



Terapia integrativa para el abordaje de los problemas de pareja: informe de un caso clínico

Integrative therapy for addressing couple relationship problems: a clinical case report

María José Chuquitarco Marín 
mjchuquitarco@utpl.edu.ec

María Emilia Jaramillo Bustamante 
mejaramillo43@utpl.edu.ec

Universidad Técnica Particular de Loja. Loja, Ecuador

Recibido: 06 de agosto 2026 / Aceptado: 30 de septiembre 2026 / Publicado: 29 de octubre 2026

Resumen

Introducción: Se presenta un informe de caso sobre la intervención psicológica de una pareja ecuatoriana con problemas en la relación conyugal asociados con dificultades en la crianza de los hijos, problemas económicos, resentimiento, conductas hostiles e insatisfacción con las expresiones afectivas. **Objetivo:** Mejorar la interacción y la calidad del vínculo afectivo. **Método:** Se empleó un enfoque integrativo basado en la terapia de pareja cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la psicoterapia gestáltica, que constó de ocho sesiones semanales y dos de seguimiento. La evaluación incluyó entrevistas semiestructuradas, observación e instrumentos psicológicos. **Resultados:** Se observaron cambios favorables en la regulación emocional, la expresión afectiva, el funcionamiento familiar y la satisfacción conyugal, que se mantuvieron parcialmente en el seguimiento, aunque surgieron nuevas dificultades relacionales. **Conclusión:** El caso es relevante porque muestra la adaptación e integración de estrategias de distintas terapias según las necesidades de la pareja, además de permitir identificar cambios y desafíos posteriores a la intervención.

Palabras clave: Enfoque integrativo; Informe de caso; Intervención psicológica; Problemas de pareja; Terapia integrativa.

Abstract

Introduction: This case report describes the psychological intervention provided to an Ecuadorian couple experiencing marital relationship difficulties associated with challenges in child-rearing, financial problems, resentment, hostile behaviors, and dissatisfaction with expressions of affection. **Objective:** To improve interaction and the quality of the emotional bond. **Method:** An integrative approach was employed, drawing on cognitive-behavioral couples therapy, acceptance and commitment therapy, and Gestalt psychotherapy. The intervention consisted of eight weekly sessions and two follow-up sessions. The assessment included semi-structured interviews, observation, and psychological assessment instruments. **Results:** Favorable changes were observed in emotional regulation, expressions of affection, family functioning, and marital satisfaction. These changes were partially maintained at follow-up.

although new relational difficulties emerged. **Conclusion:** This case is relevant because it illustrates how strategies from different therapeutic approaches can be adapted and integrated according to the couple's needs, while also allowing changes and challenges arising after the intervention to be identified.

Keywords: Integrative approach; Case report; Psychological intervention; Couple relationship problems; Integrative therapy.

Introducción

La relación de pareja constituye una de las fuentes más influyentes de apoyo social y emocional en la vida adulta y su calidad se asocia de manera consistente con el bienestar psicológico y físico de los miembros del hogar (Proulx et al., 2007; Robles et al., 2014). Los metaanálisis disponibles indican que una mayor calidad conyugal se vincula con menores síntomas depresivos y ansiosos, mejor salud autoinformada e incluso menor riesgo de mortalidad, mientras que el deterioro del vínculo opera como un estresor crónico que erosiona la salud y el funcionamiento cotidiano de ambos cónyuges (Robles et al., 2014).

Más allá del plano individual, la convivencia de pareja organiza la dinámica familiar completa: condiciona el clima emocional en el que crecen los hijos, modula la forma en que la familia afronta las transiciones vitales y ocupa un lugar decisivo en el bienestar psicológico de cada integrante (Berge et al., 2021). En consecuencia, los problemas conyugales figuran entre los motivos de consulta más frecuentes tanto en atención primaria como en psicología clínica y, con frecuencia, anticipan decisiones tan trascendentes como la separación o el divorcio (Berge et al., 2021; Gottman, 1998).

Por otra parte, la satisfacción conyugal no es una constante estática, sino que describe trayectorias heterogéneas a lo largo del ciclo vital. Aunque la mayoría de las parejas recién casadas parte de niveles elevados de satisfacción, una proporción considerable de los cónyuges muestra descensos tempranos y sostenidos que incrementan el riesgo de disolución del vínculo (Lavner & Bradbury, 2010). En este contexto Gottman (1998) documentó que entre la mitad y dos tercios de los primeros matrimonios terminan en divorcio y que los procesos interactivos observados, en especial la escalada del afecto negativo, la crítica, el desprecio y la retirada defensiva, predicen la ruptura mejor que los informes globales de felicidad, con consecuencias negativas documentadas sobre la salud física y mental de las exparejas y sobre el desarrollo de los hijos.

Estos hallazgos subrayan que el conflicto marital es menos un acontecimiento puntual que un proceso acumulativo, alimentado por intercambios negativos repetidos que, con el tiempo, desgastan el afecto, la intimidad y el compromiso, con efectos directos sobre la satisfacción y la estabilidad del vínculo (McNulty et al., 2021). Desde la perspectiva clínica, el malestar conyugal trasciende con creces el ámbito relacional. La discordia matrimonial se asocia de forma transversal con depresión, ansiedad, consumo

problemático de sustancias y peor respuesta a los tratamientos individuales; además, rara vez remite de manera espontánea cuando la fuente primaria de estrés es la relación misma (Whisman & Baucom, 2012).

A su vez, la calidad del vínculo incide sobre marcadores cardiovasculares, endocrinos e inmunitarios, así como sobre las conductas de salud de ambos cónyuges, lo que convierte a la terapia de pareja en una intervención con implicaciones de salud pública y no solo de bienestar subjetivo (Robles et al., 2014). Esta doble cara de sufrimiento individual y disfunción relacional, explica que los problemas de pareja se hayan consolidado como un objeto legítimo y prioritario de la práctica clínica contemporánea (Doss et al., 2022).

En el plano nosográfico, el conflicto de pareja se vuelve motivo de consulta cuando deteriora el funcionamiento conductual, cognitivo o afectivo. La CIE-11 incluye, entre los factores que influyen en el estado de salud, el problema en la relación con el cónyuge o la pareja (QE51.0) y el DSM-5 recoge la categoría análoga de problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (V61.10) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). El diagnóstico diferencial obliga a descartar la simulación y el trastorno facticio, a excluir etiologías médicas o derivadas del consumo de sustancias, a identificar trastornos primarios y a delimitar el cuadro frente al trastorno de adaptación y frente a la ausencia de trastorno mental (First, 2017). En la práctica, ello supone ponderar si el malestar del consultante es causa o consecuencia del conflicto, tarea que exige evaluar simultáneamente la interacción de pareja, el funcionamiento individual y el contexto sociocultural en el que ambos se inscriben (Whisman & Baucom, 2012).

En cuanto a los procesos que sostienen ese deterioro, la evidencia converge en que la calidad de la comunicación durante el conflicto es uno de los mecanismos más robustos: la oposición directa y cooperativa puede resultar beneficiosa cuando existen problemas serios que requieren cambios, mientras que la hostilidad, el desprecio, la exigencia defensiva y la retirada anticipan deterioros sostenidos de la satisfacción (Gottman, 1998; Overall & McNulty, 2017).

El modelo de vulnerabilidad-estrés-adaptación integra, además, las diferencias individuales estables, el estrés externo y las conductas interactivas como determinantes encadenados del cambio en la satisfacción: los rasgos de cada cónyuge moldean la conducta interaccional y es esta más que el rasgo en sí misma, la que erosiona o protege el vínculo, especialmente en contextos de alta demanda (McNulty et al., 2021). De este modo, el conflicto conyugal puede comprenderse como el producto de la interacción entre vulnerabilidades personales, condiciones externas de estrés y repertorios de comunicación que se retroalimentan entre sí.

Entre los estresores más documentados figura la transición a la parentalidad. En este sentido, Twenge et al. (2003) reveló que los padres informan menor satisfacción

conyugal que las parejas sin hijos y que esa diferencia se acentúa con el número de hijos y entre las madres de lactantes. En la misma línea, [Doss et al. \(2009\)](#) siguieron durante ocho años a una cohorte de parejas y observaron un deterioro repentino del funcionamiento relacional tras el nacimiento del primer hijo, con caídas de la satisfacción, del afecto positivo y de la calidad de la comunicación que tendían a persistir durante todo el período estudiado.

A la sobrecarga derivada de la crianza se suman la doble jornada laboral y doméstica, las tensiones económicas, los desacuerdos sobre las familias de origen y la insatisfacción sexual; de hecho, los datos longitudinales sugieren que los beneficios de la terapia de pareja sobre la esfera sexual tienden a diluirse tras el alta cuando esta dimensión no se aborda de forma específica ([Rothman et al., 2021](#); [Waddell et al., 2021](#)). La pandemia de COVID-19 potenció varios de estos factores al condensar el estrés financiero, el teletrabajo y el cuidado exclusivo de los hijos dentro del hogar, con impacto diferencial sobre la salud relacional de las parejas ([Pietromonaco & Overall, 2021](#)). En América Latina, por añadidura, se ha descrito un desgaste emocional creciente en la convivencia afectiva asociado a la falta de estrategias de diálogo y de afrontamiento, lo que convierte estas dificultades en un problema regional de primera magnitud ([Villavicencio & Jaramillo, 2020](#)).

A los estresores externos se añaden factores de vulnerabilidad individual. Rasgos como el neuroticismo, la impulsividad o los estilos dominantes de resolución de conflicto moderan la asociación entre la comunicación y la satisfacción posterior, de suerte que un mismo intercambio puede ser inocuo para una pareja y lesivo para otra ([Taggart et al., 2019](#)). Asimismo, las creencias disfuncionales acerca de la relación de que el desacuerdo es destructivo, que los cónyuges deben leerse la mente, que la pareja no puede cambiar o que los sexos son esencialmente diferentes, se asocian con menor ajuste diádico y con mayor malestar, y se mantienen como predictores robustos de la insatisfacción en muestras clínicas y no clínicas ([Eidelson & Epstein, 1982](#); [Topkaya et al., 2023](#)). Estos contenidos cognitivos actúan como filtros interpretativos que amplifican las fricciones cotidianas, consolidan atribuciones negativas sobre la intención del otro y reducen la disposición al perdón, un proceso central en la recuperación de las transgresiones relacionales ([Côté et al., 2022](#); [Fehr et al., 2010](#)).

Frente a este panorama, la investigación sobre tratamientos consolidó un cuerpo robusto de intervenciones eficaces. La terapia de pareja cognitivo-conductual (TPCC) sistematiza el intercambio de conductas positivas, la comunicación y la resolución de problemas, y añade el trabajo de las cogniciones que alimentan el conflicto ([Baucom & Epstein, 1990](#); [Epstein & Zheng, 2017](#)). Las revisiones contemporáneas sitúan a las terapias conductuales y sus derivadas entre los tratamientos con mayor respaldo empírico para el malestar relacional, con mejorías clínicamente significativas que alcanzan a la mayoría de las parejas tratadas ([Doss et al., 2022](#); [Wood et al., 2005](#)).

En esta familia destaca la terapia de pareja conductual integradora, diseñada para parejas crónicamente en conflicto, que equilibra estrategias de cambio con estrategias de aceptación emocional: en el ensayo aleatorizado de [Christensen et al. \(2004\)](#), el 71 % de las parejas tratadas con este enfoque mejoró o recuperó niveles satisfactorios de ajuste diádico al finalizar el tratamiento, con ganancias que se conservaron a los dos años ([Christensen et al., 2006](#)). La evolución del campo sugiere, con todo, que los beneficios no son homogéneos: la comunicación, las creencias y las dimensiones sexuales responden a ritmos distintos y exigen lecturas diferenciales ([Christensen & Doss, 2017](#); [Rothman et al., 2021](#)).

Por otra parte, dos tradiciones terapéuticas mostraron utilidad complementaria para el trabajo con parejas. La terapia de aceptación y compromiso (ACT), surgida del contextualismo funcional, propone que buena parte del sufrimiento relacional se mantiene por la rigidez psicológica: el control excesivo de la experiencia privada, la fusión con contenidos cognitivos y el alejamiento de los valores personales ([Hayes, 1984](#); [Hayes et al., 1999](#); [Wilson & Luciano, 2002](#)).

Los estudios de caso con parejas en conflicto indicaron que la ACT incrementa el ajuste y la satisfacción maritales al promover la aceptación emocional y la comunicación orientada a valores ([Peterson et al., 2009](#)), y las guías clínicas contemporáneas la han adaptado al trabajo con parejas mediante mindfulness, defusión y compromiso conductual ([Lev & McKay, 2018](#)). La psicoterapia gestáltica, por su parte, devuelve el foco al presente y a la expresión emocional de los asuntos inconclusos, favorece el contacto genuino entre los cónyuges y acompaña procesos de elaboración y de perdón decisivos cuando el conflicto arrastra transgresiones históricas ([Harris, 2007](#); [Perls et al., 1951](#); [Zinker, 1994](#)). Ambas tradiciones comparten, junto con la revisión de procesos de perdón en terapia de pareja, el énfasis en la experiencia inmediata y en la construcción de un vínculo más flexible y auténtico ([Côté et al., 2022](#)).

La combinación de estrategias procedentes de distintos marcos se ha legitimado tanto desde el movimiento de integración en psicoterapia que aboga por ajustar la técnica a las necesidades singulares de cada caso, como desde propuestas contemporáneas que conciben la integración como un proceso de variación y selección de intervenciones guiado por su funcionalidad en el contexto concreto ([Monestès y Hayes, 2022](#); [Norcross & Goldfried, 2005](#)). Esta vía resulta especialmente pertinente cuando coexisten aristas cognitivas, emocionales, conductuales y relacionales que ninguna aproximación única cubre por completo ([Christensen & Doss, 2017](#); [Doss et al., 2022](#)). No obstante, los informes de caso rigurosos siguen siendo escasos en el contexto latinoamericano, pese a que constituyen una vía idónea para documentar cómo se traducen los protocolos de eficacia a la práctica cotidiana, con recursos limitados y parejas cuyos dilemas concretos no siempre encajan en los manuales ([Berge et al., 2021](#); [Villavicencio & Jaramillo, 2020](#)).

De ahí que toda aplicación integradora deba leerse en clave situada: necesidades concretas y contexto sociocultural de cada pareja. En este contexto, el objetivo del siguiente trabajo es describir el trabajo con una pareja ecuatoriana con malestar conyugal diagnosticado como problema en la relación entre esposos o pareja, desde un enfoque que articula terapia de pareja cognitivo-conductual, terapia de aceptación y compromiso y psicoterapia gestáltica. Con ello, se busca aportar evidencia sobre el proceso de evaluación, intervención y seguimiento, así como identificar los principales cambios y desafíos posteriores al proceso terapéutico.

Descripción del caso clínico

El trabajo se ajustó a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Para resguardar la confidencialidad, los nombres fueron sustituidos por las iniciales A. y B., y se recabó el consentimiento informado para evaluar, intervenir y publicar los datos clínicos de forma anonimizada. Al tratarse de un reporte de caso con consentimiento y anonimización, no se requirió dictamen de comité de ética; en ninguna fase se recurrió a herramientas de inteligencia artificial generativa.

La pareja, ecuatoriana y casada, pertenece al nivel socioeconómico medio. A., mujer de 33 años, ejerce como arquitecta; B., hombre de 37, trabaja como diseñador gráfico y fotógrafo. Llevan 14 años de relación y forman una familia nuclear con dos hijos varones, de 13 y 4 años, con quienes mantienen un trato cercano. En salud, A. presenta hipotiroidismo y B. pancreatitis; ninguno refiere antecedentes de trastornos mentales ni consumo problemático de sustancias. En la consulta, A. habló de resentimiento por hechos pasados y de lo mucho que le cuesta perdonar, con tristeza, enojo y miedo entremezclados; B., en cambio, describió a su esposa como hostil y poco expresiva en lo afectivo, algo que le provoca tristeza, enojo y estrés.

El malestar se remonta al primer embarazo, hace unos 13 años, cuando B. se implicó poco, y se agravó con comentarios despectivos de él sobre el físico de A., que le dejaron una huella de minusvalía. Con el tiempo se sumaron los celos de A. ante gestos de B. que ella lee como cortejo hacia otras mujeres, además de fricciones con ambas familias políticas. La pandemia de COVID-19 tensó más la cuerda: aprietos económicos y cuidado de los hijos dispararon discusiones, reabrieron heridas viejas e instalaron el control sobre tiempos y dinero. El divorcio llegó a ponerse sobre la mesa y buscaron una primera terapia de pareja, centrada en autorregulación emocional y pautas conductuales, que logró recomponer la relación en aquel momento.

Cuando llegan a esta consulta, ambos se muestran ambivalentes hacia el vínculo y con un malestar intenso que salpica el bienestar personal, el clima familiar y el rendimiento laboral, a lo que se añade la incompreensión en lo sexual y la caída de la frecuencia íntima.

La evaluación combinó entrevistas clínicas, observación e instrumentos psicológicos. Hubo tres entrevistas semiestructuradas en pareja donde se solicitó datos sociodemográficos, motivo, historia del vínculo, familias políticas, crianza y sexualidad, más entrevistas individuales para anamnesis y rasgos de personalidad. La interacción se observó (Labrador, 2015) con una ficha de 25 afirmaciones conductuales sobre cómo resuelven conflictos, se comunican y expresan emociones.

El ajuste se midió con la Escala de Ajuste Diádico (DAS; Cano-Prous et al., 2014) que permite medir: consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión, de 32 ítems y alta consistencia interna ($\alpha = .94$). Las estrategias de comunicación se evaluaron con el Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA; Carrasco, 1998), formas A (conducta propia) y B (percepción del cónyuge) en aserción, sumisión, agresión y agresión pasiva: 40 ítems con consistencias entre .75 y .96.

Los rasgos patológicos de personalidad se exploraron con el Cuestionario Salamanca (Pérez et al., 2007), 22 ítems en grupos A, B y C ($\alpha = .89$). Las creencias disfuncionales, con el Inventario de Creencias sobre la Relación (RBI; Eidelson & Epstein, 1982): 40 ítems en cinco dimensiones: el desacuerdo es destructivo, lectura mental, la pareja no puede cambiar, perfeccionismo sexual y los sexos son diferentes, con alfas entre .72 y .81. Para el diagnóstico se utilizaron las clasificaciones CIE-11 y DSM-5, siguiendo el modelo propuesto por First (2017): (a) descartar simulación y trastorno facticio, (b) excluir etiología por consumo problemático de sustancias o medicamentos, (c) descartar etiología por afecciones médicas, (d) identificar trastornos primarios, (e) diferenciar el trastorno de adaptación de otros cuadros especificados y (f) establecer el límite con la ausencia de trastorno mental.

Se descartaron trastornos primarios al no cumplirse con los criterios requeridos, y se estableció el diagnóstico de Z63.0 problemas en la relación entre esposos o pareja (V61.10) debido a que el motivo de consulta se encuentra relacionado con el abordaje de la calidad de la relación marital, que presenta un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos y afectivos. La intervención se desarrolló desde un enfoque integrativo basado en la terapia de pareja cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la psicoterapia gestáltica, con el propósito de mejorar la interacción y calidad del vínculo de la pareja. El proceso terapéutico se estructuró en ocho sesiones semanales de 90 minutos, incorporando actividades y tareas de acuerdo con los objetivos específicos establecidos para cada sesión que se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Plan de intervención (sesiones 1–8) y seguimiento (sesiones 9–10)

Sesión	Objetivo	Técnicas principales	Tareas
1	Motivar y preparar al cambio; establecer objetivos comunes.	Psicoeducación sobre modelo conceptual de pareja; entrevista motivacional; propósito de vida.	—

2	Fomentar el cambio cognitivo y eliminar sesgos.	Técnica ABCDE; técnica del perdón; alternativas para trabajar el pasado; ritual de despedida (contrato).	Autorregistro de pensamientos.
3	Cambio cognitivo y conductual; mejorar el clima emocional.	Psicoeducación sobre diferencias; ABCDE; intercambio de reforzadores (caja de los deseos); planificación del tiempo.	Registro de intercambios positivos; autorregistro; práctica de reforzadores.
4	Reducir el intercambio negativo; cambio cognitivo.	Diálogo socrático; contrato conductual (conductas, consecuencias, criterios y tiempos).	Diario feliz (tres aspectos positivos); experimentos conductuales; autorregistro.
5	Mejorar la regulación emocional.	Metáfora «la lucha con el monstruo»; psicoeducación emocional; técnica del semáforo; asuntos inconclusos.	Práctica del semáforo; frases de responsabilidad («me hago cargo»).
6	Mejorar la comunicación; psicoeducar sobre crianza.	Habilidades de comunicación asertiva (desacuerdos, peticiones, decir «no»); danza terapéutica; crianza positiva.	Práctica de comunicación.
7	Dotar de estrategias de afrontamiento; mejorar la sexualidad.	Metáfora «el hombre en el agujero»; solución de problemas; control estimular; psicoeducación sexual; imaginación guiada (respiración 4 tiempos, día perfecto).	Control estimular en el hogar.
8	Prevenir recaídas; evaluar indicadores postratamiento.	Metáfora «las calles con tiendas»; prevención de recaídas; «como si el otro nunca hubiera ido a terapia»; retroalimentación; evaluación post.	—
9	Valorar persistencia del cambio; comunicación asertiva; reforzadores.	Entrevista semiestructurada; role playing de comunicación; retroalimentación; expresión emocional.	Práctica de lo aprendido.
10	Valorar persistencia del cambio y ajuste diádico.	Entrevista semiestructurada; retroalimentación; evaluación de seguimiento.	—

Nota. Sesiones semanales de 90 minutos (1–8) y seguimiento al mes y a los tres meses (9–10). Técnicas fundamentadas en Ellis (1962); Epstein y Zheng (2017); Hayes et al. (1999); Labrador (2015); Perls et al. (1951) y Wilson y Luciano (2002).

Los resultados de la evaluación inicial evidenciaron la presencia de rasgos de personalidad que podrían interferir en el establecimiento de acuerdos y resolución de problemas maritales, aunque los puntajes obtenidos se mantuvieron dentro de rangos

no clínicos. En la paciente A., se observaron características de personalidad paranoide, esquizoide, histriónica y anancástica, mientras que B. presentó rasgos de inestabilidad emocional de tipo impulsivo y anancásticos (Tabla 2, panel A).

En el cuestionario ASPA, la paciente A. mostró un aumento de la aserción y reducción de la agresión después de la intervención; sin embargo, se observó un aumento de la sumisión y se mantuvo elevada la agresión pasiva. En el paciente B. se evidenció una reducción de la agresión pasiva, descenso de aserción y aumento de la sumisión, mientras que la agresión se mantuvo en un nivel elevado (Tabla 2, panel A)

En la forma B, la paciente A. mostró una percepción favorable del comportamiento de su cónyuge, con incremento de la aserción y disminución de la agresión, sumisión y agresión pasiva. En contraste, el paciente B. presentó una disminución en la percepción de agresión y aserción, así como un aumento en la sumisión y agresión pasiva. En la forma A del ASPA, la agresión disminuyó únicamente en A. (99 a 53) y se mantuvo en B. (30 antes y después de la intervención). La sumisión aumentó en ambos (A.: 40 a 63; B.: 60 a 83), mientras que la agresión pasiva se mantuvo en A. (70 a 70) y disminuyó en B. (90 a 60) (Tabla 2, panel A).

En el RBI se observó una reducción de las creencias disfuncionales relacionadas con la relación de pareja. La paciente A., en la evaluación inicial obtuvo un nivel alto de disfunción, y al finalizar el tratamiento, su puntaje disminuyó a 95 registrando un nivel bajo de creencias irracionales. La reducción se observó en la mayoría de las dimensiones, aunque la puntuación correspondiente a lectura mental permaneció elevada.

El paciente B. inicialmente reportó un nivel bajo de creencias irracionales sobre la relación, con afectación en la subescala el desacuerdo es destructivo. Posterior a la intervención, su puntaje global disminuyó a 62, evidenciando una reducción en la disfunción de sus creencias y niveles bajos en todas las dimensiones analizadas (Tabla 2, panel A). En la escala DAS, la paciente A. obtuvo inicialmente un nivel muy bajo de ajuste, mientras que, al finalizar la intervención la puntuación aumentó a 91, indicando un nivel bajo de ajuste. Se observó mejoría en consenso y cohesión, aunque disminuyó la expresión afectiva. El paciente B. reportó un ajuste diádico medio en la evaluación inicial, que aumentó a 114 posterior al tratamiento, manteniéndose en el nivel medio de ajuste diádico, con mejorías en consenso, satisfacción y cohesión, mientras que la expresión afectiva disminuyó (Tabla 2, panel A).

Los resultados cualitativos mostraron cambios a nivel emocional, cognitivo y conductual en la relación. Se observó disminución de conductas hostiles y dificultades de autorregulación emocional, junto con cambios en las atribuciones negativas y pensamientos disfuncionales sobre la relación. También se identificaron mejoras en la comunicación, organización del cuidado de los hijos, distribución de responsabilidades y dedicación de tiempo de calidad a la pareja y la familia. Algunos problemas, como la dificultad para establecer consensos, los conflictos relacionados con la sexualidad y

determinados aspectos de la regulación emocional, presentaron cambios parciales (Tabla 2, panel B).

Con la finalidad de valorar la estabilidad de los cambios alcanzados, se realizaron dos sesiones de seguimiento, al mes y a los tres meses de haber finalizado la intervención (Tabla 1, sesiones 9 y 10). Durante estas sesiones se exploró la persistencia de los cambios, la forma en que la pareja afrontaba problemas pasados y actuales, el uso de estrategias de comunicación asertiva y el intercambio de reforzadores. También se proporcionó retroalimentación sobre las estrategias trabajadas.

Durante el seguimiento, los pacientes manifestaron que el divorcio había dejado de considerarse una opción y señalaron mejoras en la relación y en la percepción del comportamiento del otro. No obstante, surgió un nuevo conflicto relacionado con los estudios de A., que generó malestar en B. debido a acuerdos previos respecto a la priorización de su formación académica. Esta situación fue explorada durante el seguimiento y se plantearon alternativas para su afrontamiento.

Los resultados de la Tabla 2 (panel A) reportan que la paciente A. presentó durante el seguimiento una disminución de la puntuación global, satisfacción y cohesión, mientras que el consenso y la expresión afectiva aumentaron. En B. se observó una disminución de la puntuación global y de algunas dimensiones, con excepción de la expresión afectiva que incrementó. Las variaciones observadas deben interpretarse considerando la aparición del nuevo conflicto referido por la pareja (material suplementario S4).

Tabla 2. *Síntesis de resultados psicométricos (panel A) y evolución cualitativa (panel B)*

Medida	Pre (A. / B.)	Post (A. / B.)	Seguimiento (A. / B.)	Interpretación
Salamanca (rasgos; 0–6)	A.: paranoide 3, esquizoide 3, histriónico 3, anancástico 3B.: impulsivo 3, anancástico 4	—	—	Rangos no clínicos; posibles interferencias en acuerdos.
ASPA-A propia: aserción / agresión / sumisión / ag. pasiva	A.: 13 / 99 / 40 / 70B.: 30 / 30 / 60 / 90	A.: 23 / 53 / 63 / 70B.: 26 / 30 / 83 / 60	—	A.: ↑ aserción, ↓ agresión; ↑ sumisión; agresión pasiva se mantuvo. B.: agresión se mantuvo; ↑ sumisión; ↓ agresión pasiva.
ASPA-B percibida en el otro	A. percibe: 5 / 60 / 83 / 90B. percibe: 10 / 83 / 43 / 90	A. percibe: 33 / 53 / 60 / 60B. percibe: 5 / 60 / 53 / 99	—	A. mejora percepción del cónyuge; B. mixto.

RBI total (0–200) y dimensiones	A.: 107 (alto)B.: 99 (bajo; desacuerdo destructivo 22)	A.: 95 (bajo)B.: 62 (bajo)	—	Reducción de creencias disfuncionales; en A. persiste lectura mental (21).
DAS total y dimensiones	A.: 86 (muy bajo)B.: 107 (medio)	A.: 91 (bajo)B.: 114 (medio)	A.: 88B.: 108	Mejoría consenso/cohesión; expresión afectiva desciende y luego se recupera parcialmente.
Evolución cualitativa (resumen)	Hostilidad, desregulación, atribuciones negativas, distancia física-emocional.	Se extinguen/modifican: perdón, afecto, hostilidad, autorregulación, organización familiar.	Divorcio descartado; nuevo conflicto (estudios de A.); consensos, sexualidad y comunicación en cambio parcial.	Cambios emocionales, cognitivos y conductuales; seguimiento muestra mantenimiento parcial.

Nota. A. = esposa (33 años); B. = esposo (37 años). ASPA: puntuación alta = mayor frecuencia de la conducta. RBI: mínimo 0, medio 100, máximo 200 por total; por dimensión mínimo 0, medio 20, máximo 40. DAS: ≤87 muy bajo, 88–105 bajo, 106–124 medio, 125–142 alto, ≥143 muy alto. Salamanca: bajo 0–2, medio 3–4, alto 5–6. El detalle completo por subescala se incluye como material suplementario S1–S5.

Discusión

El presente caso aborda problemas en la relación de pareja mediante una intervención integrativa que combinó estrategias de la Terapia de Pareja Cognitivo-Conductual (TCCP), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Psicoterapia Gestáltica, orientadas a mejorar la interacción y calidad del vínculo afectivo. A nivel cognitivo, se observaron cambios en generalizaciones, lectura mental y expectativas rígidas ("deberías") sobre el comportamiento de la pareja mediante la técnica ABCDE (Ellis, 1962), psicoeducación, experimentos conductuales y diálogo socrático de la TCCP (Baucom & Epstein, 1990), junto con metáforas de la ACT como "la lucha con el monstruo", "el hombre en el agujero" y "las calles con tiendas" (Hayes et al., 1999; Wilson & Luciano, 2002), que favorecieron la aceptación de experiencias emocionales y orientaron la conducta hacia los valores de la relación.

A nivel conductual, el contrato conductual, control estímular, resolución de problemas y entrenamiento en comunicación asertiva (Baucom & Epstein, 1990) favorecieron una disminución de conductas hostiles y mejor manejo de situaciones conflictivas. Asimismo, el intercambio de reforzadores mediante la "caja de los deseos" (Labrador, 2015) y la planificación del tiempo contribuyeron a reducir el intercambio negativo y favorecer espacios de interacción positiva.

A nivel emocional, la Psicoterapia Gestáltica mediante las técnicas de asuntos inconclusos, ritual de despedida y danza terapéutica (Perls et al., 1951), junto con la técnica del perdón y alternativas para trabajar el pasado de la TCCP, facilitaron la

expresión y elaboración de emociones asociadas con experiencias pasadas; mientras que la técnica del semáforo, psicoeducación emocional, imaginación guiada y ejercicios de responsabilidad individual favorecieron la regulación emocional y la corresponsabilidad en el vínculo.

Los cambios observados son consistentes con investigaciones que señalan beneficios de la TCCP en comunicación, expresión emocional, resolución de conflictos y modificación de creencias relacionadas con la pareja (Adl et al., 2024; Rothman et al., 2021; Doss et al., 2022). De manera complementaria, la ACT ha mostrado utilidad para abordar patrones disfuncionales y favorecer la orientación hacia valores en las relaciones (Lev & McKay, 2018), mientras que la Psicoterapia Gestáltica favorece procesos de perdón y focalización en el presente (Harris, 2007). En este caso, la integración de estas terapias permitió responder a dificultades que involucraban simultáneamente aspectos cognitivos, conductuales y emocionales.

No obstante, los resultados no fueron homogéneos en todas las dimensiones. Aunque se observó una reducción de las creencias disfuncionales y de algunas conductas agresivas, determinadas dificultades en comunicación, expresión afectiva y ajuste diádico permanecieron o presentaron variaciones durante el seguimiento. La aparición de un nuevo conflicto y la reducción de los espacios de interacción debido al cambio laboral de A. pudieron influir en estos resultados. Esto evidencia la importancia de considerar los acontecimientos contextuales posteriores al tratamiento al valorar la evolución de la pareja.

El principal aporte del caso para la práctica clínica radica en mostrar la utilidad de una intervención integrativa que permita seleccionar técnicas de diferentes enfoques de acuerdo con las necesidades específicas de la pareja. En casos con características similares, resulta pertinente valorar conjuntamente las creencias, patrones de interacción, regulación emocional y condiciones contextuales que mantienen el conflicto, así como incorporar seguimiento para identificar la aparición de nuevos estresores y reforzar las estrategias adquiridas. Como limitaciones se reconocen posibles sesgos de respuestas en las medidas de autoinforme, la imposibilidad de realizar un seguimiento más prolongado y el carácter de caso único, que limita la generalización de los resultados. Futuras investigaciones podrían evaluar intervenciones integrativas de pareja en muestras amplias y realizar seguimientos prolongados, incorporando medidas que reduzcan los sesgos de autoevaluación.

Acerca de

Contribución de las autoras: Las autoras contribuyeron a la conceptualización del estudio, al desarrollo metodológico, al análisis e interpretación de los datos, a la redacción del manuscrito, a la revisión crítica de su contenido intelectual y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiamiento: Las autoras declaran que no recibieron financiamiento para esta investigación.

Conflicto de interés: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Objetos de ciencia abierta: <https://doi.org/10.33996/repesi.v9i25.258>

Cómo citar: Chuquitarco Marín, M. J., & Jaramillo Busamante, M. E. (2026). Terapia integrativa para el abordaje de los problemas de pareja: informe de un caso clínico. *REPSI, Revista Ecuatoriana De Psicología*, 9(25), 1-16. <https://doi.org/10.33996/repesi.v9i25.258>

Referencias

- Adl, H.-S., Pirani, Z., & Abbasi, M. (2024). Comparison of the effectiveness of enhanced cognitive-behavioral couple therapy on emotional self-regulation and couple burnout of self-assigned and court-referred incompatible couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 50(4), 785–800. <https://doi.org/10.1111/jmft.12722>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. Brunner/Mazel. <https://archive.org/details/cognitivebehavio0000bauc>
- Berge, S. D., Meland, E., Brekke, M., Bondevik, G. T., Thuen, F., & Mildestvedt, T. (2021). Couple relationship problems—a task for the general practitioner? A cross-sectional survey from Norway. *Family Practice*, 38(2), 115–120. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa093>
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M., Lahortiga-Ramos, F., & García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(2), 137–144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678272>
- Carrasco, M. J. (1998). ASPA. *Cuestionario de aserción en la pareja: Manual* (2.ª ed. rev. y ampl.). TEA Ediciones. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=25112>
- Christensen, A., & Doss, B. D. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.022>
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176–191. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1180–1191. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1180>

- Côté, M., Tremblay, J., & Dufour, M. (2022). What is known about the forgiveness process and couple therapy in adults having experienced serious relational transgression? A scoping review. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 21(3), 207–232. <https://doi.org/10.1080/15332691.2021.1939216>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Doss, B. D., Roddy, M. K., Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2022). A review of the research during 2010–2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 283–306. <https://doi.org/10.1111/jmft.12552>
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 715–720. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.5.715>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart. <https://archive.org/details/reasonemotioninp00elli>
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004>
- Fehr, R., Gelfand, M. J., & Nag, M. (2010). The road to forgiveness: A meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychological Bulletin*, 136(5), 894–914. <https://doi.org/10.1037/a0019993>
- First, M. B. (2017). *DSM-5: Manual de diagnóstico diferencial*. Editorial Médica Panamericana. https://www.medicapanamericana.com/es-BR/libros/dsm-5-manual-de-diagnostico-diferencial-dsm-5r?srsItid=AfmBOoqfPDspew9lutPaMoCwyo1UqNuOk_e0kuuZNIC3PsaOwiTy42FW
- Gottman, J. M. (1998). Psychology and the study of marital processes. *Annual Review of Psychology*, 49, 169–197. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.169>
- Harris, E. S. (2007). Working with forgiveness in Gestalt therapy. *Gestalt Review*, 11(2), 108–119. <https://doi.org/10.5325/gestaltreview.11.2.0108>
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99–110. <https://philpapers.org/rec/HAYMSO-2>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press. https://contextualscience.org/publications/hayes_strosahl_wilson_1999
- Labrador, F. J. (Coord.). (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja: Evaluación y tratamiento*. Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro/manuales-practicos/intervencion-psicologica-en-terapia-de-pareja-francisco-javier-labrador-encinas-9788436833607/>

- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1171–1187. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00757.x>
- Lev, A., & McKay, M. (2018). *Terapia de aceptación y compromiso para parejas: Guía clínica para utilizar mindfulness, valores y consciencia de los esquemas mentales para reconstruir las relaciones*. Desclée de Brouwer. <https://www.abebooks.com/9788433030160/Terapia-Aceptaci%C3%B3n-Compromiso-para-parejas-Gu%C3%ADa-8433030167/plp>
- McNulty, J. K., Meltzer, A. L., Neff, L. A., & Karney, B. R. (2021). How both partners' individual differences, stress, and behavior predict change in relationship satisfaction: Extending the VSA model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(27), e2101402118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2101402118>
- Monestès, J. L., & Hayes, S. C. (2022). *Evolutionary principles in psychotherapy: An integrative framework for clinical practice*. In G. Asmundson (Ed.), *Comprehensive clinical psychology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 225–241). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00079-0>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2.^a ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/handbook-of-psychotherapy-integration-9780190690465?cc=cu&lang=en&>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Clasificación internacional de enfermedades* (11.^a revisión). <https://icd.who.int/>
- Overall, N. C., & McNulty, J. K. (2017). *What type of communication during conflict is beneficial for intimate relationships?* *Current Opinion in Psychology*, 13, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.002>
- Pérez, A., Rubio, V., & Gómez, M. (2007). *Cuestionario Salamanca (versión 2007) para el screening de trastornos de la personalidad*. Sociedad Española para el Estudio de los Trastornos de la Personalidad. <https://enmente.clinic/test-autoaplicados/test/salamanca-personalidad/>
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Terapia gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Sociedad de Cultura Valle-Inclán. <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/libros/monografias/terapia-gestalt-excitacion-crecimiento-personalidad-humana>
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 430–442. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.009>
- Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2021). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist*, 76(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000714>
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576–593. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x>

- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Rothman, K., Cicila, L. N., McGinn, M., Hatch, S. G., Christensen, A., & Doss, B. D. (2021). Trajectories of sexual satisfaction and frequency during and after couple therapy for relationship distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 209–223. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1850575>
- Taggart, T. C., Bannon, S. M., & Hammett, J. F. (2019). Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Individual Differences*, 139, 281–289. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.036>
- Topkaya, N., Şahin, E., & Mehel, F. (2023). Relationship-specific irrational beliefs and relationship satisfaction in intimate relationships. *Current Psychology*, 42(2), 1257–1269. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01426-y>
- Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 574–583. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x>
- Villavicencio, C., & Jaramillo, J. (2020). Desgaste emocional en la convivencia afectiva de pareja. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(1), 58–66. <https://doi.org/10.30545/academo.2020.ene-jun.6>
- Waddell, N., Overall, N. C., Chang, V. T., & Hammond, M. D. (2021). Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown: Implications for relationship problems and satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(6), 1759–1781. <https://doi.org/10.1177/0265407521996476>
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2>
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro/psicologia/terapia-de-aceptacion-y-compromiso-act-kelly-g-wilson-9788436817195/>
- Wood, N. D., Crane, D. R., Schaalje, G. B., & Law, D. D. (2005). What works for whom: A meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 33(4), 273–287. <https://doi.org/10.1080/01926180590962147>
- Zinker, J. C. (1994). *In search of good form: Gestalt therapy with couples and families*. Jossey-Bass. <https://www.routledge.com/In-Search-of-Good-Form-Gestalt-Therapy-with-Couples-and-Families/Zinker/p/book/9780881632934>



Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).