



Capítulo 12/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

TERAPIA DE PAREJA

Trabajamos para su tranquilidad...

Terapia de pareja

Anne K. Fishel, PhD

Jeanne McKeon, EdD

Puntos clave

- Al igual que la terapia familiar, la terapia de pareja se apoya en ideas sistémicas.
- La evaluación de la pareja debe incluir una exploración del problema de presentación, así como la discusión y el replanteamiento de los problemas de la pareja.
- «La relación» asume el papel de paciente para los terapeutas de pareja, quienes también deben tener en cuenta a la familia de origen de cada individuo, las relaciones anteriores, los factores estresantes actuales, y los antecedentes médicos y psiquiátricos.
- Existe una amplia variedad de abordajes sistémicos para tratar a las parejas; los abordajes pueden diferenciarse por su énfasis en el conocimiento, la emoción o la conducta como objetivo para el cambio.
- La mayoría de los abordajes clínicos del trabajo con parejas se dirigen a reducir el conflicto y potenciar la conexión y la intimidad.

Perspectiva general

La terapia de pareja se centra en el patrón de las interacciones entre dos personas, mientras valora las historias individuales y las contribuciones de cada miembro. Es una modalidad terapéutica que se utiliza en varias situaciones clínicas: como parte de una evaluación infantil (para evaluar la contribución del estrés de los progenitores en los síntomas de un niño), en la mediación del divorcio y en las evaluaciones de la custodia infantil (para minimizar la intensidad del conflicto en la relación que interfiere en la resolución del problema colaborativo), en la psicoterapia infantil y del adolescente activa (cuando se cree que la relación entre los progenitores interviene en la infelicidad del niño) y como parte de una terapia familiar activa (cuando la pareja puede verse separada de la familia como una unidad). La terapia de pareja es a menudo el tratamiento de elección para diversos problemas: disfunción sexual,¹ consumo de alcohol y drogas,² revelación de una infidelidad,³ depresión y trastornos de ansiedad,⁴ infertilidad,^{5,6} enfermedades médicas graves⁷ y punto muerto en la pareja.⁸ Además, la terapia de pareja puede ser útil para resolver problemas polarizados en la relación (p. ej., la decisión de casarse o divorciarse, la elección de tener un hijo o abortar, o la decisión de trasladarse a otra ciudad motivada por la carrera profesional de uno de los miembros de la pareja). En este capítulo se utiliza el término terapia de pareja mejor que el de terapia matrimonial, para incluir a las parejas no casadas de hombres gays o mujeres lesbianas, y a las parejas heterosexuales no casadas.

Ideas básicas en la terapia de pareja

La historia de la terapia de pareja está indisolublemente ligada a la de la terapia familiar; ambas modalidades parten del mismo grupo de conceptos y técnicas. Sin embargo, a lo largo de los últimos 50 años la terapia de pareja ha evolucionado hacia un abordaje sistémico de

las dificultades de la relación. Aunque hay muchas escuelas teóricas de la terapia de pareja (v. [capítulo 13](#) para consultar una muestra de diferentes abordajes), la mayoría de los clínicos se centran en varios principios e ideas sistémicos. En términos más generales, el pensamiento sistémico aborda la organización y el patrón de las interacciones de la pareja entre sí, y postula que el todo es mayor que la suma de sus partes. El pensamiento sistémico conduce al clínico a concentrarse en varios aspectos: en la comunicación entre la pareja y con figuras externas; en la identificación de patrones de relación disfuncionales; en las ideas sobre la relación como una entidad mayor que la versión de cada miembro; en la repercusión del contexto del ciclo vital y de la familia de origen en las dificultades de relación actuales de la pareja, y en cierto entendimiento de por qué estas dos personas se han elegido.

Identificación de patrones relacionales disfuncionales

Los pensadores sistémicos defienden que los nexos entre las parejas son recursivos o circulares, en lugar de causales o lineales. En otras palabras, que tiene más sentido pensar en los problemas de relación como secuencias interactivas que como consecuencia de que un individuo cause problemas al otro. Visto de este modo, hay escaso interés en culpar a una de las partes o averiguar quién empezó el problema. En cambio, el énfasis se pone en determinar qué papel desempeña cada miembro en el mantenimiento del patrón de relación problemático y la función que tal patrón ejerce en la relación.

Existen dos formas fundamentales de patrones relacionales en las parejas ([fig. 12-1](#)): simétrica y complementaria.⁹ Una relación simétrica se caracteriza porque cada miembro de la pareja contribuye con una conducta similar, de modo que cada uno compone y exagera las dificultades. Un ejemplo clásico es aquel en el que ambos miembros de la pareja practican los malos tratos verbales, de modo que una voz alta de uno lleva a una escalada de enfado que, a su vez, desencadena la ira del otro. La complementariedad, por el contrario, se refiere a patrones que requieren que cada miembro aporte algo muy diferente, de una manera interconectada mutuamente, para mantener la relación. Un ejemplo clásico de relación complementaria es la que existe entre el que busca la distancia y el que persigue la cercanía, en la que un miembro busca al máximo la intimidad y la conexión, mientras que el otro retrocede con el fin de trabajar, cuidar a los niños o estar solo. La naturaleza circular de este patrón dicta que, cuanto más persigue uno, más retrocede el otro, lo que a su vez hace que el perseguidor persiga más y el que quiere poner distancia se retraiga más. Visto de esta forma, cualquiera de los dos podría volver las tornas.

Figura 12-1 Comunicación complementaria (A) y simétrica (B).

Con el tiempo, algunos terapeutas han cuestionado las ideas sobre la circularidad. En particular, los terapeutas feministas han criticado la idea de la responsabilidad compartida por igual de un problema, en concreto cuando esta idea se aplica a la violencia de pareja (VDP). Cuando una pareja abusa de su poder, particularmente cuando un hombre golpea a una mujer, existe el riesgo de que la causalidad circular haga que la mujer se sienta igualmente responsable del abuso.¹⁰

Elección de la pareja y contribución de la familia de origen

El terapeuta de pareja siente curiosidad por la naturaleza de la atracción inicial y puede situar el origen del dilema actual en las semillas de la primera atracción de la pareja. Una explicación frecuente de la atracción temprana es que «los opuestos se atraen», lo que puede entenderse en términos de la estructura psicodinámica de la identificación proyectada.¹¹ Esta es la idea de que los individuos buscan en el otro algo que para ellos sea difícil de soportar o expresar, y después actúan de forma inconsciente para inducir en el otro la misma conducta que habían desaprobado para sí mismos. Así, por ejemplo, una mujer vivaz y expresiva cuya familia desalentó sus ambiciones puede verse atraída por un hombre frío y centrado en su carrera cuyos intentos de expresar sus sentimientos fueron ignorados mientras crecía. Al principio ella puede encontrar excitantes su autoconfianza e impulso, mientras que él considera vigorizante su capacidad para llorar y reír. Sin embargo, con el tiempo, ella puede criticarle por centrarse tanto en sí mismo y él puede criticarla por su excesiva afectividad. En suma, lo que es problemático para uno mismo, y es la primera fuente de atracción mutua, con el tiempo se convierte en un conflicto entre la pareja (fig. 12-2).¹²

Figura 12-2 Identificación proyectiva.

Otro punto de vista de la elección de la pareja está contenido en la idea psicoanalítica de la repetición de la compulsión. Esta es la idea de que la elección de la pareja está dictada por el deseo de recrear una relación amorosa de la infancia o de intentar dominar una relación abusiva restableciéndola una segunda vez. La observación frecuente de que un hombre «se ha casado con su madre» es un ejemplo de este fenómeno.

Comunicación

Muchos terapeutas de pareja subrayan la importancia de que la pareja desarrolle habilidades comunicativas que permitan a cada miembro hablar abiertamente mientras el otro escucha sin prejuicios.^{12,13} Además, estos mismos terapeutas fomentan que las parejas aprendan a pelearse de forma justa (es decir, sin culparse, sin insultarse y sin desviarse del tema en cuestión). Sin embargo, tal habilidad, con su énfasis puesto en cómo los miembros de la pareja se hablan el uno al otro, ha sido transformada por los constructivistas sociales, que se centran en de qué hablan las parejas entre sí. Estos terapeutas narrativos toman como punto de partida la idea de que la realidad de cada miembro de la pareja está constreñida por el lenguaje que él o ella utilizan.¹⁴ Por tanto, los problemas entre los miembros de las parejas se producen porque carecen del vocabulario emocional y las habilidades narrativas que pueden crear un diálogo que abra posibilidades. Dicho de un modo sencillo, la forma en que una pareja habla sobre un problema lo mantiene vivo. Vista de este modo, la comunicación sobre el problema es un lugar crucial de intervención: el terapeuta busca un nuevo lenguaje y nuevas historias, y vuelve a encuadrar los asuntos para disolver el punto de vista del problema que tiene la pareja.

Intimididad y control

Los teóricos de los sistemas, interesados en la organización y los patrones de interacción, prestan atención a las reglas que subyacen a la conexión de la pareja y a su toma de decisiones. Estas reglas están influidas por el trasfondo cultural y de clase de cada miembro,

así como por las contribuciones únicas de sus familias de origen. La mayoría de las dificultades de la relación tienen que ver con diferencias en el grado, el tipo y la intensidad de la intimidad, así como en el equilibrio de poder que hay entre los miembros de la pareja. Al evaluar la intimidad, el terapeuta pregunta sobre qué actividades comparte la pareja¹⁵ y sobre la calidad de su conexión mutua. Al examinar el control y el poder, el terapeuta presta atención a si la toma de decisiones es compartida o si la determina sobre todo un miembro de la pareja. El terapeuta se pregunta si el control de su relación y de sus asuntos (como los hijos) reside dentro de la pareja o si la pareja debe responder ante otros miembros de la familia (como los abuelos).

Los teóricos sistémicos utilizan varias estructuras para describir la conexión entre la intimidad y el control en una relación. Se utilizan límites para describir la forma en que una pareja se define a sí misma como un subsistema dentro de una familia y las reglas particulares sobre cómo interaccionará con otros subsistemas.¹⁶ Por ejemplo, un miembro de una pareja puede querer un tiempo de vacaciones solo con su pareja, mientras que el otro cree que sus papeles como padres siempre tienen prioridad y exige que los niños se unan a ellos. Los límites también se describen en términos de permeabilidad; algunas parejas mantienen límites rígidos sobre la influencia que otros puedan ejercer sobre ellos, mientras que otras parejas mantienen límites muy fluidos con otros, que fácilmente entran en su relación. Pueden surgir conflictos cuando una pareja no está de acuerdo sobre la permeabilidad de estos límites o sobre la ubicación de esos límites dentro de la familia o entre la pareja y el mundo exterior. La triangulación ([fig. 12-3](#)) es otra idea que describe una reacción frecuente a la ansiedad inducida por cercanía ambivalente.¹⁷ Bowen¹⁸ propuso que las relaciones ambivalentes son las más vulnerables a la ansiedad; en consecuencia, es propio de la naturaleza humana introducir una tercera parte para intentar difuminar el malestar. La tercera parte ni siquiera necesita estar presente físicamente. Puede ser el objeto de chismorreo entre una pareja, el ordenador al que uno de los miembros de la pareja se retira todas las noches después de la cena o el deseo del otro miembro de la pareja de estar más cerca de su familia. Bowen¹⁸ mantiene que el grado en el que una pareja participa en la triangulación está determinado por la implicación anterior y actual en triángulos intergeneracionales. Visto de esta forma, la mayor proximidad en la relación viene de que cada individuo se diferencia más o se separa de la familia de origen.

Figura 12-3 Triangulación.

Contexto del ciclo vital y puntos de transición

Muchos de los desafíos a los que las parejas se enfrentan tienen lugar en el contexto de las tareas normativas del ciclo vital. Durante la transición de un estadio de desarrollo al siguiente es cuando más a menudo las parejas experimentan el mayor estrés, ya que la exigencia de flexibilidad y reorganización en el punto de transición puede superar al sistema. En general, cada transición desafía la forma en que los miembros de la pareja usan su tiempo¹⁹ y la forma en que necesitan mantener patrones establecidos mientras realizan cambios en sus roles y relaciones.

Los teóricos del ciclo vital han perfilado cinco estadios ([tabla 12-1](#)) con sus tareas emocionales relacionadas.²⁰ El primero es el estadio que une a las familias a través del

matrimonio; cada pareja debe redefinir los asuntos y elecciones de su familia de origen para crear espacio para un nuevo sistema matrimonial. El siguiente estadio tiene lugar cuando las parejas se convierten en padres. Aquí la principal tarea es dejar espacio en su relación a los nuevos miembros y redefinir las relaciones con su familia ampliada. El tercer estadio se caracteriza por el desarrollo de los niños a adolescentes, cuando los progenitores deben otorgar una mayor flexibilidad a los límites para que incluyan la mayor independencia de los adolescentes, así como la dependencia creciente de sus abuelos. El cuarto estadio (estadio de independencia) se produce cuando los adultos jóvenes abandonan el hogar: la principal tarea de la pareja es reevaluar su matrimonio y los aspectos relacionados con sus carreras, debido a que su papel como padres disminuye. Finalmente, el quinto estadio (a menudo el más largo) es cuando los miembros de la pareja están solos, después de que los niños han dejado el hogar, y la pareja se enfrenta al envejecimiento y la pérdida.

Tabla 12-1

Ciclos vitales y transiciones

Estadio del ciclo vital	Tarea emocional
1. Unión de familias a través del matrimonio	Redefinir las opciones de la familia de origen para dejar espacio al nuevo sistema matrimonial
2. Convertirse en padres	Dejar sitio en la relación al nuevo miembro Redefinir las relaciones con la familia ampliada
3. Convertirse en una familia con adolescentes	Dar mayor flexibilidad a los límites en favor de la independencia de los hijos y la dependencia de los abuelos
4. Estadio de independencia	Reevaluación de aspectos matrimoniales y relacionados con la carrera Reevaluación de los años como padres
5. Jubilación y después	Afrontar la pérdida del cónyuge, de miembros de la familia, de amigos, de salud Revisión de la vida Volver a centrarse en la pareja

El momento y el contenido particulares de cada estadio están influidos por la cultura y el contexto social de la pareja. En algunas culturas, por ejemplo, la marcha de los hijos coincidirá con su ingreso en la universidad, mientras que en otras puede no tener lugar hasta que los hijos se hayan casado y formen sus propias familias. Este estadio también se ve afectado por el contexto social más amplio. Hace un siglo, el período desde que el último hijo dejaba el hogar hasta que uno de los progenitores fallecía era de unos 2 años

habitualmente. Ahora, debido a la mayor esperanza de vida, a que muchas mujeres dejan de tener hijos a una edad más temprana y a la decisión de tener menos hijos, este estadio dura a menudo 30 años.

Los terapeutas de pareja tienden a no usar categorías diagnósticas, pues estas subrayan la patología individual y no las descripciones sistémicas de un problema. Al usar la plantilla normativa de los estadios del ciclo vital, el terapeuta puede comparar los problemas de una pareja en particular con los que son comunes a muchas parejas en el mismo estadio de desarrollo. Por ejemplo, un terapeuta podría decir a una pareja con dos niños pequeños: «La mayoría de las parejas con niños pequeños experimentan una disminución de su vida sexual y tienden a pelearse más sobre asuntos de equidad. ¿Cómo les afectan estos asuntos a ustedes?». Al decir lo que sabe sobre un gran número de parejas en un estadio particular y comparar esta información con la de la pareja individual, el terapeuta está usando un gran conjunto de datos de investigación.

Además de los ajustes necesarios por el paso del tiempo, las parejas también se ven desafiadas por otros motivos de estrés (p. ej., enfermedades, traslados, pérdidas laborales, muertes de miembros de la familia, inmigración); estos pueden complicar los aspectos normativos de un estadio dado del ciclo vital. El momento de tales factores estresantes adicionales será un factor clave, dado que los acontecimientos que suceden «fuera del ciclo» son más difíciles de asimilar. Por ejemplo, una pareja joven que está tratando de construir unida una nueva vida se verá más afectada por una enfermedad que otra de mayor edad cuyos miembros ya se han enfrentado juntos a varias pérdidas. Además, cuando hay una resonancia generacional con un desafío actual, la respuesta puede ser más complicada. Por ejemplo, una pareja joven que espera su primer hijo sentirá más ansiedad si en sus familias de origen ha habido mortinatos o muertes infantiles.

Realización de la evaluación en la terapia de pareja

La evaluación de una pareja debe permitir a sus miembros discutir los problemas de su relación, así como las contribuciones individuales de cada miembro (debido a la familia de origen, los factores estresantes actuales y las dificultades intrapsíquicas). Para dar una oportunidad a las reflexiones conjuntas e individuales, una evaluación consta de cuatro reuniones diferentes: la primera es con los dos miembros de la pareja, seguida de reuniones individuales con cada uno de ellos, y una reunión final, en la que el clínico comparte la información recibida y las recomendaciones con los dos miembros presentes ([cuadro 12-1](#)).

Cuadro 12-1 Resumen de la evaluación en la terapia de pareja

Primera sesión (ambos miembros de la pareja)

Proporcione un contexto seguro:

Revisar las expectativas de las cuatro reuniones

Determinar la regla de que toda la información será compartida con los dos miembros

Resumir cualquier contacto que el terapeuta haya tenido durante la llamada telefónica inicial

Pedir a cada miembro que se presente a sí mismo, independientemente del problema

Pregunte sobre el problema:

«¿Cómo tomaron la decisión de llamarme?»

«Díganme cómo ve cada uno de ustedes las dificultades en su relación»
«Denme un ejemplo»
«¿Ha habido algún otro desafío importante en sus vidas en el último año?»
Amplíe la visión del problema que tiene la pareja:
«Si la terapia resultara muy satisfactoria, ¿qué sería diferente en su relación?»
«¿Qué fue lo que les atrajo mutuamente por primera vez?»
«¿Qué significa para ustedes estar casados?»
«¿En qué fase de desarrollo se encuentra la pareja?»
«¿Qué pueden decirme sobre su familia de origen que sea relevante para su relación actual?»
«Háblenme de un caso en el que no se produjera el problema»

Dos sesiones individuales

Plantee preguntas abiertas:

«¿Hay algo con que le gustaría seguir de nuestra primera reunión?»
«¿Hay algo que no tratáramos que le gustaría asegurarse de que abordemos?»
Preguntas estándar:
«¿El consumo de alcohol o drogas interfiere en su funcionamiento o en su relación (con usted o con su pareja)?»
«¿Tiene algún antecedente de abuso sexual?»
«¿Ha tenido experiencias anteriores con terapias u hospitalizaciones?»
«¿Hay algún antecedente de intento de suicidio, depresión, ansiedad u otra enfermedad mental?»
«¿Cómo es su salud física actual?»
«¿Alguna vez ha tenido miedo de su pareja?»

Cuarta sesión: resumen

¿Hay algún cabo suelto respecto a la pareja?
¿Hay algún cabo suelto respecto al terapeuta?
Proporcione a la pareja la información obtenida:
Comente las cualidades positivas de la relación
Comente el nivel de estrés en la pareja, señalando si es igual o diferente para los dos miembros de la pareja
Reflexione sobre los puntos de vista individuales de cada miembro; subraye dónde se solapan o divergen
Identifique los factores estresantes y coloque los problemas en el contexto del desarrollo
Ofrezca una descripción sistémica del problema
Haga recomendaciones para el tratamiento
La evaluación debe proporcionar un equilibrio entre la empatía terapéutica y las cuestiones terapéuticas que se exponen a miembros de la pareja que piensan de forma diferente sobre sus problemas. A través de la evaluación, el clínico busca oportunidades para ofrecer una esperanza realista, señalar las fortalezas y los recursos de cada individuo y de la pareja, y proporcionar un lugar donde puedan escucharse las posiciones de cada uno de los miembros de la pareja sin imponer ningún juicio. Al final de la evaluación, el terapeuta debe disponer de un conocimiento sistémico del problema, y debe poder recomendar la terapia de pareja, la terapia individual o grupal, o ningún tratamiento en absoluto.

Primera sesión con los dos miembros de la pareja

El objetivo inicial de la primera sesión se centra en aportar seguridad y comodidad, que pueden conseguirse fijando expectativas claras para la evaluación, anunciando que la comunicación entre el terapeuta y la pareja será transparente, y mostrando un interés en la pareja independiente de sus problemas. Es una buena idea que el terapeuta explique el formato de la consulta de cuatro sesiones al comienzo y que la información obtenida de cada miembro durante la sesión individual se compartirá en la sesión conjunta de resumen. De forma análoga, el terapeuta debe manifestar cualquier comunicación que ya haya tenido con un miembro de la pareja por teléfono. Esto demuestra el compromiso del terapeuta con una comunicación abierta e indica su antipatía hacia mantener con un miembro un secreto acerca del otro. Las preguntas sobre la edad, el trabajo y la fortaleza de cada uno indican que los recursos de la pareja serán parte del tratamiento.

El siguiente objetivo de la primera sesión es recoger la perspectiva de cada miembro de la pareja sobre el problema. El terapeuta debe demostrar capacidad de empatizar con cada posición y de mantener dos puntos de vista diferentes simultáneamente. Muchas parejas acuden a la terapia con la creencia de que el terapeuta actuará como un juez que decide qué punto de vista es correcto o qué lista de quejas tiene más valor. Al principio, el terapeuta debe eludir tales solicitudes, dejando claro que su trabajo no es elegir un punto de vista sino aumentar el propio interés de los miembros de la pareja y su tolerancia respecto al punto de vista del otro. Para subrayar su interés en escuchar las dos perspectivas diferentes, el clínico podría comenzar con esta petición: «Habitualmente, en terapia de pareja, cada miembro de la pareja tiene su propia perspectiva única sobre las dificultades de la relación y sus propias esperanzas de cambio en el futuro. Me gustaría escuchar de cada uno de ustedes cuál es su razón para buscar ayuda». Además, al principio, el terapeuta podría preguntar: «¿Cómo tomaron la decisión de llamar a un terapeuta de pareja?». Esta pregunta pretende averiguar si los dos miembros de la pareja se sienten motivados hacia el tratamiento o si uno de ellos es reacio a participar. Durante esta primera pregunta sobre el problema, el terapeuta está tratando de comunicar respeto y comprensión hacia cada miembro de la pareja mientras permanece imparcial.

En la siguiente parte de la entrevista, el terapeuta pasa a una escucha empática planteando cuestiones que ampliarán el conocimiento por parte de cada miembro de la pareja de su relación. La evaluación debe ofrecer a la pareja la oportunidad de compartir sus descripciones ensayadas del problema, pero también debe permitir que sus creencias se vean desafiadas y puestas a prueba, para así crear nuevas posibilidades de cambio. Varias cuestiones pueden ayudar a trasladar la exploración por parte de la pareja de sus dificultades desde una definición individual, centrada en los fallos del otro, a una definición más sistémica e interactiva. Por ejemplo: «Si ustedes fueran a permanecer en la terapia de pareja durante 6 meses y decidieran en ese punto de la terapia que ha tenido éxito, ¿cómo lo sabrían? ¿De qué estarían hablando entre ustedes o qué estarían haciendo juntos que no está teniendo lugar ahora? ¿Qué sería diferente en su relación?». Tales cuestiones piden a la pareja que sustituya su enfoque actual sobre los problemas por una imagen futura de un objetivo para la relación.²¹ Otra sorprendente pregunta que se debe plantear a cada miembro de la pareja es: «¿Qué significa para ustedes estar casados?». ²² La pregunta esperada, por supuesto, es: «¿Cómo es estar casado con su pareja?», lo cual invita a hacer críticas sobre la personalidad y los hábitos del otro y suele inducir una respuesta bastante ensayada. La cuestión diferente planteada aquí

invita a la reflexión y habitualmente induce una pausa en la conversación. Cuando la versión de un miembro coincide con la del otro, el terapeuta sabe que hay acuerdo sobre algunos de los problemas de la relación. Cuando hay incongruencia entre los dos puntos de vista, el terapeuta sabe que tendrá que prestar atención a por qué hay dos versiones tan diferentes de la relación. En cualquier caso, la cuestión también puede aclarar la capacidad empática de la pareja y su buena disposición a ser curiosa en un nuevo camino en torno a la relación.

Como parte del intento de expandir la definición del problema por parte de la pareja, el terapeuta puede querer indagar sobre las áreas de la relación que la pareja inicialmente no ha mencionado. En particular, es importante preguntar sobre la relación sexual de la pareja, dado que la mayoría de las parejas comprometidas experimentarán dificultades sexuales en algún punto de su relación.²³ La incomodidad con un extraño, la incertidumbre sobre la relevancia de los problemas sexuales para la terapia de pareja, o la ansiedad y la vergüenza por el tema pueden interferir en el hecho de que la pareja saque espontáneamente el tema del sexo. Cuando el clínico lo hace en la primera sesión, modela su propia comodidad y buena disposición para explorar los aspectos sexuales. Una primera pregunta podría ser: «¿Hay algo que les gustaría cambiar sobre su relación sexual?».²⁴

La familia de origen de cada miembro de la pareja es otra área sobre la que preguntar que puede no haber formado parte de la presentación inicial. Una pregunta que se puede plantear a la pareja y que refleja la contribución de su historia a su relación actual es: «¿Puede decirme algo sobre la familia con la que creció que me ayude a entender su dilema actual?». Las preguntas pueden afinarse más si se centran en el dilema actual y se pregunta cómo manejaron ese asunto los progenitores de cada miembro de la pareja o en su matrimonio. Por ejemplo: «Sé que se están peleando más de lo que quieren. Me pregunto cómo manejaban los desacuerdos en cada una de sus familias».

Otra ronda de preguntas puede abordar el estadio de desarrollo de la pareja y sus desafíos concomitantes. El conocimiento sobre las luchas frecuentes asociadas a cada estadio de desarrollo permitirá al clínico sondear aspectos normativos. Por ejemplo, si una pareja está teniendo dificultades durante el principio del matrimonio, el terapeuta preguntará sobre la separación de los miembros de la pareja de sus propias familias y sobre su capacidad para tomar decisiones juntos sobre docenas de asuntos de los que antes se ocupaban por sí solos.²⁰

Si la pareja tiene hijos adolescentes, el terapeuta puede preguntar sobre aspectos relacionados con sus carreras en esa fase de la vida, los cambios de su sexualidad y la previsión de quedarse solos una vez que los hijos abandonen el hogar.²⁵ Además, es útil preguntar si se ha producido algún cambio en el último año (como enfermedades, muertes, traslados o nacimientos en sus familias cercanas o lejanas). Las dificultades de la pareja coincidirán a menudo con una acumulación de otros factores estresantes, y puede resultar útil señalar esta confluencia de factores estresantes a la pareja.

Con el ánimo de informarse sobre las partes de la relación que no están centradas en el problema, el terapeuta puede preguntar sobre el primer encuentro de la pareja y su atracción mutua. Esta es una cuestión diagnóstica porque la mayoría de las parejas, no importa lo frustradas y enfadadas que estén en la actualidad, alejarán estos sentimientos para centrarse en los más idealizados comienzos. Cuando las parejas no se animan y ablandan al comentar el principio de su relación, esto puede indicar que la capacidad de la pareja de conectar con sentimientos positivos, buena disposición y afecto está muy dañada.

Otras formas de preguntar sobre la pareja aparte de su problema consisten en decir: «Háblenme sobre el tiempo en que el problema no existía, incluso aunque pareciera que ya iban en esa dirección», y preguntar: «¿Qué hacía cada uno de ustedes diferente, o qué observó

que el otro hacía diferente, para que sucediera esto?». Estas preguntas narrativas¹⁴ invitan a la pareja a mirar juntos sus dificultades como externas a la relación. Las preguntas también exigen que cada miembro reflexione sobre su contribución a una solución del problema.

Un dilema clínico espinoso es manejar los secretos. El terapeuta no desea estar en la posición de preguntar sobre un secreto en una sesión de pareja solo para recibir una mentira. Tampoco quiere descubrir un secreto durante una sesión individual que no pueda compartirse, solo para acabar en connivencia con un miembro de la pareja. En cambio, puede ser mejor plantear con claridad la posición terapéutica de no guardarse ninguna información privada, sobre la base de que mantener secretos restaría confianza al terapeuta. Es decir, el terapeuta puede preguntar sobre secretos de una forma que invite a su revelación. Por ejemplo, en lugar de preguntar: «¿Alguno de ustedes está teniendo una relación secreta?», podríamos plantear: «¿Ha sido difícil para alguno de ustedes mantener la fidelidad?», «¿Alguno de ustedes está preocupado por la fidelidad sexual del otro?» o «¿Qué entienden ustedes por fidelidad? ¿Incluye, por ejemplo, no mantener relaciones emocionales con alguien del trabajo, no usar pornografía, no mantener contacto físico con otra persona o no practicar cibersexo?».

Al final de esta primera sesión conjunta, el terapeuta pregunta si la pareja desea continuar con las dos sesiones individuales, seguidas de una reunión en la que se realice un resumen final para decidir si proceder a la terapia de pareja y, si es así, establecer la agenda.

Dos sesiones individuales

Estas sesiones ofrecen al terapeuta la oportunidad de conocer mejor a cada individuo y de hablar con cada uno sin tener que compartir el tiempo con su pareja. Además, puede ser un momento para preguntar sobre áreas individuales de función que pueden señalar áreas de seguimiento separadas de la recomendación para la terapia de pareja. Finalmente, es una oportunidad de observar al individuo solo, comparado con él como miembro de una pareja. Por ejemplo, cuando una mujer aparece tímida y nerviosa en una reunión conjunta, pero expansiva y franca en la reunión individual, plantea la duda del abuso y la coerción.

Es importante preguntar sobre las siguientes áreas en la reunión individual.

Consumo de alcohol y drogas

«¿Cuántas copas se toma al día? ¿Consume drogas? ¿Siempre es divertido beber o ha tenido alguna otra experiencia con el alcohol?» Estas cuestiones presumen el consumo, y por tanto abren la puerta a la revelación. Si la bebida y las drogas no son un problema, la pareja puede corregir al terapeuta. Además, el terapeuta puede preguntar: «¿Su pareja piensa que tiene algún problema? ¿Cree que su pareja tiene algún problema con el consumo de drogas?». Debemos escuchar en busca de incongruencias, como, por ejemplo, que un miembro de la pareja minimice un problema de bebida mientras que para el otro sea motivo de alarma.

Terapias anteriores

«¿Había acudido antes a alguna terapia o acude a alguna actualmente? ¿Qué le resultó útil o no con los terapeutas anteriores? ¿Desearía que hablara con su terapeuta actual?» A menudo es mejor esperar hasta que se haya completado la primera consulta, de modo que podamos

tener una mente abierta y una perspectiva sistémica sobre la relación de la pareja y no estar influidos por la visión de otro terapeuta.

Antecedente de enfermedad mental

«¿Tiene algún antecedente de depresión, ansiedad, tendencia al suicidio, crisis de angustia u alguna otra enfermedad mental? ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por razones psiquiátricas?» Estas preguntas pueden centrar la evaluación en la dirección de una valoración psicofarmacológica o una remisión a un tratamiento individual. Si un paciente tiene tendencias suicidas en la actualidad, será necesaria una hospitalización inmediata en lugar de completar una evaluación de la pareja.

Abuso sexual

«¿Alguna vez le han tocado de una forma que no deseaba cuando era niño o adulto? Si es así, ¿ha hablado alguna vez de estas experiencias? ¿Lo ha comentado con su pareja? Si es así, ¿cómo respondió? Si no es así, ¿por qué no?» Si un paciente revela una historia de abuso sexual que antes no había compartido, puede ser aconsejable remitirlo a una terapia individual. Si no lo había revelado a su pareja, el terapeuta debe exponer los posibles riesgos y beneficios de hacerlo en el contexto de la terapia de pareja.

Problemas médicos

«¿Cómo es su salud actual? ¿Ha sufrido alguna enfermedad grave, intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones médicas? ¿Se mantiene al día con las visitas al médico y con las pruebas y exploraciones periódicas?» Resulta sorprendente con qué frecuencia un trastorno médico importante no salta a la luz hasta que el terapeuta pregunta específicamente sobre la salud. A menudo hay mucho que entender acerca de cómo la enfermedad ha cambiado la manera en que los miembros de la pareja se cuidan entre sí, el plan para el futuro, la relación sexual, el afrontamiento de la pérdida y la interacción con otros miembros de la familia.

Violencia de pareja

«¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja? ¿Ha ejercido su pareja violencia contra usted, sus hijos u objetos?»²⁶ Es importante plantear estas preguntas durante la sesión individual para no poner a una persona vulnerable en un mayor riesgo de ser dañada por discutir de violencia delante de una pareja violenta. La VDP es frecuente en parejas que buscan terapia, y los informes indican que tanto hombres como mujeres pueden ser violentos: es más probable que la violencia del hombre hacia la mujer esté motivada por la necesidad de ejercer control y poder, así como por el miedo al abandono, y que sea más lesiva físicamente. La violencia de la mujer hacia el hombre es más probable como autodefensa.²⁷

El terapeuta de pareja debe proceder con extrema precaución a la hora de recomendar la terapia de pareja cuando la violencia forma parte del cuadro. Tal terapia puede estar indicada si la participación del hombre es completamente voluntaria, puede mantenerse la confidencialidad de la mujer respecto a su seguridad²⁷ y la violencia es el objetivo central acordado de trabajo en una consulta que durará hasta que la violencia termine.²⁸ Por el contrario, la presencia de factores mortales contraindica la terapia de pareja: antecedentes de

uso de armas, amenazas de violencia, obsesión por la pareja, antecedentes de crímenes violentos y órdenes de alejamiento, antecedentes de lesiones físicas a mujeres o niños (dos o más actos en los últimos 12 meses o antecedente de violación por parte de la pareja), formas extrañas de violencia, ideas suicidas u homicidas, o consumo de drogas periódico actual o no resuelto. La presencia de un solo factor de riesgo de muerte debe descartar a la pareja para la terapia conjunta.²⁹

Cuarta sesión con los dos miembros de la pareja: resumen y recomendaciones

La pareja acude a esta reunión esperando una opinión, que el terapeuta debe haber preparado cuidadosamente.³⁰ La sesión comienza con una oportunidad para el terapeuta y la pareja de cerrar, matizar o aclarar cualquier asunto o ambigüedad que haya surgido durante las primeras tres sesiones. El terapeuta puede entonces comentar, a modo de resumen, lo que ha aprendido sobre la pareja, ofrecer un nuevo marco sistémico y proponer una trayectoria para la terapia. La información comentada por el terapeuta puede tener varias partes. Al exponer los aspectos positivos de la relación, el terapeuta induce una actitud abierta hacia su opinión e indica su objetivo en la relación en lugar de en los individuos. A continuación puede hacer una lectura de la temperatura afectiva de la tensión en la relación, comentando si están pidiendo una reconstrucción de toda la relación o un ajuste de algunas áreas. Entonces, mediante la identificación de los factores estresantes y la colocación de la relación en la perspectiva del ciclo vital, el terapeuta espera normalizar las tensiones de la pareja. Por ejemplo: «No es de extrañar que acudan a la terapia de pareja como padres de dos niños pequeños. No solo se enfrentan al aumento usual de la lucha matrimonial sobre la equidad de quién hace qué y la disminución del interés sexual, sino que se les ha pedido que asuman un cuidado adicional, con la enfermedad de sus padres, que está agotando sus recursos».

La información dada por el terapeuta también puede incluir su reflexión sobre la visión del problema de cada miembro de la pareja de una forma que transmita empatía y respeto. Además, es el momento de subrayar las formas en que las perspectivas de los miembros de la pareja convergen y divergen entre sí. Finalmente, el terapeuta puede ofrecer una nueva visión sistémica de las dificultades de la relación de la pareja con una recomendación terapéutica y algunas ideas sobre la agenda terapéutica.

En general, la terapia de pareja está contraindicada en las siguientes circunstancias: cuando, al final de la consulta solo un miembro de la pareja identifica un deseo de cambiar o de trabajar en la relación; cuando hay violencia activa o factores mortales y el miembro violento no desea o es incapaz de negociar un contrato no violento; cuando se ha revelado al terapeuta una relación actual fuera de la pareja pero que sigue siendo un secreto para el otro miembro de la pareja, y cuando se han producido varios intentos fallidos de terapia de pareja y la relación actual se caracteriza por un nivel elevado de desconfianza y una falta de cualquier sentimiento positivo.²²

Técnicas de terapia de pareja

Está fuera del alcance de este capítulo revisar exhaustivamente todas las técnicas de terapia de pareja disponibles. Sin embargo, una forma de organizar la panoplia de técnicas sistémicas es agruparlas en función del cambio buscado: cognitivo, conductual o afectivo. A continuación se ofrece una breve muestra de técnicas que tienen un punto de partida y un

objetivo claros. Para obtener una descripción más exhaustiva de las técnicas sistémicas, véase el [capítulo 13](#).

Conocimiento como objetivo del cambio

John Gottman,³¹ un clínico e investigador, ha ideado un abordaje de la terapia de pareja basado en su extensa investigación de parejas en un laboratorio de la University of Washington en Seattle. Es un abordaje doble que pretende resolver el conflicto y mejorar la amistad, la buena voluntad y el afecto en una relación. Aunque la mera presencia del enfado no predice una relación inestable, Gottman perfila cuatro elementos, que él denomina «los cuatro jinetes del apocalipsis», cuya presencia durante el conflicto predice la disolución de la relación.³² Estos «jinetes» son las críticas, la actitud defensiva, el desprecio y las evasivas. Gottman predice que, cuando esos cuatro elementos están presentes durante una pelea, la relación no durará. Además, cuando las parejas son capaces de hacer declaraciones reparadoras durante una pelea, el daño a la relación disminuye. Al examinar la activación fisiológica durante una pelea,³² encuentra que la frecuencia cardíaca de los hombres tiende a elevarse más rápidamente que la de las mujeres y que se mantiene más elevada, de modo que tomarse un descanso durante una pelea para volver al estado basal puede ser una buena idea. También recomienda que los miembros de la pareja intenten empezar un conflicto suavemente y considerar las ideas del otro.

Su investigación también revela que la mayoría de las peleas que mantienen las parejas son sobre aspectos irreconciliables. Gottman sostiene que el compromiso es imposible cuando la posición de cada miembro está ligada a un sueño vital o a una filosofía de vida muy querida que precede al comienzo de la relación. Se refiere a estos aspectos intratables como «asuntos perpetuos». La mejor forma de tratarlos es animando a cada miembro de la pareja a entender la posición del otro, de modo que ambos aprendan a desarrollar un diálogo con el problema.³³ Sin embargo, Gottman avisa de que centrarse solo en disminuir el conflicto no será la panacea para todos los matrimonios. Además, el terapeuta debe reforzar el afecto positivo entre la pareja cuando no está peleándose. Por ejemplo, recomienda que la pareja desarrolle un «mapa del amor»³³—creando un espacio cognitivo en su cerebro para el otro, sobre las peculiaridades del otro, como sus preferencias, sus sueños y sus amistades, de modo que cada miembro se sienta realmente conocido por el otro—. A la pareja también se le pide que construya una historia matrimonial que se actualice con descubrimientos recientes, lo que refuerza la conexión matrimonial y el carácter especial de la conexión. Este entendimiento también incluye el conocimiento de la familia de origen del otro y qué cosas valora profundamente y desea aportar al matrimonio cada uno. Gottman también se centra en los rituales de la conexión, como la hora de la comida, y anima a los miembros de las parejas a ser más expresivos verbalmente sobre las cosas que les gustan y admiran del otro. Gran parte de las intervenciones de Gottman se hacen compartiendo datos recogidos mediante la observación de la pareja y ofreciendo información sobre lo que ayuda a los miembros de la pareja a reducir la repercusión de sus peleas y mejorar su amistad mutua.

Las técnicas narrativas son otro ejemplo de intervenciones que se dirigen a un cambio cognitivo. El terapeuta y la pareja se centran en el uso del lenguaje por la pareja para definir y delimitar las posibilidades de cambio. Realizando pequeños cambios en el lenguaje, el terapeuta intentará construir una nueva narrativa con la pareja que sea más adecuada para buscar soluciones.³⁴ Por ejemplo, una pareja acude a terapia y dice que tiene un «terrible

problema sexual», consistente en la «total falta de interés en el sexo» por parte de la mujer. A medida que el terapeuta plantea preguntas matizadas sobre la falta de interés de la mujer, el problema se remodela como uno que implica una mala comunicación sobre los juegos previos. A la mujer le gusta la idea de hablar en la cama con su marido sobre todos los problemas, tareas y preocupaciones diarias que están desplazando sus pensamientos sexuales. Los dos miembros de la pareja empiezan a pensar en esta conversación como una «charla de almohada» que marca el comienzo de un encuentro sexual. De esta manera, un nuevo lenguaje sobre la actividad sexual abre soluciones diferentes.

El terapeuta narrativo también puede usar el lenguaje para ayudar a buscar un nuevo nombre a un problema, usando una técnica llamada externalización del problema.¹³ Con esta técnica, un problema que ha existido entre la pareja, o en uno de los miembros, se sitúa fuera de ella, como un intruso, una fuente de conflictos, una fuente de problemas. Después, los miembros de la pareja pueden unir fuerzas y atacar el problema. Por ejemplo, a una pareja que se pelea de forma continua se le puede preguntar: «¿Cómo sabéis cuándo vuestro hábito de pelear va a aparecer y tratar de engañaros llevándoos a arruinar vuestra relación?». El terapeuta narrativo está interesado, además, en amplificar las formas en que una pareja se resiste al problema: «¿Cómo encuentra la fuerza para decir no al hábito de pelearse? ¿Qué hace en lugar de sucumbir?».

Afecto como objetivo del cambio

La terapia de pareja centrada en las emociones (TPCE) es un abordaje validado de forma empírica que se centra en el afecto presente en la pareja explorando sus respuestas emocionales y reconfigurando su vínculo mutuo. Susan Johnson,³⁵ la creadora de la TPCE, trabaja con parejas examinando qué tipos de «daños del afecto» continúan interviniendo para crear ciclos negativos repetitivos de interacción. Su técnica es explorar las narrativas no expresadas relacionadas con las inseguridades que cada individuo lleva a la relación. Al explorar los miedos presentes que no se han expresado, la empatía aumenta y las rupturas se hacen reparables. El objetivo es la emoción aquí y ahora, y el terapeuta actúa como un «consultor del proceso».³⁵

Johnson³⁵ postula que existen diferencias de sexo en las narrativas del afecto, de modo que las mujeres temen el abandono, y los hombres, el fracaso. También asegura que las parejas tienen una paleta de seis emociones centrales: enfado o protesta sobre la falta de afecto, tristeza, sorpresa, disgusto/vergüenza, miedo a la desconexión y alegría. Fomentar y expandir la experiencia afectiva que ha sido «marginada» por cada individuo permite que se produzca un nivel más profundo de empatía. Cuando cada miembro siente la empatía profunda del terapeuta y después del otro miembro, se abre la puerta para redefinir en el presente reacciones que fueron insuficientemente entendidas, desestimadas o criticadas.

Con un nuevo conocimiento empieza a desplegarse un diálogo diferente. Las parejas experimentan entonces las interacciones negativas con un significado muy diferente y nuevo. Se desarrolla una percepción más empática y positiva del otro miembro de la pareja a partir de la exploración continuada por el terapeuta del afecto y de las inseguridades no verbalizadas.³⁶ El objetivo de este tratamiento es un mayor afecto, en lugar de la resolución del problema.

Con nueva información afectiva y empatía, las parejas obtienen una habilidad diferente para salir del ciclo de un problema negativo. Por medio de esta modalidad terapéutica

reestructuradora y validadora, se desarrolla una mayor confianza basada en una nueva narrativa sobre la relación y un repertorio emocional ampliado frente al material cargado.³⁷

Conducta como objetivo del cambio

El entrenamiento de las habilidades comunicativas, una parte esencial de la terapia matrimonial conductual, hace hincapié en un abordaje racional e imparcial para el cambio.³⁸ El terapeuta enseña la práctica de la escucha activa, en la que cada miembro de la pareja habla y escucha por turnos. Como oyente, cada miembro de la pareja demuestra el entendimiento de lo que se ha dicho (parafraseando y preguntando para obtener la confirmación del que habla), mientras que el que habla lo hace sin culpar al otro. Además, se pide a cada miembro que elabore una lista de conductas que le resultan agradables. Posteriormente, el terapeuta negocia un quid pro quo matrimonial: se pide a cada miembro de la pareja que potencie las conductas en función de la lista del otro a cambio de que su pareja haga lo mismo. Por ejemplo, un miembro de la pareja podría dar un masaje en la espalda al otro al final del día, a cambio de que le deje media hora a solas al volver del trabajo. Con este enfoque, el terapeuta también puede enseñar habilidades para pelear de forma justa sugiriendo el cumplimiento de varias reglas. Por ejemplo, el terapeuta podría pedir a la pareja que trate solo un tema cada vez, que elimine los insultos o el sarcasmo, que hable desde una posición del «yo» y que pida un cambio de conducta específico en lugar de un cambio de personalidad.

Otros terapeutas pueden usar el desempeño de roles y otras técnicas orientadas hacia la acción para efectuar el cambio de conducta. Por ejemplo, el terapeuta puede sugerir que los miembros de la pareja intercambien sus roles habituales, de modo que, quizá durante 1 semana, un miembro preocupado intenta ser despreocupado, mientras que el despreocupado recoge el testigo de estar atento a las preocupaciones y ansiedades diarias. Este ejercicio puede incrementar la empatía del uno por el otro y relajar posiciones polarizadas. Además, mediante el uso de técnicas psicodramáticas, cada miembro de la pareja puede representar una interacción presente que es insatisfactoria, quizá porque reinterpreta una situación de su familia de origen. Cuando se interpreta el rol, la representación puede reescribirse para corregir una injusticia anterior, o un miembro de la pareja puede mostrar cómo le gustaría ser tratado.³⁹

Conclusión

Independientemente de si el objetivo del cambio es afectivo, cognitivo o conductual, la lente del terapeuta está especializada en las interacciones entre los miembros de la pareja. La terapia de pareja no es la práctica de atender a dos individuos al mismo tiempo. Es sobre todo centrarse en una tercera entidad, la relación, como cliente. La interacción entre dos miembros de una pareja se crea mediante un lenguaje compartido, influido por la familia de origen y modelado por las transiciones predecibles del ciclo vital de la pareja y por factores estresantes impredecibles. El terapeuta de pareja debe ayudarla a sentir su pasado separado y compartido, crear rituales significativos y una intimidad en el presente, y encontrar esperanza para aceptar las incertidumbres del mañana.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Lieblum SR, ed. *Principles and practice of sex therapy*. ed 4 New York: Guilford Press; 2006.
2. Marlett GA, Larimer M, Witkiewitz K. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behaviors*. ed 2 New York: Guilford Press; 2012.
3. Baucom D, Snyder DK, Gordon KC. *Helping couples get past the affair*. New York: Guilford Press; 2011.
4. Beach SRH, Dreifuss JA, Franklin KJ, et al. Couples therapy and the treatment of depression. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. ed 4 New York: Guilford Press; 2008.
5. Covington SN, Burns LH. *Infertility counselling: A comprehensive handbook for clinicians*. ed 2 Cambridge, England: Cambridge University Press; 2006.
6. Meyers M, Diamond R, Kezur D, et al. An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Fam Process*. 1995;34:231–240.
7. McDaniel SH, Hepworth J, Doherty WJ. *The shared experience of illness*. New York: Basic Books; 2003.
8. Howes P, Markman J. Marital quality and child functioning: a longitudinal investigation. *Child Dev*. 1989;60(5):1044–1051.
9. Watzlawick W, Jackson D, Beavin J. *Pragmatics of human communication*. New York: WW Norton; 1968.
10. Goldner V, Penn P, Sheinberg M, et al. Love and violence: gender paradoxes in volatile attachments. *Fam Process*. 1990;29:343–364.
11. Zinner J, Shapiro S. Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *J Psycho-Anal*. 1972;53:523–530.
12. Markman HJ, Renick MJ, Floyd SM, et al. Preventing marital distress through communication and conflict management training. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(1):70–71.
13. Freedman J, Combs G. Narrative couple therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. ed 4 New York: Guilford Press; 2008.
14. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.

15. Simon GM. Structural family therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. ed 4 New York: Guilford Press; 2008.
16. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
17. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
18. Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson; 1978.
19. Fraenkel P. Time and rhythm in couples. *Fam Process*. 1994;33:37–51.
20. McGoldrick M, Carter B, Garcia-Preto N. *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives*. ed 4 New York: Pearson; 2010.
21. De Shayzer S. *Words were originally magic*. New York: Norton; 1994.
22. Karpel M. *Evaluating couples: a handbook for practitioners*. New York: Norton; 1994.
23. LoPiccolo J, LoPiccolo L, eds. *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum; 1978.
24. Lassner J. Don't be afraid to ask: confronting your patients' sexual problems. *JAAPA*. 1999;12(7):56–67.
25. Fishel A. *Treating the adolescent in family therapy: a developmental and narrative approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1999.
26. Aldarondo E, Straus M. Screening for physical violence in couple therapy: methodological, practical and ethical considerations. *Fam Process*. 1994;33:425–439.
27. Simmons CA, Lehman P, Cobb N. A comparison of women versus men charged with intimate partner violence: General risk factors, attitudes regarding using violence, and readiness to change. In: Murphy CM, Maiuro RD, eds. *Motivational interviewing and stages of change in intimate partners violence*. New York: Springer Publishing; 2009.
28. Goldner V. The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Fam Process*. 1998;37:263–286.
29. Bograd M, Mederos F. Battering and couples therapy: universal screening and selection of treatment modality. *J Marital Fam Ther*. 1999;25(3):291–312.
30. Fishel A, Gordon C. Treating the family in the emergency department. In: Hyman S, ed. *Manual of psychiatric emergencies*. ed 2 Boston: Little Brown; 1988.
31. Gottman JM. *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.

32. Gottman JM, Coan J, Carrere S, et al. Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *J Marriage Fam.* 1998;60(1):5–22.
33. Gottman JM, Gottman JS. Gottman method couple therapy. In: Gurman A, ed. *Clinical handbook of couple therapy.* ed 4 New York: Guilford Press; 2008.
34. Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications of clinical theory. *Fam Process.* 1988;27:371–393.
35. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connections.* New York: Brunner-Routledge; 2004.
36. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy.* ed 4 New York: Guilford Press; 2008.
37. Johnson SM, Williams-Keeler L. Creating healing relationships for couples dealing with trauma: the use of emotionally focused marital therapy. *J Marital Fam Ther.* 1998;24:227–236.
38. Baucom DH, Epstein N. *Cognitive-behavioral marital therapy.* New York: Routledge; 2013.
39. Chasin R, Roth SA, Bograd M. Action methods in systemic therapy: dramatizing ideal futures and reformed pasts with couples. *Fam Process.* 1989;28:121–136.

|

(Stern, 20171024, pp. 119-127.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.