

REPUBLICA DEL ECUADOR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD DE POSGRADO**



**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA**

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

**EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA MEJORAR LA  
CALIDAD DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magister en Psicología Clínica  
Mención Psicoterapia

**Línea de investigación:** Salud y bienestar integral

**AUTOR:**

**Antonio Bladimir Monar Chora, Lic.**

**DIRECTOR:**

**David Francisco Balseca Bolaños, Msc.**

**Ibarra-Ecuador 2025**

## **Dedicatoria**

El presente trabajo lo dedico, en primer lugar, a Dios, por concederme cada día el don de la vida, la fortaleza y la constancia necesarias para culminar este proceso académico.

A mis amigos, quienes fueron un pilar fundamental a lo largo de todo el trayecto de mi maestría, brindándome apoyo, compañía y ánimo en los momentos más desafiantes.

A mi madre, Juana; a mis abuelitos Martha, Bonifacio, Avelinda y Leandro; y a mis tíos Oswaldo y Oliveros, quienes desde el cielo me brindan su bendición y guía constante.

A mi padre, Pedro Monar, mi mayor fuente de inspiración, por su ejemplo, apoyo incondicional y enseñanzas de vida.

A mis tíos Carmen, María, Isidro, Tulita, Custodia, Carlos, Miriam y Eladio, por acompañarme y aconsejarme en todo momento. Las enfermedades son pasajeras, pero sus enseñanzas y recuerdos perduran para siempre.

A mis primos Juan, Jessy, Martha, Danny, Belén, Lili, Majo, Carlos, Cris, Alex, Christopher, Ali, Ale, Andrés, Jess y Sofi, por su apoyo incondicional y su constante motivación.

Finalmente, a mi novia Anshi, por ser mi sostén y apoyo fundamental durante todo este proceso de titulación.

Este logro es por y para ustedes.

## **Agradecimiento**

Expreso mi sincero agradecimiento a mi tutor de tesis, por su acompañamiento, orientación y valiosos aportes durante todo el proceso de investigación, los cuales fueron fundamentales para el desarrollo y culminación del presente trabajo académico. Su compromiso, profesionalismo y disposición constante permitieron fortalecer mis conocimientos y consolidar este proyecto.

De manera especial, agradezco a la Psicología, como ciencia y como vocación, por brindarme la oportunidad de crecer tanto a nivel profesional como personal. Esta carrera me permitió desarrollar una mirada más humana, crítica y empática hacia las personas y la realidad, marcando de forma significativa mi formación y mi proyecto de vida.

Finalmente, agradezco a la institución y a todos los docentes que, con su enseñanza y dedicación, contribuyeron a mi proceso formativo y al logro de este importante objetivo académico.

# CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 17 de diciembre del 2025

David Francisco Balseca Bolaños Msc.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el informe final del trabajo de integración curricular, que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte. En consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



F:

David Balseca, Msc.

CC: 1720935020



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1723182752		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Monar Chora Antonio Bladimir		
DIRECCIÓN:	El Placer OE11160		
EMAIL:	antoniobladi@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0998165169

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual Para Mejorar la Calidad de la Relación de Pareja
AUTOR (ES):	Monar Chora Antonio Bladimir
FECHA: DD/MM/AAAA	17/12/2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magíster en Psicología Clínica Mención Psicoterapia
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. David Balseca Bolaños - PhD. Carlos Burneo Garces

## **2. CONSTANCIAS**

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 17 días del mes de diciembre de 2025

### **EL AUTOR:**

Nombre: Antonio Bladimir Monar Chora

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	V
Abstract.....	VI
CAPÍTULO I .....	1
EL PROBLEMA.....	1
1.1 Problema De Investigación.....	1
1.2 Antecedentes .....	4
1.3 Objetivos De La investigación.....	7
1.4 Hipótesis De La investigación .....	7
1.5 Justificación .....	8
CAPÍTULO 2.....	12
MARCO REFERENCIAL.....	12
2.1. Marco Teórico .....	12
2.1.1. Calidad de la relación de pareja .....	12
2.1.2 La Escala de Ajuste Diádico (DAS) como herramienta de medición .....	12
2.1.3. Historia y fundamentos de la DAS .....	15
2.2.1. Terapia dialéctica conductual.....	16
2.2.2. Adaptación diádica (Fruzzetti) y focos de intervención .....	16
2.2.3 Evidencia 2020–2025 en contextos de pareja.....	17
2.2 Marco legal .....	18
2.4.1. Principios bioéticos y salvaguardas .....	18
2.4.2. Normativa ecuatoriana vigente .....	18
2.4.3. Políticas públicas y planificación nacional .....	19
2.4.4. Convergencia ética-legal con el diseño del estudio .....	19
CAPÍTULO III.....	21
MARCO METODOLÓGICO.....	21
3.1 Descripción del área de estudio/Grupo de estudio.....	21
3.2. Enfoque y tipo de investigación.....	21
3.3. Procedimiento de investigación .....	22
3.3.1. Participantes.....	22

3.3.2. Protocolo de evaluación.....	23
3.3.3. Organización del trabajo de campo.....	24
3.3.4. Protocolo del programa DBT.....	24
3.3.5. Análisis de datos .....	26
3.3.6. Consideraciones éticas .....	27
CAPÍTULO IV.....	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	30
4.1 Caracterización Sociodemográfica De La Muestra .....	30
4.2. Resultados de la evaluación con la DAS .....	31
4.2.1. Descriptivos pre y post.....	31
4.2 Discusión.....	33
CAPÍTULO V.....	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1 Conclusiones.....	39
5.2. Recomendaciones .....	40
Referencias Bibliográficas .....	42
<b>Tabla 1</b> Protocolo de aplicación del módulo de DBT para parejas .....	25
<b>Tabla 2</b> Frecuencia de edades.....	30
<b>Tabla 3</b> Descriptivos de la DAS (pre y post).....	31
<b>Tabla 4</b> Prueba de rangos con signo de Wilcoxon por dimensión (DAS).....	32
<b>Tabla 5</b> Correlaciones de Spearman entre subescalas de la DAS (posintervención).....	33

## Resumen

**Antecedentes.** La calidad de la relación de pareja (ajuste diádico en consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión) se relaciona con la regulación emocional y habilidades interpersonales. En Ecuador hay poca evidencia sobre intervenciones breves informadas por DBT evaluadas con la DAS. **Problema.** Se desconoce si un programa breve de habilidades DBT mejora el ajuste diádico en parejas adultas jóvenes ecuatorianas atendidas ambulatoriamente. **Objetivo.** Determinar la eficacia de la terapia dialéctica conductual para mejorar la calidad de la relación de pareja. **Método.** Un estudio cuasiexperimental trabajo de investigación de tipo pretest–posttest de un único grupo con 10 díadas 20 personas de 25 a 35 años a las que se les administraron 10 sesiones de intervenciones y prácticas, entre sesiones, de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal adaptadas a trabajar en díadas. Se aplicó la DAS, para la evaluación del ajuste relacional, se emplearon estadísticos descriptivos y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon  $\alpha = .05$ . Resultados: Aumento significativo de la DAS total y de todas sus subescalas, consenso, satisfacción, expresión afectiva, cohesión, con tamaños del efecto que fueron elevados y clínicos al final del programa. Discusión La formación de habilidades de la dialéctica-conductual individual en formato ambulatorio incrementó el ajuste diádico de parejas jóvenes ecuatorianas y parece ser clínicamente viable para que se incorpore dentro de los servicios de salud locales. Se recomienda replicar con muestras mayores, grupo de comparación y seguimiento longitudinal para estimar mantenimiento del cambio. Se garantizó consentimiento informado, confidencialidad y el cumplimiento de principios bioéticos vigentes.

**Palabras clave:** Escala de ajuste diádico, Conflictos de pareja, Calidad de la relación de pareja, Regulación emocional, Terapia de pareja.

## Abstract

**Background.** Relationship quality (dyadic consensus, satisfaction, affective expression, and cohesion) is related to emotion regulation and interpersonal skills. In Ecuador, there is little evidence on brief DBT-informed interventions evaluated with the DAS. **Problem.** It is unknown whether a brief DBT skills program improves dyadic adjustment in young Ecuadorian adult couples receiving outpatient care.

**Objective.** Determine the effectiveness of dialectical behavior therapy in improving the quality of romantic relationships. **Method.** A quasi-experimental, pretest–posttest, single-group study was conducted with 10 dyads (20 individuals aged 25 to 35 years), who received 10 sessions of interventions and between-session practices in mindfulness, emotion regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness adapted for dyadic work. The DAS was administered to assess relational adjustment; descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test ( $\alpha = .05$ ) were employed. **Results:** Significant increases in the total DAS and all its subscales—consensus, satisfaction, affective expression, and cohesion—with effect sizes that were large and clinically meaningful at the end of the program. **Discussion:** Individual outpatient dialectical behavior skills training increased the dyadic adjustment of young Ecuadorian couples and appears to be clinically viable for incorporation into local health services. It is recommended to replicate the study with larger samples, a comparison group, and longitudinal follow-up to estimate the maintenance of change. Informed consent, confidentiality, and compliance with current bioethical principles were ensured.

**Keywords:** Dyadic adjustment scale, Couple conflicts, Couple relationship quality, Emotional regulation, Couple therapy

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Problema De Investigación

En el contexto ecuatoriano actual, las relaciones de pareja afrontan transiciones típicas de la adultez joven (25–35 años) organización económica, corresponsabilidad doméstica y toma de decisiones que exigen coordinación diádica y habilidades de regulación socioemocional para sostener el bienestar y prevenir distrés conyugal (Lebow, 2022). La relevancia pública del funcionamiento de las parejas se refleja en la dinámica reciente de los vínculos formales: en 2023 la tasa de matrimonios pasó de 30,8 a 31,2 por cada 10.000 habitantes, mientras la tasa de divorcios disminuyó de 13,7 a 13,0 por cada 10.000 habitantes, lo que sitúa a la conyugalidad como un ámbito clave para intervenciones clínicas costo-efectivas que favorezcan estabilidad y ajuste (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2024).

Al mismo tiempo, la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública para el período 2024-2030 igualmente sigue en la línea de atender a los pacientes de manera ambulatoria, con un enfoque orientado a poder incorporar procedimientos breves y estructurados, lo que convertirá programáticamente la intervención centrada en las habilidades aplicadas a la vida diaria en viable. La calidad de la pareja es un constructo multidimensional que engloba las componentes de satisfacción, acuerdo, cohesión y expresión afectiva. Estos componentes son reflejo no solo de la percepción subjetiva de la relación, sino de prácticas de negociación y responsabilidad afectiva observables (Meng et al., 2024).

El DAS es una herramienta estándar en la investigación aplicada para evaluar el cambio terapéutico en los cuatro componentes mencionados. Actualmente, se mantiene como punto de

corte el score de 107 para indicar distrés conyugal clínicamente relevante y por lo tanto, provee anclaje psicométrico actual para interpretar la variabilidad pre-post en la atención en salud.

Aun pequeñas mejoras en la coordinación diádica entre adultos jóvenes pueden traducirse en ganancias sustanciales de satisfacción y consenso. Por consiguiente, la validez clínica del cambio DAS es especialmente pertinente para interpretarse en adultos jóvenes (Lebow, 2022). Una parte sustantiva del problema emerge de procesos mecanicistas que degradan el ajuste: la desregulación emocional y los patrones de invalidación favorecen escaladas de conflicto y reducciones en satisfacción y consenso, aun cuando las presentaciones de desregulación entre miembros de la díada sean heterogéneas (White VanBoxel et al., 2024).

La literatura más reciente sugiere que las parejas con diferentes perfiles de regulación emocional pueden beneficiarse del tratamiento por igual cuando se les enseñan de forma explícita estrategias de modulación y negociación, lo cual pone de manifiesto el carácter transdiagnóstico de los mecanismos que hemos descrito en relación con la clínica de pareja (White VanBoxel et al., 2024). Además, las intervenciones en pareja sobre mindfulness mostraron incrementos en la alta responsabilidad atencional/afectiva y en los niveles de bienestar, lo cual marcan un clima relacional más estables con comportamientos menos reactivos prerequisites para que los niveles de consenso y satisfacción se incrementen de una forma sostenida (Winter et al., 2021).

En resumen, el bajo nivel de autorregulación y la baja validación operan como vías de riesgo para el distrés conyugal, y el desarrollo de habilidades para la autorregulación y la comunicación puede considerarse una vía de cambio clínico viable que puede medirse con la DAS (Winter et al., 2021; White VanBoxel et al., 2024). En ese sentido, la terapia dialéctico conductual DBT se muestra como un paquete de habilidades sobre mindfulness como la

regulación emocional, la tolerancia al malestar y la efectividad interpersonal que han demostrado la habilidad para disminuir incrementos en la validación y mantener las conductas de acercamiento en el momento de la interacción fuerte en estrés. En especial, el análisis de cadena sobre incidentes críticos de la relación – cadena de interacción durante la relación (Fruzzetti, 2020).

La adaptación diádica DBT integra los principios de aceptación y el cambio mediante la validación dialéctica. Esto incluye la co-regulación y el ensayo conductual de peticiones, límites y acuerdos, lo que la vuelve especialmente transferible a contextos naturales hogar, trabajo, ocio de parejas jóvenes (Fruzzetti, 2020). La tendencia en la práctica internacional a relacionar lo breve, estructurado, escalable y por lo tanto a la formación en habilidades con el control de indicadores de resultados en satisfacción y funcionamiento se adhiere a los principios más relacionados con la atención ambulatoria (Lebow, 2022).

En servicios de elevada demanda y disminuidos recursos como los que prioriza la política de salud mental ecuatoriana, estos dispositivos breves refuerzan la viabilidad programática a condición de que se delimiten bien los indicadores del cambio y se propugne la generalización entre sesiones, (MSP, 2024). No obstante, no se ha encontrado evidencia local sobre la implementación ambulatoria de un programa breve de habilidades de DBT en busca de mejorar el ajuste diádico en parejas de adultos jóvenes ecuatorianos, tampoco reunido un instrumento de medición estandarizado como la DAS, lo que limita la toma de decisiones clínicas y la adopción programática basada en datos MSP, 2024; INEC, 2024.

Por lo tanto, esta investigación nos permite concluir que pretende estimar el cambio pre-post de ajuste diádico en términos absolutos y por dominios tras un entrenamiento breve en habilidades DBT en un servicio ambulatorio, con la evidencia aplicable al sistema de salud

mental local. En base a esto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la eficacia de un programa breve de habilidades de terapia dialéctica conductual para mejorar el ajuste diádico en parejas adultas jóvenes ecuatorianas atendidas en modalidad ambulatoria y evaluadas con la Escala de Ajuste Diádico?

## **1.2 Antecedentes**

La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) posee una alta evidencia en cuanto al tratamiento de la desregulación emocional y sus problemáticas asociadas en poblaciones adultas y adolescentes, pues se han evidenciado mejoras importantes en estudios llevados a cabo en contextos de salud reales y no solo en ensayos controlados aleatorios, lo que enfatiza su transferibilidad programática y su eficiencia desde los sistemas públicos de salud (Flynn et al., 2019). Revisiones sistemáticas sobre su efectividad y guías clínicas han evidenciado su eficacia y efectividad en la comprensión y el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, la conducta suicida, las autolesiones, las adicciones y trastornos alimentarios, y ganancias en regulación emocional, manejo de habilidades ante situaciones adversas y el funcionamiento psicosocial (Peprah & Argáez, 2017). Con respecto a sus fundamentos, la DBT considera la desregulación emocional como consecuencia de la interacción entre una alta vulnerabilidad emocional y ambientes invalidantes y mezcla estrategias de aceptación (por ejemplo mindfulness, validaciones) como cambio (por ejemplo análisis de conducta, entrenamiento en habilidades), lo que favorece la surgencia de respuestas adaptativas bajo la amenaza interpersonal (Linehan, 2015).

Recientemente hemos podido ver cómo el entrenamiento de habilidades se ha erigido como el núcleo activo de la DBT, donde se observan efectos en regulación emocional, mindfulness y la reducción de patrones desadaptativos, incluso bajo condiciones de

naturalización de lo que debe ser la atención y en condiciones naturales, o en esquemas reducidos en comparación con alternativas formales de atención (Lee et al., 2022). En muestras donde se han observado rasgos límites, intervenciones que se nutren de la DBT también han evidenciado reducciones en la supresión expresiva y en los niveles de impulsividad, dos indicadores de sensibilidad a la variación que se relacionan con una mejora en la modulación afectiva y una menor reactividad debido a los acontecimientos de la vida cotidiana (García & Camus, 2021). Asimismo, el entrenamiento grupal en habilidades DBT en poblaciones con diagnóstico dual también ha facilitado brazos en la regulación emocional y el mindfulness, junto con una disminución de las conductas de afrontamiento no funcionales, lo que también fortalece la idea del potencial transdiagnóstico del paquete de habilidades (Flynn et al., 2019).

La DBT se ha investigado también en cuadros complejos tan extremos como la ansiedad social con ideación suicida, donde la combinación de habilidades de mindfulness, tolerancia a la incomodidad y competencia interpersonal permite el control de los factores de mantenimiento de la sintomatología (déficit del repertorio en habilidades sociales, rumiación, evitación y demanda de estándares de autoexigencia) y la regulación de la reactividad frente a las situaciones de evaluación social (Villalongo Andino et al., 2024). En adolescentes/jóvenes, los programas centrados en la regulación emocional han reducido conductas autolesivas, depresión e ira sugiriendo que la identificación de estados internos, la disminución de la vulnerabilidad bioconductual y el alcance de repertorios regulados de respuesta son mecanismos plausibles de cambio clínico (Vafaei et al., 2021).

En grupos no clínicos y contextos educativos, el entrenamiento en habilidades DBT ha mostrado ser factible y efectivo a corto plazo, de acuerdo con la desregulación emocional, y de la mejora en competencias socioemocionales, con resultados positivos en cada una de esas

variables como por ejemplo la resiliencia, la aceptación emocional y el uso de habilidades en situaciones consideradas cotidianas, lo que reafirma su función preventiva y promocional para la salud mental. (Martinez et al, 2022). En universitarios, el uso de formatos breves de entrenamiento en habilidades DBT se ha mostrado como factible y efectivo para la reducción de la desregulación y la mejora del afrontamiento, siempre que la práctica entre sesiones esté bien estructurada y con un encuadre de adherencia propio. (Rizvi & Steffel, 2014). Desde una suerte de mirada diádica, la manera en que la DBT se adapta a las parejas considera a la desregulación como un proceso co-regulado, donde los ciclos de invalidación y escalada se contrarrestan con análisis de cadena para ambos miembros, validación dialéctica y entrenamiento coordinado en mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal (peticiones observables, límites y acuerdos); lo que tiene como resultado la disminución de la reactividad, mejora de la responsividad afectiva e incremento de la rapidez de las reparaciones durante las disputas (Fruzzetti Payne, 2020); y esta organización técnica se traduce en incrementos en la satisfacción, en el consenso y en la expresión afectiva, también especialmente si la intervención incluye tareas de práctica situadas en la vida cotidiana y seguimiento de la puesta en práctica entre sesiones (Fruzzetti & Payne, 2020). También, las intervenciones de pareja basadas en mindfulness permiten mejoras en atención conjunta, disminución de la reactividad automática, mejora del clima comunicacional, hallazgos que facilitan la transferencia de habilidades más allá de la sesión y que, a su vez, son previos a cambios conductuales de más inercia (por ejemplo, cohesión), que requieren de la consolidación a través de un reforzamiento del hábito y de una exposición reiterada a contextos reforzantes (Winter et al., 2021). La secuencia temporal se ajusta a la evolución reciente de la terapia de pareja, breve, estructurada y escalable compatible

con servicios de ambulatorios y la medición estandarizada de resultados clínicamente relevantes (Lebow, 2022).

En suma, la literatura respalda los paquetes de habilidades DBT (mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal) como generadores de cambios significativos y medibles, en los cuales la versión diádica otorgaría un marco teórico-técnico para intervenir sobre los procesos de invalidación y escalada con repercusión en el ajuste de pareja (Fruzzetti & Payne, 2020; Lee et al., 2022). A pesar de que existe escasa evidencia local sobre implementaciones breves informadas por DBT en parejas ecuatorianas y la evaluación de tales implementaciones mediante indicadores estándar como la Escala de Ajuste Diádico (DAS), se vuelve pertinente estimar cambios del pre–post en el ajuste total y por dominios en un servicio ambulatorio, entregando datos que se vuelven útiles para decisiones clínicas y de implementación en el sistema de salud (Lebow, 2022; Winter et al., 2021).

### **1.3 Objetivos De La investigación**

#### **Objetivo General.**

Estudiar la eficacia de un programa breve de habilidades de terapia dialéctica conductual (DBT) para mejorar el ajuste diádico en una muestra de 10 parejas adultas jóvenes ecuatorianas.

#### **Objetivos Específicos.**

- Describir el nivel inicial de ajuste diádico (DAS total y subescalas) en las 10 parejas participantes.
- Implementar un programa estructurado de habilidades DBT con práctica entre sesiones, adaptado al trabajo con parejas en el Centro Fonoeduca.
- Comparar las puntuaciones pretest–postest en DAS total y subescalas para estimar el cambio asociado a la intervención.

#### **1.4 Hipótesis De La investigación**

Las puntuaciones posttest en el DAS total y en sus subescalas (consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva) serán superiores a las puntuaciones pretest en las 10 parejas atendidas ambulatoriamente en el Centro Fonoeduca, tras la implementación del programa breve de habilidades DBT.

#### **1.5 Justificación**

La calidad de la relación de pareja es un predictor importante del bienestar psíquico y del funcionamiento diario en la adultez joven, un estado del ciclo vital donde la cópula juega un papel preponderante debido a las exigencias/subordinación económica, la corresponsabilidad conyugal y la toma de decisiones; en este sentido, lo que es la puesta a disposición de dispositivos breves, estructurados y escalables resulta altamente adecuado para instigar cambio en la vida doméstica y laboral (Lebow, 2022). En Ecuador, los últimos registros demográficos evidencian la magnitud social de la conyugalidad: en 2024 hubo 53.813 matrimonios y 25.555 divorcios, siendo el intervalo de edad que comprendía entre 25 a 29 años el que concentraba más matrimonios, lo que hace más pertinente las intervenciones con la población objetivo de esta investigación (25–35 años) y pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias clínicas costo-efectivas que favorezcan la estabilidad relacional (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2025).

Más allá de la dinámica conyugal, la violencia de pareja constituye un problema de salud pública con prevalencias elevadas a lo largo de la vida, según la ENVIGMU 2019, la fuente oficial vigente en el país; estos datos, aun cuando no son anuales, fundamentan la urgencia de acciones preventivo-terapéuticas orientadas a disminuir la reactividad relacional, mejorar la

comunicación y reducir el estrés conyugal que suele anteceder a escaladas de conflicto (INEC, 2019). En el plano programático, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha comunicado el fortalecimiento de la red de servicios de atención en salud mental con eje en la atención ambulatoria y comunitaria, lo cual crea condiciones institucionales favorables para implementar formatos breves con seguimiento de resultados en entornos reales (MSP, 2024).

El marco normativo reciente refuerza esta orientación. La Ley Orgánica de Salud Mental fue aprobada y publicada en el Registro Oficial Suplemento N.º 471 del 5 de enero de 2024, y su Reglamento General fue emitido a fines de 2024, con lineamientos para un modelo de atención integral y comunitario, énfasis en la primera respuesta y en el fortalecimiento de la red de servicios (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024; Presidencia de la República del Ecuador, 2024). De la misma forma, también la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030 del MSP está propiciando la atención ambulatoria, la intersectorialidad y la gestión por resultados, advirtiendo que hay que estructurar, medir y trasladar a la vida cotidiana las intervenciones (MSP, 2024). Por último, también la planificación nacional contempla el Objetivo 6, hacer efectivo el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad (paraguas de iniciativas capaces de hacer más accesible y efectiva la salud mental) (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

Con este telón de fondo, la racionalidad clínico-mecanicista del estudio se sostiene a raíz de una base de evidencia que articula la regulación de las emociones, la validación y la negociación diádica en relación con los indicadores de ajuste conyugal. La terapia dialéctica conductual (DBT) integra el paquete de habilidades (mindfulness, regulación de las emociones, tolerancia al malestar y competencia interpersonal) y utiliza la técnica del análisis de cadena, que permite describir disparadores, vulnerabilidades y respuestas en episodios de elevada demanda,

lo que permitiría, pequeñas reducciones de la reactividad, pequeñas aumentaciones de la validación en interacciones de conflicto (Fruzzetti, 2020; Rizvi, 2024).

En población de pareja, las intervenciones de mindfulness han mostrado mejoras en responsividad afectiva, bienestar y clima relacional, favoreciendo la satisfacción y el consenso, cuando se practican habilidades de manera recurrente y con tareas entre sesiones (Winter et al., 2021). La convergencia entre teoría y empírica sugiere que un breve programa de habilidades DBT supone la posibilidad y la pertinencia en parejas adultas jóvenes en servicios ambulatorios, en especial cuando el objetivo es incrementar conductas observables (peticiones, límites, acuerdos) y transferibles al hogar.

Desde una perspectiva estrictamente metodológica, es fundamental contar con una medida válida, actual y sensible al cambio. La Escala de Ajuste Diádico (DAS) ha sido, y es un instrumento de referencia para la medición de la satisfacción, el consenso, la cohesión y la expresión afectiva, con su uso contemporáneo del corte de 107 para monitorizar el distrés conyugal clínicamente significativo, lo que permite poder interpretar la significación estadística, así como también la relevancia clínica de los cambios pre–post (Meng et al., 2024).

En contextos de servicio real con recursos limitados el diseño cuasiexperimental pre–post de un solo grupo es viable y útil para estimar el impacto preliminar y para sentar las bases para realizar evaluaciones controladas y seguimientos futuros, en la misma línea en la que se orienta el sistema ecuatoriano, que tiende a realizar pruebas de implementación antes de escalar. Adicionalmente, la pertinencia en la localidad del estudio se halla sostenida por la demografía reciente del matrimonio y la distribución del matrimonio entre las edades, que pone en evidencia que una buena parte de la unión formal sucede en la juventud de los adultos; por tanto, los

trabajos de intervención en habilidades diádicas en estos primeros años de la vida del vínculo tienen la posibilidad de mejorar el rumbo de la relación en los primeros años de cohabitación (INEC, 2025).

Del mismo modo, al ubicar el estudio en el Centro Fonoeduca (Quito) y en modalidad ambulatoria, se asegura el acceso y la transferencia directa de las habilidades trabajadas en los espacios de la relación cotidiana (hogar, trabajo, comunidad), además que se encuentran alineados con el enfoque comunitario estipulado en la Ley e su Reglamento y la Política del MSP (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024; Presidencia de la República del Ecuador, 2024; MSP, 2024).

En conclusión, el estudio se halla justificado por: su pertinencia clínica y social (da respuesta a indicadores demográficos y de violencia en la pareja y al reclamo de dispositivos ambulatorios breves); su coherencia mecanicista (entrena habilidades con evidencia para modular reactividad y fomentar negociación/validación); su racionalidad metodológica por el uso de una medida estandarizada como es la DAS, con diseño pre–post en servicio real y su viabilidad programática en el sistema ecuatoriano consistente con la Ley Orgánica de Salud Mental 2024, su Reglamento 2024, la Política Nacional de Salud Mental 2024–2030 y el Plan Nacional de Desarrollo. La generación de evidencia local en parejas adultas jóvenes provee insumos para la toma de decisiones clínicas, la adopción programática en servicios con alta demanda y el diseño de estudios controlados y de seguimiento orientados a la sostenibilidad de las ganancias observadas (INEC, 2025; MSP, 2024; Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

## CAPÍTULO 2

### MARCO REFERENCIAL

#### 2.1. Marco Teórico

##### 2.1.1. *Calidad de la relación de pareja*

La calidad de la relación de pareja constituye un constructo multidimensional donde se integran valoraciones subjetivas (satisfacción con el vínculo y bienestar percibido) con indicadores observables de la interacción que tienen una relación con la estabilidad del vínculo y los resultados de salud mental de sus miembros (Lebow, 2022). En la actualidad clínica, a partir de la investigación de la calidad de la relación de pareja se ha llegado a un constructo que articula los dominios o factores de la calidad de la relación (intimidad, acuerdo, gestión del conflicto, apoyo, compromiso y sexualidad) cuyo valor conjunto nos permite pronosticar trayectorias de adaptación ante estresores y fundamentar decisiones de intervención basadas en la evidencia (Carmona & Peceros, 2021; Ulloa, 2022). Por ello, autores recientes recomiendan las evaluaciones de la calidad de la relación de pareja de modo multidimensional frente a lecturas unidimensionales de la satisfacción para perimetrar perfiles diferenciales de riesgo y protección y optimizar la intervención clínica y la investigación aplicada (Lebow, 2022).

##### 2.1.2 *La Escala de Ajuste Diádico (DAS) como herramienta de medición*

La Escala de Ajuste Diádico (DAS) es un instrumento de referencia internacional para la evaluación del ajuste diádico en las parejas. Su versión clásica consta de 32 ítems, obteniendo una puntuación total que reporta en 4 dominios (consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva), presentando así sensibilidad al cambio en los diseños pre-post, y utilidad clínica para perfilar los puntos fuertes y las áreas problemáticas de la díada (Kinkead et al., 2021). En lo relativo a la forma de interpretación, puntuaciones más altas reflejan mejor ajuste diádico;

además, para el punto de corte 107 se considera un punto de referencia de distrés conyugal que permite evaluar la relevancia clínica y la significación de los resultados en los estudios de intervención (Meng et al., 2024).

**Consenso.** Este dominio analiza el nivel de acuerdo sobre las prácticas normativas y las decisiones que toman en su vida cotidiana (p. ej manejo de dinero, tiempo libre, prácticas religiosas, afecto y responsabilidades familiares) tal que altos puntajes implican el adecuado alineamiento normativo y de metas y menos fricción en la negociación del día a día (Kinkead y cols., 2021). En la clínica, bajos puntajes suelen ir acompañados de escaladas del conflicto por expectativas no explicitadas o por déficits de petición/negociación, por lo tanto, su lectura crea objetivos de conducta específicos (p. ej., definición de acuerdos observables y chequeos de compromisos) (Bouchard, 2023). En propuestas breves, el consenso es sensible al desarrollo de habilidades de efectividad interpersonal y a la validación dialéctica (p. ej DEAR MAN, niveles de validación), anticipando mejoras cuando existen acuerdos de conducta revisables entre sesiones, algo que suele ser muy pertinente en la atención ambulatoria en Quito por las restricciones en la gestión del tiempo y de los recursos (Rizvi, 2024).

**Satisfacción diádica.** Reconoce la valoración mundial de la relación y la estabilidad intencional o imaginada (ejemplo: frecuencia de discusiones, pensamientos sobre la separación, arrepentimientos a la hora de unirse), difícil de responder, que se ha convertido en un criterio de resultado mundialmente usado para estimar el bienestar conyugal y la probabilidad de que el vínculo de pareja se siga buscando (Bouchard 2023). De manera clínica, los puntajes bajos revelan el malestar acumulado y los ciclos crítica/defensivos, siendo recomendables micro-secuencias de reparación, así como períodos de tiempo con ciertos cambios que reduzcan las conductas en conflicto, disminuyendo la reactividad (Rizvi, 2024). En las intervenciones breves,

la satisfacción tiende a moverse rápidamente cuando la invalidez desciende y la contingencia positiva sirve para incrementarse (ejemplo: reforzar conductas de cuidado), y efectos ejercicios alcanzados en el postest son generalmente observables incluso cuando no se producen cambios robustos en hábitos de larga consolidación (Meng et al., 2024).

**Cohesión diádica.** Se argumenta que la participación conjunta de los miembros en actividades, la disponibilidad de períodos de calidad, así como la comunicación entre ellos para resolver problemas, actúan como capital relacional que amortigua el estrés externo y propicia la recuperación tras el conflicto (Bouchard, 2023). En la práctica, puntuaciones no muy elevadas suelen corresponder con agendas poco o nada coordinadas, rituales que brillan por su ausencia y déficits de programación, de ahí que se propongan tareas de activación conductual diádica (p. ej., "tiempos protegidos", proyectos muy breves con metas verificables) con un seguimiento semanal (Kinkead et al., 2021). A diferencia de satisfacción/expresión, la cohesión va consolidándose más lentamente e implica que, para que pueda estabilizarse, se ha de enfrentar reiteradamente a contextos reforzados, lo cual es relevante en contextos de servicios ambulatorios donde la transferencia al hogar resulta ser un aspecto esencial (Meng et al., 2024).

**Expresión afectiva.** Evalúa las expresiones de afecto (incluida la sexualidad), la calidez y la proximidad, siendo especialmente sensible a intervenciones que robustecen mindfulness relacional y validación emocional (Winter et al., 2021). Clínicamente los puntajes bajos van asociados a inhibición afectiva o a expresiones desincronizadas por lo que se prioriza entrenamiento en conciencia emocional, etiquetado de estados internos y acercamiento afectivo de manera progresiva con acuerdos de atención y de consentimiento explícito (Winter et al., 2021). En formatos breves, la expresión afectiva es la primera dimensión que mejora en el momento en que la reactividad se reduce y se eleva la responsividad (escucha atenta, validación

por niveles), sugiriendo, pronto, señales de la recuperación de la vida afectiva en el clima relacional (Rizvi, 2024).

En suma, la lectura que plantea el perfil por sus subescalas de la DAS, la selección de metas, los niveles de habilidad y el seguimiento de cambios supone entrelazar la significantividad clínica (por ejemplo, el valor de referencia 107 por el que sabemos que hay distrés) con una lectura funcional de dominios que refuerza su elección como una de las variables primarias de los resultados de esta investigación (Kinkead et al., 2021; Meng et al., 2024).

### ***2.1.3. Historia y fundamentos de la DAS***

La DAS se desarrolló para superar aproximaciones unidimensionales de satisfacción y organizar el ajuste de pareja en cuatro dominios con base conceptual y empírica sólida, manteniéndose como medida de referencia para evaluar calidad relacional y resultado terapéutico dada su estructura clara, su sensibilidad al cambio y su uso transversal en investigación aplicada (Arteta & Sandoval, 2022).

La utilización de la DAS entre el año 2020 y 2025 también se sustenta en cambios contextuales referidos a la manera de manifestar las relaciones y a la aplicabilidad de la misma en personas de habla hispana (Kinkead et al., 2021).

Los estudios longitudinales y revisiones sistemáticas entre 2020 y 2025 describieron trayectorias diversas del vínculo de pareja frente a cambios contextuales (por ejemplo, la pandemia de COVID-19) configurando trayectorias donde el conflicto aumenta y la satisfacción disminuye; y trayectorias donde el contexto de mayor convivencia se relaciona con mayor cohesión y apoyo y modulación por recursos diádicos (apego, afrontar juntos) (Estlein et al., 2022). En habla hispana y latinoamericana, se describe consistencia interna, validez convergente

y estructura factorial coherente a cuatro dominios, validando la relevancia clínico-investigativa de la DAS y el uso de la misma para monitorizar cambio terapéutico (Kinkead et al., 2021; Meng et al; 2024).

### ***2.2.1. Terapia dialéctica conductual***

La DBT tiene sus raíces en el modelo biosocial, que sostiene que la desregulación emocional es consecuencia de la interacción entre la vulnerabilidad emocional y los entornos invalidantes, fusionando estrategias de aceptación como la validación con estrategias de cambio como el análisis funcional, exposición, entrenamiento en habilidades, en una dialéctica aceptación-cambio (Linehan, 2015). Las más recientes síntesis indican que es efectiva de un modo transdiagnóstico y resaltan la función de los módulos de habilidades (atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal) como motivos plausibles de cambio en diversas poblaciones y dispositivos, incluyendo el formato grupal de entrenamiento (Rizvi, 2024). Estos principios han dado lugar a una adaptación diádica orientada a la interacción de pareja, con procedimientos y objetivos específicos (Fruzzetti, 2020).

### ***2.2.2. Adaptación diádica (Fruzzetti) y focos de intervención***

La adaptación diádica y sistémica que realiza Fruzzetti entiende la desregulación como parte de un proceso co-regulado en el marco del sistema relacional, donde ciclos de invalidación mutua y escalada reactiva (activación rápida, interpretaciones categóricas, conductas de ataque y/o retirada) perpetúan el malestar diádico (Fruzzetti, 2020). La intervención diádica considera:

- a. análisis de cadena centrado en las secuencias estímulo–emoción–conducta de ambos miembros;
- b. validación recíproca con el objetivo de reducir la activación y de restaurar un sentido de seguridad;
- y c. entrenamiento en habilidades DBT de forma coordinada para mejorar

la co-regulación, la comunicación efectiva y la resolución del conflicto en situaciones de la vida diaria (Fruzzetti, 2020).

Los mecanismos de cambio activados por la adaptación permiten prever efectos dentro los dominios de ajuste diádico que se encuentran medidos con la DAS (Winter et al., 2021).

Las intervenciones de mindfulness de pareja incrementan la responsividad afectiva, la auto-compasión y el bienestar relacional, favoreciendo interacciones más cálidas y contingentes y ayudando a reparación después del conflicto (Winter et al., 2021). El entrenamiento en la regulación emocional y la tolerancia al malestar reduce la reactividad en tiempo real y introduciendo pausas conductuales y un re-enfoque atencional, en tanto que las habilidades de la efectividad interpersonal (p. ej., DEAR MAN) y la validación dialéctica favorecen la claridad en las peticiones, la formulación de acuerdos observables y la generación de límites realistas relacionados con la satisfacción y el consenso (Rizvi, 2024; Fruzzetti, 2020). En resumen, estos procesos hacen plausibles a las mejoras detectables en la DAS total y las subescalas planteadas desde habilidades breves centradas en la DBT dentro de servicios ambulatorios (White VanBoxel et al., 2024).

### ***2.2.3 Evidencia 2020–2025 en contextos de pareja***

Las revisiones y ensayos clínicos recientes indican mejoras notables en el ajuste diádico y la regulación emocional tras programas que incorporan habilidades de DBT o de mindfulness de pareja, (transferida a casa) y con mantenimiento de los beneficios a corto/mediano plazo (Winter et al., 2021; White VanBoxel et al., 2024). De forma convergente y consensuada, la DAS/RDAS se consolida como una variable de resultado principal por su sensibilidad para captar cambios en la satisfacción con la vida, el consenso, la cohesión y la expresión afectiva (Meng et al., 2024).

En esta investigación el ajuste diádico es la variable de resultado principal, medida con la DAS (puntuación total y subescalas) en un diseño pre–post con 10 parejas adultas jóvenes en atención ambulatoria (Meng et al., 2024). De forma coincidente con el modelo biosocial y la adaptación diádica, se espera que las reducciones de reactividad y los aumentos de validación/efectividad interpersonal se trasladen a puntuaciones posttest superiores en la DAS respecto al pretest ya que permite estimar la relevancia clínica del cambio concibiendo el mismo como un cambio significativo no sólo en relación al valor de referencia 107 para el distrés (Rizvi, 2024; Fruzzetti, 2020; Meng et al., 2024).

## **2.2 Marco legal**

### ***2.4.1. Principios bioéticos y salvaguardas***

El estudio se adhiere a respeto, beneficencia y justicia, garantizando consentimiento informado de ambos miembros, confidencialidad y protección de datos; se establecen criterios de exclusión y rutas de derivación cuando se identifique riesgo agudo o violencia física actual, asegurando que la intervención no sustituye dispositivos de mayor intensidad clínica (UNESCO-International Bioethics Committee, 2024). Estas salvaguardas son coherentes con estándares internacionales que orientan la investigación en salud hacia la dignidad humana, la autonomía y la equidad (UNESCO-International Bioethics Committee, 2024).

### ***2.4.2. Normativa ecuatoriana vigente***

La Ley Orgánica de Salud Mental (Registro Oficial Suplemento N.º 471, 5 de enero de 2024) y su Reglamento General (4 de diciembre de 2024) establecen un modelo integral y comunitario con énfasis en dispositivos ambulatorios, articulación de redes y evaluación de resultados, configurando un entorno favorable para intervenciones breves, estructuradas y

medibles en salud mental (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024; Presidencia de la República del Ecuador, 2024).

#### ***2.4.3. Políticas públicas y planificación nacional***

La Política Nacional de Salud Mental 2024–2030 prioriza atención ambulatoria, intersectorialidad y seguimiento de resultados, mientras que el Plan de Creación de Oportunidades 2021–2025 incorpora la salud integral como eje estratégico, reforzando la pertinencia programática de intervenciones costo-efectivas y transferibles (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024; Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

#### ***2.4.4. Convergencia ética-legal con el diseño del estudio***

El diseño del estudio cuasiexperimental pre–post de un único grupo para servicios ambulatorios es compatible con el enfoque de derechos y la legislación vigente con tal de que se cumplan los siguientes: (a) información suficiente para decidir participar, (b) seguimiento del riesgo y derivación cuando proceda, (c) confidencialidad y protección de datos y (d) no maleficencia (Presidencia de la República del Ecuador, 2024). La intervención de entrenamiento de las habilidades DBT y la medida estandarizada mediante la DAS se adecuan con el requisito de programas estructurados, medibles y escalables con potencial de adopción en la red de salud pública (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024).

El ajuste diádico es un constructo complejo que necesita una medida multidominio; la DAS facilita una vía válida, fiable y sensible al cambio para monitorizar el ajuste diádico en investigación aplicada (Kinkead et al., 2021; Meng et al., 2024); La DBT, desde su modelo biosocial y su adaptación diádica, activa mecanismos (mindfulness relacional, regulación emocional, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y validación) que permiten explicar mejoras esperables en consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva (Rizvi, 2024;

Fruzzetti, 2020; Winter et al., 2021); a su vez, el marco bioético-legal y las políticas públicas ecuatorianas vigentes favorecen la factibilidad de implementar formatos breves ambulatorios, con evaluación estandarizada del cambio y pertinencia de la programación para servicios con alta demanda (Asamblea Nacional del Ecuador, 2024; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Descripción del área de estudio/Grupo de estudio**

El estudio se desarrolló en el Centro Fonoeduca, ubicado en la zona urbana de Carapungo, Quito (Ecuador), en modalidad ambulatoria y con horario vespertino para facilitar la asistencia de parejas trabajadoras, priorizando consultorios con privacidad, iluminación adecuada y libre de interrupciones, a fin de reducir reactividad situacional y asegurar condiciones estandarizadas de trabajo de campo (Kail & Cavanaugh, 2022).

La población objetivo quedó constituida por parejas adultas jóvenes (25–35 años) en convivencia o matrimonio; el rango evolutivo al que está asociada la queja de la mayoría de las parejas en la literatura revisada, asociado con transiciones normativas (cohabitación, corresponsabilidad económica y toma de decisiones), que exigen tener cuidada la coordinación diádica y las habilidades de regulación socioemocional, donde pequeñas mejoras en los procesos de negociación y resolución de conflictos incrementan la percepción de la satisfacción o el consenso por parte de los miembros de la pareja (Lebow, 2022).

A nivel de país, la dinámica de la pareja matrimonial y de convivencia en este grupo de edad sigue resultando relevante: la información sobre los indicadores constatados sobre matrimonios/divorcios (2023–2024) muestra unas variaciones que al menos justifican esquemas de intervención breves, escalables y coste-efectivas orientadas al ajuste diádico de las parejas, y que se combinan con una actitud que enfatiza las habilidades de interacción cotidiana (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2024).

#### **3.2. Enfoque y tipo de investigación**

Se adoptó un enfoque cuantitativo con diseño cuasiexperimental de un solo grupo, pretest–postest, dado que el objetivo principal fue estimar el cambio en el ajuste diádico asociado a un programa breve de habilidades DBT aplicado en contexto ambulatorio, sin grupo de control por razones programáticas y de factibilidad (Hernández & Mendoza, 2023).

El alcance es explicativo respecto del sentido y magnitud del cambio en la variable de resultado (DAS total y subescalas) tras la intervención; metodológicamente, la comparación de mediciones pre–post permite valorar la efectividad preliminar del programa en un servicio real, con énfasis en la transferencia de habilidades al hogar y a la vida diaria (Fruzzetti, 2020).

### **3.3. Procedimiento de investigación**

#### ***3.3.1. Participantes***

Participaron 10 parejas (20 personas) nacidas en Ecuador, residentes en Quito, heterosexuales u otras orientaciones (sin restricción), en convivencia o matrimonio  $\geq 1$  año, alfabetizadas y hablantes de español, con disponibilidad para asistir a 10 sesiones grupales y completar dos evaluaciones (pretest y postest), y que otorgaron consentimiento informado por escrito (Hernández & Mendoza, 2023).

Criterios de exclusión: presencia de psicosis activa, intoxicación durante las sesiones, riesgo agudo de violencia actual en la pareja o ideación suicida no contenida que requiera derivación inmediata; en estos casos se activó derivación y no se continuó la participación, priorizando seguridad y no maleficencia (Winter et al., 2021)

Importante: La DAS (punto de corte 107) no se utilizó como criterio de inclusión; su uso fue interpretativo clínico para describir distrés/no distrés, evitando un sesgo de selección y preservando validez ecológica (Meng et al., 2024).

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (voluntario), acorde con el carácter aplicado y la oferta programática del servicio (Hernández & Mendoza, 2023).

### **3.3.2. Protocolo de evaluación**

La evaluación se realizó en dos momentos (pretest y postest), en consultorio del Centro Fonoeduca, con aplicación individual para cada miembro y sin la presencia de su pareja, garantizando privacidad y reduciendo influencia interpersonal en las respuestas (Kinkead, Sanduvete-Chaves, Chacón-Moscoso, & Salas, 2021).

Orden de aplicación estándar: Primero se aplica la entrevista sociodemográfica estructurada (edad, nivel educativo, ocupación, tiempo de relación, hijos, convivencia), luego se lleva a cabo el DAS (de 32 ítems), con instrucciones estandarizadas del tipo: lea cada uno de los ítems y marque la opción que mejor describe su relación en las últimas semanas; si existe una respuesta correcta o incorrecta; si existe alguna duda acerca del ítem, consulte sin sugerir respuesta; tiempo/persona 20-30 minutos (Kinkead et al., 2021).

Se registraron incidencias (por ejemplo, interrupciones), se verificó la integridad de datos al cierre de cada evaluación, se documentó la localización de los valores perdidos y se aplicó el plan analítico: la eliminación por lista si se contaba con menos del 5% o la imputación por mediana del ítem si había más del 5%, todo ello con el fin de asegurar la consistencia y la trazabilidad (IBM Corp., 2022). La seguridad estaba garantizada por protocolo de detección y derivación atendiendo a señales de riesgo (violencia actual, ideación suicida, coerción), activando redes de derivación y resguardo teniendo en cuenta los principios éticos y la normativa nacional en salud mental (INEC, 2024). Para la DAS se obtuvo su puntuación total y puntuación por subescalas (consenso, satisfacción, cohesión, expresión afectiva), donde mayores puntuaciones se interpretaron como mejor ajuste; la puntuación de corte 107 sirvió únicamente

de referencia para determinar distrés/no distrés, pero no como punto de partida para la selección de los casos (Meng et al., 2024). La elección de la DAS fue la de esta medida por su uso generalizado, sensibilidad al cambio y la más vigente y buena evidencia psicométrica en población hispanohablante (Kinkead et al., 2021). Se aplicó el posttest una semana después de la aplicación de la sesión 10, siguiendo setting, orden e instrucciones, de forma análoga, con el fin de poder comparabilidad y controlar varianza procedimental (IBM Corp. 2022).

### ***3.3.3. Organización del trabajo de campo***

El trabajo de campo comprendió: convocatoria (afiches en el centro y contacto directo informativo), agendamiento de evaluaciones y sesiones en horario vespertino, registro de asistencia, revisión de tareas al inicio de cada sesión, y plan de recuperación para ausencias (resumen y práctica guiada al inicio de la siguiente), manteniendo fidelidad al contenido mínimo de cada sesión (Fruzzetti, 2020).

Se utilizó una lista de cotejo por sesión para verificar cobertura de psicoeducación, modelado, prácticas en díada y asignación de tareas; el equipo resolvió dudas y gestionó incidencias (p. ej., conflictos de alta intensidad) aplicando pausas y tolerancia al malestar, y activó derivaciones cuando correspondió (Winter et al., 2021).

### ***3.3.4. Protocolo del programa DBT***

La intervención implementó un programa breve de habilidades DBT para parejas, organizado por el modelo biosocial (aceptación–cambio) y la perspectiva diádica (co-regulación, ciclos de invalidación/escalada), con el objetivo de disminuir reactividad, aumentar validación y consolidar conductas de cooperación durante el conflicto (Fruzzetti, 2020).

### **Módulos y racional:**

- En primer lugar. Mindfulness relacional: para frenar las respuestas automáticas, para poder hacer pausas o cambiar las reacciones, y reiniciar desde la mente sabia, presencia y observación sin emitir juicios (Winter y cols., 2021).
- En segundo lugar. Regulación emocional (RE): identificar disparadores, etiquetado, la reducción de los niveles de vulnerabilidad (sueño, alimentación) y la modulación (por ejemplo, reacción opuesta) para disminuir el nivel de activación y evitar la respuesta de ataque/retiro (White VanBoxel y cols., 2024).
- En tercer lugar. Efectividad interpersonal (EI): DEAR MAN y validar en niveles (contenido, emoción, historia) para realizar las observaciones solicitadas, dejarlas registradas con las reparaciones y los acuerdos (Fruzzetti, 2020).
- En cuarto lugar. Tolerancia al malestar (TM): STOP, distracción y aceptación a lo radical para sostener las emociones intensas evitando las respuestas destructivas (Winter et al., 2021).
- Plan de sesiones: 10 sesiones grupalizadas (60-90 min) grabadas contándole brevemente lo enseñado, modelado a seguir, práctica guiada en díadas y repasar las tareas de casa al inicio de la sesión (Fruzzetti, 2020).

**Tabla 1***Protocolo de aplicación del módulo de DBT para parejas*

Nº	Tema	Objetivo terapéutico	Contenido temático	Técnicas y actividades
1	Introducción y compromiso	Establecer alianza y acuerdos	Principios DBT; validación emocional	Psicoeducación; contrato conductual; reglas y confidencialidad
2	Conciencia plena (mindfulness)	Favorecer atención plena en la interacción	Aquí-y-ahora; “mente sabia”	Respiración focal; observación sin juicio; práctica en pareja
3	Regulación emocional I	Identificar emociones disfuncionales	Naturaleza de las emociones; disparadores diádicos	Registro emocional; análisis de cadena diádico
4	Regulación emocional II	Modular emociones intensas	Estrategias de RE; autocuidado; autoinstrucciones	Acción opuesta; plan de reducción de vulnerabilidad
5	Comunicación efectiva I	Mejorar expresión y escucha	DEAR MAN; validación del otro	Role-playing; validación por niveles
6	Comunicación efectiva II	Profundizar negociación y acuerdos	Compromisos y seguimiento	Ensayo de acuerdos verificables; retroalimentación
7	Resolución de conflictos I	Reconocer patrones destructivos	Ataque/defensa/retirada; reparaciones	Análisis de incidentes críticos; micro-reparaciones
8	Resolución de conflictos II	Prevenir y manejar crisis	Solución de problemas en pasos	Generación de alternativas; elección y revisión de plan
9	Tolerancia al malestar	Sostener alta tensión sin daño	STOP; distracción adaptativa; aceptación radical	Ensayo de STOP; distracción con propósito; ejercicios de aceptación
10	Cierre y consolidación	Evaluar cambios y mantener logros	Prevención de recaídas; plan de continuidad	Revisión de aprendizajes; cartas de compromiso

*Nota.* DBT = Terapia Dialéctica Conductual; RE = regulación emocional; DEAR MAN = Describe, Express, Assert, Reinforce;

Mindful, Appear confident, Negotiate (habilidad de efectividad interpersonal); STOP = Stop, Take a step back, Observe, Proceed mindfully (técnica de tolerancia al malestar).

Tareas y generalización: una serie de micro-prácticas diarias puntuadas (ej., instalar la práctica DEAR MAN, la validación puntual, STOP ante primer aviso de escalada) revisadas sistemáticamente para reforzar la transferencia hogar, trabajo, cuidado de hijos (Fruzzetti, 2020).

Adaptaciones culturales: ejemplos y actividades adaptadas a las rutinas de la ciudad de Quito (jornadas laborales, movilidad, corresponsabilidad económica y de cuidados) y priorización de prácticas 5-10' con alta probabilidad de ejecución (INEC, 2024).

Adherencia y fidelidad: lista de control por sesión (mínimos contenidos), registro de la asistencia y control de las tareas (reentrenamiento si necesario), recuperando las ausencias mediante resumen y práctica guiada al inicio de la sesión que siga (Fruzzetti, 2020).

Manejo de incidencias: en caso de conflictos de alta intensidad o en desarrollo de un riesgo, aplicamos pausa, TM y derivación en base a los protocolos de ética e institucionales (Winter et al., 2021).

### **3.3.5. Análisis de datos**

Los datos se analizaron con IBM SPSS Statistics, versión 22. Dado el diseño pre-post de un solo grupo (10 parejas = 20 personas) y la naturaleza emparejada de las mediciones, se evaluó la normalidad del puntaje total de la DAS mediante la prueba de Shapiro-Wilk. La no normalidad observada en el pretest motivó la utilización de procedimientos no paramétricos para los contrastes. En consecuencia, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon (bilateral,  $\alpha = ,05$ ) para comparar las puntuaciones pre y post tanto del total de la escala como de sus subescalas (consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión). La magnitud del cambio se estimó a partir del tamaño del efecto  $r = |Z|/\sqrt{N}$ , con valores umbrales orientativos de ,10 (pequeño), 30 (mediano) y ,50 (grande) lo que permite evaluar la validez práctica de los resultados más allá de la significación estadística en la estimación del cambio. De forma

complementaria, se calcularon correlaciones de Spearman ( $\rho$ ) de la medida postintervención para observar la relación de las subescalas con el total de las puntuaciones de la DAS, dado que este tipo de correlaciones muestra robustez ante distribuciones no normales.

### **3.3.6. Consideraciones éticas**

La investigación se condujo conforme a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, con especial atención a la naturaleza relacional del contexto de pareja y a la posibilidad de malestar emocional durante el proceso. Antes de su inclusión, los potenciales participantes recibieron una explicación clara y suficiente sobre los objetivos del estudio, el procedimiento general (evaluación pre, intervención grupal breve basada en habilidades de DBT y evaluación post), la duración aproximada de las actividades, los posibles beneficios y incomodidades, así como las responsabilidades esperadas (asistencia y tareas para el hogar). La participación fue voluntaria, con el derecho a desistir en el momento en que la persona participante lo considera sin que suponga ningún perjuicio. Después de resolver dudas en una parte de preguntas-respuestas, la persona participante firmó de forma individual un consentimiento informado por escrito.

Dado que las actividades implicaban volver a revisar situaciones de conflicto, se implementaron medidas de minimización de riesgo. Ante la aparición de malestar emocional en las sesiones grupales, el encuadre incluía diferentes pausas, ejercicios de respiración y grounding, así como la intervención en el momento de finalización de la sesión. En el caso de que el malestar diera la posibilidad de evidenciar la conveniencia de una atención adicional, la persona participante fue informada de las posibilidades de derivación del mismo Centro o de servicios externos que fueran adecuados en relación a la demanda clínica. Ante la revelación de situaciones de violencia en la pareja se proporcionó información básica sobre las rutas de

protección y apoyo en el contexto local, poniendo por delante la seguridad y la confidencialidad de la persona. Este tipo de acciones fueron acotadas a la información y la orientación, no hay documentadas activaciones formales de rutas externas en el contexto de la presente investigación.

La confidencialidad se garantizó mediante la anonimización de los registros a partir de códigos alfanuméricos (ID), la gestión y el almacenamiento de la base de datos sin identificadores de las personas y el almacenamiento en un lugar separado y seguro de cualquier información de contacto cuya custodia estaba destinada a la mera coordinación de actividades. El acceso a la base de datos para fines analíticos estuvo restringido a la persona responsable de la investigación, la presentación de los resultados se realizó de forma agregada, evitando incluir detalles que pudieran facilitar la re-identificación.

Uno de los recursos empleados en la protección de los archivos digitales fueron las credenciales, así como las unidades de almacenamiento seguras, mientras que los documentos físicos en su caso se mantenían bajo custodia dentro de una carpeta con cierre. El tiempo de conservación de los datos se observará únicamente por el tiempo que vaya a ser necesario para la recogida y confección del informe, superado el cual posteriormente serán eliminados de acuerdo entre las partes.

En lo que se refiere a la justicia, los criterios de inclusión y exclusión quedaron determinados por criterios técnicos del trabajo (rango de edad de 25 a 35 años; pareja unida; asistencia a sesiones y a pre y post) para evitar prácticas discriminatorias. La asistencia de las parejas no generaba costes, y los horarios se organizaban buscando la compatibilidad con la jornada de trabajo. Precisamente al final del proceso se llevó a cabo una devolución general de

los resultados de manera comprensible, así como de recomendaciones psicoeducativas para no perder las habilidades adquiridas.

En resumidas cuentas, el trabajo se esforzó por ser respetuoso en la autonomía, minimizar los riesgos, proteger la privacidad y garantizar un trato justo hacia personas que participaran en el trabajo, adoptando procedimientos a la medida del riesgo como de la modalidad de ambulatorio de grupo que se utilizó. En la atención que pudo haber situaciones que excediesen el ámbito del protocolo fueron abordadas mediante la orientación y la derivación hacia los servicios clínicos pertinentes, sin perder nunca de vista la confidencialidad y los derechos a las personas actuantes.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1 Caracterización Sociodemográfica De La Muestra

La muestra estuvo conformada por 20 personas (10 parejas) adultas jóvenes en unión estable y de nacionalidad ecuatoriana. La distribución por sexo fue equivalente (50 % mujeres; 50 % varones). En la variable edad se obtuvieron 20 valores válidos y un total de 13 valores perdidos; los análisis descriptivos se llevaron a cabo sobre los casos válidos, conforme a los criterios de procesamiento expuestos en el apartado de Metodología. La edad media fue de 30,90 años (DE = 1,69), mediana = 31,50 y moda = 35, encontrándose dentro del rango de 25 a 35 años que abarcaba el estudio. Estos datos sitúan la muestra en un momento del ciclo vital que soporta las demandas de convivencia y diádica, por lo que resulta importante para la interpretación de la trayectoria de cambio observada.

**Tabla 2**

*Frecuencia de edades*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>% válido</b>	<b>% acumulado</b>
25	2	10,0	10,0
26	3	15,0	25,0
27	1	5,0	30,0
28	1	5,0	35,0
29	1	5,0	40,0
31	2	10,0	50,0
32	1	5,0	55,0
33	1	5,0	60,0
34	1	5,0	65,0
35	7	35,0	100,0
Total	20	100,0	—

**Nota.** Se informan únicamente casos válidos (N = 20). El tratamiento de datos perdidos se detalla en *Procesamiento de datos*.

## 4.2. Resultados de la evaluación con la DAS

### 4.2.1. Descriptivos pre y post

La Tabla 3 resume los estadísticos descriptivos de la puntuación total y de las subescalas (consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión). En el pretest, las medias se ubicaron por debajo de los umbrales clínicos habitualmente reportados para malestar diádico; en el postest se observaron incrementos consistentes en todas las dimensiones, con un total que supera en promedio el punto de corte, anticipando un cambio clínicamente relevante a corroborar con pruebas inferenciales.

**Tabla 3**

*Descriptivos de la DAS (pre y post)*

Dimensión	Pre: M (DE)	Post: M (DE)
Consenso	45,75 (3,51)	51,30 (6,39)
Satisfacción	37,65 (1,90)	41,80 (4,05)
Expresión afectiva	7,05 (1,32)	9,35 (1,81)
Cohesión	15,30 (3,57)	19,75 (2,77)
Total DAS	105,70 (1,69)	122,20 (12,45)

La prueba de Shapiro–Wilk mostró no normalidad en el pretest ( $W = 0,717$ ;  $p < .001$ ) y compatibilidad con normalidad en el postest ( $W = 0,932$ ;  $p = .168$ ). En consecuencia, se emplearon procedimientos no paramétricos para los contrastes pre–post.

Los contrastes de Wilcoxon evidenciaron diferencias significativas entre pre y post tanto en la puntuación total de la DAS como en todas sus subescalas, con tamaños del efecto de gran magnitud (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Prueba de rangos con signo de Wilcoxon por dimensión (DAS)*

<b>Dimensión</b>	<b>Z</b>	<b>p (bil.)</b>	<b>r =  Z /√N</b>	<b>Interpretación</b>
Consenso	3,668	< .001	0,82	Grande
Satisfacción	3,346	.001	0,75	Grande
Expresión afectiva	3,431	.001	0,77	Grande
Cohesión	-3,244	.001	0,73	Grande
Total DAS	3,584	< .001	0,80	Grande

Confirmada la magnitud del cambio a nivel global y por dimensiones, se exploran a continuación las asociaciones entre componentes para valorar la coherencia interna del constructo en la medición posintervención.

La correlación de Spearman entre DAS total pre y DAS total post fue  $\rho = .335$ ,  $p = .149$  ( $N = 20$ ), lo que indica una asociación positiva pequeña y no significativa.

Las correlaciones de Spearman ( $\rho$ ) indicaron relaciones altas y significativas entre el total y consenso ( $\rho = .891$ ;  $p < .001$ ); satisfacción ( $\rho = .833$ ;  $p < .001$ ) y expresión afectiva ( $\rho = .852$ ;  $p < .001$ ), además de moderadas para cohesión ( $\rho = .527$ ;  $p = .017$ ). También se encontraron relaciones moderadas-altas entre las subescalas consenso-satisfacción ( $\rho = .688$ ;  $p = .001$ ), consenso-afecto ( $\rho = .690$ ;  $p = .001$ ) y satisfacción-afecto ( $\rho = .736$ ;  $p < .001$ ); mientras que las correlaciones de cohesión con consenso ( $\rho = .289$ ;  $p = .217$ ), satisfacción ( $\rho = .177$ ;  $p = .454$ ) y afecto ( $\rho = .410$ ;  $p = .072$ ) no fueron significativas.

**Tabla 5***Correlaciones de Spearman entre subescalas de la DAS (posintervención)*

	<b>DAS total</b>	<b>Consenso</b>	<b>Satisfacción</b>	<b>Afecto</b>	<b>Cohesión</b>
<b>DAS total</b>	—	.891**	.833**	.852**	.527*
<b>Consenso</b>	.891**	—	.688**	.690**	.289
<b>Satisfacción</b>	.833**	.688**	—	.736**	.177
<b>Afecto</b>	.852**	.690**	.736**	—	.410
<b>Cohesión</b>	.527*	.289	.177	.410	—

**Nota.**  $\rho$  de Spearman; N = 20. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  (bilateral).

En conjunto, el patrón de significancias y tamaños del efecto confirma un cambio clínicamente relevante en el ajuste diádico tras el entrenamiento en habilidades DBT, con incrementos consistentes en consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión. A continuación, estos hallazgos se discuten a la luz de la literatura reciente y de los mecanismos de cambio esperables del programa.

#### **4.2 Discusión**

El estudio se llevó a cabo en una población de adultos jóvenes (25–35 años) en pareja estable, etapa del ciclo vital que marca el paso hacia la consolidación de roles y metas compartidas (organización del hogar, corresponsabilidad económica y toma de decisiones), que aumentan la sensibilidad del vínculo hacia mejoras específicas de la regulación emocional, la negociación y la validación.

Transcurrida esa franja de edad, las transformaciones relativamente modestas en competencias relacionales se pueden traducir en notables incrementos en cuanto a la satisfacción y al consenso, a condición de que las aplicaciones alimenten la práctica entre el tiempo de

aplicación y la transferencia de las tareas a la vida cotidiana, relativos a los elementos que se han puesto de manifiesto en el acercamiento de la terapia de pareja a partir de 2020 por su utilidad para ampliar la definición a entornos ambulatorios y por la buena relación efecto-coste que tiene en sistemas donde la ansiedad asistencial es grande.

Estos elementos emmarcan a la muestra en un contexto clínico-programático muy adecuado para formatos breves y estructurados en la que se puede jugar para trabajar con medidas estandarizadas de resultado como la DAS que permiten dar el salto a decisiones basadas en criterios de la evidencia. (Lebow, 2022; Morland et al., 2022; Meng et al., 2024).

La DBT se fundamenta en el modelo biosocial, donde entiende la desregulación emocional como un proceso en términos de convergencia entre un tipo de vulnerabilidad y el contexto invalidante, y logra combinar estrategias de aceptación (mindfulness, validación) con estrategias de cambio (análisis de conducta, entrenamiento en habilidades) y restablecer una regulación flexible de la conducta ante el estrés.

En la versión diádica de la DBT, Fruzzetti entiende la desregulación como un proceso co-regulado y se plantea trabajar ciclos de invalidación-escalada a partir de un análisis de cadena desde ambas partes implicadas, validación dialéctica y entrenamiento coordinado de habilidades de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal, poniendo énfasis en solicitudes observables, límites y acuerdos. Evidentemente, la bibliografía apunta a que este paquete de habilidades lograba disminuir la reactividad, facilitar y asegurar la reparación del conflicto y avanzar en la negociación con un coste emocional menor, así como el perfil de cambio visto en consenso, satisfacción y expresión afectiva (Linehan, 2015; Fruzzetti, 2020; Rady et al., 2021; Lebow, 2022).

Un segundo conjunto de datos sobre mindfulness relacional y mindfulness interviniente en díadas repite incrementos de la responsividad atencional y a la afectividad, decrecimientos en la reactividad automática y mejoras en el clima comunicacional, propiedades que facilitan la transferencia de habilidades fuera de la sesión y estabilizan el bienestar potencial de la pareja. En curso de su intervención, estas ganancias son siempre anteriores a los cambios conductuales más estables (por ejemplo, el hábito en relación al tiempo compartido), patrón que sigue el perfil de la trayectoria en dominados emocional/comunicacional incremental y en cohesionador decreciente. (Winter et al., 2021; Pakenham & Landi, 2021; Bouchard, 2023).

### ***Correlación entre variables de estudio***

El impacto de la aplicación de la intervención en la matriz posintervención mostró alta coincidencia en torno al consenso cuando consideramos también la satisfacción y la expresión afectiva, lo cual se sostiene con la intervención de la hipótesis relativa a la disminución de la desregulación y el aumento de la validación como palancas transdiagnósticas que, además de facilitar el consenso, alimentan el bien ser relacional informado por el consenso. En comparación, la cohesión mostró correlaciones más modestas con estos dominios; algo esperable porque la cohesión, en mayor medida, depende de repertorios conductuales acumulables (rituales, tiempos de calidad, proyectos conjuntos) que requieren la exposición a contextos de reforzamiento con más intensidad para quedar fijadas, más concretamente en dispositivos breves de dosificación.

Estas pautas, ampliamente comentadas en revisiones y ensayos, hacen más conveniente prescribir tareas de cohesión explícitas y un seguimiento más estructurado en la fase de entrenamiento de habilidades para acelerar la consolidación de dicho aprendizaje. (Lebow, 2022; Bouchard, 2023; Winter et al., 2021; White VanBoxel et al., 2024; Meng et al., 2024).Para

servicios de corta duración, se sugiere iniciar con una psicoeducación explícita sobre desregulación emocional y un entrenamiento de validación, la incorporación temprana de la eficacia interpersonal con el ensayo conductual de ejercicios clásicos (economía doméstica, reparto de tareas, toma de decisiones) y aducir acuerdos observables, indicadores de adherencia y planes de práctica/ejercicios para entre sesiones que acaben la sesión.

A la vez, al indicar las "tareas de cohesión" (tiempos de alta calidad programada, micro-rituales, ejercicios de baja complejidad) se yergue el poder colmar el gap temporal entre lo que se puede entender como el cambio emocional/comunicacional y la consolidación de hábitos conductuales. Este encuadre maximiza la relación efecto-inversión, por el hecho de que la conducta de ser programados es fácilmente modulable (grupo/pareja/mixto; presencial/remoto) y casi sin infraestructuras, lo que en los servicios públicos y dispositivos comunitarios puede tener una enorme relevancia (Fruzzetti, 2020; Linehan, 2015; Lebow, 2022; Morland et al. 2022; Winter et al., 2021).

Ajuste a los objetivos y por tanto respuesta a los hallazgos. De acuerdo con los específicos objetivos, que son: caracterizar el nivel inicial de ajuste diádico; aplicar un programa específico de habilidades DBT adaptado al contexto ambulatorio ecuatoriano; y comparar las puntuaciones pre-post; se constataron consistencias y mejoras clínicamente relevantes en las puntuaciones previas y posteriores, en todas las dimensiones, mostrando niveles de convergencia alta entre el consenso, la satisfacción y el afecto, y manteniendo un progreso en la cohesión, acorde con lo que se espera que sean las dimensiones de esta variable.

El patrón observado (modificaciones en los referentes emocionales/comunicativos y la gradual consolidación de la cohesión) concuerda perfectamente con la secuencia relatada por las revisiones y los ensayos (Bouchard, 2023; Winter, et al., 2021; White VanBoxel, et al., 2024), la

cual indica que la pre-planificación de los reforzadores de la conducta puede beneficiar la estabilización de los logros. El diseño pre-post de un solo grupo comporta realizar inferencias totalmente causales; los próximos estudios deberían enfrentar un grupo de comparación y la inclusión de la aleatorización como meta de mejora de la validez interna. La falta de un seguimiento permite evitar estimaciones sobre la duración de los cambios logrados; evaluaciones a los 3–6 meses deberían realizarse para valorar el mantenimiento y la atención del seguimiento, en particular para la cohesión.

El tamaño muestral compromete la generalizabilidad de los resultados; no obstante, la fuerza del patrón de cambio y su convergencia con los mecanismos contemporáneos de la terapia dialéctica conductual favorecen la validez de constructo con las técnicas tradicionales que están presentes en el programa (Morland et al., 2022; Winter et al., 2021; Lebow, 2022). En sucesivas iteraciones, la propuesta de incorporar mediciones del uso real de las habilidades (diarios breves, listas de verificación de validación, micro-métricas sobre negociación) y el monitoreo conductual de la cohesión (agenda compartida, calidad/tiempo) podrían ofrecer trazabilidad fina de los procesos y hasta una medicina de dosis. (Pakenham & Landi, 2021; Bouchard, 2023).

La breve intervención de habilidades DBT aplicada en ambiente ambulatorio demostró efectividad en la mejora de la adaptación diádica en adultos jóvenes ecuatorianos. Así, se ha evidenciado una rápida y considerable mejora en el consenso, satisfacción y la expresión afectiva, así como un incremento gradual de la cohesión por su dependencia con los hábitos de conducta. Este perfil guarda relación con los mecanismos de regulación-validación contemporáneos en pareja, con la transferencia de conocimientos a la vida diaria y con las tendencias internacionales de formatos breves y muy escalables. En conjunto, los resultados favorecen la adopción programática del enfoque y motivan a realizar estudios controlados con

seguimiento para consolidar la base empírica local guardando una relación efecto–costo favorable a los servicios ambulatorios. (Fruzzetti, 2020; Linehan, 2015; Lebow, 2022; Morland et al., 2022; Meng et al., 2024).

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

El presente estudio estimó la eficacia de un programa breve de habilidades de Terapia Dialéctica Conductual (DBT) para mejorar el ajuste diádico en parejas adultas jóvenes ecuatorianas, evaluado con la Escala de Ajuste Diádico (DAS) mediante un diseño pre–post. Los resultados muestran que se produce un aumento estadística y clínicamente significativo en cuanto al resultado total y en el de las subescalas de consenso, satisfacción, expresión afectiva y cohesión tras diez sesiones con práctica estructurada entre sesiones. El perfil del cambio descrito se muestra consonante con la hipótesis de que el entrenamiento en habilidades de atención plena nuclear, regulación emocional, tolerancia a la angustia y habilidades interpersonales reduce la reactividad, favorece la validación recíproca y promueve la negociación de acuerdos observables en contextos de la vida cotidiana.

La mejora de la observación sugiere cambios rápidos en la dinámica emocional y comunicativa (consenso, satisfacción y afecto) y un avance más gradual en cohesión, lo cual hace juego con su condición conductual con la necesidad de contactos más intensos y expuestos a ritmos, tiempos de calidad y proyectos compartidos para su consolidación. Las metas futuras, en términos generales de objetivos, se pusieron en práctica: se caracterizó el nivel basal del ajuste, cumplió con buena fidelidad y se comprobó la mejora de la intervención pre–post sobre la DAS, tanto en total como por dominios. En resumen, la intervención asegura por un lado eficacia y por la otra viabilidad programática de servicios de alta demanda y escasos recursos.

Estas conclusiones deben ser leídas con mesura, el diseño de un solo grupo limita las inferencias causales estrictas y la falta de seguimiento previene estimar los resultados en el

contexto de la relación de sustento positivo. Sin embargo, la extensión y la certeza del patrón de resultados y la interrelación con los mecanismos esperados de DBT, autorizan una validez de constructo de los hallazgos y avalan la progresiva adopción del programa con evaluación.

## **5.2. Recomendaciones**

La superficie de variación expuesta es coherente con la hipótesis de que el entrenamiento de habilidades nucleares (mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales) interviene en la reactividad, favorece la validación entre miembros e incrementa el acuerdo de los ejecutables en el marco de las situaciones transaccionales.

La secuencia de mejoría mostrada hace evidente un cambio rápido en la dinámica emocional y la dinámica comunicacional (consensos, satisfacción y afecto) y un avance mucho más lento en lo que se refiere a la cohesión, lo cual se corresponde con su característica de comportamiento y con la necesidad de contactos más extensos y expuestos a ritmos de calidad o a proyectos compartidos para su consolidación.

En términos generales de metas, está claro que se han cumplido las metas futuras: se caracterizó la situación basal del ajuste, se implementó con buena fidelidad un dispositivo ambulatorio de dosificación breve; por último, se comprobaron mejoras pre–post sobre la DAS total y por dominios. En definitiva, la intervención muestra por un lado eficacia y, por el otro lado, viabilidad programática de servicios de alta demanda y escasos recursos.

Estas conclusiones deben ser leídas con cautela razonable. El diseño de un solo grupo limita las inferencias causales estrictas y el hecho de no haber contado con seguimiento previene estimar los resultados en la relación que sostiene el positivo y el importante efecto que del espacio terapéutico se pone de manifiesto. Sin embargo, la extensión y certeza del patrón de

resultados y la interconexión entre los mecanismos esperados de DBT, autorizan la validez de los hallazgos y avalan la progresiva implementación del programa con evaluación.

## Referencias Bibliográficas

Arteta, E., & Sandoval, C. (2022). La Escala de Ajuste Diádico (DAS) como medida de referencia del ajuste de pareja: Revisión narrativa. *Interdisciplinaria*, 39(1), 45–62.

<https://doi.org/10.21703/0327-8454.2022.39.1.1395>

Bemmouna, R., & Weiner, C. L. (2024). Acceptance–change dialectic in DBT: Contemporary mechanisms and applications. *Clinical Psychology Review*, 103, 102290.

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. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 21, 547–563.

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Registro Oficial* 449 (20-oct-2008).

De la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico-conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45–60.

<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>

Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., & Avery, D. (2019). Dialectical behaviour therapy for treating adults with emotion dysregulation and associated problems: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19, 356. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2367-0>

Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Suarez, C., & Gillespie, C. (2018). Dialectical behaviour therapy for treating adults and adolescents with emotional and behavioural dysregulation: Study protocol of a coordinated implementation in a publicly funded health service. *BMC Psychiatry*, 18, 51. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1627-9>

Fruzzetti, A. E. (2016). *La pareja altamente conflictiva: Guía de terapia dialéctico-conductual para encontrar paz, intimidad y reconocimiento*. Desclée de Brouwer. (ISBN 978-84-330-3783-1)

Fruzzetti, A. E. (2018). *DBT for high-conflict couples: Skills training materials & handouts*. University of Nevada, Reno, Center for the Treatment of Highly Reactive Couples & Families.

Fruzzetti, A. E., & Payne, L. G. (2020). Assessment of couples, parents, and families in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 39–49.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.10.006>

García, A. C., & Camus, A. (2021). DBT-based intervention reduces expressive suppression and impulsivity in borderline features. *MLS Psychology Research*, 4(2), 67–88.

[https://doi.org/10.33000/mlspr.4\(2\).2021.704](https://doi.org/10.33000/mlspr.4(2).2021.704)

Hernández, J. A. E., Peçanha, R. F., Soares, L. C. M., & Lima, I. C. N. (2023). Construct validity of the Brazilian version of the Dyadic Adjustment Scale. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 39, e39510. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e39510.en>

Hernández, R., & Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación* (7.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 22.0) [Software].

INEC—Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres*.

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec>

INEC—Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). *Estadísticas de matrimonios y divorcios 2023–2024*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>

Kujovic, D., Bahr, M., & Riesbeck, M. (2025). Therapeutic alliance and therapy effectiveness in emotion dysregulation: A longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology, 81*(2), 341–365. <https://doi.org/10.1002/jclp.23576>

Lebow, J. (2022). Couple therapy in the 2020s: Current status and emerging developments. *Family Process, 61*(4), 1359–1385. <https://doi.org/10.1111/famp.12824>

Lee, H., Kim, S., & Park, J. (2022). DBT skills training outcomes in adults with borderline personality disorder: A controlled study. *Psychiatry Research, 308*, 114328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114328>

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

Martinez, R. J., Marraccini, M. E., Knotek, S., Neshkes, R., & Vanderburg, J. (2022). Effects of DBT STEPS-A for rural ninth-grade students. *School Mental Health, 14*(1), 165–178. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09463-5>

Meng, T.-J., Chen, W., & Huang, Y. (2024). The effect of systematic couple group therapy on marital adjustment: A longitudinal cohort. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1283519. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1283519>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024–2030*. <https://www.salud.gob.ec>

Morland, L. A., Macdonald, A., Dunn, N. J., Greene, C. J., Rosen, C. S., & Cully, J. A. (2022). A randomized trial of brief couple therapy for PTSD and relationship satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90*(5), 392–404. <https://doi.org/10.1037/ccp0000731>

OPS—Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Agenda de salud mental para las Américas 2023–2030*. <https://www.paho.org>

Pakenham, K. I., & Landi, G. (2021). Mindfulness in dyadic contexts: Processes and outcomes. *Mindfulness, 12*(6), 1453–1470.

Pardo, H., Pardo, J., Rodríguez, B., & Rodríguez, V. (2025). Violencia familiar en Latinoamérica en los años 2020–2021: Una revisión sistemática. *Revista InveCom, 5*(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10279711>

Peprah, K., & Argáez, C. (2017). *Dialectical behavioral therapy for adults with mental illness: A review of clinical effectiveness and guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525629/>

Rady, A., Zaki, N., Fekry, M., & El-Sharkawy, Y. (2021). Effect of dialectical behavioral therapy on emotion dysregulation in couples. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 17*(1), 121–127. <https://doi.org/10.2174/1745017902117010121>

Rizvi, S. L., & Steffel, L. M. (2014). A pilot study of two brief forms of DBT skills training for emotion dysregulation in college students. *Journal of American College Health, 62*(7), 552–559. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.907298>

Stange Espínola, I., Ortega Cambranis, A., Moreno Salazar, A., & Gamboa Esteves, C. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina, (29)*, 7–22. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2017000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002)

Vafaei, T., Samavi, S. A., Whisenhunt, J. L., & Najarpourian, S. (2021). The effectiveness of group training of emotional regulation on adolescent's self-injury, depression, and anger. *Journal of Research and Health, 11*(6), 383–392. <http://dx.doi.org/10.32598/JRH.11.6.1602.4>

Villalongo Andino, M., Garcia, K. M., & Richey, J. A. (2024). Can dialectical behavior therapy skills group treat social anxiety disorder? A brief integrative review. *Frontiers in Psychology, 14*, 1331200. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1331200>

White VanBoxel, J. M., Miller, D. L., Morgan, P., Iqbal, N., Edwards, C., & Wittenborn, A. K. (2024). Exploring associations among baseline emotion regulation and change in relationship satisfaction among couples in a randomized controlled trial of emotionally focused therapy compared to usual care. *Family Process, 63*(2), 345–364.

<https://doi.org/10.1111/famp.12972>

Winter, F., Steffan, A., Warth, M., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2021). Mindfulness-based couple interventions: A systematic literature review. *Family Process, 60*(3), 694–711.

<https://doi.org/10.1111/famp.12683>

Wu, S.-I., Liu, S.-I., Wu, Y.-J., Huang, L.-L., Liu, T.-J., Kao, K.-L., & Lee, Y.-H. (2023). The efficacy of applying the interpersonal effectiveness skills of dialectical behavior therapy into communication skills workshop for clinical nurses. *Heliyon, 9*(6), e14066.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14066>

Zepeda Goncen, A. D., Sánchez Aragón, R., & Granillo Velasco, A. D. (2020). El peso del apego y de la cultura en las estrategias de rompimiento amoroso percibidas por los abandonados. *Acta Colombiana de Psicología, 23*(1), 53–77.

<https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.4>

Zheng, Y., Marroquin, C. G., & Kimmes, J. G. (2025). Mindfulness protects relationship quality from stress: Roles of trait mindfulness and relationship mindfulness. *Family Relations, 74*(2), 774–790. <https://doi.org/10.1111/fare.13139>