

**Validación de la versión española del Cuestionario de Satisfacción en la  
Relación de Pareja (RSAT)**

**Eva Cristina Jiménez Sánchez**

<http://hdl.handle.net/10803/687449>

Data de defensa: 27-10-2022

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESIS DOCTORAL

Título	Validación de la versión española del Cuestionario de Satisfacción en la Relación de Pareja (RSAT)
Realizada por	Eva Cristina Jiménez Sánchez
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dr. Carles Pérez Testor



***Por una terapia basada en la compasión,  
el conocimiento y la alegría de servir.***

*“La verdadera compasión no consiste  
en desear ayudar a aquellos que son menos  
afortunados que nosotros, sino en darnos cuenta de  
nuestro parentesco con todos los seres”*

Pema Chödrön, Maestra budista y escritora.  
[pemachodronfoundation.com](http://pemachodronfoundation.com)



## **Agradecimientos**

Quiero empezar agradeciendo a las personas y parejas que han confiado en mí para acompañarlos en su proceso terapéutico estos años. Me han ayudado a crecer profesionalmente y como ser humano y cada día crece mi deseo de servirles mejor. Fue este mismo deseo el que me alentó en su día a perseguir el programa de doctorado y no puedo dejar de pensar en todos ellos en mis primeros agradecimientos.

En este orden agradezco especialmente su participación a la pareja que en el año 2018 se prestó para la filmación de su proceso de terapia para el beneficio de esta investigación. Gracias por su entrega, su valor para exponerse y confiar frente a otra persona, por atreverse a explorar más allá de lo conocido, de lo fácil y de lo cómodo con el fin de descubrir su capacidad amorosa, de transgredir sus limitaciones y manifestar su deseo innato de amar y ser amado.

Agradezco a mis padres, Francisco y Aurora, el regalo no sólo de la Vida, sino de los aprendizajes que me han permitido hacer para que sea una Vida con sentido y plena. Ellos me enseñaron a apreciar el misterio, a trabajar con amor y constancia, y a profundizar en las grandes preguntas. Durante los años de realización de este trabajo se sucedieron las pérdidas de ambos, y, junto al dolor, recibí un legado de amor que ha abierto mi corazón y me ha abierto a una realidad mayor. Su amor y presencia es una guía que me acompaña cada día y lo hará siempre.

Un lugar especial en mi corazón y en mis agradecimientos tiene mi hija Maia, con su contagiosa alegría de vivir que me traspasa a cada instante. También mi pareja, Kike que con su entrega, apoyo y complicidad me sostiene y ha sostenido durante las largas horas dedicadas a este trabajo y siempre.

Por último en lo personal, agradezco a mi querido amigo Braulio, su amistad generosa, impecable y comprometida, un espejo para mi alma que me devuelve belleza y bondad. A Mónica, su presencia femenina llena de empatía y comprensión siempre, y a mis maestros Antonio Pacheco y Tom Heckel, mi luz en el camino cuando oscurece.

Mi especial y profundo agradecimiento a mi director de tesis, el Dr. Carles Pérez, por guiarme con optimismo, compromiso y apoyo constante a lo largo de estos años, por creer en mi trabajo y estar siempre disponible. Le agradezco su ayuda durante mis duelos para seguir con persistencia trabajando en esta investigación. También agradecida al Dr. Jordi Segura y a Verònica Lara por su ayuda y comprensión siempre que lo he necesitado, y a Josep Mercadal, por su ayuda con los análisis estadísticos y su gran amabilidad en todo momento.

Mi gratitud infinita hacia el Dr. David Burns y el Dr. Mickey Trockel, profesores de la Universidad de Stanford, por su apoyo durante la realización de este trabajo. Ha sido un honor aprender con ellos, y un privilegio a nivel humano y profesional.

Me agradezco a mi misma no dejar de creer en mis sueños, ni en la magia, ni en la capacidad del ser humano para que el amor prevalezca.





## Índice

	<b><u>Pág.</u></b>
Introducción .....	11

### MARCO TEÓRICO

1. La terapia cognitiva conductual - TEAM .....	17
2. La terapia cognitiva interpersonal .....	26
3. El Relationship Satisfaction Test (RSAT) .....	29

### PARTE EMPÍRICA

4. Objetivos	
4.1. Objetivo general .....	32
4.2 Objetivos específicos:	
4.2.1 Traducción .....	36
4.2.2 Validez y fiabilidad .....	37
4.2.3 Aplicación en una pareja .....	39
5. Muestra .....	40
6. Procedimiento	
6.1 Traducción y retrotraducción .....	43
6.2. Comparación DAS .....	49
6.3. Validación y Fiabilidad .....	50

	<b><u>Pág.</u></b>
7. Resultados .....	51
8. Discusión .....	60
9. Limitaciones .....	64

### **APLICACIÓN EN UNA PAREJA**

10. Aplicación del QSAR en un caso de terapia de pareja	
10.1 Planteamiento del caso y análisis de la demanda .....	67
10.2 Intervención y tratamiento .....	70
10.3 Evolución del tratamiento y alta .....	100
11. Conclusiones .....	106
12. Bibliografía .....	109
13. Anexos .....	116



## **Introducción**

La presente investigación está enfocada en la validación del “Test de Satisfacción con la Relación” de Burns, el RSAT, en nuestra población. El RSAT es un cuestionario tipo likert de 7 preguntas acerca del grado de satisfacción con la relación en ciertas áreas como la comunicación, el grado de intimidad y cercanía o la resolución de conflictos. El tiempo de respuesta es de apenas un minuto, lo que facilita su uso tanto en clínica como en investigación.

El cuestionario fue desarrollado por el Dr. David Burns, creador de la terapia cognitiva conductual - TEAM (TCC-TEAM en adelante). Burns fue discípulo de Aaron Beck y pionero junto con él en el desarrollo y difusión de la terapia cognitiva conductual. Después de décadas de trabajo, preocupado por las principales limitaciones de la terapia cognitivo conductual y las resistencias de los pacientes a los tratamientos tradicionales, desarrolló la TCC-TEAM como un nuevo modelo de terapia (Burns, 2011)

Aunque el RSAT es una de las herramientas de evaluación creada por Burns, su uso trasciende a la TCC-TEAM, siendo utilizada tanto en clínica como en investigación para medir el constructo satisfacción con la relación, tanto con respecto a la relación de pareja como otras relaciones significativas tal y como revisaremos más adelante en el capítulo dedicado a ella.

En el presente estudio, además de validar el RSAT de Burns se mostrará su aplicación en un caso de terapia de pareja con un tratamiento basado en la TCC-TEAM. El objetivo es

observar la sensibilidad de la herramienta para recoger la evolución de la satisfacción con la relación de pareja durante el transcurso del tratamiento. Se han llevado a cabo un total de 26 sesiones, incluyendo una sesión final de cierre. Las sesiones han sido filmadas y transcritas y algunos de sus contenidos han sido incluidos y comentados en el apartado Aplicación en una pareja.

Esta investigación ha sido realizada en comunicación con el Dr. Burns, profesor emérito del departamento de Psiquiatría y ciencias del comportamiento de la Universidad de Stanford, en la que continúa involucrado de manera activa.

Conocí al Dr. Burns en el año 2012, cuando un colega me propuso colaborar para traerlo a Barcelona. Él había conocido su trabajo a través de sus libros y compartió conmigo algunos de los más conocidos: Sentirse Bien y Adiós ansiedad. Acepté inmediatamente su propuesta, y redacté un email de invitación al Dr. Burns, quien me contestó enseguida. En su respuesta comentaba que no viajaba fuera de los EEUU pero que estaba encantado de derivarnos a su colega el Dr. Mickey Trockel, a quien copiaba ya en ese mismo mail, y que además hablaba castellano. Nosotros, aún más encantados con su respuesta y ávidos de tener la oportunidad de aprender en persona los métodos de David Burns, escribimos al Dr. Trockel y este fue el inicio de un camino de encuentro y aprendizaje que ha durado hasta hoy.

En junio del 2012, el Dr. Mickey Trockel, profesor del departamento de psiquiatría y psicología de la facultad de medicina de la Universidad de Stanford y colaborador del Dr. David Burns, impartió en Barcelona un taller denominado “Sentirse Bien, más allá de la terapia cognitiva”. Durante el taller contamos con la presencia por videoconferencia del Dr.

Burns, quien condujo en directo una sesión de terapia con una persona participante. La experiencia fue tan enriquecedora que cambió mi manera de trabajar y enfocar la terapia a partir de entonces.

Durante la formación, se presentaron las herramientas principales del modelo TCC-TEAM, entre las que estaba el RSAT. Durante la preparación del taller, ayudé al Dr. Trockel con la traducción del RSAT al español, junto con otras herramientas de la TCC-TEAM, pero no ha sido hasta este momento que se ha buscado una traducción y adaptación que siga una metodología adecuada, así como su validación empírica en versión española.

La terapia del Dr. Burns despierta interés a nivel clínico y académico tanto en los Estados Unidos como a nivel internacional. Uno de los científicos que recientemente le han visitado para conocer mejor su modelo es el neurocientífico y genetista Mark Noble, considerado uno de los pioneros en el campo de la investigación con células madre y profesor de la Universidad de Rochester. El Dr. Noble explica cómo los componentes de la terapia TCC-TEAM son adecuados para comprender el cerebro humano y considera que la terapia TCC-TEAM es equivalente a hacer micro-neurocirugía a nivel cerebral. Noble comparte sus investigaciones sobre redes neuronales y terapia TEAM en un capítulo del último libro de Burns *Feeling Great* (Burns, 2020)

El Dr. Burns, en su contribución al conocimiento y avance de la terapia cognitiva, ha combinado la labor académica e investigadora con el trabajo clínico y divulgativo, haciendo llegar a millones de personas material clínico de máxima calidad en un formato

autoadministrable a través de sus libros, en especial a través de su obra más conocida, *Feeling Good* (Burns, 1980/1999). Se han conducido investigaciones que han aportado evidencia sobre los efectos beneficiosos de la biblioterapia utilizando su libro, *Feeling Good*, en pacientes con depresión tras leer y autoaplicarse los ejercicios propuestos en la obra (Anderson et al., 2005; Scogin et al., 1989;). Se han llegado a vender más de cuatro millones de copias de esta obra sólo en los Estados Unidos, y ha sido traducido a decenas de idiomas y distribuido en decenas de países, entre ellos en España (Burns, 2010)

La revista *Journal of Behavioral Medicine* lo reconoció entre los 10 mejores libros en ciencias del comportamiento de 1980 (wikipedia, s.f.), y *The Authoritative Guide to Self-Help Books* (Santrock et al., 1994) lo consideró el libro más recomendado en los Estados Unidos por profesionales de la salud para pacientes con depresión.

Unos meses después del seminario del Dr. Trockel y del Dr. Burns en Barcelona, me matriculé en el doctorado de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna de la Universidad Ramón Llull. Conocer la TCC-TEAM del Dr. Burns me había motivado profundamente a querer ser mejor profesional, y sentía que realizar un doctorado y ampliar con la vertiente de investigación mi labor clínica me ayudaría en este propósito. Ya hacía unos años que había comenzado mi práctica clínica y empezaba a especializarme en terapia de pareja, había fundado mi propio centro de terapia en Barcelona y empezaban a unirse los puntos de los que había oído hablar a Steve Jobs en su famoso discurso en Stanford.

Durante el primer año del doctorado viajé a los Estados Unidos a formarme con el Dr. Burns. Había vivido cinco años en Boston, durante los cuales trabajé en la Universidad de Harvard y en la facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, por lo que regresar a los Estados Unidos, diez años después, de nuevo en un contexto académico, me resultaba altamente motivador. El viaje a California y conocer al Dr. Burns resultó una de las experiencias más estimulantes de mi carrera. No solamente conocí al Burns profesor y eminencia en el ámbito clínico y académico, también estaba conociendo a un ser humano empático, generoso y compasivo que me acogió con cercanía y amabilidad. Aunque en la formación éramos muchas personas que veníamos de todas las partes del mundo, el Dr. Burns me hizo un lugar en su círculo de colaboradores y me sentí una más durante toda mi estancia. No solo aprendí durante la formación, sino que seguía aprendiendo y enriqueciéndome en las comidas, y en las sobremesas cargadas siempre de abundante sentido del humor.

Una vez terminada la formación, el Dr. Burns me invitó a participar de las tradicionales excursiones de senderismo que organiza los domingos por la mañana saliendo desde su casa. En ellas supervisa casos, interviene en los procesos de personas que participan de la excursión y comparte conocimiento al tiempo que camina, en muchas ocasiones ¡dejándonos a la mayoría detrás! La excursión termina con una comida en su casa en la que todos traemos algo, compartida con los profesionales que hemos ido ese día, algunos de su equipo en California, otros venidos de lugares muy diversos. La subida de endorfinas tras la caminata, la comida deliciosa y compartida entre todos, las conversaciones amables, inteligentes y estimulantes, y sus gatos paseándose entre nosotros... ¡me habría quedado allí para siempre!



Además de la ayuda que recibí del profesor Burns durante la excursión, donde me aconsejó sobre cómo crear un test para medir la motivación en terapia de pareja, compartió algunos aspectos sobre su trabajo con parejas, y me orientó sobre la presente investigación, fui invitada a participar en su grupo de formación y supervisión en terapia TCC-TEAM de los martes en Stanford. Dirigido por el Dr. Burns y sus colaboradores más cercanos, en este grupo pude practicar la terapia TCC-TEAM que había aprendido durante la formación mediante role playing y el estudio de casos. Además, al más puro estilo americano, cuando llegaba el momento comíamos nuestra cena traída de casa mientras trabajábamos.

Otro de los grandes regalos del viaje fue volver a conectar con el profesor Mickey Trockel. Me sentí profundamente inspirada por los valores de ayuda y servicio del Dr. Trockel. Tras regresar del viaje, estuvo disponible durante varias sesiones a través de Skype para ayudarme con mi aprendizaje y puesta en práctica de la terapia TCC-TEAM en mi consulta, con generosidad y disponibilidad, lo que fue una inestimable ayuda y una oportunidad para seguir consolidando de manera práctica lo aprendido.

## MARCO TEÓRICO

### 1. La terapia cognitivo conductual - TEAM

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una de las corrientes psicoterapéuticas más investigadas y practicadas en el mundo. Como se comentaba en la introducción, David Burns fue primero discípulo de Aaron Beck y después uno de los principales autores en el desarrollo y difusión de la TCC. Al igual que Beck, Burns proviene del ámbito de la psiquiatría y medicina. Trabajó en sus primeras etapas en química cerebral en la facultad de medicina de la Universidad de Pennsylvania, investigando sobre la teoría de la depresión basada en el desequilibrio bioquímico en el cerebro y en ansiedad. Obtuvo reconocimientos como el premio A.E. Bennett Award, por la investigación sobre el metabolismo de la serotonina en el cerebro. Sin embargo, el autor explica que sentía una gran frustración frente a las resistencias a la terapia que presentaban los pacientes, tanto en psicoterapia como en tratamientos farmacológicos.

Burns desarrolló un nuevo modelo de psicoterapia, la terapia cognitiva conductual TEAM (TEAM-CBT en inglés) donde TEAM es un acrónimo que contiene las iniciales en inglés de los conceptos clave de este tipo de tratamiento. De esta forma, la T es de testing, evaluar mediante cuestionarios, la E es de empathy, empatía, la A es de agenda setting, y hace referencia al establecimiento de una agenda de trabajo paradójica con el paciente para deshacer resistencias, y la M es de methods, refiriéndose al uso de herramientas para tratar en terapia los problemas del paciente. Se detallan a continuación las principales características de cada uno de estos aspectos.

La TCC-TEAM incluye a la terapia cognitiva conductual en algunos de los planteamientos y premisas básicas, como el trabajo con los pensamientos distorsionados y creencias para modificar estados emocionales negativos y tratar trastornos como la depresión o la ansiedad entre otros. Sin embargo Burns va más allá de la terapia cognitiva conductual, incorporando nuevas herramientas y sobre todo un método de trabajo novedoso. Revisamos ahora los componentes principales de su método, siguiendo las siglas antes comentadas que constituyen la esencia de la terapia cognitivo conductual TEAM:

### **Testing**

En la TCC-TEAM, los terapeutas miden el estado de ánimo del paciente al principio y final de cada sesión, de manera que puede verse la evolución de los síntomas y la eficacia del tratamiento. El estado de ánimo es medido con el Brief Mood Survey (BMS) desarrollado por Burns (s.f.), un cuestionario con escalas que miden depresión, inclinaciones suicidas, ansiedad y enfado, así como una escala para medir sentimientos positivos. En terapia de pareja se mide también la satisfacción con la relación de pareja, con el RSAT, del cual se pretende validar su versión española en este trabajo.

Una de las aportaciones de la TCC-TEAM es la medición de la alianza terapéutica al final de cada sesión. El instrumento para medir la alianza es el Cuestionario de Evaluación de la Sesión de Terapia (Burns, s.f.), un test tipo likert contestado por el paciente con diferentes escalas que miden aspectos como el grado de empatía percibido en el terapeuta, la calidad de ayuda de la sesión o la predisposición a realizar tareas terapéuticas entre otros. Se añaden al

final dos preguntas abiertas al paciente sobre qué es lo que más le ha gustado de la sesión y lo que menos le ha gustado.

Burns habla en su artículo *Science behind TEAM Therapy* (Burns, 2011), de un estudio llevado a cabo por Hatcher et al. (1995) donde se comparó las respuestas de los pacientes a un cuestionario donde valoraban la empatía del terapeuta con las respuestas de los terapeutas al mismo cuestionario valorando su propia empatía. Se vio que la correlación era muy baja y que los terapeutas acertaban y coincidían en menos de un 10% las respuestas de sus pacientes.

Burns replicó este estudio pero comparando las respuestas de los pacientes a cuestionarios sobre su estado de ansiedad, depresión, o dificultades varias, con las percepciones que los terapeutas tenían sobre el estado de sus pacientes (Burns, 2011). De nuevo los resultados fueron similares al estudio de Hatcher et al. (1995), y las correlaciones entre las respuestas de los pacientes sobre su estado y las respuestas de los terapeutas sobre el estado de sus pacientes fueron menos del 10%. Basado en esta evidencia, Burns afirma que no estamos tan acertados sobre cómo se sienten los pacientes y hacemos asunciones que no son del todo correctas. Según Burns, en muchos casos la desviación entre las percepciones de los terapeutas y la realidad de los pacientes son errores graves de percepción que se pueden estar pasando por alto, lo que preocupa especialmente en el caso de pacientes con ideación suicida.

Estas herramientas, junto con otros muchos cuestionarios y herramientas están disponibles para profesionales de la salud en el manual *Therapist Toolkit* (Burns, s.f.) Los

cuestionarios que son aplicados cada sesión, como los comentados más arriba, BMS, RSAT o la Evaluación de la Sesión de Terapia, son instrumentos breves, de una sola página, administrables en escasos minutos mientras el paciente está en la sala de espera, de manera que no suponen una interferencia en el tiempo de sesión.

## **Empathy**

Una parte esencial de la formación en el modelo TCC-TEAM es el entrenamiento en empatía. Los terapeutas bajo este modelo aprenden de una manera muy específica a trabajar con empatía en terapia. Según Burns, es un entrenamiento muy duro porque requiere la muerte del ego del terapeuta, pero sostiene al mismo tiempo, que es algo que podemos aprender a desarrollar con entreno.

Como explicamos en el apartado de testing, la empatía del terapeuta es evaluada por el paciente al final de cada sesión con el Cuestionario de Evaluación de la Sesión de Terapia. Burns afirma que las escalas de empatía y grado de ayuda de la sesión son sensibles a los mínimos fallos en la alianza terapéutica (Burns, 2018). El autor advierte que al principio el uso de estas evaluaciones puede ser difícil porque las puntuaciones pueden ser más bajas de lo esperado, lo que puede afectar al terapeuta, especialmente si es sensible a las críticas, pero la puesta en común de esta información con el paciente, con una actitud abierta, con empatía y amabilidad, revierten en una rápida y creciente conexión y complicidad, junto con la ventaja de disponer de información sobre lo que es útil al paciente y lo que no, contribuyendo a una mayor eficacia terapéutica.

La formación en TCC-TEAM incorpora herramientas para trabajar con empatía y asertividad las críticas y respuestas negativas del paciente al tratamiento o a la intervención del terapeuta, como los cinco secretos de la comunicación eficaz. Esta herramienta desarrollada por Burns (2009b) es utilizada para el entrenamiento en habilidades de comunicación. Es utilizada tanto en la formación de terapeutas TCC-TEAM, como en terapia para pacientes que quieren trabajar una relación cercana, de pareja o no. Los cinco secretos de la comunicación desglosan los componentes básicos de una comunicación eficaz y los pasos para incorporarlos en nuestra comunicación. Estos componentes incluyen habilidades de escucha y habilidades de autoexpresión.

Entre las habilidades de escucha se incluyen: el desarme (encontrar algo de verdad en lo que dice la otra persona, aunque parezca completamente irracional o injusto), y la empatía (ponerse en el lugar de la otra persona e intentar ver el mundo por sus ojos). Para manifestar empatía, ofrece tres propuestas: la empatía de pensamiento (resumir las palabras de la otra persona con lo que transmitimos que hemos escuchado), la empatía de sentimientos (reconocer y mencionar cómo creemos que se siente la otra persona, ayudando a que se sienta comprendida), y finalmente hacer preguntas suaves y exploratorias a la otra persona, para saber más sobre cómo se siente y cerciorarnos de que estamos realmente comprendiendo.

Entre las habilidades de autoexpresión se encuentran pautas para expresar nuestros propios sentimientos, con frases del tipo "me siento", como por ejemplo "me siento disgustado", en lugar de afirmaciones inculporatorias del tipo "tú", tales como "tu no me entiendes" o "tú estás equivocado". Por último propone que encontremos algo de positivo que

decir a la otra persona, aún en plena batalla. Se trata de transmitir una actitud de respeto, aunque nos podamos sentir muy airados contra la otra persona.

Burns afirma que al principio de cada sesión de terapia, es importante empatizar con el paciente. Cuando escuchas con empatía, no das consejos al paciente, sino que tratas de buscar y reconocer qué tiene de verdad lo que está diciendo, parafraseas sus palabras, reconoces sus sentimientos y le invitas amablemente a que entre más en lo que está compartiendo. Según Burns, acompañar con cercanía y compasión así como expresar los propios sentimientos es de ayuda para que el paciente se sienta totalmente comprendido.

Aunque la empatía se considera una parte esencial para la eficacia del tratamiento (Burns y Nolen-Hoeksema, 1992), no se llega a considerar que sea una condición suficiente para lograr el cambio. En el modelo TCC-TEAM la empatía es seguida del establecimiento de una agenda de trabajo con el paciente (agenda setting), donde se abordarán sus resistencias a realizar los cambios que dice querer realizar.

### **Agenda Setting**

Después de la fase en que la empatía con el paciente es el objetivo principal, la TCC-TEAM continúa con el establecimiento de una agenda de trabajo paradójica (Burns, 2013) En esta fase, el objetivo será conseguir especificidad y claridad sobre el problema que el paciente quiere que el terapeuta le ayude a cambiar, junto con el análisis de su motivación para realizar este cambio. Se trata de una agenda de trabajo paradójica, puesto que en primer lugar el terapeuta ayuda al paciente a desvelar los motivos que tendría para no cambiar,

trayéndolos a la consciencia, siendo el paciente finalmente quien tiene que argumentar frente al terapeuta el sentido de realizar estos cambios y confrontar sus resistencias.

En TCC-TEAM se asume que existe siempre una resistencia inconsciente en el paciente que le urge a no cambiar y mantener el status quo. Se trata de traer a la consciencia las resistencias inconscientes del paciente para poder deshacerlas utilizando una serie de técnicas. Burns afirma que cuando esto se hace de la manera adecuada la etapa posterior de métodos y trabajo en el cambio es altamente acelerada y su eficacia incrementa.

Una de las herramientas utilizadas para el proceso de agenda setting es el análisis del coste y beneficio de no cambiar aquello que se dice querer cambiar. Al principio, la propuesta de realizar una lista de ventajas de no cambiar puede resultar desconcertante para el paciente. Lo normal es que el paciente esté conectado con los motivos que tiene para cambiar algo y de ahí la demanda terapéutica. Con frecuencia puede contestar que no hay ventajas de la situación problemática que experimenta, sólo puede pensar en las desventajas. Sin embargo, con un poco de ayuda, el paciente va dándose cuenta por él mismo de las buenas razones que tiene para que aquello que desea cambiar en realidad no cambie, tomando conciencia de la función que tiene en su vida lo que considera un problema.

En TCC-TEAM el trabajo con las resistencias del paciente es previo a cualquier intervención con métodos terapéuticos dirigidos a ayudar al paciente con los problemas acerca de los que consulta. Burns justifica en su artículo *Science Behind T.E.A.M. Therapy* (2011) que no trabajar las resistencias antes de cualquier intervención o tratamiento está detrás de la mayoría de los fracasos y abandonos en terapia.



## Métodos

La parte del tratamiento en TCC-TEAM que sigue al establecimiento de una agenda paradójica de trabajo es la aplicación de métodos para ayudar al paciente a realizar los cambios que se ha propuesto. Burns ha desarrollado casi un centenar de herramientas para realizar este trabajo de cambio, entre las que se incluyen algunas técnicas clásicas de la terapia cognitiva. Estas herramientas son transmitidas en sus formaciones, explicadas en su manual para terapeutas *Tools not schools of therapy* (2021) y en sus obras *Sentirse bien* (2010) o *Adiós ansiedad* (2009). Estas herramientas son agrupadas por el autor en seis tipologías: técnicas para desvelar (como la flecha descendente), técnicas motivacionales, técnicas de exposición clásica, técnicas de exposición cognitiva, técnicas de exposición interpersonal o técnicas interpersonales. Burns postula que sus técnicas están basadas en más de una docena de escuelas de terapia, y reivindica que lo importante no es adherirse a una u otra escuela de terapia o marco teórico, que a menudo compiten por ver quien tiene la verdad, sino utilizar herramientas útiles y efectivas para ayudar a los pacientes a realizar cambios y mejorar.

El tratamiento con métodos durante la fase de cambio se ve acompañado de tareas terapéuticas que el paciente debe llevar a cabo en casa entre sesiones. Esta es una condición del tratamiento que, desde la TCC-TEAM, se requiere a cada paciente, sostenido en evidencia científica sobre el incremento en eficacia terapéutica con la realización de tareas entre sesiones (Burns y Nolen-Hoeksema, 1991; Burns y Spangler, 2000; Kazantzis et al., 2000)

En terapia TCC-TEAM se trabaja tanto para el cambio en terapia como para la prevención de recaídas, lo cual es abordado al final de cada tratamiento. Algunas herramientas de este modelo se han utilizado con la pareja cuyo caso se revisa en el apartado Aplicación en un caso, por lo que podremos verlas más adelante, como los cinco secretos de la comunicación eficaz o el diario de la relación de pareja.

## **2. La terapia cognitiva interpersonal de David Burns**

La terapia cognitiva interpersonal de Burns (Burns, 2009b) implica la aplicación de la TCC-TEAM en terapia relacional. Ya hemos visto que la TCC-TEAM hace énfasis en el trabajo con las resistencias a cambiar de los pacientes, que en el caso de la terapia de pareja serían resistencias a hacer cambios en la propia conducta que podrían mejorar la relación. La terapia cognitiva conductual se basa en tres ideas principales (Burns, 2009b, p. 55):

1. Todos provocamos y mantenemos los mismos problemas de relaciones personales de los que nos quejamos. Sin embargo, no parece que nos demos cuenta de que lo estamos haciendo así, y por eso nos sentimos víctimas y nos decimos que el problema es por culpa de la otra persona.
2. Negamos nuestro papel en el conflicto porque el auto examen resulta demasiado sobrecogedor y doloroso, y porque sin que lo reconozcamos, el problema del que nos estamos quejando nos produce gratificación.
3. Todos tenemos mucho más poder del que creemos para transformar las relaciones personales conflictivas... siempre que estemos dispuestos a dejar de culpar a la otra persona y nos centremos, en cambio, en cambiar nuestra conducta.

Según Burns (2009b) a veces las personas no queremos llevarnos bien con la persona que tenemos cerca ni estamos interesados en cambiar nuestros pensamientos sobre esa persona, lo que supone un obstáculo para mejorar la satisfacción con la relación y para el

éxito de una terapia. Burns, identifica doce motivaciones que compiten con que podamos desarrollar una mayor satisfacción en la relación:

1. El deseo de tener poder y control en la relación
2. El deseo de venganza
3. Querer resarcirse para que haya justicia y equidad
4. El narcisismo
5. El orgullo y la vergüenza
6. Los chivos expiatorios
7. La verdad o querer tener la razón por encima de todo
8. La inculpación del otro
9. La autocompasión o victimismo
10. La ira y el rencor
11. La competencia
12. Los motivos ocultos

Dado que la terapia cognitiva interpersonal es la aplicación del modelo TCC-TEAM en terapia relacional, se siguen las mismas fases que se comentaron en el apartado anterior sobre la terapia TCC-TEAM. Así, se emplean herramientas de medición como el Brief Mood Survey o el RSAT, y al final de cada sesión se mide la alianza terapéutica con la Evaluación de la Sesión de Terapia. Se trabajan las resistencias de los pacientes con herramientas como el Cuestionario de Motivación o el Cuestionario de Valoración de Ventajas y Desventajas de la Inculpación y se utilizan métodos propios de la terapia cognitiva interpersonal - TEAM como el Diario de la Relación (Jiménez y Pérez-Testor, 2017), los Cinco Secretos de la

Comunicación Eficaz, o el Minuto de Instrucción entre otros (Burns, 2009b). Tal y como se comentó anteriormente, en el apartado Aplicación en una pareja revisaremos un caso de terapia de pareja con un planteamiento basado en la terapia cognitiva interpersonal TEAM y observaremos algunas de estas herramientas y ejercicios aplicados en terapia.

### 3. El RSAT

El Relationship satisfaction test (RSAT) es un instrumento que evalúa el grado de satisfacción con una relación cercana. El cuestionario se diseñó originalmente en una versión de 13 ítems no publicada (Burns y Sayers, 1988, citado en Burns et al., 1994) y en una versión de 7 (Burns, 2009b). La escala, originalmente validada por Burns y Sayers fue la versión más larga (Heyman et al., 1994), mientras que la versión del RSAT que se pretende validar en versión española a través del presente estudio es la de 7 ítems.

Varios motivos justifican la elección del RSAT de 7 ítems. Entre ellos, se incluye que esta versión es actualmente la más utilizada por el autor, tanto en formaciones a terapeutas como en sus obras de divulgación (Burns, 2009a, 2009b y 2010) así como en estudios más recientes publicados donde se utiliza el RSAT (Ayalon, 2011; Ayalon y Roziner, 2016; Steadman, 2007). Además, teniendo en cuenta que el objetivo a la hora de medir el constructo satisfacción con la relación, suele ser hacerlo de manera homogénea a través de una puntuación total, merece la pena asumir el reto de poner a prueba las propiedades psicométricas de una escala que pueda hacerlo con sólo 7 ítems de manera válida y fiable. Sus beneficios pueden ser múltiples tanto en clínica como en investigación, donde la variable satisfacción con la relación es probablemente la más ampliamente estudiada en relación de pareja (Graham et al., 2011).

Los primeros 4 ítems del RSAT tratan sobre áreas específicas de la relación (comunicación y franqueza, resolución de conflictos, grado de afecto y cariño e intimidad y cercanía) mientras que las tres siguientes evalúan el grado de satisfacción con el papel de uno

en la relación, el grado de satisfacción con el papel de la otra persona y por último el grado de la satisfacción general con la relación.

Los ítems sobre el grado de satisfacción con cada una de las áreas que cubre el cuestionario se responden utilizando una escala Likert de 0 (muy insatisfecho) a 6 (muy satisfecho). Las puntuaciones son sumadas para proporcionar una puntuación total en satisfacción de 0 a 42 puntos, donde las puntuaciones más altas corresponden a resultados con una mayor satisfacción. El cuestionario proporciona resultados por las siguientes categorías: 0-10 indica que la persona está extremadamente insatisfecha, 11-20 indica que la persona está muy insatisfecha, 21-25 indica que la persona está moderadamente insatisfecha, 26-30 indica que la persona está algo insatisfecha, 31-35 indica que la persona está algo satisfecha, 36-40 indica que la persona está moderadamente satisfecha y 41-42 indica que la persona está muy satisfecha con su relación. En una persona con resultado de 31 o mayor se consideraría que experimenta satisfacción en su relación.

El RSAT es una herramienta de probada validez y fiabilidad, habiendo demostrado una buena consistencia interna con un coeficiente alfa de 0.97 y correlaciones retest a las 6 semanas de 0.72 (Heyman et al., 1994). Este cuestionario ha sido validado con el Marital Adjustment Scale ( $r = 0.80$ ) (Burns y Sayers, 1988, citado en Beesley y Stoltenberg, 2002) el Quality of Marriage Index ( $r = 0.91$ ) y el Dyadic Adjustment Scale ( $r = 0.90$ ) (Heyman et al., 1994)

El RSAT puede ser utilizado para evaluar la satisfacción con una relación cercana, sea de pareja o no. En la literatura científica aparece sobre todo en estudios sobre la satisfacción

con la relación de pareja (Burns et al., 1994; Beesley Stoltenberg, 2002; Heyman et al. 1994; Heyman et al., 2001) pero también ha sido utilizado en estudios sobre satisfacción con la relación entre ancianos, sus familiares y cuidadores domésticos (Ayalon, 2011; Ayalon y Roziner, 2016; Steadman, 2007)

Dada la brevedad del cuestionario, el tiempo necesario para responder a las preguntas es muy breve también, lo cual facilita su utilización, especialmente en clínica. Como herramienta desarrollada por Burns dentro de la TCC-TEAM es coherente que su estructura sea breve y a la vez válida y fiable ya que la intención es que pueda ser utilizada en las sesiones como medida antes y después del tratamiento.



## **PARTE EMPÍRICA**

### **4. Objetivos**

#### **4.1 Objetivo General: Traducir y Validar la RSAT**

Como se ha ido mencionando, el objetivo principal de esta investigación es la validación del RSAT de Burns (Burns y Sayers, 1988, citado en Burns et al., 1994) en población española. Además, observaremos su uso utilizando el instrumento traducido y validado en versión española en el contexto de un caso clínico de terapia de pareja.

El RSAT es una herramienta que nos permitiría tener datos validados, objetivos y en tiempo real del grado de satisfacción con la relación en cualquier contexto clínico de terapia de pareja. Aunque la práctica clínica individual o de pareja no exige el uso de escalas o cuestionarios, éstos pueden ayudar en el cribaje de procesos o en su seguimiento evolutivo (Carvajal et al., 2011) Además los datos recogidos a través de los cuestionarios pueden diferir de las observaciones del terapeuta en un momento dado del tratamiento. Tal y como Burns argumenta en su informe *Science Behind T.E.A.M Therapy* (2011) existen estudios, a los cuales ya hemos hecho alusión anteriormente, que muestran una correlación de menos de un 10% con respecto a las respuestas de los terapeutas al ser cuestionados sobre sus pacientes y las respuestas de los pacientes sobre su propio estado (Hatcher et al., 1995), evidencia que está detrás de los argumentos de la TCC-TEAM sobre la relación entre el uso de instrumentos de medición en terapia y la eficacia de los tratamientos.

Para la traducción y adaptación del RSAT en nuestra población, se han seguido las

directrices de la Comisión Internacional de Tests (International Test Commission, ITC). En su segunda edición (Muñiz et al., 2013) se desarrollan los aspectos más importantes a la hora de adaptar los tests de unas culturas a otras de manera que se asegure el máximo nivel de equivalencia entre las versiones original y adaptada:

- a) consideraciones legales previas que afectan a la propiedad intelectual
- b) valoración del constructo en la población diana
- c) diseños de adaptación que tengan en cuenta las características lingüísticas, psicológicas y culturales del texto adaptado, así como su adecuación práctica
- d) la importancia de las pruebas piloto
- e) la selección cualitativa y cuantitativa adecuada de la muestra de adaptación
- f) la importancia de los estudios de equivalencia
- g) la delimitación del grado de comparabilidad entre puntuaciones
- h) la importancia de unas correctas condiciones de aplicación e interpretación
- i) la información exhaustiva sobre los cambios llevados a cabo en el test adaptado

Con respecto a las condiciones legales del RSAT, este instrumento es propiedad intelectual de su autor, David Burns, y solamente él puede conceder la licencia para utilizarlo, a través de su web <https://feelinggood.com/wp-content/uploads/2014/01/aaa-tk-order-form-website-v-1-2014.pdf>

Como se explica en la introducción, en el año 2012 realizamos, junto con el Dr. Trockel una traducción del RSAT al español con la autorización del autor que fue utilizada para la formación llevada a cabo en Barcelona en el 2012 sobre el método TCC-TEAM por

parte del Dr. Trockel y del Dr. Burns. Dado que aquella traducción no siguió los criterios que hemos aplicado en esta tesis, hemos descartado aquella versión y se ha utilizado el RSAT original facilitado por el propio autor para este estudio de adaptación y validación empírica en español. La autenticidad de la prueba queda garantizada ya que se ha realizado en comunicación con el autor y con su permiso.

Una de las directrices de la ITC tiene que ver con la revisión del constructo medido por el test, e insta a evaluar su relevancia en las poblaciones de interés. En nuestro caso, el constructo satisfacción con la relación es central tanto para la terapia de pareja como para la investigación en el campo de las relaciones (Funk y Rogge, 2007). Las medidas de esta variable realizadas con una correcta metodología, nos pueden ayudar a entender mejor los efectos de tratamientos y otras variables que la afectan, permitiéndonos avanzar en la comprensión del funcionamiento de las relaciones. Como la variable posiblemente más estudiada sobre las relaciones de pareja, la satisfacción con la relación se ha asociado a aspectos como la salud mental y emocional, salud física y funcionamiento infantil en parejas con niños (Graham et al., 2011)

Entre los instrumentos más ampliamente utilizados para medir la satisfacción con la relación (Graham et al., 2011) hay un número considerable que hacen alusión en su nombre a la relación de pareja dentro del contexto del matrimonio, como el Marital Adjustment Test, el Kansas Marital Satisfaction Scale o el Quality of Marriage Index. Sin embargo, el hecho de que un cuestionario que mida la satisfacción con la relación de pareja no haga referencia a la relación matrimonial, como es el caso del Relationship Satisfaction Test que vamos a adaptar, es más coherente con la realidad de las relaciones en nuestro país, donde la nupcialidad

disminuye de manera importante y progresiva cada año. Entre los años 2001 y 2017, las parejas de hecho se han triplicado, pasando de 563.785 a 1.648.100, representando el 14,6% del total de las parejas registradas en España (Instituto de Política Familiar, 2019)

Consideradas las ventajas de disponer de un cuestionario de estas características para medir de manera válida y fiable la satisfacción con la relación en nuestra población, tanto en el contexto clínico como en investigación, junto con el interés de que la herramienta elegida por la TCC-TEAM para medir la satisfacción con la relación pueda ser utilizada en español manteniendo sus propiedades de validez y fiabilidad, llevamos a cabo la validación del RSAT en versión española, versión que responde al nombre de Cuestionario de Satisfacción con la Relación (QSAR).

Para observar el uso en clínica del QSAR y su sensibilidad al cambio terapéutico, se ha incluido en este trabajo la revisión de un caso clínico de terapia de pareja donde se ha utilizado esta herramienta. Las medidas de satisfacción con la relación tomadas en cada sesión son una aportación útil para tener una visión más clara de la evolución del tratamiento o de posibles bloqueos en su avance. El caso consiste en un tratamiento basado en la terapia cognitiva interpersonal TEAM de Burns y será descrito y revisado en detalle en la sección Aplicación en una pareja.

## **4.2 Objetivos Específicos:**

### **Traducción, Validez y Fiabilidad y Aplicación en una Pareja**

#### **4.2.1 Traducción**

El proceso de traducción de un cuestionario es clave para asegurar la validez del instrumento. Tal y como se indica en las directrices de la ITC (Muñiz et al., 2013) no se trata simplemente de traducir el cuestionario, si no que es necesario seguir un proceso que asegure una equivalencia entre la versión original y la versión traducida del instrumento. El proceso de adaptación de un cuestionario debe realizarse de acuerdo a unos estándares científicos que garantizan la equivalencia cultural de las dos versiones (original y adaptada), no siendo adecuada la utilización de traducciones libres del instrumento original (Iraurgi, 2008) Esto es así por numerosas razones, entre ellas, los constructos que medimos en psicología no son universales y pueden entenderse de manera distinta entre culturas e idiomas diferentes. Además, según apunta Iraurgi (2008), si han pasado muchos años desde que se creó la herramienta que traducimos, pueden haberse dado cambios en la manera como ahora entendemos ciertos conceptos.

Por todo ello, nos proponemos seguir las directrices de la Comisión Internacional de Tests (Muñiz et. al, 2013) con respecto al procedimiento de traducción y adaptación de instrumentos de evaluación. Con el objetivo de conseguir una versión española del RSAT que sea válida y fiable, el proceso de traducción se realizará tratando de adaptar culturalmente la versión original a la versión española, con el propósito de que sea equivalente a nivel de

significado, conceptual, técnico y teórico, así como el de conseguir el máximo nivel de equivalencia métrica posible.

#### **4.2.2 Validez y Fiabilidad**

El objetivo del presente estudio es la validación de la versión española del RSAT. Para ello, se evaluarán las propiedades métricas del cuestionario. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. Con el objetivo de determinar la calidad de medición de la nueva versión española del RSAT, el QSAR, analizaremos la validez y la fiabilidad del cuestionario.

La fiabilidad es la propiedad que habla de la constancia y precisión de los resultados que se obtienen de un cuestionario cuando se aplica en distintas ocasiones en condiciones similares de medición. La fiabilidad se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, indicando ausencia de correlación, a 1, que es una correlación perfecta (Carvajal et al., 2011)

Dentro del objetivo de medir la fiabilidad del QSAR, tendremos en cuenta los parámetros:

- Consistencia o nivel en que los diferentes ítems de un cuestionario están relacionados entre ellos. Cuando los ítems son homogéneos se pueden agrupar y obtener una puntuación global de ellos. Para ello mediremos el Alfa de Cronbach.

- Estabilidad temporal: mediremos la concordancia entre resultados del cuestionario tomados en dos ocasiones (test-retest) de la misma muestra

La validez es el grado en que un instrumento mide lo que realmente pretende medir, es decir, que sirva para el propósito para el cual ha sido diseñado. En este sentido, con el objetivo de conocer la validez del cuestionario QSAR, se calcularán los siguientes indicadores:

- Validez de contenido: refiriéndose a si el cuestionario elaborado y los ítems de los que se compone son indicadores de lo que pretenden medir. Para ello se someterá el QSAR a la valoración de un experto que juzgue la capacidad de este cuestionario para evaluar las dimensiones que quiere medir.
- Validez de constructo: realizaremos un análisis factorial para evaluar el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o concepto que se estudia, en este caso, la satisfacción con la relación.
- Validez de criterio: Finalmente, mediremos la validez de criterio comparando el QSAR con la Escala de Ajuste Diádico (DAS) Se analizará de qué manera correlacionan los resultados del QSAR con los resultados del DAS, comparando las medidas tomadas sobre la misma muestra que contesta a ambos cuestionarios a la vez.

### **4.2.3 Aplicación en una Pareja**

A pesar de que el objetivo principal de esta investigación es la validación del RSAT en versión española, también nos hemos propuesto observar la sensibilidad del instrumento para medir cambio terapéutico. Para ello, una vez se haya comprobado su validez y fiabilidad, incluiremos la revisión de un caso de terapia de pareja al que se le ha aplicado este cuestionario mostrando su uso en el contexto de la terapia.

El proceso de terapia de pareja seguirá los planteamientos de la terapia cognitiva interpersonal TEAM, por lo que el QSAR será una de las medidas, aunque no la única, tomadas de la pareja durante el tratamiento. El QSAR se administrará antes y después de cada sesión en cada una de las sesiones.

Se analizarán los resultados de los cuestionarios obtenidos a lo largo de las sesiones, así como la evolución de otras dimensiones medidas como el estado de ánimo o la alianza terapéutica. También se analizarán a nivel estadístico los resultados del QSAR antes y después del tratamiento para valorar si los cuestionarios muestran mejoras post tratamiento.



## **5. Muestra**

Los participantes en el estudio para la validación del QSAR han sido 104 personas repartidas entre una muestra accidental y otra de conveniencia. La muestra accidental aporta 66 personas y la muestra de conveniencia o muestra clínica 38.

La muestra accidental con un total de 66 personas se ha recogido entre estudiantes de psicología de la FPCEE Blanquerna de la URL. Se les solicitó la participación en el estudio de manera voluntaria. Los participantes contestaron los cuestionarios con total autonomía y anonimato. El investigador sólo intervino en caso de duda o pregunta. El requisito para poder participar era que en ese momento se encontraran en una relación de pareja. Se les pidió que una vez contestado el primer cuadernillo de cuestionarios dejaran pasar quince días antes de responder al segundo cuadernillo (retest) que consistía en cuestionarios idénticos a los primeros y que se llevaron consigo. Cada cuadernillo incluía un cuestionario de datos sociodemográficos básicos, el QSAR y el DAS. Además, a todos los que se han mostrado dispuestos, se les han entregado un sobre o más de cuestionarios para ser rellenados por otras personas en su círculo con las mismas condiciones de anonimato y confidencialidad. Dentro de cada sobre entregado había dos sobres, uno con el test y otro con el retest. Las personas que los contestaban devolvieron el sobre del test en un buzón de la facultad habilitado para ello y entre 15 días y tres semanas después devolvieron el sobre del retest. No se aceptaron devoluciones fuera de esas fechas. Se repartieron un total de 150 cuestionarios y se recibieron un total de 66 sobres con test y retest contestados tanto del QSAR como del DAS.

La muestra de conveniencia proviene de una muestra clínica de pacientes del Centro de Psicoterapia Maitri en Barcelona. Son pacientes que en ese momento se encontraban en un

proceso de terapia de pareja o de terapia individual trabajando sus relaciones de pareja. Se les solicitó de manera voluntaria la participación en el estudio y se les entregó el mismo sobre con los cuadernillos test y retest que a la muestra accidental. Los cuestionarios fueron contestados al inicio de la sesión y quince días después de nuevo al inicio de la sesión. En total se ha contado con una muestra clínica de 38 personas.

En cuanto a las características sociodemográficas, del total de 104 personas de la muestra, 36 son hombres y 68 mujeres. Esta proporción es parecida tanto en la muestra clínica como en la accidental, con 14 hombres y 24 mujeres en la muestra clínica y 22 hombres y 44 mujeres en la muestra accidental.

En la muestra clínica de 38 sujetos, la media de edad es de 34,5 años, encontrando que el 40% de la muestra (15 sujetos) tiene una edad entre los 40 y los 50 años. Del resto, 11 sujetos tienen menos de 25 años y otros 11 tienen entre 25 y 39 años. De los 38 participantes 26 conviven con su pareja, de estos el tiempo medio de relación es de 11 años, y el tiempo medio de convivencia es de 8 años y medio. Entre los 12 que no conviven el tiempo medio de relación es de 1,8 años. En cuanto al nivel de estudios, 28 de los 38 sujetos de la muestra tiene estudios universitarios, 9 estudios medios y uno estudios básicos.

Respecto a la muestra accidental de 66 sujetos, la media de edad es de 29 años, de estos 41 tienen entre 19 y 24 años, 12 entre 25 y 39 años y 12 más de 40 años. Del total, 19 conviven con su pareja, 12 de estos tienen relaciones de más de 25 años y conviven de media desde hace 25 años. Respecto al nivel de estudios, 54 tienen estudios universitarios, 7 estudios medios y 4 básicos.

Todas las personas participantes en la muestra clínica en este estudio han firmado un Consentimiento Informado (ver anexo) con el fin de garantizar los principios éticos necesarios: no maleficencia y respeto por las personas participantes de la investigación, intención de causar un bien con la intervención tanto a la comunidad científica como a los participantes, autonomía, respetando las decisiones de cada participante y pareja, justicia y no discriminación así como la confidencialidad de todos los datos privados de los participantes. Respecto a la muestra accidental, dado que responden de forma anónima y voluntaria, sin ninguna posibilidad de ser reconocidos, no fue necesario solicitar un consentimiento informado.

## **6. Procedimiento**

### **6.1 Traducción y Retrotraducción**

Para satisfacer el objetivo de traducción del RSAT de la manera más fiable y adecuada posible, se han seguido, como se comentó anteriormente, las directrices de la Comisión Internacional de Tests (Muñiz et al., 2013) así como el método de la mayoría de estudios de traducción y adaptación de instrumentos (Carvajal et al., 2011). Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Tres traducciones independientes de la versión original en inglés del RSAT al español, realizadas dos de ellas por dos traductores profesionales cuyo idioma materno es el español, obteniendo versiones diferentes, y una tercera traducción realizada por una persona bilingüe inglés-español cuyo idioma materno es el español, licenciado en psicología con especialidad en psicología clínica.
- Revisión de las tres traducciones por parte de un comité experto y diseño de una primera versión del cuestionario en español. El comité experto ha sido constituido por el Dr. Carles Pérez Testor, la Sra. Mónica Gutierrez, traductora bilingüe, y yo misma. El comité experto dispone así de dos miembros expertos en evaluación clínica, conocedores de los objetivos del cuestionario y que a la vez tenemos dominio de los idiomas inglés y español y un tercer miembro, la Sra. Gutierrez, que aporta su experiencia en la traducción entre ambos idiomas, lo cual nos permite combinar corrección lingüística y adecuación práctica

(Muñiz et al., 2013) al tiempo que promueve una equivalencia cultural e idiomática, con lo que obtenemos un instrumento más fiable (Iraurgi, 2008)

- Retrotraducción de la primera versión en español creada por el comité experto a la lengua original por parte de un traductor bilingüe cuya lengua materna es el inglés. Este traductor no ha tenido contacto con la versión original en inglés del RSAT. El comité de expertos, ha comparado posteriormente la versión retro traducida con el original.

A los tres traductores del RSAT al español se les ha dado el cuestionario en versión original inglesa y se les ha pedido su traducción sin más indicación. Las variaciones entre traducciones no son muchas, se puede entender que relacionado con la brevedad del cuestionario y escaso texto, consistente en términos bastante comunes. Los textos obtenidos de cada traductor son:

#### Texto de la versión original del RSAT

Relationship Satisfaction Test (RSAT) Place a check in the box to the right of each category that best describes the amount of satisfaction you feel in your relationship

0-Very dissatisfied, 1-Moderately dissatisfied, 2-Slightly dissatisfied, 3-Neutral, 4-Slightly satisfied, 5-Moderately satisfied, 6-Very satisfied

1. Communication and openness; 2. Resolving conflicts and arguments; 3. Degree of affection and caring; 4. Intimacy and closeness; 5. Satisfaction with your role in the relationship; 6. Satisfaction with the other person's role; 7. Overall satisfaction with your relationship

Date; Total Score.

Texto de la primera traducción del RSAT:

Cuestionario de satisfacción con la relación (CSR) Marca la casilla a la derecha de cada categoría que mejor describa el grado de satisfacción que sientes en tu relación

0-Muy insatisfecho, 1-Moderadamente insatisfecho, 2-Un poco insatisfecho, 3-Neutral, 4-Un poco satisfecho, 5-Moderadamente satisfecho, 6-Muy satisfecho

1. Comunicación y franqueza; 2. Resolución de conflictos y discusiones; 3. Grado de afecto y cariño, 4. Intimidad y cercanía, 5. Satisfacción con tu papel en la relación, 6. Satisfacción con el papel de la otra persona, 7. Satisfacción general con tu relación

Fecha;; Puntuación total:

Texto de la segunda traducción del RSAT:

Test de satisfacción en la relación. Coloca una marca en la casilla a la derecha de cada categoría que mejor describa cuánta satisfacción sientes en tu relación

0-Muy insatisfecho, 1-Moderadamente insatisfecho, 2-Algo insatisfecho, 3-Ni satisfecho ni insatisfecho, 4-Algo satisfecho, 5-Moderadamente satisfecho, 6-Muy satisfecho

1. Comunicación y franqueza; 2. Resolución de conflictos y discusiones; 3. Grado de afecto y cariño, 4. Intimidad y cercanía, 5. Satisfacción con tu papel en la relación, 6. Satisfacción con el papel de la otra persona, 7. Satisfacción general con tu relación

Fecha;; Puntuación total:

Texto de la tercera traducción del RSAT:

Test de satisfacción con la relación. Marca el recuadro a la derecha de cada categoría que mejor describa el nivel de satisfacción que sientes en tu relación

0-Muy insatisfecho, 1-Moderadamente insatisfecho, 2-Un poco insatisfecho, 3-Neutral, 4-Un poco satisfecho, 5-Moderadamente satisfecho, 6-Muy satisfecho

1. Comunicación y apertura; 2. Resolución de conflictos y discusiones; 3. Grado de afecto y cariño, 4. Intimidad y proximidad, 5. Satisfacción con tu papel en la relación, 6. Satisfacción con el papel de la otra persona, 7. Satisfacción general con tu relación

Fecha;; Puntuación total:

Como se explicaba anteriormente, el comité de expertos, ha revisado las tres versiones, observando las diferencias y similitudes entre los cuestionarios. En concreto, las palabras con distinta traducción según versiones han sido:

Relationship Satisfaction Test (RSAT): traducido como "Cuestionario de satisfacción con la relación (CSR)", "Test de satisfacción en la relación" y "Test de satisfacción con la relación"

Place a check in the box: traducido como "Marca la casilla", "Coloca una marca en la casilla" y "Marca el recuadro"

The amount of satisfaction: traducido como "el grado de satisfacción", "cuánta satisfacción" y "el nivel de satisfacción"

Openness: traducido como "apertura" o "franqueza"

Slightly: traducido como "algo" o "un poco"

Neutral: traducido como "neutral" y como "ni insatisfecho ni satisfecho"

Finalmente, tras analizar las palabras que presentaban diferencias entre traducciones, el comité experto ha creado una versión española eligiendo los términos que presentan más equivalencia semántica y adecuación práctica en el contexto del cuestionario. Esta primera versión del cuestionario en español contiene los siguientes textos:

Primera versión creada por el comité de expertos tras la revisión de las traducciones:

Cuestionario de satisfacción con la relación (QSAR). Coloca una marca en el recuadro a la derecha de cada categoría que mejor describa el nivel de satisfacción que sientes en tu relación

0-Muy insatisfecho, 1-Moderadamente insatisfecho, 2-Algo insatisfecho, 3-Ni satisfecho ni insatisfecho 4-Algo satisfecho, 5-Moderadamente satisfecho, 6-Muy satisfecho

1. Comunicación y franqueza; 2. Resolución de conflictos y discusiones; 3. Grado de afecto y cariño, 4. Intimidad y cercanía, 5. Satisfacción con tu papel en la relación, 6. Satisfacción con el papel de la otra persona, 7. Satisfacción general con tu relación

Fecha;; Puntuación total:

Primera versión en español creada por el comité de expertos retro traducida:

Relationship Satisfaction Questionnaire. Place a check mark in the box to the right of each category that best describes the level of satisfaction you feel in your relationship

0-Very dissatisfied, 1-Moderately dissatisfied, 2-Somewhat dissatisfied, 3-Neither dissatisfied nor satisfied, 4-Somewhat satisfied, 5-Moderately satisfied, 6-Very satisfied



1. Communication and openness; 2. Resolving conflicts and arguments; 3. Degree of affection and caring; 4. Intimacy and closeness; 5. Satisfaction with your role in the relationship; 6. Satisfaction with the other person's role; 7. Overall satisfaction with your relationship

Date:, Total Score:

Tras revisar la versión retrotraducida y compararla con la versión original del RSAT el comité ha valorado que ambas versiones son equivalentes a nivel semántico y conceptual. Por ello, se decide mantener la primera versión creada por el comité de expertos tras la revisión de las versiones traducidas al español del RSAT, pasando a considerarse la versión final el Cuestionario de Satisfacción con la Relación (QSAR)

## 6.2 Comparación del QSAR con la DAS

Para la validación de la versión española del RSAT se ha comparado con el Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1989) que es con diferencia la medida más utilizada de ajuste en la relación (Funk y Rogge, 2007) tanto a nivel internacional como en nuestro país (Cáceres, 2013; Pérez et al., 1996; Pérez et al., 1997)

La DAS permite medir la percepción que tiene cada miembro de la pareja sobre su relación. Ha sido traducida a numerosos idiomas, siendo traducida al español en 1988 por Bornstein y Bornstein (1988). Sin embargo sus propiedades psicométricas no fueron validadas en nuestro país hasta unos años después, en versión catalana en el año 2001 (Pérez-Testor, S., 2001) y en versión española, la Escala de Ajuste Diádico (EAD) en el 2009 en su versión de 32 ítems y en una versión breve de 13 ítems (Santos-Iglesias et al., 2009) y en el 2014 (Cano-Prous et al., 2014). En todos los casos se constataron unas buenas propiedades psicométricas del instrumento, demostrándose como una herramienta válida y fiable en su versión tanto española como catalana.

Para este estudio de validación hemos utilizado la versión más extendida de la DAS de 32 ítems, y hemos utilizado su versión en español. La Escala de Ajuste Diádico es una escala multidimensional de 32 ítems que ofrece una puntuación global de ajuste diádico tras valorar cuatro subescalas: *Consenso*, *Satisfacción*, *Cohesión* y *Expresión de afectos*. El punto de corte para la EAD está situado en 100, de manera similar a los estudios sobre su versión inglesa (Cano-Prous et al., 2014)

### **6.3 Validación y Fiabilidad**

Con el objetivo de validar el QSAR, hemos preparado los datos para proceder a su análisis estadístico. Esto nos permite obtener resultados que nos indiquen si el QSAR es una herramienta válida y fiable para su uso adecuado en clínica e investigación.

Los cuestionarios han sido corregidos por dos analistas, que han realizado la suma de todas las puntuaciones y las han anotado en la hoja del cuestionario. Además, los datos han sido introducidos en una tabla de excel y el programa ha sumado de nuevo las puntuaciones de cada cuestionario, obteniendo una tercera comprobación. De esta manera, nos aseguramos de que no hay errores en la corrección de los cuestionarios. Estos datos han sido posteriormente introducidos al SPSS para la evaluación de las propiedades métricas del cuestionario.

En cuanto a la valoración de la validez, además del análisis factorial que nos indique validez de constructo y el análisis de criterio donde compararemos los resultados del QSAR y del DAS, nos proponemos analizar en qué manera es un instrumento válido en su contenido. La validez de contenido se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems escogidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Se trata de someter el cuestionario a la valoración de un investigador experto que juzgue la capacidad del instrumento para evaluar todas las dimensiones que se pretenden medir. La validez de contenido por tanto, proviene, no de un cálculo estadístico, sino de una valoración cualitativa por parte de un experto. El informe experto, que en el caso del QSAR reafirma su validez de contenido, puede consultarse en el apartado de anexos de esta tesis.

## 7. Resultados

En cuanto a la fiabilidad, hemos estudiado la consistencia interna y la estabilidad temporal del QSAR. En relación a la consistencia interna, los datos muestran una muy buena consistencia con un Alfa de Cronbach de 0.933. Además los ítems del cuestionario fluctúan entre .910 y .937 por lo que no hay ninguno discordante.

Respecto a la estabilidad temporal se ha medido la correlación test-retest con el Coeficiente de Correlación Interclass (ICC), obteniendo una puntuación de 0.948, lo que nos indica una estabilidad excelente.

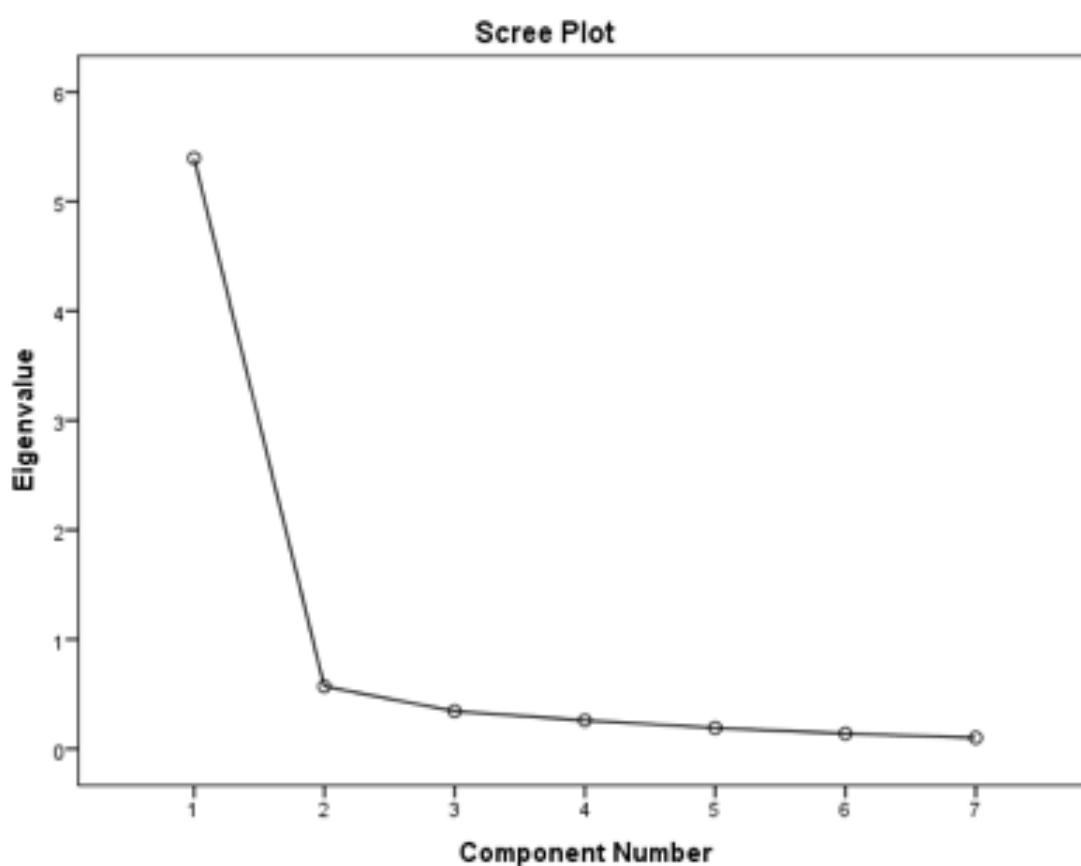
Los resultados sugieren diferencias significativas en las medias, con la prueba t-student se ha visto una  $p = 0.028$ ;  $SD = 4.214$ ;  $t = -2.274$  y  $DF = 45$ . En las medias se ha visto que la primera pasación era de 28.07 y en la segunda de 29.98. Esta poca diferencia podría sugerir poca influencia del tratamiento, lo cual es coherente con una pasación retest a dos semanas entre las cuales no ha habido intervención.

En el cálculo de la correlación, para el test-retest se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson dado que la distribución era normal por tanto, se utilizaron estadísticos paramétricos. Los resultados indican una correlación de  $r = 0.922$  y una significación de  $p < 0.001$ . Por tanto, se ha visto una correlación muy alta.

En cuanto a la validez de constructo, dado que el QSAR es corto, sólo 7 ítems, sin subescalas, ofreciendo una puntuación total que pretende medir la satisfacción con la relación, hablamos de un cuestionario de un sólo factor. Se plantea como mejor opción

realizar un análisis factorial exploratorio. Como resultado se observa que el primer factor explica el 5.395 de la variancia, lo que supone el 77,023%. Este resultado es coherente con el Alfa de Cronbach tan alto que encontramos. El resto de factores explican un .570, .344, .260, .191, .139 y .101.

**Figura 1**



En la gráfica (figura 1) se observa cómo el primer factor explica la mayor parte de la variancia. Si realizamos el análisis factorial con dos factores, podemos ver que los ítems en el primer factor muestran una correlación muy alta, congruente con el Alfa de Cronbach. Por otro lado, en el segundo factor, vemos que hay 3 ítems (los 3 últimos) que no correlacionan y que 4 (los primeros) si lo hacen (tabla 1)

**Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component	
	1	2
QSAR_R_C	0,820	0,406
QSAR_C_F	0,839	0,313
QSAR_A_C	0,864	-0,396
QSAR_I_C	0,867	-0,333
QSAR_S_T	0,882	-0,149
QSAR_S_P	0,927	0,118
QSAR_S_G	0,940	0,060

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Tabla 1**

a. 2 components extracted.

En cuanto a la validez de criterio, para analizar la correlación entre el QSAR y el DAS, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson dado que la distribución era normal. Como se puede observar en el gráfico, la correlación es muy alta  $r=0,846$  y la significación es  $p<0.001$

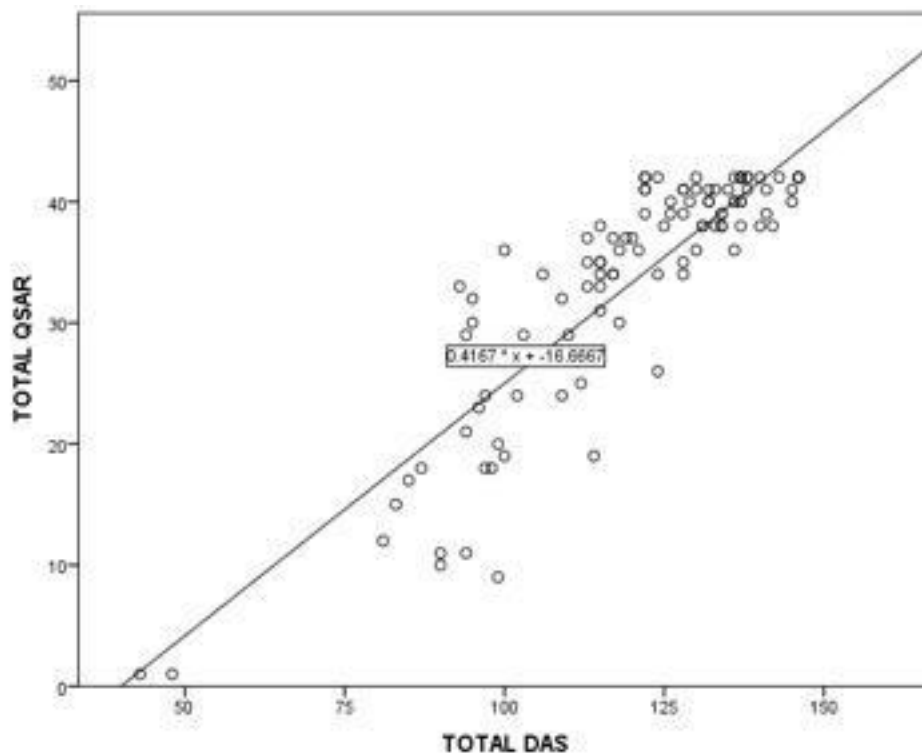


Figura 2

En cuanto a las puntuaciones entre muestra clínica y no clínica, la prueba estadística t para muestras independientes ha mostrado diferencias significativas en los siguientes aspectos:

**QSAR:**  $p = .000$ ,  $t = -5.962$ ,  $SD = 1.827$

**DAS:**  $p = .001$ ,  $t = -6.941$ ,  $SD = 3.385$

**RE\_QSAR:**  $p = .002$ ,  $t = -3.269$ ,  $SD = 3.804$

Así como diferencias no significativas en los siguientes:

**RE\_DAS:**  $p = .344$ ,  $t = -2.846$ ,  $SD = 7.690$

Según estos resultados, la muestra clínica ha presentado puntuaciones más altas en el QSAR, DAS y retest del QSAR, pero no el el retest del DAS.

En cuanto a la diferencia entre hombres y mujeres, con la muestra completa, a través de la prueba t para muestras independientes no se observan diferencias significativas en ninguna de las cuatro variables:

**QSAR:**  $F = .181, p = .672, t = -.081, SD = 2.141$

**DAS:**  $F = 1.728, p = .192, t = -.303, SD = 4.121$

**RE\_QSAR:**  $F = .046, p = .831, t = -.791, SD = 3.351$

**RE\_DAS:**  $F = .311, p = .580, t = -1.485, SD = 6.499$

Tampoco se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres en la muestra clínica:

**QSAR:**  $p = .671, t = -.959, SD = 3.848$

**DAS:**  $p = .710, t = -1.315, SD = 7.417$

**RE\_QSAR:**  $p = .592, t = -.517, SD = 3.591$

**RE\_DAS:**  $p = .725, t = -1.306, SD = 6.869$

Del mismo modo, tampoco se aprecian diferencias en la muestra no clínica:

**QSAR:**  $p = .166, t = 1.410, SD = 1.785$

**DAS:**  $p = .504, t = 1.364, SD = 3.056$



**RE\_QSAR:**  $p = .860$ ,  $t = -.359$ ,  $SD = 2.789$

**RE\_DAS:**  $p = .440$ ,  $t = -.223$ ,  $SD = 12.714$

Por tanto, el sexo no influye en las puntuaciones de los cuestionarios.

Con respecto a las parejas que conviven y las que no, con la prueba t para muestras independientes vemos que hay diferencias significativas, excepto en el retest del DAS:

**QSAR:**  $p = .000$ ,  $t = -4.341$ ,  $SD = 1.895$

**DAS:**  $p = .001$ ,  $t = -5.017$ ,  $SD = 3.543$

**RE\_QSAR:**  $p = .000$ ,  $t = -4.649$ ,  $SD = 2.727$

**RE\_DAS:**  $p = .321$ ,  $t = -4.678$ ,  $SD = 5.370$

Dado que 1 es que conviven y 2 es que no conviven, y que la correlación es negativa, estos datos reflejan que las personas que no conviven están significativamente más satisfechas con sus relaciones de pareja, a excepción de los datos del retest de la DAS en los que no se observan estas diferencias.

Por lo que respecta a la edad, el Coeficiente de Correlación de Pearson muestra que existe una correlación con:

**QSAR:**  $r = -.319$ ,  $p = 0.001$ ,  $SD = 4.097$

**DAS:**  $r = -.325$ ,  $p = 0.001$ ,  $SD = 3.823$

**RE\_QSAR:**  $r = -.516$ ,  $p = .000$ ,  $SD = 4.788$

**RE\_DAS:**  $r = -.506$ ,  $p = .000$ ,  $SD = 4.690$

Según estos datos, al tratarse de una correlación negativa, una menor edad está asociado a más satisfacción con la relación.

En cuanto al tiempo de relación no hay diferencias significativas:

**QSAR:**  $r = -.074$ ,  $p = 0.457$ ,  $SD = 2.127$

**DAS:**  $r = -.115$ ,  $p = 0.251$ ,  $SD = 1.864$

**RE\_QSAR:**  $r = -.186$ ,  $p = .217$ ,  $SD = 1.612$

**RE\_DAS:**  $r = -.278$ ,  $p = .062$ ,  $SD = 2.743$

Por lo que el tiempo de relación no es relevante con respecto a la satisfacción con la relación de pareja.

Si habrían diferencias significativas en cuanto al tiempo de convivencia en algunas escalas:

**RE\_QSAR:**  $r = -.297$ ,  $p = .045$

**RE\_DAS:**  $r = -.381$ ,  $p = .009$

Pero no en otras, donde las diferencias, aunque aparecen, no son significativas:

**QSAR:**  $r = -.120$ ,  $p = 0.226$

**DAS:**  $r = -.165$ ,  $p = 0.098$

Finalmente, para determinar si hay diferencias entre las puntuaciones de los cuestionarios y el nivel de educación, se realiza una ANOVA de tres factores. Se han observado diferencias significativas respecto a los grupos en 3 de las 4 variables.

**QSAR:**  $F = 5.554$ ,  $p = .005$ ,  $SD = 3.019$

**DAS:**  $F = 4.187$ ,  $p = .018$ ,  $SD = 3.368$

**RE\_QSAR:**  $F = 4.505$ ,  $p = .017$ ,  $SD = 2.313$

**RE\_DAS:**  $F = 2.168$ ,  $p = .127$ ,  $SD = 2.756$

Al realizar un Post Hoc con el estadístico de Huley, vemos que en las cuatro variables hay diferencias respecto al grupo 3 (estudios básicos), por lo que los sujetos con estudios básicos muestran una menor satisfacción con la relación de pareja.

Se realizó de manera adicional un análisis estadístico de los resultados del QSAR durante el tratamiento que se detalla en el apartado: Aplicación del QSAR en un caso de terapia de Pareja, con el objetivo de ver si estadísticamente los resultados del QSAR mostraban un efecto del tratamiento. Dado que la muestra era sólo de dos sujetos, no se pudo realizar una correlación, ya que con dos sujetos no hay grados de libertad, de manera que no se puede calcular la significación. Lo que se ha hecho, en este caso, es unir las puntuaciones de las 10 primeras sesiones con las puntuaciones de las 10 últimas sesiones, dejando a un lado las 6 sesiones en medio del tratamiento. Para ello, hemos realizado una prueba t para muestras pareadas.

En un miembro de la pareja, tras comparar las puntuaciones de las primeras 10 sesiones con las últimas 10, a través de la prueba t para muestras pareadas, los resultados muestran que hay diferencias significativas, con un  $t = 5.615$ ,  $p = .000$ ,  $SD = 5.181$ . Lo mismo ocurre en el caso del otro miembro de la pareja, donde hemos visto una  $t = 3.508$ ,  $p = .007$ ,  $SD = 3.425$ . Esto nos indica que los dos han mejorado con el tratamiento.

## 8. Discusión

Uno de los objetivos planteados para este trabajo era validar el QSAR con la finalidad de obtener un instrumento breve, válido y fiable para medir el constructo satisfacción con la relación. Los resultados indican que el QSAR cumple con los requisitos de validez y fiabilidad necesarios para ser considerado como un instrumento adecuado y óptimo para este fin.

El análisis de la fiabilidad del QSAR es consistente con los resultados publicados para el RSAT sobre su fiabilidad. El RSAT muestra una consistencia interna con un coeficiente alfa de 0.97 (Heyman et al., 1994) y los resultados del análisis del QSAR muestran un coeficiente de 0.933. Además, los ítems del cuestionario fluctúan entre 0.910 y 0.937 por lo que no hay ninguno discordante.

La correlación retest del RSAT a las 6 semanas es de  $r = 0.72$ , mientras que la correlación retest del QSAR a las 2 semanas es de  $r = 0.92$ , mostrando una correlación muy alta. Se eligió, por las características de la muestra, utilizar un tiempo para el re-test de 2 semanas en lugar de 6, lo que podría haber dado lugar a resultados distintos.

Con respecto a la validez de criterio, el RSAT fue validado con el Marital Adjustment Scale ( $r = 0.80$ ) (Burns y Sayers, citado en Beesley y Stoltenberg, 2002) el Quality of Marriage Index ( $r = .91$ ) y el Dyadic Adjustment Scale ( $r = 0.90$ ) (Heyman et al., 1994). Los resultados de validación del QSAR muestran al realizar la correlación entre este instrumento y el DAS una correlación muy alta entre ambos ( $r = 0,846$ ) de manera coherente

a lo encontrado en la validación del RSAT con el DAS.

El análisis de la validez de constructo del QSAR muestra, tras un análisis factorial exploratorio, que el primer factor explica el 5.395 de la variancia, lo que supone un 77,023%. Tiene sentido que en el análisis factorial un único factor explique el 77% de la variancia dado que se trata de un instrumento breve que sólo intenta medir un único constructo. También Heyman et al. (1994) apuntaba que el análisis factorial del RSAT mostraba una sola dimensión bajo los distintos ítems.

Del análisis factorial también se extrae que en el segundo factor, hay tres ítems, los últimos 3 del cuestionario, que no se correlacionan con los 4 primeros. Que aparezcan estos dos grupos tiene sentido con el cuestionario dado que se puede distinguir que los primeros 4 ítems hablan de la satisfacción con la relación en diferentes áreas específicas de la relación (comunicación y franqueza, resolución de conflictos, grado de afecto y cariño e intimidad y cercanía) mientras que los últimos 3 ítems son valores de la satisfacción en la relación (satisfacción con el propio papel en la relación, satisfacción con el papel del otro y satisfacción general con la relación)

Los resultados obtenidos con respecto a la validez y fiabilidad del QSAR lo sitúan como un instrumento válido y fiable para medir el constructo satisfacción con la relación con tal solo 7 ítems. Habíamos abordado en apartados anteriores la idoneidad de poder medir de manera breve, válida y fiable este constructo y el QSAR se convierte en una herramienta idónea cuando éste es el objetivo principal. Si planteamos su uso en un contexto clínico, su brevedad permite su uso en cada sesión de manera no invasiva con el tiempo de la terapia.

También en el contexto de investigación el QSAR se presenta como un instrumento de marcada utilidad, dado que la variable satisfacción con la relación, como comentábamos en el marco teórico, es quizá la más estudiada en relación de pareja (Graham et al., 2011). Los resultados obtenidos nos permiten constatar que el QSAR es un instrumento que nos permite cumplir los objetivos previstos.

Dado que los datos sobre la validación del RSAT fueron con respecto a la versión del RSAT de 13 ítems, este estudio se constata como el primer análisis y validación del RSAT (en su versión traducida al español, QSAR) en 7 ítems publicada hasta la fecha, lo cual es una aportación relevante.

Aunque el objetivo de este estudio no es correlacionar variables como datos demográficos u otras con el grado de satisfacción con la relación, el análisis estadístico aporta resultados que cabe comentar, como el hecho de que las parejas que no conviven están significativamente más satisfechas con sus relaciones de pareja. El re-test del DAS es la única medida que no muestra diferencias en esta dirección. El análisis de bibliografía muestra estudios en esta dirección, como el de Tai et al. (2014) donde analizada una muestra de más de 9000 personas de 4 países se concluye que las parejas que no conviven muestran más satisfacción siempre y cuando tengan planes de hacerlo. En el caso de los datos de nuestro estudio, desconocemos si las parejas que no conviven tienen o no intención de hacerlo, pero hemos hablado de las características de una parte de la muestra, con una edad joven que puede hacernos pensar en las primeras etapas de la relación con posibles proyecciones de futuro. Los datos no siguen esta dirección, como decíamos, en el retest del DAS para la muestra clínica (n=38), muestra que presenta mayores casos de convivencia.

Ya hemos comentado que el uso clínico del QSAR en psicoterapia comprende tanto el diagnóstico como la valoración de la evolución del tratamiento y el efecto de la intervención. Su uso en contexto clínico, dada su capacidad para medir de manera breve y eficaz, puede ser recomendado en ámbitos con tensión en los tiempos de duración de las visitas y la frecuencia de éstas, como en los CSMA y podría concebirse como una herramienta recomendable, tanto en tratamientos de pareja o familia como en tratamientos individuales donde haya una temática de conflicto relacional.



## 9. Limitaciones

Un análisis de las limitaciones de este estudio puede incluir la revisión de las características de la muestra. Las 104 personas que han participado en la muestra de esta investigación pertenecen a una muestra accidental, o no clínica (n=66) y de conveniencia o clínica (n=38), número de muestra que no es lejano al análisis del RSAT de Heyman, et al. (1994), realizada con 140 personas.

Las limitaciones que podríamos apuntar tendrían más que ver con la aplicación del único criterio de inclusión, que las personas estuvieran en pareja en el momento del estudio. Esto ha dado una muestra desigual en número de hombres y mujeres (36 hombres y 68 mujeres), o de media de edad bastante joven, teniendo entre 19 y 25 años el 53% de la muestra total, especialmente influenciado por la muestra no clínica. En la muestra clínica conviven con su pareja el 68% de los participantes y en la muestra no clínica el 29%. El nivel de estudios es un factor muy homogéneo, con un perfil mayoritariamente universitario en ambas muestras, siendo en total del 78%, junto a un 16% de participantes con estudios medios y un 5% con estudios básicos.

Aunque el objetivo de este estudio radica en el análisis de la validez y fiabilidad del QSAR y este análisis es a su vez válido con la muestra aportada, posiblemente una muestra con variables más controladas, nos habría permitido otorgar mayor significación a lo que apuntan ciertos resultados: diferencias significativas en el grado de satisfacción con la relación según el nivel de estudios, la edad, o el tiempo de convivencia en algunas de las escalas.

A pesar de que, como hemos mostrado, el QSAR se presenta como un instrumento válido y fiable para medir el constructo satisfacción con la relación, este cuestionario se ha creado en el marco teórico de la Terapia Cognitivo Conductual-TEAM de David Burns, y la poca divulgación en España o en países de habla hispana de esta terapia en un contexto académico, puede limitar el interés por las herramientas de este modelo. Esta limitación puede ser superada con la puesta a disposición, tanto a través de esta investigación como de artículos futuros, del instrumento a la comunidad científica. Queda abierta entonces, una vez validada la herramienta, la vía de desarrollar nuevos estudios que demuestren su sensibilidad para medir la satisfacción con la relación en contextos clínicos, así como su uso en investigación como herramienta fiable, válida y breve en trabajos que contemplen la medición de la satisfacción con la relación.

Una opción que habría sido interesante investigar aprovechando los datos recogidos, es la comparación entre el RSAT y el DAS y la idoneidad del uso de una u otra en distintos contextos, análisis que el estudio de Heyman et al. (1994) inicia, dejando posibles líneas de trabajo abiertas. Este autor sostiene que en muchos casos, el uso del RSAT es comparable a la herramienta más utilizada para medir ajuste diádico, el DAS, tanto para muestras clínicas como en población general. Apunta que son necesarios estudios adicionales que examinen las propiedades en contextos clínicos (como la medida del cambio al tratamiento) para generar más confianza en la herramienta. Se apunta también en el estudio de Heyman et al. que desacuerdo y felicidad no son sinónimos, y que las parejas del estudio respondieron diferente al ser cuestionadas sobre el grado de desacuerdo en la relación y la satisfacción con la relación. Esto es importante si el uso en contexto clínico está orientado a conocer lo

satisfechas que están las parejas en áreas particulares de la relación en lugar de cuánto discuten.

A pesar de que el DAS acumula una evidencia científica muy importante, el QSAR presenta la ventaja obvia sobre el DAS de su brevedad y simplicidad, pudiendo ser contestado de manera mucho más rápida, mientras que ambos preguntan sobre áreas específicas de la relación con las que se tiene dificultad. Finalmente, Heyman et al. (1994) se decanta por el uso de la RSAT en investigaciones que valoren los motivos de cambio en la satisfacción con la relación a lo largo del tiempo donde el DAS podría en comparación con el RSAT, producir confusión en las relaciones causales. Argumenta su hipótesis en que al enfocarse en ajuste diádico y acuerdo, en lugar de en satisfacción, el DAS enfatiza la comunicación, lo que puede inflar los datos de mejora estimada y sugiere investigación adicional para comparar diferentes medidas de resultados clínicos y determinar cuál es el nivel real de divergencia.

## APLICACIÓN EN UNA PAREJA

### **10. Aplicación del QSAR en un caso de terapia de pareja**

#### **10.1 Planteamiento del caso y análisis de la demanda terapéutica**

Con la intención de mostrar el uso del QSAR en clínica, se presenta un caso de terapia de pareja, desde el enfoque de la terapia cognitiva interpersonal-TEAM. Se comentarán los principales aspectos del trabajo terapéutico realizado, incluyendo lo relativo a la aplicación del QSAR durante las sesiones. En los anexos pueden encontrarse copias de los cuestionarios mencionados al comenzar este proceso de terapia, así como una copia del consentimiento informado que los pacientes firmaron concediendo autorización para utilizar el contenido de la terapia en esta investigación. Un total de 26 sesiones, incluyendo una última sesión de cierre, fueron filmadas y transcritas durante el proceso terapéutico.

Los nombres y cualquier dato que pueda revelar la identidad de los pacientes han sido modificados en este texto con el fin de preservar su confidencialidad. La pareja consiste en un hombre de 41 años, al que llamaremos Vicente y una mujer a quien llamaremos Ana, de 36 años. La pareja consulta con el Centro de Psicoterapia Maitri, en Barcelona, con motivo de ciertas desavenencias dentro de la relación, problemas de comunicación y entendimiento. En la entrevista inicial se les propuso la participación en la presente investigación, a la cual accedieron de manera informada y voluntaria y firmaron el consentimiento informado como se ha comentado.

La pareja lleva 20 años de relación, 16 de los cuales han sido en convivencia. Tienen dos hijos, a quienes llamaremos Santi, de 9 años y Carlos de 7, cambiando sus nombres o cualquier información que los pudiera identificar. Ana y Vicente son empresarios, y dirigen conjuntamente un centro de formación no reglada con varias sucursales en Barcelona. Es la segunda vez que acuden a terapia de pareja. Hace 5 años hicieron 6 sesiones en este mismo centro debido a una situación de estrés familiar, a consecuencia de estar hospedando en casa a la hermana de Ana, con trastorno mental, lo que se unía a los retos familiares que les suponía la crianza de sus hijos. Tras unas sesiones la pareja tomó decisiones e implementaron cambios familiares que aliviaron su situación.

En este momento la demanda terapéutica de la pareja consistía por parte de Vicente en tener un mejor entendimiento en cuanto a la educación de sus hijos, así como lograr ayudarse más entre ellos en sus proyectos y superar "los momentos de bajón" que estaban experimentando en la relación. Ana sostenía que deseaba con la terapia conseguir una mejor comunicación y poder tratar mejor los momentos de conflicto. Según afirmaba: "cuando no hay conflicto es porque uno u otro cede o se adapta pero no llegamos al punto de que sea deseable para los dos". Por su parte el malestar en la relación con respecto a la educación de los hijos le despertaba dudas con respecto a la relación y al futuro de la misma: "Cuando estamos los cuatro hay un ambiente de completa negatividad, de riñas, de insatisfacción".

Se encontró que Ana mantenía un estado de ánimo ansioso y resentido, estaba desmotivada con la relación. Según sostenía: "No me siento tenida en cuenta... no importa nada de lo que yo digo... es como si yo no tuviera vida propia..." Por su parte, Vicente también se mostraba desmotivado, ansioso y preocupado por la relación: "cuando echo la

mirada atrás, quería algo que no tengo ahora... veo que no cubro expectativas y que sólo puede ir a peor"

Los dos estaban de acuerdo en que existía una problemática respecto a cómo afrontar la educación de los hijos, y en que no había acuerdo en cómo afrontar determinadas situaciones. Vicente manifestaba: "en vez de ayudar lo que hago es empeorar la situación". Mientras él interpretaba una situación como: "ningunean a su madre" e intervenía poniendo límites o corrigiendo a los hijos, ella afirmaba: "no me siento ninguneada" y valoraba negativamente la intervención de su marido con los hijos.

Aunque no surge hasta la cuarta sesión, Ana manifiesta insatisfacción respecto a la intimidad y la sexualidad en la relación, expresado de la siguiente manera: "Las necesidades serían más, pues el tema intimidad, sexo, cómo gestionar la frustración... si yo digo que no, él está molesto, o yo me imagino que está molesto... y entonces... ambos estamos que hablamos menos, es como si hubiésemos hecho algo mal... como una culpabilidad".

Vicente habla sobre su dificultad para escuchar y una tendencia a la comparación con su mujer donde se valora a sí mismo de manera negativa y afecta a su autoestima. En sus propias palabras expresadas durante la segunda sesión: "Verme siempre que estoy por debajo... ella lo hace mejor, yo no lo hago bien... Me siento mal por mí, no porque ella lo haga mejor, me encanta que lo haga super bien, pero no me siento que yo esté a la altura de ella".

Con la pasación del QSAR vemos como la insatisfacción en la relación aumenta conforme pasan las primeras sesiones y la pareja se va exponiendo a los motivos de conflicto en la relación. La insatisfacción/satisfacción con la relación va fluctuando entre sesiones hasta la mejora al final del tratamiento.

## **10.2 Intervención y tratamiento**

Esta intervención se ha llevado a cabo siguiendo los planteamientos de la terapia cognitiva interpersonal TEAM por lo que se han seguido a lo largo del tratamiento las 4 fases de este modelo: tests, empatía, agenda de trabajo y métodos, tal y como se expuso en el apartado de marco teórico. Yo he sido la terapeuta que ha llevado el caso de Ana y Vicente. Es importante mencionar que a pesar de haber seguido la formación comentada en la introducción con el Dr. Burns en el 2013, para ejercer oficialmente desde el marco de la TCC-TEAM y ser considerado terapeuta TEAM se requiere una certificación adicional, de la que no dispongo. Como profesional de la salud mental, mi enfoque clínico es integrativo, incluyendo los planteamientos, herramientas y metodología de la terapia TCC-TEAM, así como una mirada humanista y gestáltica.

### Testing

Ambos miembros de la pareja han sido evaluados al inicio y al final de cada sesión con el Brief Mood Survey (BMS) de Burns (s.f.), traducido al español, aunque todavía no empíricamente validado en nuestra población como acabamos de hacer con el QSAR. El

BMS registra el estado de ánimo de los pacientes antes y después de cada sesión con las escalas: sentimientos depresivos, ideación suicida, ansiedad y enfado y una escala de sentimientos positivos al final. Traduje este cuestionario en colaboración con el Dr. Trockel durante la preparación de la formación en TCC-TEAM en Barcelona.

También se ha administrado a la pareja al inicio y final de cada sesión el QSAR, excepto en la primera sesión que el QSAR se administra una sola vez al final de la sesión, y una vez cada 2 sesiones se les ha administrado la Escala de Ajuste Diádico (DAS) al inicio de la sesión. Por último, al final de cada sesión se les ha administrado la Evaluación de la Sesión de Terapia de Burns (s.f.) con la que se ha ido haciendo seguimiento de la alianza terapéutica durante el tratamiento.

Respecto a la dinámica de las sesiones, una vez que los pacientes han contestado los cuestionarios, se inicia la sesión. La sesión comienza con la revisión conjunta de la Evaluación de la Sesión de Terapia que rellenaron al final de la sesión anterior. Se revisa con cada uno de ellos las puntuaciones dadas en las escalas del cuestionario: empatía terapéutica, calidad de ayuda de la sesión, grado de satisfacción con la sesión de hoy, su compromiso, sentimientos negativos durante la sesión y dificultad de las preguntas. Al final se revisan las respuestas a las dos preguntas abiertas del cuestionario sobre lo que menos y lo que más les ha gustado de la sesión.

La revisión de las evaluaciones de la sesión anterior nos da una oportunidad para identificar si hay dificultades con la terapia relacionadas con cualquiera de los aspectos que mide el cuestionario y nos da una idea mejor sobre qué está sirviendo a cada paciente en su



proceso. Una vez revisadas las evaluaciones se pasa a revisar con ellos las puntuaciones que han dado ese día al cuestionario sobre el estado de ánimo, el BMS, sirviendo este repaso como oportunidad para acompañar con empatía el estado emocional del paciente en ese momento, así como traer a la superficie aspectos relevantes que están afectando su estado de ánimo. A continuación, se presentan los resultados de los cuestionarios administrados durante las 26 sesiones de tratamiento. Los cuestionarios están disponibles en el anexo.

tabla 2: resultados Ana antes de la sesión, sesiones 1 a 13

<b>ANTES DE LA SESION ANA</b>		<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S6</b>	<b>S7</b>	<b>S8</b>	<b>S9</b>	<b>S10</b>	<b>S11</b>	<b>S12</b>	<b>S13</b>
<b>BMS</b>	Sentimientos depresivo (0-20)	4	1	1	0	0	0	0	7	2	9	2	2	0
	Ideación suicida (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ansiedad (0-20)	3	2	2	10	1	0	1	6	2	6	1	10	0
	Enfado (0-20)	3	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0
	Sentimientos positivos (0-40)	20	26	30	27	23	29	29	15	17	11	25	18	27
<b>QSAR</b>	Total satisfacción con la relación (0-42)	27	35	37	37	32	37	36	31	31	20	17	22	28
<b>DAS</b>	Puntuación Total DAS	105	-	113	-	122	-	120	-	105	-	96	-	102

tabla 3: resultados Ana antes de la sesión, sesiones 14 a 26

<b>ANTES DE LA SESIÓN ANA</b>		<b>S14</b>	<b>S15</b>	<b>S16</b>	<b>S17</b>	<b>S18</b>	<b>S19</b>	<b>S20</b>	<b>S21</b>	<b>S22</b>	<b>S23</b>	<b>S24</b>	<b>S25</b>	<b>S26</b>
<b>BMS</b>	Sentimientos depresivo (0-20)	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
	Ideación suicida (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ansiedad (0-20)	9	1	2	1	1	2	0	1	1	0	0	2	1
	Enfado (0-20)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sentimientos positivos (0-40)	19	25	25	28	29	25	27	27	19	27	24	28	29
<b>QSAR</b>	Total satisfacción con la relación (0-42)	15	20	17	21	26	25	23	26	22	26	15	31	32
<b>DAS</b>	Puntuación Total DAS	-	99	-	100	-	101	-	100	-	95	-	105	-



tabla 6: resultados Vicente antes de la sesión, sesiones 1 a 13

ANTES DE LA SESIÓN VICENTE		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
<b>BMS</b>	Sentimientos depresivo (0-20)	9	6	0	2	0	0	0	0	0	5	4	2	0
	Ideación suicida (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ansiedad (0-20)	10	4	3	6	1	3	4	5	0	1	0	0	2
	Enfado (0-20)	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0
	Sentimientos positivos (0-40)	18	18	20	20	30	30	30	29	30	22	20	20	30
<b>QSAR</b>	Total satisfacción con la relación (0-42)	36	38	42	42	42	42	42	41	42	36	33	35	37
<b>DAS</b>	Puntuación Total DAS	118	-	119	-	140	-	138	-	131	-	116	-	125

tabla 7: resultados Vicente antes de la sesión, sesiones 14 a 26

ANTES DE LA SESIÓN VICENTE		S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26
<b>BMS</b>	Sentimientos depresivo (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	5	0
	Ideación suicida (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ansiedad (0-20)	6	0	3	2	0	0	0	0	0	4	0	3	0
	Enfado (0-20)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Sentimientos positivos (0-40)	21	20	20	20	26	20	20	10	20	20	20	16	20
<b>QSAR</b>	Total satisfacción con la relación (0-42)	34	40	35	38	41	40	40	38	35	34	33	33	37
<b>DAS</b>	Puntuación Total DAS	-	134	-	133	-	135	-	134	-	119	-	116	-



### Administración del QSAR durante el tratamiento

Administrar el QSAR al inicio y final de cada sesión nos ha permitido obtener medidas sobre la evolución de la satisfacción con la relación a lo largo del tratamiento. Estos datos se han analizado estadísticamente y muestran efectos del tratamiento en la satisfacción con la relación de la pareja, resultados que se comentarán más adelante en el apartado Evolución del tratamiento y alta.

Nos hemos planteado observar la sensibilidad que el QSAR puede tener para mostrar cambios en la experiencia subjetiva del paciente con respecto a su satisfacción en la relación de pareja a lo largo del tratamiento.

Como decíamos, las puntuaciones del QSAR muestran que la satisfacción con la relación en ambos miembros de la pareja ha ido fluctuando a lo largo del tratamiento. Ana inicia la terapia algo insatisfecha según la puntuación del QSAR (27) y cae en ciertos momentos a niveles de mucha insatisfacción. Por su parte, Vicente se sentía moderadamente satisfecho según la puntuación del QSAR (36) al principio y llega a sentirse en ocasiones algo insatisfecho. Tras subidas y bajadas en el nivel de satisfacción, terminan el tratamiento, en el caso de Ana con mayor nivel de satisfacción (32) y Vicente de nuevo tan satisfecho como al principio (36) (ver tablas 2 a 9, pg.74).

También es interesante observar las variaciones en la satisfacción con la relación antes y después de cada sesión. Para ambos han habido ocasiones donde, tras la sesión, han experimentado un descenso de satisfacción con la relación. Por ejemplo, en el caso de Ana,

encontramos que en las sesiones número 7 y 9 baja 4 puntos durante la sesión. En la sesión 7 pasa de moderadamente satisfecha a algo satisfecha, y en la sesión 9 pasa de algo satisfecha a algo insatisfecha. En las sesiones 18 y 25 la bajada entre inicio y final de la sesión es de 5 puntos, pasando en la sesión 18 de algo insatisfecha a moderadamente insatisfecha y en la sesión 25 de algo satisfecha a algo insatisfecha. En el caso de Vicente, en general se muestra más satisfecho con la relación durante todo el tratamiento que Ana, con puntuaciones siempre por encima de 31 (algo satisfecho) excepto al final de la sesión 25 donde baja a algo insatisfecho. Fluctúa menos en sus puntuaciones del QSAR, observándose dos ocasiones donde más significativamente esta puntuación baja del inicio al final de la sesión, en concreto en la sesión 3 baja 5 puntos, de muy satisfecho a moderadamente satisfecho y en la sesión 25 baja 4 puntos, a, como decíamos, algo insatisfecho (ver tablas 2 a 9, pg. 74).

Puede ser interesante revisar los contenidos de algunas de estas sesiones donde ha habido este descenso para ver qué experiencias pueden haber tenido los pacientes y que el QSAR parece estar recogiendo. Habíamos visto que en Ana baja su satisfacción con la relación en la sesión número 7. En esta misma sesión, Ana termina con más sentimientos depresivos y ansiedad que al inicio. En la evaluación al final de esta sesión indica haber salido satisfecha con la sesión y valora altamente la calidad de la ayuda recibida. En esta evaluación deja el siguiente comentario: "ha sido muy intenso para mí por haber conectado con mi miedo y tristeza de mi niña interior". Veamos algunos extractos de la sesión:

Sesión 7ª:

Ana: "...lo que en ese momento me conecta emocionalmente es el miedo, porque me conecta a mi infancia, ya no actúo, al final no actúo como realmente debiera o quisiera".

[...]

Terapeuta: "Claro, te sale de una manera más agresiva, más dura ¿no? Que es justo lo que le estás pidiendo que él no haga, de alguna manera ¿no? Porque eso yo ya lo he vivido, y como lo he vivido, lo llevo dentro; y como lo llevo dentro, me sale ahora".

Ana: (Ana llora, se suena y sigue hablando de su infancia) "Muchos enfados, muchas faltas de respeto verbal, enterarme que si se han levantado la mano, quizá no verlo o no me acuerdo, muchos "pues ahora me voy de casa, o ahora te echo y fuera de mi casa", y así en una espiral. "Ahora nos enfadamos y yo te echo de casa".

[...]

Sigue poco después un contenido que muestra insatisfacción de Ana con el apoyo que recibe de Vicente en las situaciones de conflicto familiar:

Ana: Y ahora pienso que tampoco puedo controlar cómo se lleven entre ellos.

Terapeuta: ¿Tus hijos, te refieres?

Ana: Sí, y con él. Entre ellos tres. Pienso que no lo puedo controlar pero por otro lado también pienso que algo tengo que decir a ello, que tengo el derecho. Que de pequeña no pida, por mucho que yo quisiera, poco podía hacer. Entonces ahora pienso que por un lado sí, aunque muchas veces pienso que no. Osea...

Terapeuta: Eso es, lo que te iba a decir.

Ana: Muchas veces es la niña que sigue pensando que no tiene nada que hacer, que no tiene herramientas.

Terapeuta: ¿Pero te das cuenta de lo importante que es ahora tu presencia? ¿Y todo lo que tú puedes hacer ahora para que eso sea diferente? Ahora que eres la mujer, la madre, eres adulta. Ahora puedes darte eso. Esa oportunidad de tu palabra.

Ana: Pero no sé cómo.

Terapeuta: Ya lo estás haciendo, Ana, con tu palabra, con tu amor, con el amor que estás poniendo allí, ya estás haciendo cosas muy diferentes.

[Ana se emociona mucho]

Terapeuta: Abre la mandíbula, déjate sentir, saca eso que llevas ahí. Sácalo.



[Ana sigue llorando]

Terapeuta: Puedes poner tu mano aquí [Le dice a Vicente y le indica dónde poner la mano, que es en la espalda de Ana]. Simplemente para acompañar. Eso es...puedes aprovechar para expresar todo eso, Ana.

Ana: Y a medida que ellos van creciendo, pues... van teniendo contestaciones. Cuanto más mayores, más irrespetuosas, comienzan a utilizar algún insulto... que no es algo a lo mejor super grave pero voy viendo que es como que va a más. Y desde hace poco, yo más o menos aún podía actuar en vez de reaccionar, y hablar con ellos desde la calma, cada vez menos. Y cada vez me subo más al mismo carro y acabo reaccionando sin poder decir algo respetuoso con todo el mundo pero que exprese mis sentimientos.

Terapeuta: Claro.

Ana: Y salto a rebotar. Y es como que veo que... que va a peor.

Terapeuta: Claro.

Ana: Y no quiero caer en eso, y me he rendido en muchas cosas. En las que yo creía firmemente y al final me he rendido por creer que no había efecto, porque había demasiadas personas alrededor que no... y no, y me he vuelto a ver pequeña, sin poder hacer nada. Y temo pues que en 15 años hayan esas mismas discusiones. Quizá

no conmigo, porque sé cómo soy y sé que seguramente no llegarían a haber grandes discusiones y conseguiría la manera de volver a pues... a estar con ellos como hace dos años, pero sí me imagino las discusiones que puedan tener ellos. El mayor con él, sobretodo. Y es imaginación, nada más, y es miedo, pero...

Terapeuta: Creo que has dicho que te has ido rindiendo en algunas cosas ¿A qué te refieres?

[Se toma un tiempo para responder]

Ana: Pues a que yo creía que si yo actuaba con ellos pues... hablando, sin gritos, manteniendo más la calma, haciendo algunos juegos durante el día a día, pues que ayudaría a forjar esa relación; reuniones familiares, bueno muchas dinámicas y ejercicios o herramientas de habilidades de comunicación que estudié pues hace... 4 o 5 años cuando ellos empezaron a crecer y se acercaba ya a los 3, 4 años. Y lo quería aplicar y pensé lo hago sola, no puedo obligar a nadie que siga mis criterios o mis herramientas, o que, pues voy haciendo y bueno, pues doy ejemplo y con paciencia y a quien le llega ya se irá contagiando. Y he dejado de hacer muchas cosas. y de proponerme nada. Si antes me ponía con ellos a hacer pues... no sé, cosas muy simples; una tabla de rutinas a ver, no estáis de acuerdo con las cenas que hay, vamos a sentarnos venga, de la semana, hay un día que podemos cenar pizza, el resto tenemos que meter verduras 2 días y tortilla, y otro día pescado y tal. Pues eso lo

hacía cuando tenían 5 años. Y ahora ya no, porque de alguna manera emocionalmente es como que he sentido que no valía la pena.

Terapeuta: ¿Por qué, Ana?

Ana: Porque.... Me sentía sola, osea no tenía a nadie más que fuese en la misma dirección.

Durante el trabajo que hace Ana en la sesión conecta con las expectativas y necesidades no satisfechas con su pareja, mientras Vicente mantiene cierta actitud de desconexión durante la sesión en algunas ocasiones. Por ejemplo, al inicio de la sesión se revisa con Vicente el ejercicio del Diario de la Relación realizado en la pasada sesión y éste se muestra menos implicado:

Terapeuta: Muy bien Vicente. Y tú también marcaste completamente cierto en todos los aspectos de la evaluación. En lo que menos te ha gustado de la sesión pusiste *nada* y en lo que más pusiste *todo, pero destaco la profesionalidad de la terapeuta en conseguir descifrar un sentimiento oculto que debo trabajar*. ¿Y está tan oculto que se ha ocultado otra vez?

Vicente: Es que no me acuerdo.

Terapeuta: ¿No te acuerdas eh?...

[Todos se ríen]

Vicente: No me acuerdo. No sé, supongo que será... Voy a poner lo de la varita mágica, siempre haces magia y ostras, sale algo que no te dabas cuenta.

Terapeuta: ¿Y te acuerdas con qué te encontraste?

Vicente: Mmmm... no me acuerdo ahora mismo, es más, no me acuerdo ni del diario

Terapeuta: ¿Esto de qué iba? ¿Esta terapia para qué era? [Haciendo broma]

Vicente: Esto era lo del fútbol ¿no? Yo he venido a hablar de mi libro aquí ¿no? [siguiendo la broma]. No, me acuerdo.... Osea al nombrar el sentimiento de ella y digo ostras es verdad, que salió que... como muy subida, como que se reconocía mucho en lo que... bueno en lo que ha puesto ¿no? Pero no me acuerdo exactamente yo ahora mismo...

Terapeuta: Salió algo de la inseguridad, ¿no?... Como esta cosa de la inseguridad de... que tu le preguntabas a ella ¿Cómo has dormido? y tú tenías ahí una inseguridad con respecto a cómo se sentía ella ¿no? Con lo que os había pasado por la noche, antes de dormir... como que había una dificultad en poder expresar eso, un poco inseguro de cómo se podía sentir ella... de expresar cómo te sentías... No sé si esto te suena...

Vicente: No, si sonar a mi me suena, pero no me acuerdo exactamente.

Un poco más adelante en la sesión Ana comenta que justo antes de entrar en la sesión Vicente le ha comentado que se sentía enfadado, aunque él lo reconoce parece que no quiere entrar ahí o se ha desconectado:

Ana: En la puerta me ha dicho “es que estoy muy enfadado”.

Vicente: Sí, es verdad. Ha sido cuando tocaba el timbre, es verdad.

Terapeuta: (leyendo el BMS contestado por Vicente) "*Un poco enfadado, un poco irritado, un poco molesto*"

Vicente: Pero todo es lo mismo.

Ana: Me ha dicho “me siento mal porque se quede trabajo. Como abandonarlo...

Vicente: Ostras, pues voy a tener que tomarme las pastillas de la demencia eh, porque no me acuerdo ya.

Posteriormente al revisar la tarea terapéutica que ambos tenían que realizar entre sesiones, Ana ha traído la suya mientras que Vicente no. Vicente parece mostrar más desconexión que Ana con sus emociones y con el trabajo terapéutico, lo que quizá puede también afectar la satisfacción de Ana con respecto al rol de Vicente en la relación, uno de los ítems del QSAR en los que Ana puntúa menos tras la sesión.

Habíamos observado que una de las sesiones donde Vicente experimenta un descenso en la puntuación del QSAR entre antes y después de la sesión era la sesión número 3. Al inicio de la sesión Vicente se sentía muy satisfecho con su relación (42) y al final de la sesión había bajado a moderadamente satisfecho (37). Revisando los contenidos de esta sesión, vemos que Vicente comienza a analizar su rol en los problemas de la relación, a identificar áreas de cambio, a valorar errores en su comunicación como la lectura del pensamiento, la ayuda o la autoinculpción, dentro del trabajo con el Diario de la Relación. Esto contrasta con la manera como llega a esta sesión donde a su inicio comenta: "Yo creo que bien. Justo aquí en el cruce de arriba, que nos hemos pasado la calle, hablando, y digo "¿bueno, de qué hablamos hoy? Porque yo me veo bien, no sé. Será el verano..." A continuación se recogen algunos extractos de la sesión 3 con reflexiones de Vicente:

### Sesión 3:

Vicente: Entonces ahí sí que me notaba más suelto. Sin ninguna... Supongo que será, quizá, por la exigencia con la que me lo tomo y la comparación, ostras, ella lo hace muy bien, yo no sé si lo voy a hacer tan bien. Y este es el pequeño paso que tengo que cambiar o mejorar.

[...]

Vicente: Bueno pues yo creo... no sé si lo habré hecho bien, pero yo creo que está *la lectura del pensamiento*, que por lo que dice la descripción: "espero que la otra

persona sepa lo que siento sin tener que decirlo”, porque como yo describo, yo le digo a ella: “te entiendo”, ante lo que me ha comentado anteriormente y asintiendo con la cabeza, es un intento de que ella entre en mi pensamiento sin yo tener que decir nada más y... pues eso dejas un poco toda la presión a la otra persona, que encima que te está transmitiendo, me está transmitiendo lo que ella está sintiendo, yo le hago un flaco favor.

Terapeuta: Tú no le estás diciendo nada de ti.

Vicente: Claro.

Terapeuta: Si tu lo ves igual o no, cómo te sientes, cómo crees que se siente ella...

Vicente: Independientemente de cómo te llegue, los sentimientos que te está generado, yo no le estoy ayudando para nada. Y luego había puesto *la ayuda* porque quizá no se da aquí en la respuesta, que le digo te entiendo y asiento con la cabeza pero sí que en vez de escuchar te pones a dar consejos o a ayudar. Eh... quizá no ahora por esto pero sí que es en el momento de la conversación esta, sí que noto esto, consejo vendo para mí no tengo; intentar ayudar cuando a lo mejor lo que tienes que hacer es escuchar más detenidamente para tener más información, no sé. Yo he puesto la ayuda y la lectura del pensamiento.

Terapeuta: Muy bien, Vicente. ¿Quieres comentar algo más?

Vicente: Había otro error que ahora mismo... no lo he llegado a anotar... eh... vale, el 11, el de *la autoinculpción*. Aquí lo describe: “*te comportas como si fueras muy malo y desastroso, para evitar que la otra persona te critique*”... creo que también es un error de mi comunicación, el: *-ay, culpa mía, ay, esto es por mi culpa-*, para exculparla a ella, para no presionarla, para que se sienta más... se pueda desahogar, sobretodo en el momento que peor lo está pasando... y entonces, lo único pues, otras, es verdad, que a lo mejor lo que estoy haciendo es ya directamente ponerme toda la culpa para que ella no me eche más culpa, para que ella no saque nada y ay pobre, ya se ha puesto demasiado... con la cruz, no tenemos que ponerle más pinchos.

Terapeuta: Qué bueno que lo veas... es un patrón, es un mecanismo que utilizamos para defendernos, protegernos de alguna manera.

Vicente: Creo que es miedo a la verdad, a que te digan realmente, a que la persona que tú amas te diga lo que realmente sabes que te va a decir pero tienes un miedo tremendo a que te lo diga.

Terapeuta: Es decir, que hay algo que tú sabes, que percibes y que crees de alguna manera que luego el otro te sacará ¿no? está como el miedo a que ella pueda como corroborar eso...

Vicente: Sí, es como certificar que se ha dado cuenta. Y esto entonces pues... La verdad, antes lo estaba viendo y digo vale, puse que era buena comunicación por el respeto y la comprensión, pero claro entonces ciertamente no es 100% buena



comunicación, porque si yo no acabo de escucharla bien porque he hecho lectura del pensamiento, y la ayuda o autoinculpación... no es buena comunicación.

Terapeuta: Vale.

Vicente: Osea cuando ella decía lo de los sentimientos el otro día, creo recordar, no veía ningún... nada malo, pero es que veo que no, que no era buena.

Quizá la bajada de muy satisfecho (42) a moderadamente satisfecho (37) que Vicente experimentó entre el principio y el final de la sesión tengan algo que ver con esta toma de conciencia de Vicente de la calidad de la comunicación entre ellos.

Habíamos comentado que las puntuaciones del QSAR de Vicente no fluctuaron tanto durante el tratamiento. Sin embargo, con Ana hubo altos y bajos significativos. Tal y como vimos inició la terapia algo satisfecha (27), fue aumentando su satisfacción con la relación hasta la sesión 6 donde llegó a sentirse moderadamente satisfecha (resultado del 37), y a partir de ahí comienza a fluctuar con altos y bajos hasta el final.

Aunque hay subidas y bajadas, Ana se mantiene la mayoría de las sesiones por debajo de 30, es decir, mostrando insatisfacción con la relación. Uno de los momentos más bajos, en el cual se encuentra muy insatisfecha se da estando ya en la sesión 24. A partir de ahí remonta significativamente, subiendo 16 puntos de una sesión a la siguiente, pasando de muy insatisfecha a algo satisfecha. Como elemento significativo entre sesiones, tenemos que en este espacio de tiempo Vicente hizo dos sesiones individuales en las cuales se trabajaron

aspectos como el miedo al rechazo por parte de Ana, la aceptación de su deseo sexual y de la diferencia entre las necesidades de ambos. Vicente realizó insights sobre la búsqueda de la seguridad en la pareja y el miedo al abandono. También surgieron sentimientos de dependencia con respecto a su pareja. Desafortunadamente no se cuestionó a Ana sobre este aumento en su satisfacción con la relación al inicio de la sesión 25, que estuvo dedicada a los retos y dificultades que afrontaban a nivel profesional así como a los diferentes roles que asumían ambos como socios en su empresa.

### Empatía

Como indicamos anteriormente, la evaluación de la sesión de terapia fue administrada a cada miembro de la pareja al final de cada sesión. Esta evaluación es revisada entre sesiones por el terapeuta y comentada al inicio de la siguiente sesión con cada paciente. Tal y como se explicó en el apartado de marco teórico, estas mediciones suponen una evaluación de la alianza terapéutica sesión a sesión.

La revisión de las evaluaciones de la sesión anterior nos dan una oportunidad para realizar un seguimiento cercano de la percepción que los pacientes tienen sobre su proceso. Como comentábamos en la introducción del caso, esta revisión nos permite identificar cómo está viviendo la terapia cada paciente.

Por ejemplo, al final de la segunda sesión Vicente marca con un 3 sobre 4 la pregunta "He hablado sobre los problemas que me están molestando". Al revisarlo con él al inicio de la

tercera sesión, comenta: "Supongo que a lo mejor habría algo que no llegué del todo a decir, a lo mejor me quedé allí que no logré decirlo todo", aunque al ser cuestionado más afirma que no recuerda en concreto y que en líneas generales quedó muy satisfecho y contento de la sesión.

En el caso de la evaluación de la tercera sesión con Ana, había marcado con un 2 sobre 4 la casilla "He hablado sobre los problemas que me están molestando". Al ser revisado con ella al inicio de la siguiente sesión comenta: "Las cosas que a mi me preocupan en relación a nuestra relación de pareja... claro no las estamos hablando aquí, estamos haciendo ejercicios que nos van a permitir luego en casa aprender a cómo hablarlo, pero es por eso, porque... en si lo que, el problema, o lo que yo consideraría un problema que ahora, tampoco nada que ver en como empezamos, pero el motivo que al final nos trajo aquí, o mi motivo, pues es algo que no se ha tratado aquí".

Esto nos permitió entrar con más detalle en este problema que sentía que no se estaba tratando y conocer más profundamente sus preocupaciones y necesidades. También facilitó que Ana pudiera hablar de dificultades que experimentaba en su relación con la intimidad y sexualidad.

Terapeuta: ¿Y podrías concretar qué es lo que tú sientes que todavía no has conseguido tratar aquí?

A: Pues... a ver... es que a lo mejor es algo más individual, más de... de algo que yo tengo que gestionar, y no tanto como de pareja, pero es... el.... Es que claro, es

remover otra vez.... Remover cosas que en realidad las últimas dos semanas pues no están... no están sucediendo o no las tengo tan presentes, pero sí que igual es algo que me preocupa. A ver, es más... es más quizá un conflicto moral. [Se está un rato pensando]. A ver... serían las diferencias entre nuestras necesidades, más las mías... [se queda en silencio]. Y quizá pues el tema más familiar, lo que una vez comenté, que cuando estamos los 4, a veces es un desastre y, ya te digo que ahora no tengo ejemplos estas últimas semanas, también el ritmo es distinto, no es lo mismo que cuando hay cole, pues eso, la diferencia, o sea estamos los 4 y era un desastre. Y estoy yo con los niños y bien, y por qué hay tanta tensión en la familia. Y entonces ya pienso en el futuro, ¿cuando los niños sean adolescentes yo quiero estar viviendo en una casa con mal ambiente? Entonces es algo más...

T: La tensión.

A: Que a lo mejor es algo que simplemente tengo que asumir y aceptar, pero sí que era mi tema que más me quita el sueño.

T: ¿Esta situación que tenéis con los cuatro, es de tensión?

A: Sí.

T: ¿Y esa tensión es entre vosotros? ¿entre vosotros y los niños...?

A: Cala a todo. Sobre todo él con los niños... a veces más con el mayor... pero bueno, entonces él se pone muy a la defensiva... conmigo también, con los abuelos, y tiene la guerra contra el mundo.

T: ¿Y eso que decías antes, “tenemos diferentes necesidades”, lo unes con esto o son dos cosas diferentes? No has entrado más ahí.

A: No, no he entrado más. Son dos cosas diferentes. Quizá las necesidades serían más pues el tema intimidad, sexo, cómo pues gestionar la frustración... si yo digo que no, él está molesto, o yo me imagino que está molesto... y entonces... ambos estamos que hablamos menos, que es como si hubiésemos hecho algo mal...

T: Ajá... vale. ¿Y esto lo relacionas con el tema de la intimidad?

A: Sí, yo creo que sí.

T: Intimidad, sexualidad, diferentes necesidades, y cómo gestionáis ese momento. A lo mejor uno quiere, el otro no...

A: Sí, culpabilidad...

A partir de la quinta sesión los resultados de la evaluación de la sesión se mantienen en la máxima puntuación para ambos miembros de la pareja. Las preguntas abiertas sobre lo que más les ha gustado y lo que menos son respondidas en la mayoría de las sesiones y su

contenido nos ayuda también a ampliar información sobre la utilidad de las sesiones y su impacto en cada paciente.

En la quinta sesión Ana responde a lo que más le ha gustado de la sesión: "profundizar en el punto de la asertividad y descubrir el cambio que se produce cuando se utilizan las emociones sentidas de verdad y no una palabra "light". En la sesión número doce Ana comenta: "Ha sido muy enriquecedor para mí el tener espacio para compartir mi proceso en relación a nuestro hijo Santi, Alberto y familia, puesto que me ha servido de cierre de etapa, como si fuese una muestra de superación". A veces responde nombrando algún ejercicio que le ha sido especialmente útil, como en la sesión 14: "El ejercicio de Gracias Por", y en alguna ocasión menciona lo percibido en Vicente como lo que más le ha gustado, sobretodo en las últimas sesiones: (sesión 21) "La honestidad de Vicente al compartir sus sentimientos y que pudiera terminar la sesión agradeciéndose a sí mismo" o (sesión 24) "Que Vicente expresara sus sentimientos y se sintiera mejor al finalizar la sesión". A veces este apartado ha servido para mostrar la actitud que le ha sido útil de la terapeuta: (sesión 16) "La escucha proporcionada por la terapeuta" o (sesión 13) "sentir que lo que pienso o creo acerca de la educación -u otros temas- también lo piensa una persona externa. Es como demostrarme que no soy tan rara".

En el caso de Vicente dedica la pregunta ¿Qué es lo que más te ha gustado de la sesión? en bastantes ocasiones a aportar feedback sobre la calidad de ayuda de la sesión o de la terapeuta: (sesión 2) "comprensión y ayuda ofrecido en forma de tareas"; (sesión 3) "La comprensión, escucha, ayuda -herramientas-, cercanía"; (sesión 6) "Todo, pero destaco la profesionalidad de la terapeuta en conseguir descifrar un sentimiento oculto que debo

trabajar". En particular suele destacar como lo más valioso el poder conectar con sus emociones: (sesión 8) "El trabajo para sacar las emociones y sentimientos hacia afuera"; (sesión 10) "Lograr sacar la emoción y expresarla en diferentes formas"; (sesión 16) "Atreverme a decir con honestidad cómo me siento, creo que se ha creado el clima de escucha adecuada"; (sesión 20) "Encontrar quizás uno de los motivos que me bloquean y que tienen relación con mi carácter y en especial con situaciones de la infancia"; (sesión 23) "El ponerle voz a lo que siento en muchas ocasiones referente a los celos, el sentirme inadecuado".

Durante la investigación, contamos con la colaboración de una estudiante de la Facultad de Psicología de Blanquerna, Universidad Ramon Llull, durante la realización de sus prácticas de grado. La estudiante, posteriormente realizó su trabajo de final de grado en alianza terapéutica con el estudio del caso de terapia de pareja de Ana y Vicente, en concreto con las primeras 13 sesiones. En su análisis, con la aplicación del SOATIF-o, la estudiante observa que ambos miembros de la pareja consiguen puntuaciones positivas en la alianza terapéutica global, como consecuencia de la implicación de la terapeuta para crear un entorno de seguridad para la pareja y establecer un vínculo emocional con cada uno de ellos, determinar objetivos y metas conjuntas (Redondo, 2019).

Con los datos acumulados, un trabajo que podría derivarse para el futuro sería profundizar en el estudio de la alianza terapéutica, incluyendo los datos de todas las sesiones del caso y valorar la posibilidad de comparar y relacionar los resultados de la Evaluación de la sesión de terapia con los del SOATIF-o.

### Agenda de Trabajo

Como parte del establecimiento de una agenda de trabajo con los pacientes, se les ha administrado durante la primera sesión un cuestionario de motivación, elaborado con la colaboración del Dr. Burns durante mi estancia en California, en el cual se mide la motivación de cada uno para realizar los cambios en terapia que promuevan una mejor relación, así como sus resistencias y atribuciones causales respecto a los problemas de la relación. Este cuestionario está disponible en el anexo.

En primer lugar cada uno es cuestionado sobre sus objetivos para la terapia de pareja pudiendo elegir entre estas opciones de respuesta: *Que la relación siga como está*, *Poner fin a la relación*, *Que la relación mejore* y *No lo se*. Cuando los miembros de la pareja eligen la opción *Que la relación mejore*, se les pregunta a continuación: Quién de los dos crees que tiene la culpa de los problemas de la relación. En este caso hay 3 alternativas de respuesta posible, son: *Yo*, *Mi pareja* y *Los dos*. Como la mayoría de pacientes, contestan que los dos, cuando la respuesta fue *Mejorar la Relación*, se les pregunta en qué porcentaje creen que cada uno debe cambiar, de 0 a 100, para que la relación mejore. Se trata de que entre los porcentajes de ambos sumen un 100%. Si el resultado que dan es 50%-50%, no se acepta, y se sigue indagando hasta que muestran más detalle sobre su atribución causal.

En cuanto a los cuestionarios de motivación de Ana y Vicente, ambos indicaron que su objetivo era mejorar la relación, Alberto respondió *nada de acuerdo* en que su pareja tenía la culpa de la mayor parte de los problemas en su relación, mientras que Ana contestó *ni de acuerdo ni en desacuerdo*. Ana indicó que, de los dos, ella debía cambiar un 25% y 75%



Vicente, y éste se auto asignó un 75% a sí mismo y un 25% a Ana. Ambos respondieron que estaban totalmente dispuestos a realizar los ejercicios necesarios en terapia de pareja a cambio de aprender a desarrollar una relación más gratificante, lo que era la última pregunta del cuestionario.

### Métodos

Como parte del tratamiento, se han utilizado herramientas propias de la terapia cognitiva interpersonal-TEAM, como el Ejercicio de los 30 segundos o el Diario de la Relación (Burns, 2009b) (Jiménez, E. y Pérez-Testor, C., 2017)

En resumen, y sin pretender ofrecer un análisis exhaustivo de cada una de estas herramientas, se comentan brevemente en qué consisten. El Ejercicio de los 30 segundos (o El Minuto de Instrucción, Burns, 2009b) consiste en una conversación entre ambos miembros de la pareja donde uno habla durante 30 segundos de algún tema que le perturbe con el otro. El que ha escuchado debe luego contestar utilizando dos elementos de la empatía (Burns, 2008): la empatía de pensamiento, consistente en repetir literalmente lo que su pareja le ha dicho, y la empatía de sentimiento, intentando interpretar emociones que cree que su pareja puede estar sintiendo. El miembro de la pareja que habló los 30 segundos puntúa al que responde de 0 a 100, donde puntuaciones de menos de 80 implican que no ha repetido bien su mensaje o que no ha interpretado sus sentimientos de manera ajustada. Este ejercicio ofrece la oportunidad de afinar la capacidad de escucha y de dar un espacio para empatizar con las emociones de la pareja.

El Diario de la relación, por otro lado, es una herramienta más completa para analizar en profundidad una interacción entre la pareja. Se utiliza para analizar una conversación trastornadora con la pareja y diagnosticar con precisión qué es lo que funcionó mal, descubriendo con exactitud por qué hubo una discusión (Burns, 2009b). Consiste en 5 pasos donde se analiza lo siguiente:

Paso 1: Qué dijo un miembro de pareja, escrito de forma breve y exacta

Paso 2: Qué contestó el otro miembro de la pareja, de forma breve y exacta

Paso 3: Análisis de la respuesta, ¿fue un ejemplo de buena o mala comunicación?, respondiendo tras utilizar una lista de comprobación presente en la herramienta con la que se exploran posibles errores de comunicación utilizados.

Paso 4: Se valoran las consecuencias de la respuesta dada, ¿mejoró o empeoró el problema?

Paso 5: Se elabora una respuesta modificada utilizando Los 5 secretos de la comunicación de Burns.

Tanto el ejercicio de los 30 segundos como el Diario de la Relación nos han servido para trabajar la comunicación entre Ana y Vicente, así como para profundizar propiciando insights a lo largo del tratamiento. Incluimos a continuación algún ejemplo del trabajo realizado con Diarios de la Relación.

Diario de la Relación de Ana, sesión 6:

Paso 1, lo que Vicente le dijo: *Yo no quiero eso, lo que quiero es que seas más pasional*

Paso 2, lo que Ana le contestó: *Ah vale, nada*

Paso 3: En cuanto a los errores de comunicación que Ana ha encontrado, se encuentran la *agresión pasiva* y la *lectura del pensamiento*. En cuanto a la *lectura del pensamiento* Ana argumenta: “claro, en el fondo sí que me hubiera gustado que se hubiera dado cuenta... y hubiese empezado... a hablar”. También encuentra el error del *martirio*: “porque aunque no lo dijera con palabras en ningún momento, en el fondo me veía así (como una víctima)”. Por otro lado, comenta que en su respuesta no hubo empatía ni asertividad.

Paso 4: Cuando analiza si su respuesta contribuirá a aliviar o agravar el problema, Ana responde que lo agravará: “Agravará el problema, porque claro, mi sentimiento de dolor, rabia... seguirán creciendo porque claro, el tema seguirá. Porque no le diré oye, para, porque esto no me ha gustado. Entonces seguirá y él no sabrá cómo me siento, entonces al final yo exploto y nos enfadamos más”. Ana dice haberse sentido tras la frase de Vicente atacada, defectuosa, inadecuada, presionada, acorralada un poco, y enfadada. Cree que Vicente debe haberse sentido al decirle esto insatisfecho, incomprendido, solo seguramente, y frustrado. Considera que después de su respuesta posiblemente Vicente se quedó desesperado, ansioso, más lo dicho anteriormente.

Paso 5: La respuesta modificada de Ana es: “Tienes razón, eso no es lo que me estás diciendo, lo que me dijiste es que quieres que sea más pasional. Imagino que te sientes insatisfecho, frustrado e incomprendido, ¿es así como te sientes?” [en este momento finaliza la parte de empatía del diario y se le da oportunidad a la otra persona de responder a la pregunta y hablar más sobre cómo se siente, sigue después Ana hablando sobre sus propios sentimientos] “Yo me siento presionada con este tema y hoy me he sentido atacada y después enfadada y exigida. Me enfado porque cuando me dices estas cosas me siento inadecuada. Para mí es muy frustrante repetir estas situaciones de forma periódica. Te respeto y entiendo tus necesidades, valoro lo cariñoso que eres y me siento afortunada porque me demuestrés que te gusto”.

Al preguntar a Ana sobre este sentimiento de inadecuación y con ayuda para comprender sus emociones, Ana comenta: “Como que no estaba... en el fondo no estoy bien tal y como soy. Siento que no soy suficiente. No es que no esté bien como soy, sino que no soy suficiente. Siempre falta”.

Profundizando más con Ana, con qué en su vida le conecta este sentimiento de no ser suficiente, comenta: “Con... con el no recibir atención, el que no me hagan caso. Si fuera más, sí que estarían por mí... Es como si no valiera el tiempo, la pena...” Se indica a Ana que es de ayuda, si desea, poder compartir estos sentimientos más profundos en la respuesta modificada, cuando habla de sus sentimientos. Comenta que ahora entiende mejor por qué para ella es tan frustrante repetir estas situaciones de forma periódica, tal y como explicaba antes, pero al inicio no tenía consciencia de con qué tenía que ver en realidad para ella, en su historia personal.

Después de este insight, Ana sigue conectando con situaciones vividas en la infancia: “Me recuerda que siempre... la frase de pero habla más, ¡pero di!... Yo siempre era muy tranquila, muy callada. Me decían siempre como que sacara más, pero sobre todo con hablar, que hablara más” y hace la asociación con su situación actual: “Esta situación lo... lo reconstruye, claro, en otro escenario, a un nivel adulto, pero sí... claro, porque además es sentir una invasión de mi espacio, es como que no tengo el tiempo suficiente para poder expresarme y para que yo pueda tener las ganas... Es como no, pero ya, pero más rápido, y ahora... y además... justo”.

El diario de la relación permitió abordar con una comunicación empática y constructiva aspectos en conflicto, así como profundizar en sus sentimientos y biografía.

### **10.3 Evolución del tratamiento y alta**

Tal y como hemos visto en apartados anteriores, la terapia ayudó en un primer momento a traer a la superficie problemas en la relación que parece que tanto Ana como Vicente tenían dificultad para tratar por sí mismos. Como Ana indicó al inicio de las sesiones, ambos cedían en los conflictos pero ninguno sentía sus necesidades satisfechas, no había un entendimiento ni resolución. Como habíamos visto, su satisfacción con la relación fue fluctuando a lo largo del tratamiento, tanto para Ana como para Vicente, conforme se iban abordando temas y afrontando situaciones de conflicto y dificultad.

De esta forma, Vicente encontró que tenía dificultad para escuchar a Ana, y el ejercicio de los 30 segundos era especialmente difícil para él porque era muy difícil repetir lo que ella le había dicho el minuto anterior. Hacia la sesión 7 Vicente se va haciendo cada vez más consciente de su dificultad para escuchar de manera empática, e incluso de los errores de comunicación que suele hacer cuando escucha, y lo expresa de la siguiente manera: “Quizá no sé solo escuchar, sino que lo que escucho yo como una esponja, me lo tomo a lo mío, lo hago personal, e intento ayudar, intento... A ver, aquí me tengo que poner el mono de trabajo y ayudar, a ver, dónde está el fallo que tengo que arreglarlo... Entonces creo que eso es mi... por eso veo que me sale el error de la ayuda. A veces, cuando hablamos, luego pienso, ostras, no sé si lo estoy haciendo bien, a lo mejor estoy diciendo algo que no quiero parecer que... y luego me digo venga va que eso no es nada... No quiero parecer eso. Pero pienso, ostras, creo que estoy dando la sensación de que es un parche.. Y luego digo, ostras, si es así, que no se me note... Y es una presión tremenda la que... tardo unos minutos, a veces horas en poder decir, bueno ya he vuelto a la calma...”

También identificó su tendencia a la comparación con su pareja, y la valoración tan negativa que hacía de sí mismo: “Quizá me estoy exigiendo ser como ella, yo quiero llegar a ese nivel de conciencia... Me esfuerzo por ser el marido perfecto y me necesita como soy pero yo como no me gusta como soy...”

Ana conectó con la importancia de expresar sus emociones, con su necesidad de tener espacio propio, de pedir lo que necesitaba en su relación y en cómo gestionaban la educación y gestión de conflictos con los hijos. Conectó con experiencias vividas en la infancia de indefensión y desprotección, en las que se sentía sola y anulada, y observó como en las

experiencias actuales con su pareja y su familia revivía estos mismos estados emocionales. A raíz de estas comprensiones Ana fue tomando consciencia de su necesidad de expresar más asertivamente sus necesidades y de efectuar cambios en el ambiente que contribuyeran a mejorar la situación, como plantear el cambio en la psicóloga de su hijo o el proponer un espacio de trabajo distinto para ella y para su marido.

Hemos visto que la satisfacción con la relación, según indican los resultados del QSAR, fluctúa durante las sesiones. La alianza terapéutica se mantiene estable y óptima a partir de la tercera sesión, y su asistencia a las sesiones es regular y comprometida. Por otro lado, el estado de ánimo en ambos pacientes, que también ha ido fluctuando entre sesiones, mejora tomando por conjunto las últimas sesiones en comparación con las primeras.

Estadísticamente tal y como veremos a continuación hubo una mejora tras el tratamiento, según los análisis de los cuestionarios, y las valoraciones de ambos miembros de la pareja al alta fueron altamente positivas, tanto de su situación en pareja, como de los resultados del tratamiento y la ayuda recibida.

Como se apuntaba en el apartado de resultados, se realizó un análisis estadístico de los resultados del QSAR de ambos miembros de la pareja para analizar si reflejaban efectos del tratamiento. Tal como ya indicamos con una muestra de dos sujetos no se pudo realizar una correlación, ya que no hay grados de libertad, de manera que no se puede calcular la significación. Se unieron entonces las puntuaciones de las 10 primeras sesiones con las puntuaciones de las 10 últimas sesiones, dejando a un lado las 6 sesiones en medio del tratamiento y se realizó una prueba t para muestras pareadas.

Tal y como se indicó en el apartado de resultados, se han encontrado diferencias significativas, tanto en el caso de Vicente, con un  $t = 5.615$ ,  $p = .000$ ,  $SD = 5.181$ , como en el caso de Ana, con una  $t = 3.508$ ,  $p = .007$ ,  $SD = 3.425$ . Esto nos indica que los dos miembros de la pareja han mejorado con el tratamiento.

Junto a los resultados estadísticos tras el análisis del QSAR, tenemos los contenidos de la última sesión de cierre con la pareja. Ambos comentan en la sesión de cierre cómo se sienten, sus mejorías, y las áreas en las que funcionan mejor en la pareja:

Ana:

“Yo me siento bien, agusto, tranquila en general... He delegado ya muchas cosas y ahora vuelvo a estar en el trabajo en un nivel más óptimo para mí... Al tema de la escucha le doy mucho peso, porque no es fácil escuchar bien, aunque pensemos que sí y el responder en función de lo que realmente te está diciendo el otro, no de lo que tu crees que quiere decir o de la interpretación, decir: *-no, no tengo que ayudar, no tengo que hacer nada, ahora simplemente estoy escuchando-*. Darte las gracias (hacia la terapeuta)”.

Vicente:

“Se han solucionado muchas cosas desde la comunicación, el cariño, el afecto, nuestro entendimiento... Lo vemos sobre todo con nuestros pequeños, porque ahora parece pues que todo empieza a rodar, ordenado, dentro del desorden que pueden crear los niños, pero mucho mejor. Para nosotros Santi ha dado un cambio increíble, cambiamos de



psicóloga... Las herramientas que utilizo a lo mejor, todo lo que hemos visto, pues a lo mejor me acuerdo de los 30 segundos, aquello que nos comentaste que era escuchar a la otra persona con detenimiento, pues a lo mejor ahora si que estoy escuchando con detenimiento y entendiendo lo que me está diciendo, cosa que antes era: *-¿que me está diciendo?, ¡ay sí!, memorízalo-* y ya me he perdido... Creo que ahora, hay un entendimiento diferente. Yo creo que nosotros hemos crecido como pareja. El sentir, el notar que necesitaba ella ese espacio, es verdad, cuando ha estado tan agobiada, pues es verdad, yo le agobiaba, porque yo le agobiaba, porque es así. El que tenga ese espacio, el que pueda vivir libremente lo que ella necesita, pue oye, y no tiene nada malo, y saber asumirlo, y saber respetarlo, pues ya está... Hasta que Ana supo o dijo: *-mira, espacio-*, y yo creo que la parte que me toca a mi como pareja pues era: *-no está disgustada conmigo, sino que yo tengo que saber en que le estoy afectando-* ... Yo aquí lo he expuesto que tanto que me aferraba y el miedo este que tenía... Yo creo que si nosotros no pasamos por esto, por aquí, no lo sé, no sé hacia donde hubiéramos ido, yo creo que el paso por la terapia nos ha mejorado”

Termina Vicente haciendo referencia a la gestión conjunta con sus hijos:

“Yo me sentía: *-ostras es que ves, no hago ni una a la derecha-*. Yo creo que eso ya pasó porque nos comunicamos mucho mejor. Creo que yo he logrado dar el paso o un paso más para lograr en la línea que en definitiva ambos queríamos pero que empezó a trazar porque me parece que es correcto porque yo no lo había visto, así que, en la educación en positivo, y todos los valores que tenía y al acercamiento y el escuchar al niño, no imponer tanto, yo creo que el niño si ha visto un cambio remendó. Me acuerdo de que la

psicóloga de Santi nos dijo que estaba un poco perdido porque claro la mamá una cosa, el papá otra cosa y él está en medio. Yo creo que unificamos criterios y la forma de la cual entenderse y hablar, sinceramente bien, es que creo que para con los niños hemos dado un paso importante, y para nosotros como papás, de esas dos personitas estén mejor, nos beneficia muchísimo más a nosotros y creo que en gran medida, la parte de culpa por llamar culpa es nuestra, porque si los papás están bien, los niños van a estar mucho mejor, luego el día a día, ¿no?, pero yo creo que si. Te doy las gracias porque quizás nos has dado las herramientas necesarias o el empujón para poder cambiar muchas cosas, o mejorar muchas cosas o ordenar muchas cosas. Y nuestro bienestar es fruto también de algo bueno en su porcentaje necesario está lo que hemos vivido aquí”.

Es una gran satisfacción acompañar a personas en sus procesos, contribuir al entendimiento en la pareja y ver su repercusión en su calidad de relación, de vida y de salud en general. Me siento agradecida por la entrega y confianza de Ana y Vicente y la oportunidad que su caso nos ha ofrecido para observar la aplicación de elementos de la terapia cognitiva interpersonal TEAM y del QSAR en su sensibilidad para mostrar cambios en la satisfacción con la relación durante la terapia.

## 11. Conclusiones

Burns desarrolla la terapia cognitiva interpersonal TEAM como enfoque de su TCC-TEAM en el ámbito de las relaciones, y es en este contexto, donde utiliza la herramienta desarrollada para medir la satisfacción con la relación, el RSAT. Hemos podido, con este trabajo, desarrollar una versión española de esta herramienta, el QSAR, validarla y demostrar su fiabilidad y capacidad para ser utilizada en nuestra población, contribuyendo con ello a acercar su modelo y herramientas a nuestra población.

La TCC-TEAM introduce una aportación novedosa a la terapia cognitiva, con un planteamiento estructurado que permite la creatividad y el crecimiento del terapeuta. Destaca su búsqueda de objetividad en los tratamientos y rigurosidad con la implementación de cuestionarios de medida pre y post tratamiento (testing), así como el papel fundamental de la empatía con el paciente (empathy), que mide y trabaja la alianza terapéutica en cada sesión, y el grado de evolución y compromiso con la terapia. Conlleva la exposición del terapeuta a ser evaluado por el propio paciente, lo cual, lejos de generar una distancia incómoda con éste, sigue un proceso de devolución y puesta en común de esta evaluación con el paciente que incrementa el vínculo terapéutico.

El trabajo con las resistencias ocupa un papel fundamental (agenda setting), tanto en terapia individual como de pareja, y permite preparar el camino para el proceso de cambio, facilitando que el paciente acoja y reconozca primero el lugar que ocupa en su vida aquello que dice querer cambiar. Es en el punto en el que el paciente se compromete con su proceso y comienza a visualizar las opciones de cambio, visualizar cómo sería eso que desea, cuando el

proceso está listo para la utilización de métodos que favorezcan el cambio. Burns utiliza un “maletín” con decenas de herramientas recogidas de distintas escuelas de terapia con las que ayudar a superar las dificultades y conseguir ese “Sentirse Bien” por el que ha sido conocido en el mundo a través de sus obras.

Sería interesante, siguiendo la labor de contribuir al avance de la TCC-TEAM en España, continuar con la validación de sus principales herramientas de diagnóstico, como el Brief Mood Survey que hemos expuesto en este trabajo, o, como ya hemos mencionado en otros apartados, investigar la capacidad de instrumentos como la evaluación de la sesión de terapia para la medición y evolución de la alianza terapéutica en terapia.

Burns habla de conceptos como “muerte del ego”, para que la humildad y la aceptación prevalezcan cuando somos cuestionados por un paciente o un tratamiento no avanza como nos gustaría. Su marco de trabajo junto con el deseo espontáneo de hacer el bien en otra persona que debe prevalecer en el corazón de cada terapeuta en cualquier modelo, son una propuesta integradora que nos permite mirar con optimismo el futuro de la psicoterapia y su capacidad para contribuir al desarrollo humano y a la salud de las personas.

Otra reflexión también de carácter integrador es la importancia de unir y conciliar la labor clínica y terapéutica con la investigación. Estamos en un momento de auge en el mundo de la terapia, donde a las corrientes clásicas de la terapia y sus avances en el campo de la psicología, se suman constantes nuevas formas de terapia, muchas sin la suficiente evidencia que sostenga sus propuestas de tratamiento. Existen propuestas terapéuticas intrusivas, fuera

de los marcos oficiales de la psicoterapia, que con las mejores intenciones generan confusión y a veces desaliento en pacientes que no saben qué criterios aplicar en su elección de un modelo de terapia u otro. Considero que la aportación de la investigación en la práctica de la psicología no debería quedar circunscrita a los periodos de formación de los psicoterapeutas, y luego abandonado cuando la práctica ocupa todo el tiempo de trabajo. Una relación constante con la investigación durante los años de ejercicio profesional nos mantiene presentes en la consciencia de que todos podemos contribuir al avance de la psicología, conectados, con respeto por las fuentes que inspiraron e inspiran nuestro trabajo y con el ánimo de mejorar nuestro conocimiento y capacidad profesional al servicio de las personas.

Podemos afirmar que la calidad de las relaciones más significativas en nuestra vida condiciona nuestra calidad de vida. En este sentido, toda investigación orientada a medir la efectividad de los tratamientos de temática relacional así como los estudios de eficacia y cambio con perspectiva longitudinal son aportaciones urgentes y necesarias para mejorar nuestra sociedad. En este contexto, es de estimado valor disponer de herramientas como la QSAR, que de manera breve, válida y fiable nos permite medir un constructo tan central como la satisfacción con la relación.

## **Bibliografía**

Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., Schmidt, U., Sharp, D., Weightman, A., y Williams, C. (2005). Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *British Journal of General Practice*, 55(514), pp. 387-392.

Ayalon, L. (2011) Examining satisfaction with live-in foreign home care in Israel from the perspectives of care recipients, their family members, and their foreign home care workers. *Aging & Mental Health*, 15 (3), pp. 376–384

Ayalon, L. y Roziner, I. (2016) Satisfaction with the relationship from the perspectives of family caregivers, older adults and their home care workers. *Aging & Mental Health*, 20 (1), pp. 56-64, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1020412>

Beesley, D., y Stoltenberg, C. (2002). Control, attachment style, and relationship satisfaction among adult children of alcoholics. *Journal of Mental Health Counseling*, 24 (4), pp. 281-298.

Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1988). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid: Pirámide

Burns, D. D. (s.f.) *Therapist's Toolkit*. Edición del Autor. <https://feelinggood.com/resources-for-therapists/therapists-toolkit/>

Burns, D. D. (1989/1999) *Feeling Good*. William Morrow Paperbacks. (obra original publicada en 1989)

Burns, D. D. (2009a) *Adiós ansiedad*. Paidós.

Burns, D. D. (2009b). *Sentirse bien en pareja*. Paidós

Burns, D. D. (2010) *Sentirse Bien*. Ediciones Paidós.

Burns, D. D. (2011) Science behind T.E.A.M. Therapy. <https://feelinggood.com/science-behind-t-e-a-m-therapy/>

Burns, D. D. (24 de octubre de 2013). Error #5: Failure to Set the Agenda. Ten Worst Errors Therapists Make. <https://feelinggood.com/2013/10/24/setting-the-therapeutic-agenda/>

Burns, D.D. (3 de julio de 2018) Solution to David's Tuesday Tip #12\* Successful treatment requires the death of the therapist's ego. <https://feelinggood.com/2018/07/03/solution-to-davids-tuesday-tip-12/>

Burns, D. D. (2020) *Feeling Great*. PESI PUB & MEDIA

Burns, D. D. (2021) Tools, Not Schools, of Therapy. <https://feelinggood.com/product/tools-not-schools-of-therapy/>

Burns, D.D., Nolen-Hoeksema, S. (1991) Coping styles, homework compliance and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), pp. 305-311

Burns, D.D. y Nolen-Hoeksema, S., (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (3), pp. 441-449

Burns, D. D., Sayers, S. L., Moras, K. (1994) Intimate relationships and depression: Is there a causal connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), pp. 1033-1043

Burns, D. D. y Spangler, D. (2000) Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive behavioral therapy? Or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (1), pp.46-59

Cáceres, J., Herrero-Fernández, D., Iraurgi, I. (2013) Características psicométricas y aplicabilidad clínica de la “Escala de Ajuste Diádico” en una muestra de parejas españolas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 21 (3), pp. 545-561

Cano-Prous, A. Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F. y García-Granero, M. (2014) Psychometric properties of a Spanish



version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (2), pp. 137–144

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., Sanz Rubiales, A. (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 34 (1), pp. 63-72

Funk, J.L., y Rogge, R.D. (2007) Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21 (4), pp. 572-583

Grahman, J. M., Diebels, K. J. y Barnow, Z. B. (2011) The reliability of relationship satisfaction: a reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 25 (1) pp. 39-48

Hatcher, R.L., Barends, A., Hansell, J. y Gutfreund, M.J. (1995) Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factory analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), pp. 636-643

Heyman, R., Feldbau-Kohn, S., Ehrensaft, M., Langhinrichsen-Rohling, J., y O'Leary, K. (2001). Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *Journal of Family Psychology* , 15 (2), pp. 334-336.

Heyman, R., Sayers, S., y Bellack, A. (1994). Global marital satisfaction versus marital adjustment: An empirical comparison of three measures. *Journal of Family Psychology* (4), pp. 432-446.

Instituto de Política Familiar, Informe evolución de la familia en España (2019)  
<http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documentos/IPF?page=1>

Iraurgi, J. (2008) Procedimientos metodológicos para la elaboración, adaptación y validación de instrumentos de medida en psicología. En Equipo EIF, Universidad de Deusto (2008), Manual de instrumentos de evaluación familiar. Editorial CCS.

Jiménez, E. y Pérez-Testor, C., (2017) El diario de la relación en terapia de pareja. *La Revue du REDIF*, 9, pp. 35-46.

Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (2), pp. 189–202

Muniz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K., (2013) Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25 (2) pp. 151-157

Pérez, S. (2001) Psicoterapia de Pareja, estudio longitudinal (Tesis doctoral)  
Universidad Ramon Llull.

Pérez, S., Pérez Testor, C., Salamero, M., Castillo, J.A. y Cabré, V. (1996) Medida de la Marytal Quality. Trabajo presentado en el X Congreso Internacional de Psiquiatría, Madrid, España.

Pérez, S., Pérez Testor, C., Salamero, M., Castillo, J.A. y Cabré, V. (1997) Evaluación del ajuste diádico en parejas. Trabajo presentado en el II European Congress of Family Therapy, Barcelona, España.

Redondo, A. (2019) L'aliança terapèutica de parella: estudi d'un cas des de l'enfocament Cognitiu Interpersonal (Treball final de Grau en Psicologia) Universidad Ramon Llull.

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009) Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), pp. 501-517

Santrock, JW., Minnett, A.M., y Campbell, B. D. (1994) *The Authoritative Guide to Self - Help Books*. Guilford Press.

Scogin, F., Jamison, C., y Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), pp. 403–407.

Spanier, G. B. (1989). Manual for the Dyadic Adjustment Scale. Multi-Health Systems.

Steadman, P. L., Tremont, G. y Davis, J. D. (2007) Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 20 (2), pp.115-119

Tai, T., Baxter, J. y Hewitt, B. (2014) Do co-residence and intentions make a difference? Relationship satisfaction in married, cohabiting, and living apart together couples in four countries. *Demographic Research*, 31, pp. 71-104

Wikipedia (s.f.) Feeling Good: The New Mood Therapy.  
[https://en.wikipedia.org/wiki/Feeling\\_Good:\\_The\\_New\\_Mood\\_Therapy](https://en.wikipedia.org/wiki/Feeling_Good:_The_New_Mood_Therapy)

– Anexos –

### Índice de Anexos:

	<b><u>Pág.</u></b>
1. Informe experto validación QSAR .....	118
2. Cuestionario QSAR.....	120
3. DAS.....	122
4. Cuestionario de recogida de datos básicos.....	124
5. Consentimiento informado muestra clínica.....	125
6. Consentimiento informado terapia de pareja.....	127
7. Cuestionario de motivación terapia de pareja.....	129
8. Evaluación de la Sesión de Terapia.....	130
9. Brief Mood Survey.....	131
10. Diario de la Relación.....	132
11. 5 Secretos de la Comunicación eficaz.....	134

*Informe sobre la validez de contenido del QSAR elaborado por el Dr. Carles Pérez Testor, Catedrático de la Universidad Ramón Llull, Investigador principal del Grupo de Investigación de Pareja y Familia de la Facultad de Blanquerna:*



## **Informe sobre el Cuestionario de satisfacción con la relación QSAR**

El QSAR es la traducción al español del Cuestionario de Satisfacción con la Relación RSAT. El RSAT es un instrumento creado por el Prof. David D. Burns profesor del *Department of Psychiatry and Behavioral Sciences* en la *Stanford University School of Medicine*. Esta escala pretende medir la satisfacción de los miembros de una pareja con la relación. Su medida abarca la satisfacción con áreas relevantes como la comunicación, la resolución de conflictos, el grado de afecto y cariño o el grado de intimidad y cercanía, así como una valoración global de la satisfacción con el rol de cada uno de los miembros en una relación diádica. De esta manera la persona valora tanto su propio rol en la relación, como el rol de la otra persona. Finalmente ofrece una valoración del grado de satisfacción global con la relación.

Desde mi punto de vista, una vez revisadas la original americana y la traducción española, considero que las preguntas del QSAR pueden considerarse relevantes y coherentes en relación al constructo que pretenden medir, en este caso, la satisfacción con la relación, siendo breves y claras de entender. Finalmente, el cuestionario contiene un vocabulario fácil de comprender y puede ser aplicado a personas con cualquier nivel educativo o sociocultural con dominio del idioma en que está elaborada.

Por la relevancia de sus preguntas, concisas y suficientes, su brevedad y fácil manejo, el QSAR se puede considerar un instrumento con un contenido válido y pertinente para medir la satisfacción con la relación, aplicable a cualquier tipo de relación diádica.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carles Pérez Testor', is centered on the page.

**Dr. Carles Pérez Testor**  
Professor Catedràtic URL  
IP Grup de Recerca de Parella i Família



### Cuestionario de Satisfacción con la Relación (QSAR)

	0 - MUY INSATISFECHO	1 - MODERADAMENTE INSATISFECHO	2 - ALGO INSATISFECHO	3 - NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	4 - ALGO SATISFECHO	5 - MODERADAMENTE SATISFECHO	6 - MUY SATISFECHO
*Cuestionario de Satisfacción con la Relación (QSAR) Coloca una marca en el recuadro a la derecha de cada categoría que mejor describa el nivel de satisfacción que sientes en tu relación							
Comunicación y franqueza							
Resolución de conflictos y discusiones							
Grado de afecto y cariño							
Intimidad y cercanía							
Satisfacción con tu papel en la relación							
Satisfacción con el papel de la otra persona							
Satisfacción general con tu relación							
Fecha: _____	Puntuación total:						

<b>Clave de puntuación para la puntuación total del QSAR</b>			
<b>Puntuación total</b>	<b>Nivel de satisfacción</b>	<b>Porcentaje de personas con relaciones problemáticas que están más satisfechas</b>	<b>Porcentaje de personas con buenas relaciones que están más satisfechas</b>
0-10	Extremadamente insatisfecho	75%	100%
11-20	Muy insatisfecho	35%	95%
21-25	Moderadamente insatisfecho	25%	90%
26-30	Algo insatisfecho	15%	75%
31-35	Algo satisfecho	5%	50%
36-40	Moderadamente o muy satisfecho	1%	10%
41-42	Extremadamente satisfecho	<1%	<1%

**DAS (Escala de Ajuste Diádico)**

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

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

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

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

Sigue en el dorso

**DAS (Escala de Ajuste Diádico)**

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

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

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

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

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

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

	Muy desgraciada	Bastante desgraciada	Algo desgraciada	Feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Radiante
	0	1	2	3	4	5	6
31.	----- ----- ----- ----- ----- -----						

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

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

### Cuestionario de recogida de datos básicos:

Toda la información recogida es tratada de forma anónima y guardada de manera confidencial.

Por favor, marca la casilla correspondiente o completa con tus datos:

Sexo  M (1)

F (2)

Edad \_\_\_\_\_

Nivel educativo: (3)  Universitario

(4)  Estudios medios (Bachillerato, FP...)

(5)  Estudios básicos (EGB, ESO)

¿Estás actualmente en pareja? (6)  Si

(7)  No

¿Cuánto tiempo lleváis de relación (contando desde el primer día como pareja)? \_\_\_\_\_

¿Vivís juntos? (8)  Si

(9)  No

¿Cuánto tiempo hace que vivís juntos? \_\_\_\_\_

**A continuación, rellena los cuestionarios adjuntos DAS y QSAR de manera que tus respuestas reflejen tu situación en el momento de rellenar el cuestionario.**

**Consentimiento informado muestra clínica:**

**CENTRO DE PSICOTERAPIA  
MAITRI**



CONSENTIMIENTO INFORMADO (Art. 10 de la Ley General de Sanidad (25/4/1988 Art. 8 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos y a su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007)

D/Dña..... mayor de edad con  
DNI ..... y domicilio en.....  
provincia.....teléfono .....

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado/a de forma verbal sobre mi participación en esta investigación sobre la validación del Cuestionario de Satisfacción en la Relación (QSAR) en fecha: ..... y que han sido aclaradas mis dudas, con respecto a mi participación en esta investigación. Mi participación en este estudio es libre y voluntario. Entiendo que este consentimiento es requisito para todas las personas que participen en este servicio.

Por lo tanto:

CONOZCO Y CONSIENTO:

- Facilitar los datos e información personal solicitados en las instancias y formularios que serán necesarios e indispensables para participar en el estudio. El tratamiento de datos de carácter personal, se ajustará a lo dispuesto por la ley orgánica 15/1999 de protección de datos y a su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007 y consiento que estos datos serán incluidos en un fichero debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos y cuyo titular es el Centro Maitri dirigido por Eva Jiménez Sánchez.
- Se que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento, así como el acceso, rectificación o cancelación de mis datos de carácter personal solicitándolo al Centro Maitri, sito en Rambla Catalunya, 92, 4o6a de Barcelona.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento y para que así conste:

Firmo en Barcelona a ..... de ..... de 20.....

Firma:

Firma Responsable Centro Maitri

Fdo.....

Fdo.....

**Consentimiento informado terapia de pareja:**

**CENTRO DE PSICOTERAPIA  
MAITRI**



CONSENTIMIENTO INFORMADO (Art. 10 de la Ley General de Sanidad (25/\$/1988 Art. 8 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos y a su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007)

D/Dña. .... mayor de edad

con DNI ..... y domicilio en.....

.....provincia.....

teléfono .....

**MANIFIESTO:**

Que he sido informado/a de forma verbal sobre mi participación en esta investigación sobre la mejora de la satisfacción en la relación de pareja por Eva Jiménez Sánchez en fecha: ..... y que han sido aclaradas mis dudas, con respecto a mi participación en esta investigación. Mi participación en las sesiones es libre y voluntaria. Entiendo que este consentimiento es requisito para todas las personas que participen en este servicio.

Por lo tanto:

**CONOZCO Y CONSIENTO:**

1. Facilitar los datos e información personal solicitados en las instancias y formularios que serán necesarios e indispensables para participar en el tratamiento. El tratamiento



de datos de carácter personal, se ajustará a lo dispuesto por la ley orgánica 15/1999 de protección de datos y a su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1720/2007 y consiento que estos datos serán incluidos en un fichero debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos y cuyo titular es el Centro Maitri dirigido por Eva Jiménez Sánchez.

2. Participar en las sesiones con un profesional del Centro Maitri, en este caso, Eva Jiménez en las condiciones establecidas y según me han informado de forma verbal y por escrito
3. Responder a los cuestionarios que se requieren dentro del proceso de evaluación y tratamiento
4. A que las sesiones que se desarrollan con el terapeuta puedan ser grabadas en video con el fin de recoger mejor la información.
5. A que el material grabado, los cuestionarios y/o procedimientos puedan ser utilizados para la investigación, así como para la formación de otros profesionales especializados en la materia, siempre de forma confidencia y sujeto a secreto profesional.
6. Se que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento, así como el acceso, rectificación o cancelación de mis datos de carácter personal solicitándolo al Centro Maitri, sito en Rambla Catalunya, 92, 4<sup>º</sup>6<sup>a</sup> de Barcelona.
7. Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento y para que así conste:

Firmo dos ejemplares en Barcelona a ..... de ..... de 20.....

Firma

Firma Responsable Centro Maitri

Fdo.: .....

Fdo.: .....

### Cuestionario de motivación terapia de pareja:

Por favor, contesta a las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta que elijas:

1. ¿Con cual de los siguientes objetivos respecto a tu relación estarías satisfecho/a?

Que las cosas continuasen como están

Poner fin a la relación

Mejorar la relación

No estoy seguro

2. Indica la respuesta que te parezca más acertada en tu caso para la siguiente afirmación:

“Mi pareja tiene la culpa de la mayor parte de los problemas en nuestra relación”

Nada de acuerdo

Un poco de acuerdo

Muy de acuerdo

Totalmente de acuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

3. ¿Quién crees que debe cambiar más, tú o tu pareja?

Yo

Mi pareja

4. ¿Estás dispuesto a realizar los ejercicios que sean necesarios en terapia de pareja a cambio de aprender a desarrollar una relación mucho más gratificante con tu pareja?

Algo dispuesto

Bastante dispuesto

Totalmente dispuesto

Nada dispuesto

Tengo que pensarlo

**Evaluación de la sesión de terapia:**

Por favor rellene esto **DESPÚES** de la sesión. ¡Gracias!

**Evaluación de la sesión de terapia\***

0-Para nada cierto	1-Algo cierto	2-Moderadamente cierto	3-Muy cierto	4-Completamente cierto
--------------------	---------------	------------------------	--------------	------------------------

**Instrucciones.** Utilice marcas (✓) para indicar cómo se siente acerca de su sesión de terapia más reciente.

Por favor, conteste todos los apartados.

**Empatía Terapéutica**

1. Mi terapeuta me ha parecido cálido, compasivo y preocupado.					
2. Mi terapeuta me ha parecido de confianza.					
3. Mi terapeuta me ha tratado con respeto.					
4. Mi terapeuta ha hecho un buen trabajo de escucha.					
5. Mi terapeuta ha entendido cómo me sentía por dentro.					
<b>Total →</b>					

**Calidad de ayuda de la sesión**

1. He sido capaz de expresar mis sentimientos durante la sesión.					
2. He hablado sobre los problemas que me están molestando.					
3. Las técnicas utilizadas han sido de utilidad.					
4. La perspectiva que mi terapeuta ha utilizado tiene sentido.					
5. He aprendido nuevas formas de gestionar mis problemas.					
<b>Total →</b>					

**Grado de satisfacción con la sesión de hoy**

1. Creo que la sesión de hoy ha sido de ayuda para mí.					
2. En general, he terminado satisfecho/a con la sesión de hoy.					
<b>Total →</b>					

**Su compromiso**

1. Pienso hacer las tareas terapéuticas antes de la próxima sesión.					
2. Pienso utilizar lo que he aprendido en la sesión de hoy.					
<b>Total →</b>					

**Sentimientos negativos durante la sesión**

1. En algunos momentos mi terapeuta no parecía entender cómo me sentía.					
2. En algunos momentos me he sentido incómodo durante la sesión.					
3. No siempre estaba de acuerdo con mi terapeuta.					
<b>Total →</b>					

**Dificultad de las preguntas**

1. Ha sido difícil contestar algunas de estas preguntas con honestidad					
2. A veces mis respuestas no han mostrado cómo me sentía realmente por dentro.					
3. Me disgustaría demasiado criticar a mi terapeuta.					
<b>Total →</b>					

¿Qué es lo que *menos* le ha gustado de la sesión? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que *más* le ha gustado de la sesión? \_\_\_\_\_

\* Copyright © 2001 de David D. Burns, M.D. Revisado, 2004.

### Brief Mood Survey, Cuestionario Breve del Estado de Ánimo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cuestionario breve sobre su estado de ánimo*	Antes de la sesión					Después de la sesión				
	0 = No, nada	1 = Un poco	2 = Moderado	3 = Mucho	4 = Extremadamente	0 = No, nada	1 = Un poco	2 = Moderado	3 = Mucho	4 = Extremadamente
<b>Instrucciones.</b> Marque (✓) para indicar como se siente ahora mismo. Por favor conteste todas las preguntas.										
¿Cómo de <b>deprimido</b> se siente ahora mismo?										
1. Triste o decaído										
2. Sin esperanzas o bajo de moral										
3. Bajo de autoestima o inútil										
4. Desmotivado para hacer cosas										
5. Sin satisfacciones o placeres en la vida										
Total →						Total →				
¿Pensamientos de <b>suicidio</b> ahora mismo?										
1. ¿Tiene pensamientos de suicidio?										
2. ¿Tiene ganas de acabar con su vida?										
Total →						Total →				
¿Cómo de <b>ansioso</b> se siente ahora mismo?										
1. Ansioso o inquieto										
2. Miedoso										
3. Preocupado										
4. Tenso o con músculos apretados										
5. Nervioso										
Total →						Total →				
¿Cómo de <b>enfadado</b> se siente ahora mismo?										
1. Frustrado										
2. Molesto										
3. Resentido										
4. Enfadado										
5. Imitado										
Total →						Total →				
Generalmente respuestas a las siguientes preguntas tenderán a ser opuestas a las respuestas anteriores.										
<b>Cuestionario sobre estados de ánimo positivos*</b>										
<b>Instrucciones.</b> Marque (✓) para indicar como se siente ahora mismo. Por favor conteste todas las preguntas.										
Estados de ánimo positivos: ¿Cómo se siente ahora mismo?										
1. Siento que valgo mucho.										
2. Me siento bien conmigo mismo.										
3. Me siento feliz.										
4. Mi vida tiene significado.										
5. Estoy motivado para hacer cosas.										
6. Me siento relajado.										
7. Me siento alegre.										
8. Tengo esperanza.										
9. Me siento optimista.										
10. Mi vida es satisfactoria.										
Total →						Total →				

\*© Copyright 1997 del Dr. David D. Burns, revisado en 2012

Por favor, complete este cuestionario ANTES y DESPUÉS de la sesión. ¡Gracias!

## Diario de la Relación:

### Diario de la relación

**Paso 1.** Escriba *exactamente* lo que le dijo la otra persona. Sea breve:

---

---

---

---

**Paso 2.** Yo dije. Escriba *exactamente* lo que dijo usted a continuación. Sea breve:

---

---

---

---

**Paso 3.** Buena comunicación frente a mala comunicación. ¿Su respuesta fue un ejemplo de buena comunicación, o de mala comunicación? ¿Por qué? Consulte la "lista de comprobación EAR" o la lista de "Errores comunes de la comunicación" para analizar lo que escribió en el paso 2.

---

---

---

---

**Paso 4.** Consecuencias. ¿Su respuesta en el paso 2 aliviará el problema, o lo agravará? ¿Por qué?

---

---

---

---

**Paso 5.** Respuesta modificada.

**Diario de la Relación, lista de comprobación:**

Lista de comprobación de la comunicación EAR				
Instrucciones: Repase lo que escribió en el paso 2 del "Diario de la relación". Indique con una señal si fue un ejemplo de buena comunicación o de mala comunicación en cuanto a empatía, asertividad y respeto				
	Buena comunicación	X	Mala comunicación	X
E= Empatía	1. Reconoce los sentimientos de la otra persona y encuentra algo de verdad en lo que dice		1. No reconoce los sentimientos de la otra persona ni encuentra verdad en lo que esta intenta decirle.	
A= Asertividad	2. Expresa sus sentimientos de manera abierta, directa y con tacto, empleando afirmaciones del tipo "siento que".		3. Debate a la defensiva o ataca a la otra persona	
R = Respeto	4. Transmite comprensión y respeto aunque se sienta frustrado o molesto con la otra persona.		2. Menosprecia a la otra persona o la trata de manera fría, hostil o condescendiente.	

### 5 Secretos de la Comunicación Eficaz:

#### E = Empatía

**1. La técnica del desarme (TD).** Encuentre algo de verdad en lo que la otra persona está diciendo, incluso si le parece totalmente irrazonable o injusto

**2. Empatía.** Póngase en la piel de la otra persona e intente ver el mundo a través de sus ojos.

- **Empatía de pensamientos (EP).** Parafrasee las palabras de la otra persona.

- **Empatía de sentimiento (ES).** Reconozca cómo se debe de estar sintiendo la otra persona en base a lo que está diciendo.

**3. Pregunta (P).** Haga preguntas suaves y de comprobación para saber más sobre lo que la otra persona está pensando o sintiendo.

#### A = Asertividad

**4. Frases del tipo "Me siento" (MS).** Expresé sus propias ideas y sentimientos de una forma directa y con tacto. Utilice aserciones del tipo "me siento" como "me siento enfadado", en lugar de aserciones "tú", como "¡tú estás equivocado!", o "¡tú me estás poniendo de los nervios!"

#### R = Respeto

**5. Reconocimiento hacia el otro (RO).** Transmita una actitud de respeto, incluso si se siente frustrado o enfadado con la otra persona. Encuentre algo genuinamente positivo que decir a la otra persona, aún en el medio de la batalla.