0	0	0	0	0	0	0
Nunca va al grano	0	0	0	0	0	0	0
Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo	0	0	0	1	1	0	1
Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm"	0	0	0	1	1	0	1
No le da una oportunidad de hablar al cónyuge	1	0	0	1	2	1	1
No discute temas difíciles o espinosos	0	0	0	0	0	0	0
Habla demasiado sobre temas espinosos	0	0	0	1	1	0	1
Pregunta demasiado	0	0	0	1	1	0	1
No hace suficientes preguntas	0	0	0	1	1	0	1
Hace callar al cónyuge mediante reproches	0	1	0	1	2	1	1
Se retira cuando se altera	0	0	0	0	0	0	0

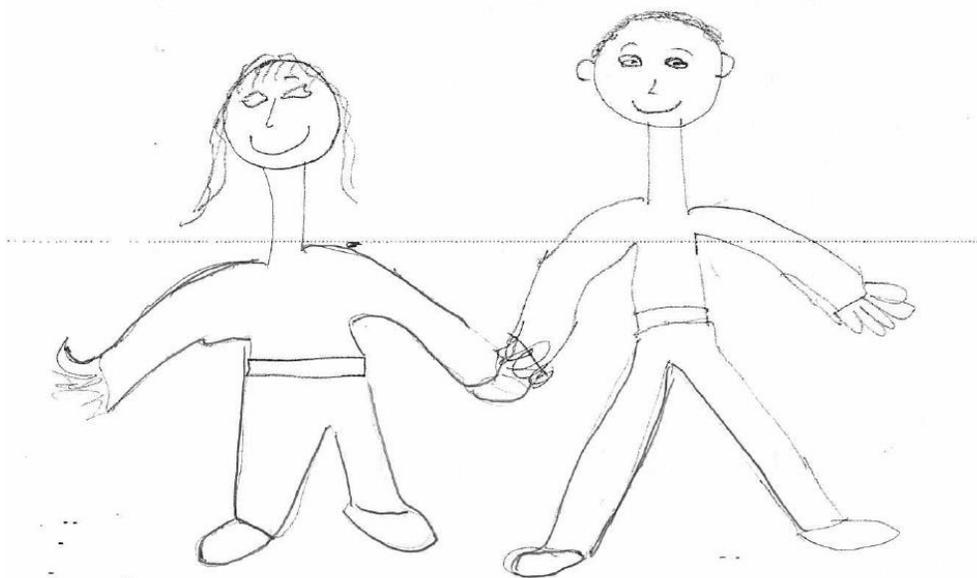
	AMA	ESC	BRM	EMC	TOTAL	ELLAS	ELLOS
USTED CON SU PAREJA							
No escucha.	0	0	0	0	0	0	0
Habla demasiado	0	1	0	0	1	1	0
No habla lo suficiente	1	0	1	1	3	1	2
Interrumpe	0	0	1	0	1	0	1
Habla vagamente	1	0	1	0	2	1	1
Nunca va al grano	0	1	0	0	1	1	0
Nunca asiente con la cabeza ni indica acuerdo	0	1	0	0	1	1	0
Nunca emite señales receptivas, por ejemplo "ajá", "Hmmm"	1	1	0	0	2	2	0
No le da una oportunidad de hablar al cónyuge	0	0	0	0	0	0	0
No discute temas difíciles o espinosos	0	0	1	1	2	0	2
Habla demasiado sobre temas espinosos	0	0	0	0	0	0	0
Pregunta demasiado	0	0	0	0	0	0	0
No hace suficientes preguntas	1	0	0	1	2	1	1
Hace callar al cónyuge mediante reproches	0	0	0	0	0	0	0
Se retira cuando se altera	1	0	1	1	3	1	2
Problemas en la comunicación							
Me siento inhibido para discutir mi problema con mi cónyuge	1	1	2	4	8	2	6
Me resulta difícil expresar mis sentimientos a mi cónyuge	4	1	2	4	11	5	6
Temo pedir lo que deseo	3	4	4	4	15	7	8
No creo lo que dice mi cónyuge	4	1	1	4	10	5	5
Temo que lo que tengo para decir enfadará a mi cónyuge	4	3	4	4	15	7	8
Mi cónyuge no considerará seriamente mis preocupaciones	1	1	4	4	10	2	8
Mi cónyuge me hace callar elevando la voz	1	4	4	4	13	5	8
Mi cónyuge no quiere oír hablar sobre mis necesidades y sentimientos	2	1	1	4	8	3	5
Temo que, si comienzo a manifestarle mis sentimientos a mi cónyuge, perderé el control sobre mis emociones	1	1	3	4	9	2	7
Me preocupa que, si me sincero con mi cónyuge, en el futuro usará esta información en mi contra	3	1	3	4	11	4	7
Si expongo mis sentimientos verdaderos, posteriormente podré arrepentirme de lo que dije	2	1	4	4	11	3	8

Anexo 5: La relación de pareja en dibujos: antes y después

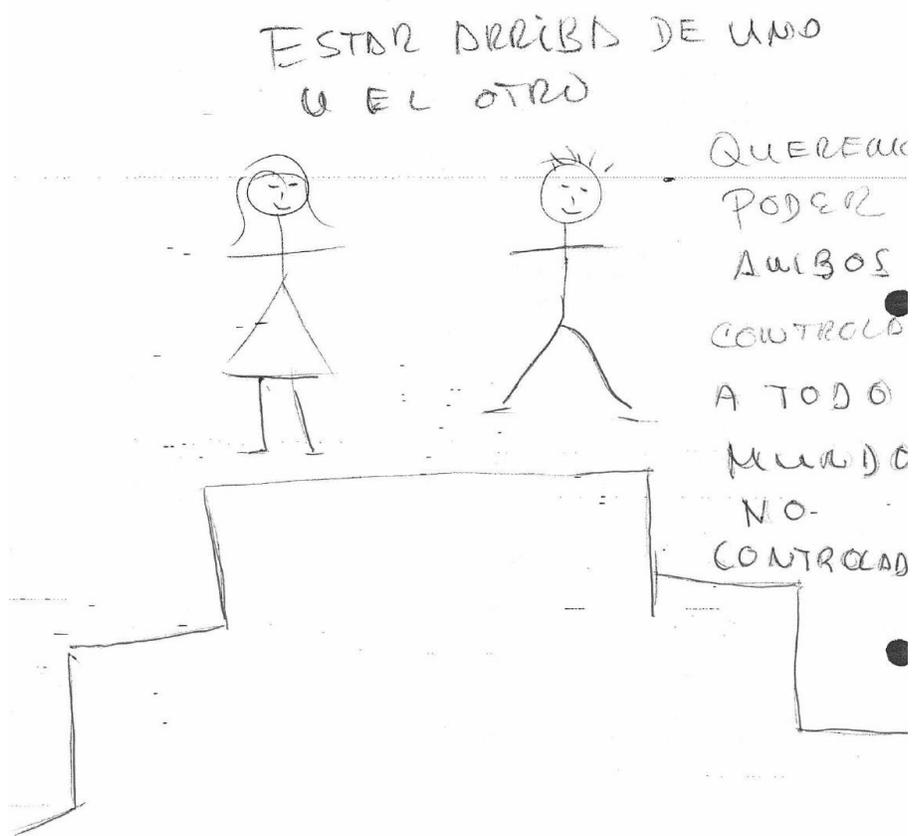
Elsa – 4 de mayo de 2012



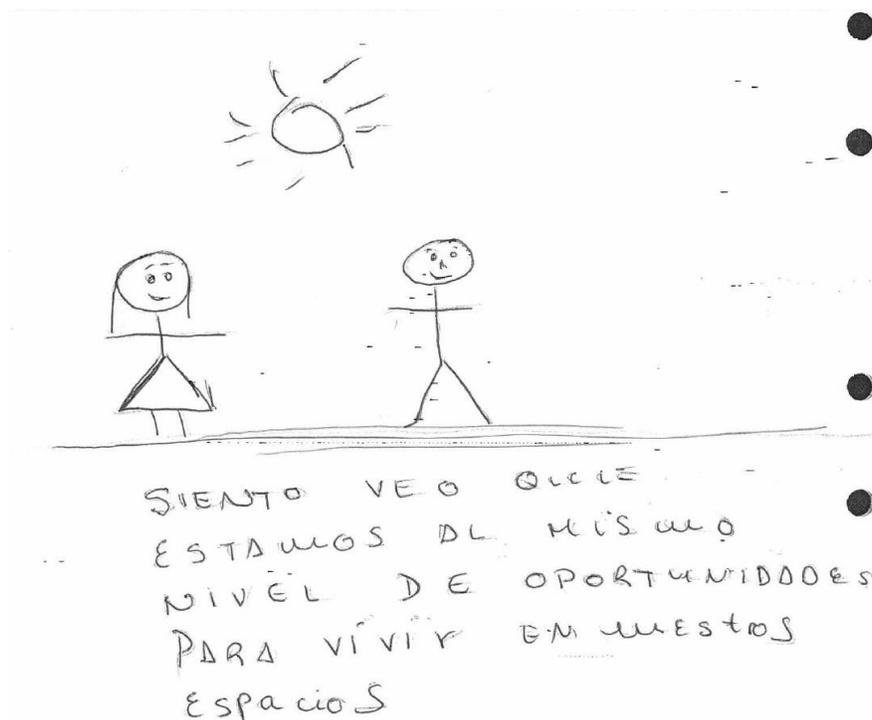
Elsa - 10 de agosto de 2012



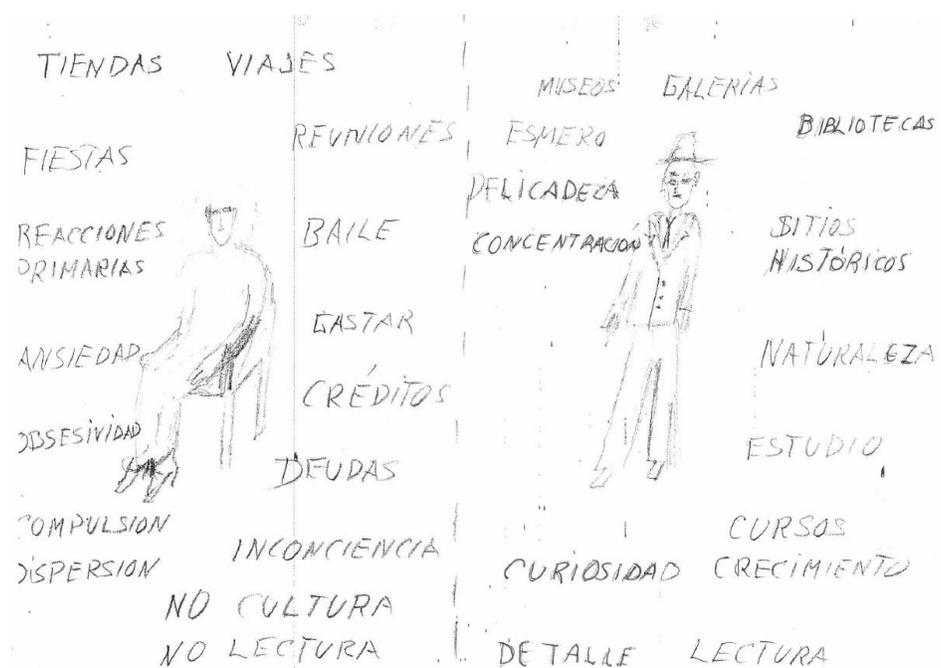
Beto – 4 de mayo de 2012



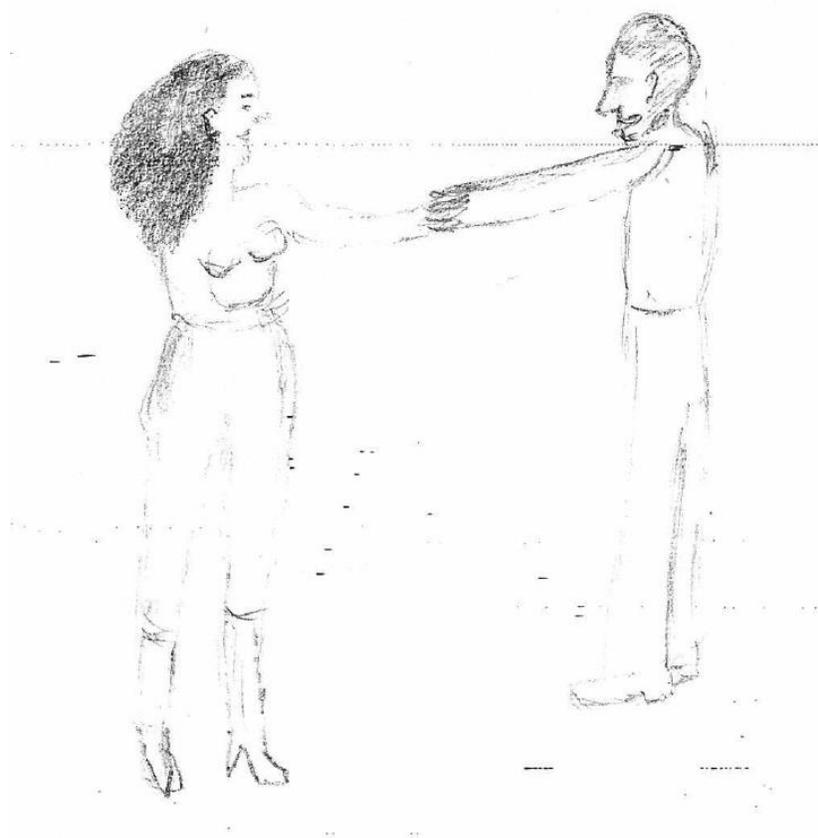
Beto – 10 de agosto de 2012



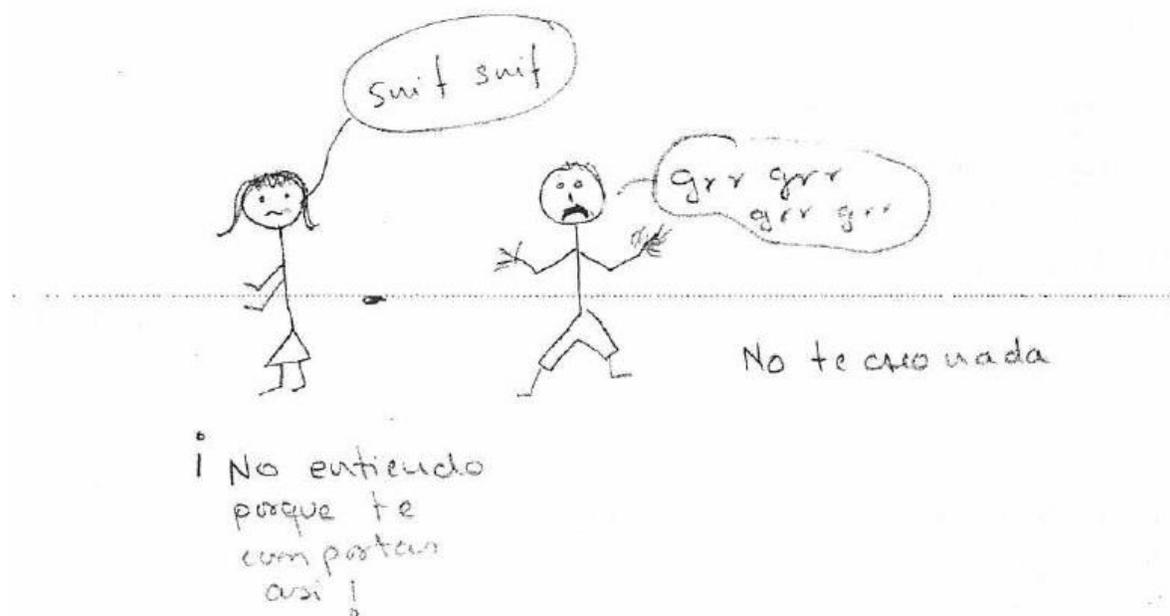
Ernesto – 4 de mayo de 2012



Ernesto – 10 de agosto de 2012



Sofía – 4 de mayo de 2012

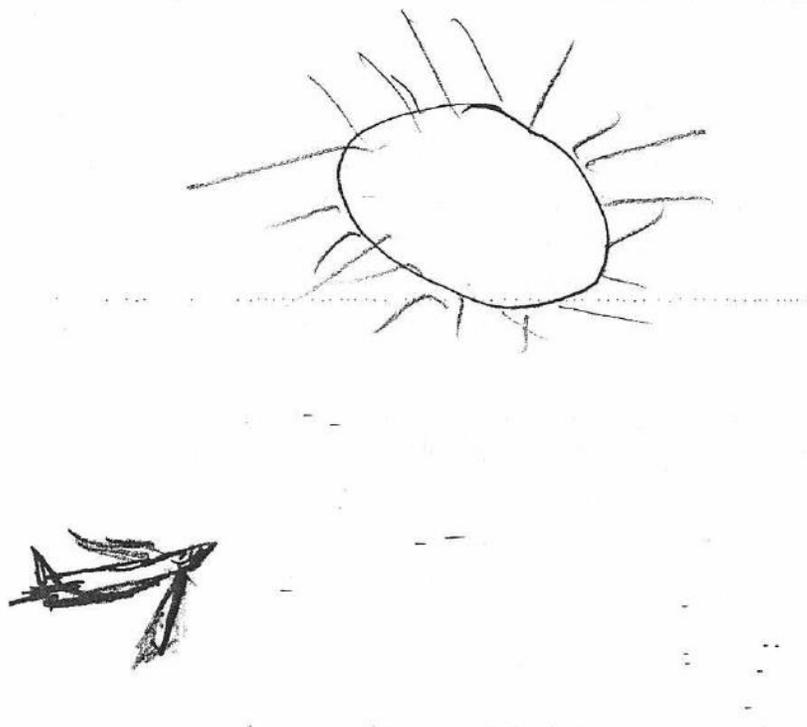


Sofía – 10 de agosto de 2012

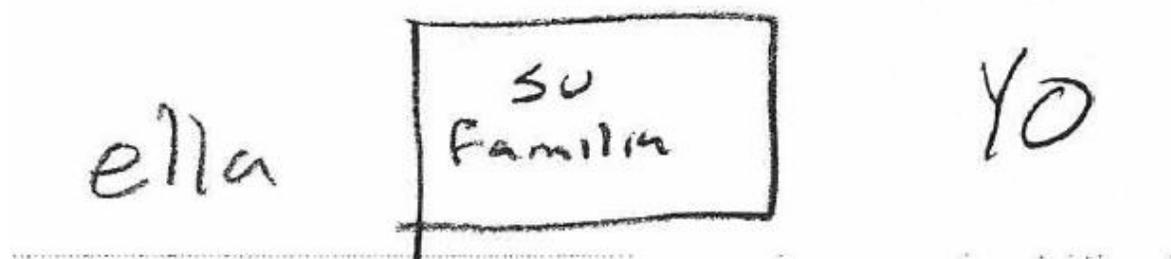


Otros dibujos sobre cómo ven la relación de pareja al inicio del taller:

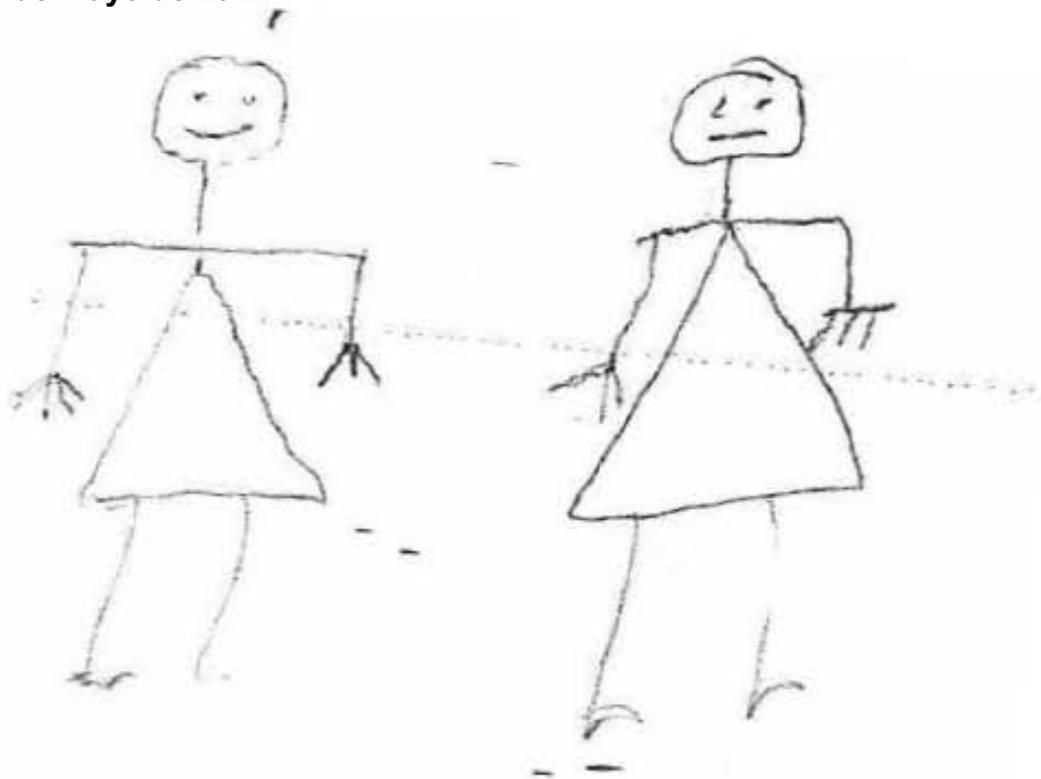
Jaime, marido de Sofía – 4 de mayo de 2012



Vicente – 4 de mayo de 2012



Roberto – 4 de mayo de 2012



Anexo 6: Cartas descriptivas del Taller: La comunicación y la sexualidad como elementos de calidad de vida en parejas con enfermedades crónico degenerativas

Sesión 1: Evaluación de la relación de pareja (1): Derechos y elementos principales.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:		FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes harán una reflexión y evaluación sobre su relación de pareja y determinarán qué elementos consideran importantes en ella.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Introducción al taller	Presentar los objetivos del taller y dinámica de grupo.	Dinámica de grupo	Presentación de los objetivos del taller y realización de una dinámica de integración.	--	15
Los Derechos Humanos	Identificar los DH de cada uno.	PPT	Presentación y discusión en grupo.	PPT	15
Verdades y expectativas falsas de la relación de pareja	Identificar las expectativas vs. realidades.	Discusión abierta	Discusión abierta	---	15
Elementos de la relación de pareja	Identificar elementos principales en la relación de pareja que pudiesen ser un obstáculo.	Aplicación del cuestionario Elementos de la Relación de Pareja.	Aplicación de cuestionario de Beck.	Instrumento	45
¿Dónde estamos en nuestra relación?	Reflexionar sobre la situación particular de cada pareja.	Discusión abierta	Discusión y reflexión sobre lo descubierto al contestar el cuestionario.	--	15
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 2: Evaluación de la relación de pareja (2): Estilos de amor.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes continuarán haciendo una reflexión y evaluación sobre su relación de pareja y la manera en que expresan su amor por el otro.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Reflexionar brevemente sobre lo que descubrieron en la sesión anterior.	Discusión abierta	Discusión abierta con la intención de recapitular y hacer consciente lo descubierto en la primera sesión.	---	15
¿Cómo mostramos nuestro amor por el otro?	Reflexionar sobre los estilos de amor personales y de la pareja.	Inventario de estilos de amor para adultos (IEAA)	Aplicación de IEAA	IEAA	50
¿Cómo amamos?	Discutir el material presentado en el cuestionario.	Discusión abierta	Discusión sobre el IEAA y qué tanto esto es un elemento importante en la calidad de vida de la pareja.	--	15
¿Cómo vemos nuestra relación?	Plasmar en dibujos cómo el participante percibe su relación de pareja.	Dibujo y descripción por escrito de cómo cada participante ve la relación.	Hacer un dibujo representativo de la relación, haciendo lo que siempre hacen y escribiendo una pequeña anécdota de la misma. Reflexión si hay tiempo.	Papel y lápiz	25
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 3: Evaluación de la relación de pareja (3): La percepción de apoyo de la pareja.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes continuarán haciendo una reflexión y evaluación sobre su relación de pareja y explorará las áreas de apoyo en la relación de pareja.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Reflexionar brevemente sobre lo que descubrieron en la sesión anterior.	Discusión abierta	Discusión abierta con la intención de recapitular y hacer consciente lo descubierto en la sesión anterior	---	15
¿Sabemos cómo el otro ve la relación y a nosotros mismos?	Permitir que el otro conozca más de nosotros	Discusión abierta	Con los dibujos y anécdotas de la sesión anterior frente a ellos, los participantes compartirán con su pareja, primero y con los demás después qué descubrieron de sí mismos.	Dibujos y anécdotas de la sesión anterior	40
Apoyo para la pareja	Determinar qué tan apoyado por su pareja se siente el participante	Aplicación del Instrumento de Apoyo para la pareja	Instrumento de Apoyo para la pareja	--	40
¿Cuál es mi necesidad de apoyo en mi relación de pareja?	Explorar el sentimiento de apoyo	Discusión abierta	Discusión y reflexión sobre lo descubierto al contestar el cuestionario.	--	10
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 4: Vivir con una enfermedad crónico degenerativa y su impacto en la relación de pareja y su calidad de vida.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes comprenderán qué es vivir con una enfermedad crónico degenerativa y la influencia de ésta en su relación de pareja y su calidad de vida.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Reflexionar brevemente sobre lo que descubrieron en la sesión anterior.	Discusión abierta	Introducción de cómo la comprensión y mejor conocimiento de las áreas evaluadas permitirá identificar el papel de la ECD en la relación de pareja.	--	15
Comprensión de la ECD y su impacto en la vida cotidiana	Comprensión de la ECD	PPT y discusión abierta	Presentación sobre qué es una ECD y cómo ésta impacta al enfermo y a su pareja en la vida cotidiana	PPT	20
La ECD y calidad de vida, ¿una maldición o una bendición en la relación de pareja?	Reflexionar cuándo aparecieron los problemas en la relación de pareja: antes o después de la llegada de la ECD.	Discusión abierta	Evaluación del papel que juega la ECD en la relación de pareja, antes y después de su aparición.	--	25
Implicaciones psicológicas, físicas y emocionales de las enfermedades crónico-degenerativas.	Se identificarán las diversas implicaciones de las ECD.	PPT y discusión abierta	Propiciar la discusión sobre qué es lo que los participantes viven	PPT	25
Los derechos del ECG y los derechos de la pareja	Identificar los derechos de cada uno a pesar de la enfermedad	PPT y discusión	En el contexto de la presentación de los DH, definir e identificar los derechos que cada miembro de la pareja tiene a pesar de la enfermedad	PPT	20
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 5: Ganancias secundarias.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes identificarán las ganancias secundarias de la enfermedad y su uso en la relación de pareja.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Recapitulación del papel de la ECD en la relación de pareja.	Discusión abierta	Conducir la discusión hacia los beneficios que puede conllevar una ECD a nivel personal y de pareja.	--	20
Las demandas de atención y cuidado	Se identificarán las demandas de atención y cuidado reales y factibles.	PPT y discusión abierta	Presentación sobre demandas de la ECD y posibilidades reales de afrontamiento	--	20
Ganancias secundarias y pensamientos automáticos	Se identificarán las ganancias secundarias de la ECD y su impacto sobre la relación de pareja.	Dinámica y ejercicios por escrito	Por medio de una dinámica y por escrito, los participantes identificarán las ganancias secundarias en la relación derivadas de la coexistencia con una ECD.	Papel y lápiz	40
¿Cómo enfrentar la enfermedad juntos?	Identificar las maneras de enfrentamiento de cada uno.	PPT y discusión	Presentación sobre potenciales áreas de mejora en la relación, complementada por la aportación de los participantes.	PPT	20
Aclaración de dudas hasta aquí	Se aclarará cualquier duda del material cubierto hasta aquí.	Discusión abierta	Aclaración de dudas sobre el material expuesto hasta aquí.	--	10
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 6: Calidad de vida, bienestar psicológico, ECD y sexualidad.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: El paciente comprenderá la relación entre el bienestar psicológico, ECD y sexualidad para mejorar su calidad de vida.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Cuestionar la calidad de vida en pareja e individualmente a partir de todo lo revisado hasta aquí.	Discusión abierta	Invitar a los participantes a cuestionar su calidad de vida y qué consideran podría mejorarla.	--	15
Relación ECD, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad.	Introducir el modelo de ECD, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad.	PPT y discusión abierta	Se introducirá el modelo de calidad de vida sistémico para ECD	PPT	20
La intimidad en la pareja	Aplicación de la escala de intimidad sexual (EIS)	Aplicación de la Escala de intimidad sexual	Aplicación de la Escala de intimidad sexual	EIS	50
¿Qué papel juega la relación sexual en nuestra relación antes y después de la aparición de la ECD?	Concientizar y abrir un espacio de discusión sobre el papel de la sexualidad en la relación de pareja y la calidad de vida.	Discusión abierta	Se invitará a las parejas a reflexionar sobre lo respondido en la Escala de intimidad sexual y cómo la vida sexual de la pareja impacta el bienestar psicológico y la calidad de vida.	--	20
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 7: El manejo de emociones (1): el duelo y las emociones negativas: hostilidad y enojo.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario..		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes adquirirán habilidades para reconocer y manejar el duelo, así como emociones negativas como el enojo y la hostilidad.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Reflexionar sobre el bienestar psicológico y la calidad de vida.	Discusión abierta	Introducir el tema de bienestar psicológico discutido anteriormente en el modelo de calidad de vida y vincularlo al duelo y el manejo de emociones.	--	15
El duelo y sus etapas	Identificar las diversas etapas del duelo y dónde se encuentran.	PPT y discusión abierta Dinámica	Dinámica para trabajar con la despedida	PPT	40
Pensamientos automáticos y emociones negativas	Identificar la relación de los pensamientos automáticos con las emociones negativas.	PPT y ejercicios	Ejercicios sobre pensamientos automáticos	PPT y cuestionario	30
Hostilidad y enojo	Trabajar con la hostilidad y enojo.	Discusión abierta, ejercicios. Tarea para casa: elaborar un diario de emociones experimentadas en la semana, identificando la relación entre emociones negativas y pensamientos automáticos.	Discusión para permitir la libre expresión. Uso de ejercicios y tarea. La tarea consiste en registrar en un diario eventos donde viven una emoción negativa, sus pensamientos detrás de ello y el grado de la emoción en una escala del 1 al 10. La emoción y su grado de intensidad serán registrados en un formato entregado por el facilitador.	Cuestionarios	20
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto.	Cuestionario	15

Sesión 8: El manejo de emociones (2): ansiedad, depresión y culpa.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes continuarán trabajando con duelo, pensamientos automáticos y manejo de emociones.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Repaso y revisión de tarea	Revisar el material trabajado..	Revisar en grupo la tarea	Revisar en grupo ejemplos extraído del diario de los participantes.	Diario. Lápiz y papel.	20
El duelo	Continuar trabajando con el tema del duelo y las pérdidas generadas por la enfermedad	Dinámicas, dibujos	Dinámica de despedida a la antigua forma de vida. Uso de dibujos y escritos.	Papel y lápiz	30
Ansiedad, depresión y culpa	Identificar la diferencia entre ansiedad, depresión y culpa y trabajar con los pensamientos automáticos involucrados	Dinámica y ejercicios escritos Discusión abierta	Identificación de diferencias entre ansiedad, depresión y culpa y los pensamientos detrás de ellos.	Cuestionarios	40
Las expectativas reales en la pareja con ECD	Identificar las expectativas que pueden ser reales de cara a la enfermedad.	Discusión abierta	Invitar a los participantes a reflexionar sobre lo que es realísticamente posible y lo que no es en una relación donde existe una ECD.	--	20
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto. Se continúa con el diario de emociones como tarea y registro.	Cuestionario	15

Sesión 9: Comunicación en la relación de pareja.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes adquirirán habilidades para mejorar la comunicación en la pareja identificando distorsiones en la comunicación.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Revisión de pensamientos automáticos y emociones.	Discusión abierta	El participante será capaz de identificar sus pensamientos y emociones, así como los cambios derivados de esta nueva conciencia.		10
Diferencias en la comunicación	Enseñar sobre las diferentes maneras de comunicar por género y distorsiones en la comunicación.	Dinámica, PPT y discusión abierta	A través de ejercicios en pareja y la exposición en PPT, los participantes podrán vivir en sí mismos las diferencias en la comunicación entre individuos y entre géneros.	PPT	35
Estilos de comunicación	Enseñar sobre los diversos estilos de comunicación.	PPT y cuestionario	Presentación sobre diferentes estilos de comunicación. Aplicación de cuestionario de Estilos de Comunicación de Beck.	PPT y papel y lápiz, Cuestionario	20
¿Cómo comunicamos?	Identificar la manera en que comunicamos	Discusión sobre lo revisado en la PPT y el cuestionario.	Los participantes intercambiarán en discusión abierta sus impresiones.	--	10
Las demandas comunicativas del enfermo crónico degenerativo	Identificar las demandas comunicativas del individuo con ECD.	Dinámica y discusión abierta	Se invitará a los participantes a reflexionar sobre las demandas comunicativas del enfermo con ECD y de la pareja.	--	20
Reflexiones	Reflexiones y tarea	Ejercicios escritos expresando lo que desean comunicarle a su pareja siguiendo lo aprendido en la sesión.	De tarea, los participantes deberán hacer tiempos fuera cuando experimenten una emoción negativa y otorgarán un espacio específico diario para comunicar con su pareja. Deberán hacer un diario.	--	10
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto. Se continúa con diario de emociones y registro como tarea.	Cuestionario	15

Sesión 10: Comunicación asertiva (1).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes aprenderán técnicas de reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
El arte de la comunicación	Identificar conductas en la comunicación a través de situaciones hipotéticas.	Dinámica, PPT	Con situaciones hipotéticas, los participantes reforzarán lo aprendido en la sesión anterior al tener que identificar conductas en la comunicación.	PPT	20
Deformaciones del pensamiento	Aprender reestructuración cognitiva.	PPT y ejercicios en pareja.	Con ejercicios en pareja, se enseñará a los participantes a cuestionar las creencias y pensamientos automáticos, proporcionar evidencia que los sustente y, en su caso, formular una creencia más positiva o real.	PPT	35
El arte de conversar	Aprender técnicas de comunicación asertiva	PPT y ejercicios en pareja	Se introducirá al participante a las técnicas de comunicación asertiva.	PPT	35
Reflexiones	Aclarar dudas y reflexionar sobre el material cubierto. Asignación de tarea.	Discusión abierta.	Tarea: Continuar con diario de emociones y anotar situaciones en las que han resuelto con comunicación asertiva.	--	10
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto. Se continúa con diario de emociones y registro como tarea.	Cuestionario	15

Sesión 11: Comunicación asertiva (2).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes reforzarán las técnicas de reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Revisar la tarea	Revisar en grupo la tarea e identificar potenciales áreas de confusión o de necesidad de reforzamiento.	Revisar en grupo la tarea. Se solicitará a cada participante identificar tres cambios o mejoras experimentados durante la semana con una calificación del 1 al 10 y se les pedirá anotarlo en una gráfica individual diseñada para ello.	Tarea	30
Conversar asertivamente	Reforzamiento de las técnicas de reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.	Revisión de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.	Revisión a través de ejercicios en pareja de las técnicas de identificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva y comunicación asertiva.	--	40
Cómo comunicar asertivamente las necesidades específicas del enfermo y la pareja: los Mensajes Yo	Introducción a los Mensajes Yo.	Ejercicios en parejas	En parejas, se invitará a los participantes a comunicar al otro sus necesidades específicas usando reestructuración cognitiva y Mensajes Yo. El facilitado guía y supervisa el proceso.	--	25
Reflexiones	Aclarar dudas y reflexionar sobre el material cubierto. Asignación de tarea.	Discusión abierta.	Se invitará a los participantes a presentar cualquier duda en la aplicación de las técnicas que pudiesen tener. Se les invitará a continuar con sus tareas, horarios específicos de comunicación y diario de emociones. Incluirán maneras en que expresarán asertivamente sus necesidades que originaron el problema.	--	10
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto. Se continúa con diario de emociones y registro como tarea, así como frases asertivas a situaciones reales.	Cuestionario	15

Sesión 12: Solución de problemas y manejo de conflictos (1).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes aprenderán técnicas de solución de problemas

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Revisar la tarea y la técnica de comunicación asertiva.	Revisión de la tarea y aclaración de dudas.	Revisión de tareas. Asimismo se pedirá a cada integrante que trace una línea uniendo los diferentes grados de las emociones reportadas y se le pedirá una reflexión al respecto.	Tarea y registros	15
El arte de la conciliación	Introducir el modelo de solución de problemas.	PPT y ejercicios por escrito.	Introducción de las diversas técnicas de solución de problemas y poner en práctica cada una.	PPT y formularios	60
Los mensajes YO	Repaso de los Mensajes Yo y la comunicación asertiva.	Replantear las respuestas de tarea con Mensajes Yo y reforzar esta técnica.	Replanteamiento de respuestas asertivas desde los Mensajes Yo en parejas.		10
La conciliación en la práctica	Introducción de los Mensajes Yo al modelo de solución de problemas.	Ejercicios en parejas y por escrito	En parejas, se solicitará a los participantes identificar un problema, definirlo, buscar alternativas, consecuencias y plantearlo con Mensajes Yo, de acuerdo con las técnicas de solución de problemas aprendidas.	Papel y lápiz	20
Evaluación y despedida	Evaluar la sesión: ¿Con qué me quedo?	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario sobre lo aprendido en la sesión y breve discusión al respecto. Se continuará con diario emocional y registros. Adicionalmente cada participante deberá resolver por escrito con la técnica aprendida dos problemas cotidianos.	Cuestionario	15

Sesión 13: Solución de problemas y manejo de conflictos (2).



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes afirmarán la aplicación de las técnicas de solución de problemas a su cotidiano.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
¿Qué aprendimos?	Revisar la tarea y resolver dudas.	Se revisará en grupo algunos de los ejemplos de tarea.	Se revisarán algunos ejemplos de la tarea.	Tarea, lápiz y papel	15
Una solución amable y afectuosa a las expectativas y demandas del paciente con ECD	Identificar las áreas de fortalecimiento en la relación.	PPT y discusión abierta	Se invitará a los participantes a reflexionar sobre el material de la presentación.	PPT	20
La negociación: ganar- ganar	Repaso de cada una de las técnicas de solución de problemas pero integrándolas a un ejemplo cotidiano de cada uno.	PPT, ejercicios en parejas por escrito.	En parejas los participantes trabajarán con uno o dos ejemplos de situaciones desde el pensamiento y la emoción, la reestructuración cognitiva, a la identificación del problema, la formulación de alternativas, la solución y la expresión asertiva e implementación de la misma.	PPT	60
Reflexiones	Intercambio de reflexiones sobre lo aprendido, las tareas y los cambios que se pudieron o no experimentar.	Discusión abierta	Los participantes compartirán sus experiencias, reflexionarán sobre la evidencia plasmada en los registros, y se resolverá cualquier otra duda.	--	10
Despedida y evaluación de la sesión	Evaluar la sesión	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario de la sesión.	Cuestionario	15

Sesión 14: Calidad de vida, bienestar y sexualidad en la relación de la pareja con una ECD.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario..		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes aprenderán una nueva definición de la sexualidad relacional en la pareja y su importancia como elemento significativo de comunicación, bienestar psicológico y calidad de vida en pareja.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Relación ECD, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad.	Repasar el modelo de EGD, bienestar psicológico, calidad de vida y sexualidad y cómo lo aprendido hasta aquí se inserta en él.	PPT y discusión abierta	Se revisará el modelo de calidad de vida y se reflexionará cómo una mejor manera de comunicar y de resolver problemas contribuye a un mayor bienestar psicológico y calidad de vida. Conforme al modelo, se incorporará de manera más detallada el concepto de sexualidad en la calidad de vida.	PPT	30
Los cambios en la sexualidad de la pareja a partir de la enfermedad y su significado para ambos miembros de ella.	Cuestionar sobre el papel que la sexualidad/intimidad juega en la relación de pareja antes y después de la enfermedad.	Discusión abierta	Con las respuestas de los inventarios de intimidad sexual y estilos de amor ante ellos, se pedirá a los participantes reflexionar sobre el papel que juega la sexualidad en su relación y cómo ésta ha cambiado antes y después de la ECD en sus vidas.	Inventarios	25
El concepto de sexualidad en la ECD desde el enfoque sistémico: definición flexible.	Introducción a la definición flexible de sexualidad.	Discusión abierta y preguntas específicas sobre el tema que permitan al participante cuestionarse al respecto.	Se invitará a los participantes a reflexionar sobre una definición flexible de la sexualidad y qué recursos tendrían para incorporarla en su vida. Se invitará a compartir sus experiencias, sus preocupaciones y sugerencias.	--	25
La sexualidad como un elemento fundamental de la comunicación en pareja.	Introducir la relación entre sexualidad y comunicación.	Discusión abierta	Se invitará a los participantes a reflexionar sobre el papel de la sexualidad como fuente de comunicación en su relación de pareja. Y si una mejora en esta área incidirá en su calidad de vida.	--	20
¿Cómo vemos la relación desde esta perspectiva?	Ilustrar cómo ven su relación de pareja.	Dibujos y relato	Los participantes dibujarán cómo ven su relación hoy y escribirán un pequeño relato al respecto.	Lápiz y papel	10
Despedida y evaluación de la sesión	Evaluar la sesión.	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario de la sesión.	Cuestionario	10

Sesión 15: Sexualidad y erotismo en pareja.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario.		

Los participantes continuarán explorando la nueva definición de la sexualidad relacional, su importancia como elemento significativo de la comunicación, su bienestar psicológico y su calidad de vida en pareja.

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN:

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Expectativas y posibilidades: Explorando la definición flexible	A partir de preguntas concretas, inducir a encontrar nuevas definiciones de sexualidad.	Cuestionamiento de pensamientos automáticos y creencias relacionados con la sexualidad.	Se invitará a los participantes continuar reflexionando sobre la definición flexible a partir de creencias y pensamientos automáticos que intervengan en su vivencia de la sexualidad.	PPT y discusión abierta	30
Intimidad sexual: Aplicación de la definición flexible: nuevas formas de sexualidad y erotismo.	Explorar la posibilidad de nuevas formas de sexualidad y erotismo.	Discusión abierta.	Se invitará a los participantes a compartir ideas y reflexiones sobre nuevas formas de sexualidad y erotismo.	---	30
Una nueva manera de comunicar	Identificación de sus maneras de comunicar y su relación con el bienestar psicológico, sexualidad y calidad de vida.	Discusión abierta	Se explorará con más detalle el papel que tienen la comunicación y la sexualidad en su bienestar psicológico y calidad de vida en la relación de pareja y posibles maneras de mejorar la calidad de vida.	--	30
Reflexiones	Compartir cualquier reflexión o duda que haya quedado pendiente.	Discusión abierta	Se invitará a los pacientes a compartir cualquier otra reflexión.	--	15
Despedida y evaluación del taller	Evaluar el taller	Cuestionario indicador de aprendizaje y cambios sesión con sesión.	Aplicación de cuestionario de la sesión.	Cuestionario	15

Sesión 16: Sesión de seguimiento 4 semanas después.



CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

CARTA DESCRIPTIVA / ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN

CLAVE: CADES/CCMG/01

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	LA COMUNICACIÓN Y LA SEXUALIDAD COMO ELEMENTOS DE CALIDAD DE VIDA EN PAREJAS CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS		
ELABORADO POR:	ADRIANA PRUNEDA	RESPONSABLE ACADÉMICO:	DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
NÚMERO DE SESIONES:	16	FECHAS:	
Objetivo general:	La pareja con ECD mejorará su calidad de vida a través de la comprensión de la enfermedad, el manejo de emociones, uso de técnicas de solución de problemas y la mejora en su comunicación y sexualidad desde un enfoque multidisciplinario..		

OBJETIVO(S) DE LA SESIÓN: Los participantes asistirán a una sesión de seguimiento para compartir sus experiencias y los cambios que hayan experimentado a raíz de su participación del taller.

TEMA	FINALIDAD	ACTIVIDADES/TÉCNICAS DIDÁCTICAS	DESCRIPCIÓN/PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Seguimiento	Hacer una evaluación y seguimiento sobre lo aprendido en el taller.	1. Por razones de tiempo, una semana previa a la sesión de seguimiento se proporcionará nuevamente a los participantes de manera digital los inventarios contestados en las primeras sesiones con el objeto de poder hacer un comparativo del antes y después. Se les proporcionará el comparativo resultante para su análisis y reflexión.	Aplicación de cuestionarios.	Cuestionarios	El necesario
		2. Comparación del material antes y después del taller	Se revisarán registros, compararán dibujos y anécdotas, y resultados de los inventarios y cuestionarios.		El necesario
	Repaso de cualquier concepto que necesitase reafirmación.				El necesario
Despedida	Despedida				El necesario

Anexo 7: Registro de pensamientos y emociones y Formularios para la Solución de Problemas

REGISTRO DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

Instrucciones: Cuando note un cambio en su estado de ánimo pregúntese: “¿Qué está pasando por mi mente en este momento?” y anote lo más rápido que pueda el pensamiento o imagen mental en la columna correspondiente y responda las instrucciones de las demás. No olvide calificar el grado de intensidad de la emoción.

Fecha/hora	Situación	Pensamientos automáticos	Emociones	Respuesta adaptativa	Resultado
	1. ¿Que acontecimientos reales, situaciones, pensamientos, recuerdos lo llevaron a esta emoción desagradable? 2. ¿Qué sensaciones físicas experimentó?	1. ¿Qué pensamientos y/o imágenes pasaron por su mente? 2. ¿En qué medida creyó en cada uno de ellos en ese momento?	1. ¿Qué emociones (tristeza/enojo/culpa) sintió en ese momento? 2. ¿Qué tan intensa fue la emoción (1 al 10, donde 10 es máximo)?	1. ¿Qué distorsión cognitiva produjo? 2. Use las preguntas que aparecen al pie de este cuadro para componer una respuesta a cada pensamiento automático?	1. ¿Cuánto cree usted ahora en cada pensamiento automático? 2. ¿Qué emociones siente en este momento? ¿Con qué grado de intensidad? 3. ¿Cómo comunicaría asertivamente esta emoción?
Ejemplo: Lunes 7 Dic. 3 pm	Pensaba proponer que fuéramos a cenar a ese restaurante famoso.	Pepe no va a querer. 50%	Ansiedad 60%	No va a querer. Gastaremos lo que no tenemos. En realidad no sé si podríamos hacer la excepción (50%) Tenemos otras necesidades (40%) Lo peor que puede pasar es que no vayamos o cambiemos de sitio.	1. PA 30% 2. Ansiedad- 20% 3. Miedo – 15%

Preguntas para encontrar respuestas alternativas: 1) ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento es verdadero? ¿Y de que no lo es? 2) ¿Existe alguna otra explicación posible? 3) ¿Qué es lo peor que podría suceder? ¿Podría soportarlo? ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿Cuál es la alternativa más realista? 4) ¿Cuál es el efecto de creer en un pensamiento automático? ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento? 5) ¿Qué debo hacer al respecto? 6) Si _____ (nombre de algún amigo) se encontrara en esta situación y tuviese este pensamiento, ¿qué le diría?

FUENTE: Beck, J.S. (2006), *Terapia cognitiva, Conceptos básicos y profundización*. Gedisa. Barcelona. Pág. 166.

Solución de Problemas: Preguntas para la identificación del Problema

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

NOMBRE: _____

EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

No. SESIONES: _____

CUOTA: _____

Preguntas para la definición del problema³

1. Describa brevemente el problema

2. ¿Por qué este es un problema para usted?

3. ¿Qué hace que esta situación sea un problema (¿cuáles son los hechos)?

³ Fuente: Nezu, Arthur, et al. (2013) *Problem Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York. Springer Publishing Company. Págs. 189-191.

4. ¿Quiénes están involucrados en este problema?

5. ¿Cuáles son sus sentimientos conectados con este problema?

6. ¿Hay algo en su pasado que haga de esta situación o conjunto de emociones especialmente difícil para usted? ¿Qué?

7. ¿Esta situación o problema está relacionado con un sueño de vida en particular para usted? ¿Cuál?

8. ¿Cómo está relacionada esta situación con sus valores?

9. ¿Cómo sería diferente su vida si este problema cambiara para mejor? ¿Si cambiara para lo peor?

10. ¿Qué condiciones actuales no son aceptables ("lo que es")?

11. ¿Qué cambios o adiciones son necesarias o deseadas (lo que debería ser)?

12. ¿Cuáles son sus metas?

13. ¿Cuáles son los principales obstáculos para alcanzar su meta?

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS – DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Usando las reflexiones derivadas del cuestionario describa brevemente el problema. Enseguida escriba diversas posibilidades a lo que es el problema verdaderamente.

Descripción del Problema	El problema en concreto
	1.
	2.
	3.
	4.
	5

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: ALTERNATIVAS

En el cuadro izquierdo escriba el problema y en el cuadro derecho identifique varias posibles alternativas de solución al mismo.

Definición del problema	Alternativas de solución al problema
	1.
	2.
	3.
	4.
5.	

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: IDENTIFICACIÓN DE CONSECUENCIAS

Tomando cada una de las alternativas de solución al problema, identifique cuáles serían las posibles consecuencias.

Alternativas	Consecuencias
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: Plan de Acción

Describa su plan de acción y una vez implementado, señale cuál fue el resultado. Si la solución no fue efectiva, revise sus alternativas de solución al problema y repita el ejercicio.

Plan de acción	Resultados
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Anexo 8: Instrumentos de medición sugeridos

Inventario de Estilos de Amor para Adultos (IEAA)

(Velasco Campos, 2006: 215-218)

El presente cuestionario se enfoca en conocer las situaciones que vivimos en la relación en pareja. Marque con una X el número que mejor corresponda a la forma de interactuar con su/s pareja/s. Por favor, sea lo más honesta/o posible y dé una sola respuesta por pregunta. No deje ninguna sin contestar. Utilice la escala siguiente:

- Totalmente de acuerdo (5)
- De acuerdo (4)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- En desacuerdo (2)
- Totalmente en desacuerdo (1)

		1	2	3	4	5
1.	Disfruto tener varias parejas.					
2.	Siento un gran deseo sexual.					
3.	Busco la manera de seducir a mi pareja.					
4.	Mi pareja me despierta mucha pasión.					
5.	Mi relación de pareja la he planeado cuidadosamente.					
6.	Me conduje cautelosamente antes de comprometerme con mi pareja.					
7.	Soy muy coqueto/a con persona del sexo opuesto.					
8.	Las conductas dirigidas a conquistar me excitan sexualmente.					
9.	Haría cualquier cosa por complacer a mi pareja.					
10.	Me gusta acariciar a mi pareja.					
11.	Busco la manera de controlar a mi pareja.					
12.	Soy desconfiado/a ante lo que me dice mi pareja.					
13.	Planeo cuidadosamente mi vida antes de elegir a mi pareja.					
14.	Mi pareja me atrae sexualmente.					
15.	Celo mucho a mi pareja.					
16.	En nuestra relación amorosa se desarrolló una buena amistad.					
17.	Para elegir a mi pareja, eché mano de mi inteligencia.					
18.	Mi pareja y yo somos compatibles.					
19.	Supe elegir a mi pareja.					
20.	Constantemente superviso lo que hace mi pareja.					

Inventario de Apoyo para la Pareja

(Velasco Campos, 2006: 194-197).

Marque con una X el número que mejor represente la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto/a posible. Dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Utilice la escala siguiente:

- Siempre lo hace (5)
- Muchas veces lo hace (4)
- Algunas veces lo hace (3)
- Rara vez lo hace (2)
- Nunca lo hace (1)

	1	2	3	4	5
1. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo.					
2. Ante mis problemas, mi pareja se muestra comprensivo/a.					
3. Mi pareja escucha mis problemas.					
4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta.					
5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.					
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad.					
7. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.					
8. Mi pareja es solidaria/o ante cualquier decisión que tomo respecto a mis problemas personales.					
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita.					
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa.					
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y los contras de aquellos.					
12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo.					
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas.					
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me condena.					
15. Mi pareja me apoya dándome amor.					

56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja.
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja.
58. Comparto mis conflictos con mi pareja.
59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos.

Escala de Intimidad Sexual en la Pareja

(Velasco Campos, 2006: 233-236)

El presente cuestionario trata sobre la forma como las personas se relacionan con su pareja; algunas oraciones se refieren a aspectos más íntimas de la relación. Marque con una X la oración que mejor describa la manera como usted siente o piensa. No deje ninguna sin contestar. Utilice la escala siguiente:

- Totalmente de acuerdo (5)
- De acuerdo (4)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
- En desacuerdo (2)
- Totalmente en desacuerdo (1)

	1	2	3	4	5
1. Frecuentemente le recuerdo a mi pareja que es una persona única.					
2. Me agrada sentirme cerca de mi pareja.					
3. Mi pareja me trata con delicadeza cuando tenemos relaciones sexuales.					
4. Respeto a mi pareja cuando no desea que tengamos relaciones sexuales.					
5. Me gusta hacer sentir a mi pareja el amor que siento por él/ella.					
6. Me gusta acariciar el cuerpo de mi pareja antes de hacer el amor.					
7. Me agrada que mi pareja me comente cómo se siente físicamente.					
8. Cuando estoy con mi pareja, tengo una sensación agradable en mi cuerpo.					
9. Siento una sensación maravillosa cuando mi pareja me toma la mano tiernamente.					
10. Me agrada que mi pareja me pregunte cuándo deseo estar en nuestro espacio.					
11. Es agradable que coincida con mi pareja cuando deseamos tener relaciones sexuales.					
12. Mi pareja y yo nos acariciamos.					
13. Exploro lo que ocurre a mi pareja cuando me rechaza.					
14. Mi pareja y yo tenemos muchas formas de expresarnos nuestro amor.					
15. Mi pareja tiene la capacidad de hacerme sentir satisfecha/o sexualmente.					
16. Suelo expresar a mi pareja cuánto la/o amo.					
17. Me gusta que mi pareja me abrace durante nuestra					

Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)©

(Rosen, 2000) (Para su interpretación consultar <http://fsfiquestionnaire.com>)

Nombre _____

Fecha _____

INSTRUCCIONES: Estas preguntas se refieren a sus sentimientos y respuestas sexuales **en las últimas 4 semanas.** Por favor conteste las preguntas a continuación lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas son confidenciales. Al contestar las preguntas siguientes, considere estas definiciones.

Actividad sexual puede incluir caricias, juegos preliminares, masturbación o penetración vaginal.

Coito se define como penetración (entrada) del pene a la vagina.

Estimulación sexual incluye situaciones como juegos preliminares con una pareja, auto-estimulación (masturbación) o fantasía sexual.

SELECCIONE **UNA SOLA** OPCIÓN POR CADA PREGUNTA.

El deseo o interés sexual es un sentimiento que incluye desear tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la iniciación sexual de la pareja o pensar o fantasear sobre tener relaciones sexuales.

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** tuvo un deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- Unas cuantas veces (menos de la mitad del tiempo)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** (grado) de deseo sexual o interés?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

La excitación sexual es un sentimiento que incluye tanto los aspectos físicos y mentales de la excitación sexual. Puede incluir sentimientos de calidez u hormigueo en los genitales, lubricación (humedad), o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se sintió sexualmente excitada (“caliente”) durante la actividad sexual o coito?
 - Sin actividad sexual
 - Casi siempre o siempre
 - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
 - Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
 - Unas cuantas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su **nivel** de excitación sexual (“caliente”) durante la actividad sexual o coito?
 - Sin actividad sexual
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o para nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿que tan confiada se sintió acerca de excitarse sexualmente durante la actividad sexual o coito?
 - Sin actividad sexual
 - Muy altamente confiada
 - Altamente confiada
 - Confianza moderada
 - Baja confianza
 - Muy baja o ninguna confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación sexual durante la actividad sexual o coito?
 - Sin actividad sexual
 - Casi siempre o siempre
 - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
 - Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
 - Unas cuantas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo lubricación (“estuvo húmeda”) durante la actividad sexual o coito?
 - Sin actividad sexual
 - Casi siempre o siempre
 - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
 - Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
 - Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)

- Casi nunca o nunca
8. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil le ha resultado lubricarse (“estar húmeda”) durante la actividad sexual o coito?
- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- No es difícil
9. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan frecuentemente puede mantener su lubricación (“estuvo húmeda”) hasta el final de la actividad sexual o coito?
- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- Casi nunca o nunca
10. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan **difícil** fue mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o coito?
- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- No es difícil
11. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo estimulación sexual o coito, ¿qué tan frecuentemente alcanzó un orgasmo (clima)?
- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
- Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
- Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- Casi nunca o nunca
12. En las últimas 4 semanas, cuando tuvo estimulación sexual o coito, ¿qué tan difícil le resultó tener un orgasmo (clima)?
- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- No es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan **satisfecha** estaba con su capacidad de alcanzar un orgasmo (climas) durante la actividad sexual o coito?
- Sin actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igualmente satisfecha o insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
14. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con la cantidad de cercanía emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?
- Sin actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igualmente satisfecha o insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
15. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan **satisfecha** ha estado con su relación sexual con su pareja?
- Sin actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igualmente satisfecha o insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
16. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan **satisfecha** con su vida sexual en general?
- Sin actividad sexual
 - Muy satisfecha
 - Moderadamente satisfecha
 - Igualmente satisfecha o insatisfecha
 - Moderadamente insatisfecha
 - Muy insatisfecha
17. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó malestar o dolor durante la penetración vaginal?
- No hubo intento de coito
 - Casi siempre o siempre
 - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
 - Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
 - Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó malestar o dolor después de la penetración vaginal?
- No hubo intento de coito
 - Casi siempre o siempre
 - La mayoría de las veces (más de la mitad del tiempo)
 - Algunas veces (alrededor de la mitad del tiempo)
 - Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - Casi nunca o nunca
19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de malestar o dolor durante o después de la penetración vaginal?
- No hubo intento de coito
 - Muy alto
 - Alto
 - Moderado
 - Bajo
 - Muy bajo o para nada

Muchas gracias por llenar este cuestionario.

Derechos de autor@2000 Todos los derechos reservados.

Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

(Costa, et al., 2003)

Las preguntas a continuación son acerca de su vida sexual. Marque con una X la respuesta, Tómese tiempo para llenar el cuestionario y responda las preguntas en un sitio tranquilo. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no sabe cómo contestar, elija la respuesta que mejor corresponda a su situación.

Sexualidad

1. En relación con el placer que alcanza en su sexualidad,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

2. En relación con cómo se siente antes de iniciar una actividad sexual,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

3. En relación a su sentimiento de hombría

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal

- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

4. En relación a cuán normal se siente sexualmente,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

5. En cuanto a la satisfacción de su pareja durante las relaciones sexuales,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

6. En cuanto a su deseo sexual,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal

- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

7. En cuanto a la intensidad de sus orgasmos,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

8. En relación a la calidad de su eyaculación,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

Vida social

9. En sus relaciones con otra gente,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

10. En cuanto a sus relaciones con su familia,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

11. En cuanto a sus relaciones profesionales,

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

Bienestar**12. En relación a cómo se siente acerca de usted mismo,**

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

13- Acerca de su estado de ánimo

Considera que las cosas están:

- 1. Muy mal
- 2. Más bien mal
- 3. Ni bien ni mal
- 4. Bastante bien
- 5. Muy bien

Considera que esto es su vida es:

- 1. Nada importante
- 2. Algo importante
- 3. Muy importante
- 4. Extremadamente importante

Global**14. Si tuviera que vivir así por el resto de su vida, ¿qué tan satisfecho estaría?**

- 1. Muy insatisfecho
- 2. Algo insatisfecho
- 3. Indiferente
- 4. Muy insatisfecho