

# La Relación de Pareja Conflictiva en el DSM-5

HEATHER M. FORAN\*  
MARK A. WHISMAN†  
STEVEN R. H. BEACH‡

---

*Durante los últimos 40 años, una gran cantidad de literatura ha documentado que tener una relación conflictiva con el/la cónyuge o pareja es una de las principales razones para acudir a los servicios de salud mental, y es también un factor fundamental en el pronóstico y tratamiento de diversos problemas de salud mental y física. Reconociendo su relevancia para la atención clínica, el DSM-5 amplía la descripción del conflicto de pareja crónico. Sin embargo, este cambio tiene escaso efecto si el código para relación conflictiva con el cónyuge o la pareja no se utiliza de manera confiable en la práctica clínica y la investigación. Por lo tanto, con el fin de contribuir a su difusión, el propósito de este artículo fue ofrecer a las y los clínicos e investigadores guías específicas sobre cómo evaluar de manera confiable la relación de pareja conflictiva y cómo se puede usar esta información para diseñar planes de tratamiento. Además de las implicancias para la atención terapéutica directa, discutimos la importancia de la evaluación y el registro confiable de la relación conflictiva con el cónyuge o la pareja para contribuir al progreso de la investigación sobre epidemiología, etiología y salud pública en el futuro.*

*Palabras clave: Relación Conflictiva; Satisfacción Marital; DSM-5; Clasificación; Salud Mental*

*Fam Proc 54:1-17, 2015*

**E**stá comenzando a surgir un consenso de que es necesario contar con definiciones e instrumentos de evaluación para describir los problemas en las relaciones de pareja (por ej., relación conflictiva con el cónyuge o la pareja<sup>1</sup>), con el fin de empoderar a los terapeutas para que trabajen mejor con pacientes que presentan problemas de salud mental. Afortunadamente, este consenso se traduce en que el DSM-5 presta mayor atención a la descripción de la relación conflictiva con el cónyuge o la pareja (American Psychiatric Association, 2013). En parte, dicho consenso refleja el reconocimiento de que tener un matrimonio u otro vínculo similar satisfactorio es una de las metas más importantes en la vida (Roberts y Robins, 2000). Por lo mismo, el conflicto de pareja crónico puede tener efectos negativos sobre el bienestar emocional y físico de ambos miembros de la pareja. En efecto, en muestras de personas que buscan atención terapéutica, las causas de malestar emocional agudo mencionadas con más frecuencia son los problemas en las relaciones de

---

\*Institute of Psychology, University of Braunschweig, Braunschweig, Alemania.

†Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado, Boulder, CO.

‡Department of Psychology, Institute for Behavioral Research, University of Georgia, Athens, GA.

La correspondencia en relación a este artículo debe dirigirse a Heather M. Foran, University of Braunschweig, Humboldtstr. 33, Braunschweig 38106, Alemania. E-mail: heatherforan@gmail.com.

La preparación de este artículo fue financiada por una subvención de German Research Foundation (FO788/1-2).

<sup>1</sup>Esta es la traducción del DSM-5 en español para la expresión inglesa *intimate partner relationship distress* (código V61.10). Dicho código se refiere al conflicto de pareja crónico y sus manifestaciones básicas (ver Tabla 1). Aquí se ha usado relación de pareja conflictiva y conflicto de pareja crónico en el mismo sentido. (N. de la T.)

pareja, incluyendo el divorcio, la separación y otros estresores maritales (Swindle, Heller, Pescosolido, y Kikuzawa, 2000). Otros estudios indican que los individuos que buscan atención en salud mental con frecuencia presentan problemas en su relación de pareja, independientemente de si refieren o no el conflicto de pareja como el motivo principal para solicitar atención (Lin, Goering, Offord, Campbell, y Boyle, 1996). Además, la asociación entre problemas en la relación de pareja y salud mental se ha observado en muchos países y culturas diferentes (por ej., Foran, Hahlweg, Kliem, y O'Leary, 2013; Greenstein y Davis, 2006; Hollist, Miller, Falceto, y Fernandes, 2007; Miller et al., 2013; Overbeek et al., 2006).

## **PREVALENCIA DE LA RELACIÓN CONFLICTIVA CON EL CÓNYUGE O PAREJA**

Los investigadores y demógrafos que estudian las relaciones con frecuencia citan las tasas de disolución de las relaciones como un indicador *proxy* de la prevalencia de conflicto de pareja crónico. Sin embargo, la calidad de la relación es sólo uno de los factores que influye en la probabilidad de su disolución. De ahí que los investigadores hayan buscado otros medios para definir y estimar la prevalencia de una relación conflictiva con el cónyuge o pareja.

Los métodos taxométricos permiten evaluar empíricamente si las escalas dimensionales se derivan de una entidad o taxón subyacente (Waller y Meehl, 1998). Los procedimientos taxométricos examinan la covariación entre indicadores, buscando patrones que revelan ya sea categorías latentes (es decir, taxones) o dimensiones. Dos estudios han encontrado evidencia de la presencia de un taxón de relación conflictiva con el cónyuge o pareja (Beach, Fincham, Amir, y Leonard, 2005; Whisman, Beach, y Snyder, 2008). Ambos estudios estimaron la prevalencia del taxón, arrojando estimaciones de .20 para recién casados (Beach et al., 2005) y .32 en el total de las parejas (Whisman et al., 2008).

## **RELACIÓN CONFLICTIVA CON LA PAREJA Y FUNCIONAMIENTO INDIVIDUAL**

### **Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja y Problemas de Salud Mental**

Hay una gran cantidad de literatura que vincula el conflicto crónico de pareja con una amplia variedad de trastornos psiquiátricos en muestras de la población general. Por ejemplo, en una muestra de la población general en Ontario, el 24,5% de las personas con un trastorno psiquiátrico de 12 meses de evolución refirieron tener problemas en la relación con su esposo/a, en comparación con el 8,9% de las personas sin un trastorno psiquiátrico (Goering, Lin, Campbell, Boyle, y Offord, 1996). En un nuevo análisis de estos datos se encontró que, en comparación con los problemas en las relaciones con los parientes o los amigos/as, no llevarse bien con la pareja se asociaba más estrechamente con trastornos psiquiátricos (Whisman, Sheldon, y Goering, 2000).

El modelo de generación de estrés (Hammen, 1991) ofrece un modelo heurístico global que ilustra la forma en que el conflicto de pareja crónico puede llegar a vincularse con diversos problemas de salud mental, y tiene el potencial de producir círculos viciosos. Como consecuencia, los síntomas de salud mental pueden contribuir al conflicto en la relación, lo que a su vez puede conducir a una acumulación de estrés adicional y, en último término, a la mantención y/o exacerbación de los síntomas.

El estrés interpersonal –por ejemplo, la relación conflictiva con el cónyuge o pareja– juega un papel muy importante en extender e intensificar el proceso de generación de estrés, porque tiene el potencial de producir un conflicto emocional más intenso que los estresores no interpersonales (Frans, Rimmo, Aberg, y Fredrikson, 2005). Dado el efecto del estrés sobre la salud mental (por ej., Monroe, 2008), no es sorprendente que los efectos generadores

de estrés que involucran un conflicto de pareja puedan tener un rol importante en la etiología de los problemas de salud mental, y que funcionen como predictores de futuras recurrencias y recaídas. En las secciones que siguen elaboramos diferentes aspectos de este proceso circular, ofreciendo una revisión de estudios de investigación seleccionados acerca de la asociación entre la relación conflictiva con el cónyuge o pareja y varios tipos comunes de psicopatología. Además, quisiéramos hacer notar que la calidad de la relación también se vincula con el bienestar en un sentido positivo. Por ejemplo, un metaanálisis encontró que la satisfacción marital se relacionaba estrechamente con la satisfacción vital, con una correlación promedio de .42 en 13 estudios; su asociación con la satisfacción vital era mayor que la asociación con la satisfacción en otros dominios, tales como la satisfacción con el trabajo o la salud (Heller, Watson, y Ilies, 2004). Más aún, la investigación longitudinal ha mostrado que la satisfacción en la relación y la satisfacción vital se influyen mutuamente de manera bidireccional (por ej., Be, Whisman, y Uebelacker, 2013).

### *Depresión*

En un metaanálisis de investigaciones anteriores, Whisman (2001a) reportó una asociación moderada entre relación conflictiva con la pareja y síntomas depresivos, tanto para mujeres como para hombres. El conflicto de pareja crónico covaría no sólo con los síntomas depresivos sino también con los trastornos depresivos (Whisman, 2001a, 2007). Más aún, estudios longitudinales en grupos de diversas edades y fases del desarrollo de la relación sugieren que el conflicto de pareja crónico puede contribuir a los síntomas depresivos a lo largo del tiempo y viceversa (por ej., Beach, Katz, Kim, y Brody, 2003; Davila, Karney, Hall, y Bradbury, 2003; Kouros, Papp, y Cummings, 2008). Los estudios longitudinales también sugieren que el conflicto de pareja crónico predice la incidencia de trastornos depresivos, tal como lo evidencia una muestra estratificada por etapas múltiples de parejas de Detroit, Michigan, en las cuales el conflicto de pareja se asociaba con un aumento en el riesgo de depresión (McLeod y Eckberg, 1993); como se observa también en una muestra de la población general en los Estados Unidos, en la cual el conflicto de pareja se asociaba con un aumento en la incidencia de un episodio depresivo mayor (Whisman y Bruce, 1999), y como se describe en una muestra de la población general en Holanda, en la cual el conflicto de pareja se asociaba con un aumento de la incidencia de distimia y trastorno depresivo mayor (Overbeek et al., 2006).

La relación conflictiva con la pareja también se asocia con resultados más pobres en psicoterapia individual y tratamientos farmacológicos para la depresión (por ej., Denton et al., 2010), y predice recaída de la depresión (por ej., Hooley y Teasdale, 1989), incluyendo recaídas en personas que habían tenido tratamientos exitosos con psicoterapia individual o farmacoterapia (por ej., Whisman, 2001b). En la misma línea, el conflicto de pareja crónico ha sido reconocido crecientemente como un predictor importante de mantención posterior al tratamiento, y la terapia de pareja se reconoce cada vez más como un tratamiento efectivo para la depresión (Barbato y D'Avanzo, 2008), tema al que regresaremos más adelante.

### *Trastornos de ansiedad*

El conflicto en la relación de pareja también se asocia con los trastornos de ansiedad. En grandes muestras de individuos casados de la población general en los Estados Unidos, las personas con trastornos de ansiedad reportaron un nivel más alto de conflicto de pareja que las personas sin trastornos de ansiedad (Whisman, 1999, 2007). Un metaanálisis reciente de 21 estudios también encontró una asociación moderada entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el conflicto de pareja crónico (Taft, Watkins, Stafford, Street, y Monson, 2011). Los problemas en la pareja y la familia son los temas de preocupación más frecuentes entre pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

(por ej., Breitholtz, Johansson, y Ost, 1999; Craske, Rapee, Jackel, y Barlow, 1989; Roemer, Molina, y Borkovec, 1997).

También se ha observado que la relación conflictiva con la pareja predice la posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro. Los resultados en una muestra estratificada de etapas múltiples en Detroit, Michigan, mostraron que la relación de pareja conflictiva se asociaba con un aumento en el riesgo de inicio de trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, fobias y trastorno de ansiedad generalizada (McLeod, 1994). Asimismo, en una muestra de la población general en Holanda, la presencia de conflicto de pareja crónico al inicio del estudio se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad social (fobia social) (Overbeek et al., 2006).

Los problemas en la relación de pareja son un predictor significativo de respuesta al tratamiento y resultados a largo plazo entre pacientes con TAG (Durham, Allan, y Hackett, 1997; Yonkers, Dyck, Warshaw, y Keller, 2000; Zinbarg, Lee, y Yoon, 2007). Asimismo, la emoción expresada de los familiares predice peores resultados en el tratamiento de TEPT (Evans, Cowlshaw, Forbes, Parslow, y Lewis, 2010; Tarrier, Sommerfield, y Pilgrim, 1999), TOC y agorafobia (Chambless y Steketee, 1999).

### *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*

La relación de pareja conflictiva también se asocia con los trastornos relacionados con el uso de sustancias. En comparación con las personas que no presentan un trastorno relacionado con el uso de sustancias, las personas que presentan dicho trastorno refieren niveles más altos de conflicto de pareja crónico (Whisman, 1999, 2007). En estudios longitudinales con muestras de la población general, se ha observado que la presencia de conflicto de pareja crónico al inicio del estudio se asocia con la incidencia del trastorno por consumo de alcohol en los Estados Unidos (Whisman, Uebelacker, y Bruce, 2006) y el abuso de alcohol en Holanda (Overbeek et al., 2006). Más aún, se ha observado que los niveles más altos de conflicto de pareja crónico y de emoción expresada del otro miembro de la pareja predicen una probabilidad más alta de recaída, menos días de abstinencia y recaída en menos tiempo en personas con problemas relacionados con el uso de sustancias que están recibiendo tratamiento ambulatorio (por ej., Fals-Stewart, O'Farrell, y Hooley, 2001).

### **Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja y Salud Física**

La relación de pareja conflictiva se asocia con mala salud física y un aumento de la mortalidad (por ej., Robles, Slatcher, Trombello, y McGinn, 2014). La evidencia proviene de estudios que evalúan diversos marcadores biológicos y problemas de salud, incluyendo síndrome metabólico (Whisman y Uebelacker, 2012), enfermedad cardiovascular (Smith, Uchino, Berg, y Florsheim, 2012), inflamación (Whisman y Sbarra, 2012), dolor (Cano, Gillis, Geisser, Heinz, y Foran, 2004), y curación de las heridas (Gouin et al., 2010).

Existen tres mecanismos fundamentales mediante los cuales la relación conflictiva con el cónyuge o pareja puede afectar la salud física y la evolución de una enfermedad. Primero, el conflicto de pareja crónico puede llevar a un aumento de las respuestas fisiológicas de estrés (por ej., niveles de cortisol, presión sanguínea, frecuencia cardíaca), que pueden afectar el funcionamiento del sistema inmune y otros procesos biológicos (Gouin et al., 2009; Groth, Fehm-Wolfsdorf, y Hahlweg, 2000). Segundo, el otro miembro de la pareja puede afectar positiva o negativamente la probabilidad de que los pacientes desarrollen conductas importantes para su salud, tales como tomar los medicamentos indicados, utilizar los servicios de salud, asistir a las citas médicas, hacer ejercicio y seguir las recomendaciones alimenticias (Kiecolt-Glaser y Newton, 2001). Tercero, como analizamos previamente, el conflicto de pareja crónico puede conllevar un mayor riesgo de problemas de salud mental, tales como depresión y ansiedad, que a su vez también pueden afectar las

respuestas de estrés y el funcionamiento del sistema inmune. Más aún, probablemente las asociaciones sean bidireccionales, de manera que los problemas físicos y de salud mental también afectarían la calidad de la relación y la conducta de ambos miembros de la pareja (Baucom, Porter, Kirby, y Hudepohl, 2012; Davila et al., 2003; Hammen, 1991; Kiecolt-Glaser et al., 2005). Además, estos mecanismos no son mutuamente excluyentes y pueden sumarse para explicar diferentes componentes de la evolución de la enfermedad.

## **Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja y Problemas en la Parentalidad**

El conflicto de pareja crónico afecta tanto el ajuste parental como la conducta parental hacia los hijos (Cummings y Davies, 2002; Erel y Burman, 1995; Krishnakumar y Buehler, 2000). Se ha vinculado a las familias sanas -caracterizadas por bajos niveles de estrés y conflicto- con resiliencia, salud mental y ajuste, tanto en niños como en adultos. Por su parte, se ha vinculado a las familias poco sanas -caracterizadas por altos niveles de estrés y conflicto- con una amplia variedad de problemas parentales, tales como disciplina escasa (Gerard, Krishnakumar, y Beuhler, 2006), aumento de la negatividad (Belsky, Youngblade, Rovine, y Vollig, 1991), y disminución de la calidez (Davies, Sturge-Apple, y Cummings, 2004), junto con dificultades de ajuste de los hijos, incluyendo enfermedad mental (por ej., Cummings, Davies, y Campbell, 2000). Asimismo, se ha observado que existe una asociación entre disminuciones del conflicto parental marital a través del tiempo y un mejor ajuste de los adultos jóvenes (Amato, Loomis, y Booth, 1995). Además, las consecuencias del conflicto familiar pueden persistir más allá de la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta, afectando no sólo la adaptación individual (Jones, Forehand, y Beach, 2000), sino también las relaciones de pareja en la adultez (Sabatelli y Bartle-Haring, 2003), creando las condiciones para la transmisión de los problemas de salud mental, salud física y el gasto económico a la generación siguiente.

## **EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA CONFLICTIVA**

Dada la prevalencia relativamente alta de la relación conflictiva con el cónyuge o pareja y su relevancia en la planificación del tratamiento en el contexto de diversos problemas en adultos y niños, es importante que las y los clínicos tengan algunas guías para identificar el conflicto de pareja crónico de manera confiable. El DSM-5 ha dado un paso importante en esa dirección al expandir su descripción de la relación conflictiva con el cónyuge o pareja. A continuación revisamos los cambios realizados y discutimos distintos métodos de evaluación y detección (*screening*).

### **Descripción de la Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja en el DSM-5**

Tanto en el DSM-IV-TR como en el DSM-5, los problemas relacionales se incluyen en la sección de los códigos V, llamada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" (American Psychiatric Association, 2000, 2013).<sup>2</sup> Las condiciones enumeradas en los códigos V no se consideran trastornos mentales, pero se incluyen por su relevancia clínica. Además de problemas relacionales, se incluyen diversos problemas psicosociales que pueden influir sobre la salud mental y la planificación del tratamiento (por ej., problemas educacionales o laborales, ser víctima de un crimen, vivir en la calle). En el DSM-5 se explicita que los códigos V pueden usarse cuando el problema es el "foco de atención

<sup>2</sup>Otro cambio del DSM-IV al DSM-5 es la eliminación de Global Assessment of Relationship Functioning Scale (GARF, Escala de Evaluación Global del Funcionamiento Relacional). Este instrumento fue diseñado para evaluar el funcionamiento de cualquier unidad relacional (familia, pareja, etc.) en una escala de 0 a 100 (donde los puntajes más altos indican un mejor funcionamiento), similar a Global Assessment of Functioning (ver Wamboldt, Reiss, y Kaslow, 2015, para más detalles).

TABLA 1  
*Criterios del DSM-5 para Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja*

Definición	Criterios
<p>Código DSM-5: V61.10 (código ICD-10: Z63.0)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Calidad [problemática] de la relación de pareja (marital o no marital), o</li> <li>● Calidad [problemática] de la relación, que está afectando el curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental u otro trastorno médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemas de funcionamiento en el área conductual, cognitiva o afectiva. Ejemplos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemas conductuales:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dificultades en la resolución de conflictos</li> <li>○ Abandono, distanciamiento emocional</li> <li>○ Intromisión excesiva</li> </ul> </li> <li>● Problemas cognitivos:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atribuciones negativas constantes en relación a las intenciones de la pareja</li> <li>○ Rechazo constante a las conductas positivas de la pareja</li> </ul> </li> <li>● Problemas afectivos:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tristeza, apatía y/o rabia crónicas hacia la pareja</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

clínica” o cuando se piensa que “afecta el diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente”.

También ha habido un cambio en el nivel de detalle que se ofrece en la descripción de la relación conflictiva con el cónyuge o pareja. En el DSM-IV los criterios eran demasiado amplios, y se mencionaba que la “Interacción entre los esposos o miembros de una pareja se caracteriza por comunicación negativa (por ej., criticismo), comunicación distorsionada (por ej., expectativas poco realistas), o ausencia de comunicación (por ej., abandono, distanciamiento emocional)”. En el DSM-5 hay una definición más detallada y algunos ejemplos (ver Tabla 1).

Esta descripción más detallada aproxima la definición a las definiciones consensuadas por las y los investigadores de las relaciones y genera una mayor correspondencia con herramientas de evaluación ampliamente utilizadas. Específicamente, los criterios del DSM-IV definían relación conflictiva con la pareja con base en problemas de comunicación, lo que no coincide con la investigación contemporánea, en la cual las dificultades de comunicación son sólo una de las áreas relevantes (por ej., ver Snyder, Heyman, y Haynes, 2005). Asimismo, a partir de la versión DSM-5, se menciona específicamente que este código puede usarse para parejas heterosexuales o del mismo género.

Heyman et al. (2009) describieron una versión previa de los criterios que incluye el DSM-5. A diferencia de los criterios propuestos previamente, los criterios del DSM-5 no incorporan ejemplos específicos relacionados con “pensar en divorcio/separación” y “percepción de necesitar ayuda profesional”. Estas afirmaciones fueron eliminadas porque tienen cierta especificidad cultural. Los fundamentos de los criterios se han descrito en otra publicación (Beach, Whisman, Snyder, y Heyman, 2013).

## Instrumentos para Evaluar Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja

¿Existen formas relativamente simples en que los terapeutas puedan detectar o evaluar los problemas relacionales? Los instrumentos o escalas utilizados con mayor frecuencia son la Escala de Ajuste Diádico (DAS, Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1989) de 32 ítems, y la Escala de Ajuste Marital (MAT, Marital Adjustment Test; Locke y Wallace, 1959) de 15 ítems. Otros instrumentos utilizados con frecuencia son Quality of Marriage Index (QMI; Norton, 1983), de 6 ítems, Relationship Assessment Scale (RAS; Hendrick, 1988), de 7 ítems, Kansas Marital Satisfaction Scale (KMS; Schumm, Nichols, Schectman, y Grigsby, 1983), de 3 ítems, y Partnership Questionnaire (PFB;

Hahlweg, 1996), de 30 ítems, que ha sido ampliamente utilizado en Europa. Asimismo, Couple Satisfaction Index es un instrumento más nuevo derivado del trabajo empírico, basado en análisis desde la teoría de respuesta a los ítems, que se muestra prometedor y tuvo un funcionamiento adecuado en una comparación con otros instrumentos ya establecidos como DAS y MAT (Funk y Rogge, 2007). En la mayor parte de estos instrumentos se asignan puntajes a lo largo de un continuo, y en la mayoría de ellos el puntaje entrega una medida global de ajuste o satisfacción marital, donde los puntajes bajos se categorizan como “conflicto” o “desavenencia”. Las escalas recién mencionadas muestran una alta correlación entre sí (por ej., Funk y Rogge, 2007; Rossier, Rigozzi, Charvoz, y Bodenmann, 2006), lo que apoya la validez convergente de dichos instrumentos y sugiere que las escalas están midiendo un constructo teórico similar. De estos instrumentos, la escala DAS es la que se ha usado más extensamente alrededor del mundo.

También se han desarrollado escalas multidimensionales de ajuste de la relación de pareja. Por ejemplo, Marital Satisfaction Inventory–Revised (MSI-R; Snyder, 1997) consta de 150 ítems verdadero o falso que evalúan la naturaleza y alcance del conflicto en diferentes áreas de la relación de pareja. Consta de dos escalas de validez, una escala global y diez escalas que evalúan el ajuste de la relación en áreas como comunicación afectiva, comunicación para la resolución de problemas, agresión, tiempo libre compartido, finanzas, sexualidad, orientación de rol, familia de origen y crianza de los hijos. Este instrumento también ha sido validado en varios idiomas, incluyendo árabe, español, alemán, inglés y coreano (por ej., Balderrama-Durbin, Snyder, y Semmar, 2011; Klann, Hahlweg, Limbird, y Snyder, 2006; Snyder et al., 2004).

#### *Definición categórica de relación de pareja conflictiva*

Tanto los estudios longitudinales que usan el análisis de curva de crecimiento de clases latentes como los estudios taxométricos transversales han identificado un subgrupo de parejas que tienen una relación conflictiva, que tienen un riesgo alto de tener una evolución y resultados de salud mental negativos, y una gran necesidad de ser identificadas tempranamente y recibir servicios oportunos (por ej., Beach et al., 2005; Foran et al., 2013; Lavner, Bradbury, y Karney, 2012; Whisman et al., 2008). Esto requiere del desarrollo de guías o la definición de puntajes de corte que permitan identificar niveles clínicamente significativos de conflicto de pareja crónico, cuya presencia sugeriría la necesidad de una intervención.

Una estrategia utilizada con frecuencia para definir relación de pareja conflictiva ha sido dicotomizar una medida continua de ajuste o satisfacción marital. Si se va a dicotomizar una medida continua, ¿cómo se elige un umbral o puntaje de corte? En algunos casos no se especifica el fundamento de los puntajes de corte utilizados para definir relación de pareja conflictiva. Por ejemplo, con frecuencia se usa un puntaje de corte de 100 en el MAT (Locke y Wallace, 1959) para definir relación de pareja conflictiva. Locke y Wallace (1959) reportaron los porcentajes de grupos con “buen ajuste” y “mal ajuste” que obtuvieron puntajes por sobre y bajo este puntaje de corte, pero no ofrecieron una discusión de las razones para definir este puntaje. En otros casos sí se han especificado los fundamentos de los puntajes de corte con los que se ha definido una relación de pareja conflictiva. Por ejemplo, uno de los puntajes de corte utilizados con mayor frecuencia para definir una relación en conflicto es un puntaje de 97 o menor en la DAS (Spanier, 1989). Jacobson et al. (1984) establecieron este puntaje de corte como el puntaje que está en el punto intermedio entre el promedio de la población funcional [definida en términos de la muestra de Spanier (1976) de 218 personas casadas] y la población disfuncional [definida en términos de la muestra de Spanier (1976) de 94 personas divorciadas]. Por lo tanto, se planteó un puntaje de corte de 97 en la DAS como umbral para definir que una relación es conflictiva, con base

en la probabilidad relativa de un puntaje específico de pertenecer a las distribuciones de la población funcional o disfuncional.

Dado que un puntaje de corte de 97 en la DAS es ampliamente utilizado para definir relación de pareja conflictiva, puede ser útil desarrollar puntajes de corte comparables para otras medidas continuas de dicho fenómeno. Un método para crear esos puntajes de corte comparables para otras medidas de conflicto en la relación es clasificar a los individuos en la categoría relación conflictiva usando el puntaje de corte de 97 en la DAS, y luego usar un análisis de característica operativa del receptor (ROC, *receiver operating characteristic*; Swets, Dawes, y Monahan, 2000) para identificar el puntaje de corte correspondiente en el otro instrumento, puntaje que maximiza la sensibilidad y especificidad de dicho instrumento. Por ejemplo, Funk y Rogge (2007) condujeron un análisis ROC en una muestra de más de 5.300 participantes que habían sido clasificados en la categoría relación de pareja conflictiva con base en un puntaje de corte de 97 en la DAS, y crearon puntajes de corte comparables para MAT, QMI, RAS y KMS. Los análisis ROC también se han usado para identificar puntajes de corte usando criterios distintos al puntaje de 97 en la DAS. Por ejemplo, Whisman et al. (2008) usaron un análisis ROC para identificar puntajes de corte en el MSI-R para parejas que han sido clasificadas en la categoría relación de pareja conflictiva con base en un taxón de conflicto de pareja crónico.

### **Métodos de Evaluación y Detección de una Relación Conflictiva con el Cónyuge o Pareja**

Muchas personas que solicitan tratamiento por problemas “individuales” tienen también serias dificultades relacionales, pero rara vez son referidos a terapia de pareja. Lograr que los profesionales de salud mental de orientación individual realicen estas derivaciones puede ser un desafío. Por esta razón, podría ser útil que los terapeutas que trabajan con parejas y familias sugieran herramientas de detección fáciles de usar que contribuyan a la derivación por parte de los profesionales más interesados. Esto puede ser especialmente importante cuando se trabaja con profesionales de orientación individual que pueden carecer de un enfoque elaborado sobre el conflicto de pareja crónico, que posiblemente no quieran llevar a cabo largas evaluaciones de la relación, pero reconocen su importancia en la evolución de la salud física y mental.

Para evaluar y detectar el conflicto de pareja crónico pueden utilizarse varios de los instrumentos de medida descritos más arriba (por ej., a través de las formas abreviadas), pero con frecuencia el umbral diagnóstico no se ha probado empíricamente. Para abordar esta necesidad, Whisman, Snyder, y Beach (2009) desarrollaron una herramienta simple de diagnóstico usando el MSI-R para identificar parejas que pertenecen a un taxón de relación conflictiva (es decir, que presentan conflicto de pareja crónico) y por lo tanto, pueden requerir que se les derive a una evaluación más detallada de la relación o a terapia de pareja. Primero calcularon correlaciones ítem-total en una muestra representativa de 1.020 parejas en cinco escalas del MSI-R, y seleccionaron de cada escala los dos ítems que tenían la correlación ítem-total más alta. Se calcularon los puntajes para la escala de 10 ítems resultante, contando el número de respuestas codificadas (es decir, respuestas que reflejaban conflicto crónico). Para identificar un puntaje de corte que definiera relación conflictiva con la pareja por medio de la escala de 10 ítems, se clasificó en primer lugar a las parejas en grupos con y sin conflicto crónico en su relación, usando métodos taxométricos descritos previamente por Whisman et al. (2008). Luego se llevó a cabo un análisis ROC y se determinó que un puntaje de 4 era el punto que maximizaba sensibilidad y especificidad en el instrumento abreviado de 10 ítems. Así, los individuos que tenían puntajes mayores o iguales a 4 ( $\geq 4$ ) en la escala de 10 ítems se clasificaron



como pertenecientes al taxón (es decir, que referían una relación conflictiva con la pareja) y los individuos que obtuvieron puntajes de menores a 4 (<4) se clasificaron como pertenecientes al complemento (es decir, sin una relación conflictiva). Para optimizar la utilidad de esta escala de detección de 10 ítems en diversos contextos, se presentaron tanto un instrumento autoaplicado como una versión que se aplica en entrevista (Whisman et al., 2009); la versión autoaplicada del instrumento de detección (llamada MSI-B) está disponible en Western Psychological Services. La eficiencia diagnóstica del MSI-B fue replicada recientemente en otra muestra en los Estados Unidos y en dos muestras alemanas (Klatt, Hahlweg, Job, y Foran, 2014).

La escala de 10 ítems puede resultar útil para la detección y monitoreo del conflicto de pareja crónico. La administración y puntuación de la escala es sencilla, lo que facilita que los terapeutas de orientación individual puedan determinar si alguien es miembro de la categoría relación de pareja conflictiva y, por lo tanto, es posible que necesite una derivación a una evaluación más detallada o una intervención de pareja. Se estima que el proceso completo de administración, puntuación y clasificación debiera requerir menos de 5 minutos. Desde luego, cuando el instrumento de detección indica la necesidad de derivar a una evaluación adicional o una intervención clínica, recomendamos una evaluación multimodal más extensa (ver por ejemplo, Snyder et al., 2005). Más aún, dado que la escala de 10 ítems es altamente estructurada y requiere escaso discernimiento de los entrevistadores/as para decidir si el ítem está presente o ausente, la versión para entrevista puede ser administrada por entrevistadores no entrenados. Esto la convierte en un instrumento apropiado para estudios epidemiológicos e investigaciones de campo acerca de problemas en la relación con el esposo/a o la pareja. Asimismo, dado que ya existen adaptaciones del MSI-R en árabe, español, alemán y coreano (por ej., Balderrama-Durbin et al., 2011; Snyder et al., 2004), la escala de 10 ítems podría usarse en contextos clínicos y de investigación comparativa entre distintas culturas y países.

### **Guía para la Derivación a Tratamiento**

Al momento de tomar decisiones en cuanto a la derivación, hay muchas opciones de tratamiento disponibles, dependiendo de si el conflicto de pareja crónico es el problema primario, y si existe al mismo tiempo un trastorno psiquiátrico u otros problemas familiares. En la Tabla 2 se ofrece un resumen de preguntas aclaratorias y opciones de tratamiento para orientar las decisiones clínicas de derivación.

La evaluación y detección de conflicto de pareja crónico puede ser útil para orientar los esfuerzos de prevención e intervención, y también para identificar necesidades de quienes buscan servicios para una variedad de trastornos clínicos y problemas relacionados con la salud. La detección de una relación de pareja conflictiva junto con el diagnóstico de un trastorno (por ej., depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales y conductuales) puede sugerir medidas conjuntas de tratamiento y recuperación. En especial, la evaluación estandarizada de rutina del conflicto de pareja crónico podría sugerir formas de mejorar los tratamientos para los trastornos individuales y disminuir la probabilidad de recaída, reduciendo así la carga de la enfermedad mental y facilitando una recuperación completa. Cuando está indicado un tratamiento para el conflicto de pareja crónico es útil considerar alternativas de derivación disponibles, tema que abordaremos a continuación.

## **EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EN RELACIONES DE PAREJA CONFLICTIVAS**

Algunos enfoques bien sistematizados han demostrado ser eficaces en el tratamiento del conflicto de pareja crónico y son fácilmente accesibles a los terapeutas de muchos

TABLA 2  
Resumen de la Guía de Derivación a Tratamiento

Preguntas para orientar las derivaciones a tratamiento	Opciones de derivación a tratamiento <sup>a</sup>
¿Es la relación de pareja conflictiva el único motivo de la consulta?	a Terapia de pareja b Terapia individual centrada en las preocupaciones en torno a la relación
¿Hay también un trastorno psiquiátrico presente? <sup>b</sup>	a Terapia de pareja para un trastorno específico (por ej., depresión) b Terapia individual para un trastorno psiquiátrico + terapia de pareja c Terapia individual centrada en el conflicto de pareja crónico y el trastorno psiquiátrico
¿No hay conflicto de pareja crónico pero hay un trastorno físico o psiquiátrico presente?	a Sólo tratamiento centrado en el individuo b Intervenciones con la participación del otro miembro de la pareja (codificar en la historia clínica como modalidad encuentro/tratamiento)

<sup>a</sup>Para determinar si la terapia de pareja es una opción adecuada, la elección entre las alternativas de tratamiento debiera tener en consideración las preferencias de el/la paciente, los tratamientos disponibles y otros factores (por ej., se debe evaluar cuidadosamente la presencia de violencia en la relación de pareja. Ver la revisión de O'Leary, 2008).

<sup>b</sup>El conflicto de pareja crónico con frecuencia coexiste con los siguientes trastornos psiquiátricos y problemas: Trastornos depresivos (por ej., Trastorno depresivo mayor, Trastorno depresivo persistente), Trastornos Ansiosos (por ej., Trastorno de ansiedad generalizada), Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés (por ej., Trastorno de estrés postraumático, Trastorno de adaptación), Disfunciones sexuales (por ej., Trastorno del interés/excitación sexual femenino, Trastorno de deseo sexual hipactivo en el varón), Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (por ej., Trastorno por consumo de alcohol), Violencia física por parte del cónyuge o pareja, Problema de relación entre padres e hijos.

países. Por ejemplo, existe evidencia de que diversos enfoques de terapia de pareja son eficaces en el tratamiento del conflicto relacional, incluyendo la terapia de pareja conductual y conductual-cognitiva, la terapia de pareja centrada en las emociones y la terapia de pareja orientada al *insight* (Snyder, Castellani, y Whisman, 2006). Además, se ha observado que varios otros enfoques posiblemente también sean eficaces. En una revisión de seis metaanálisis sobre la eficacia de la terapia de pareja, se estimó que alrededor del 80% de los participantes que habían estado en terapia de pareja estaban mejor que los del grupo control (promedio *d* de Cohen = .84; Shadish y Baldwin, 2003).

En vista del rol del conflicto de pareja crónico como mecanismo de generación de estrés que influye sobre los problemas de salud mental, es probable que las intervenciones eficaces para tratar dicho conflicto demuestren ser útiles en el tratamiento de varios tipos de problemas en este ámbito. La terapia de pareja ha sido extensamente evaluada con respecto a los trastornos de abuso de sustancias. En un metaanálisis de 12 estudios caso-control randomizados con parejas que estaban experimentando conflicto relacional y en las cuales uno de los miembros presentaba un trastorno de uso de sustancias, Powers, Vedel, y Emmelkamp (2008) informaron que la terapia de pareja conductual (BCT, por su sigla en inglés) fue más efectiva que la terapia individual con respecto a la frecuencia de uso de sustancias (*d* de Cohen = .36), consecuencias del uso de sustancias (*d* de Cohen = .52) y conflicto de pareja (*d* de Cohen = .57).

La terapia de pareja también se ha mostrado efectiva en el tratamiento de la depresión, tal como evidencia un metaanálisis reciente (Barbato y D'Avanzo, 2008). Comparada con la terapia con medicamentos o la psicoterapia individual, la terapia de pareja fue igualmente efectiva en el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, la terapia de pareja

fue tan efectiva como la individual en el tratamiento de los síntomas depresivos ( $d = -.12$ ) y significativamente más efectiva que la terapia individual en la reducción del conflicto de pareja ( $d = -.60$ ). Adicionalmente, la reducción de síntomas depresivos también ha sido corroborada por estudios naturalistas de terapia de pareja en distintos países (Klann, Hahlweg, Baucom, y Kröger, 2011; Tilden, Gude, Hoffart, y Sexton, 2010).

Se está generando evidencia que señala que la terapia de pareja también podría ser efectiva en el tratamiento de otros trastornos. Por ejemplo, la BCT ha demostrado ser efectiva en la reducción de los síntomas de TEPT y del conflicto de pareja crónico en estos casos, en comparación con las parejas en lista de espera (Monson et al., 2012) y se ha desarrollado un enfoque para el trabajo con parejas en las cuales uno de los miembros sufre de anorexia nerviosa (Bulik, Baucom, y Kirby, 2012).

## **Relación Conflictiva y Tratamientos con la Participación de la Pareja**

Además de las intervenciones centradas en el conflicto de pareja crónico, la participación del otro miembro de la pareja puede ser positiva en casos en los cuales el motivo de consulta no es la relación de pareja conflictiva. Las intervenciones de desensibilización sistemática con ayuda de la pareja pueden ser útiles en el tratamiento de la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo (Abramowitz et al., 2013; Baucom, Stanton, y Epstein, 2003; Marcaurette, Belanger, y Marchand, 2003). La inclusión del otro miembro de la pareja para abordar las preocupaciones acerca de la relación, incluso en parejas que no presentan conflicto relacional, parece ser efectiva para reducir síntomas depresivos (Bodenmann et al., 2008). Los beneficios de las intervenciones con la participación de la pareja se extienden también al tratamiento de enfermedades físicas (Baucom et al., 2012). En un metaanálisis de intervenciones psicosociales para pacientes con enfermedades crónicas, las intervenciones que incluían a la pareja y en las cuales se abordaban temas de la relación condujeron a mejorías significativas tanto en la salud física y mental de los pacientes, como en la salud mental del otro miembro de la pareja (Hartmann, Bätzner, Wild, Eisler, y Herzog, 2010).

Así, las intervenciones con la participación de la pareja parecen ser una opción de tratamiento efectiva para diversas condiciones y de ser así, esta información puede ser codificada en el registro de la historia clínica, con o sin la presencia del código DSM-5 para relación conflictiva con el cónyuge o pareja. Aunque la ubicación de esta información puede variar de un sistema de salud a otro, registrarla metódicamente en la ficha clínica facilitará el estudio posterior de la utilidad clínica de estas intervenciones con la participación de la pareja.

## **INDICACIONES FUTURAS PARA LA SALUD PÚBLICA**

### **Evaluación y Detección de Relación de Pareja Conflictiva en Contextos de Atención en Salud**

Como se expuso previamente, si bien las herramientas de detección de conflicto de pareja crónico están disponibles, en muchos contextos de atención en salud este proceso de detección no se lleva a cabo, lo que puede acarrear decisiones inadecuadas con respecto al tratamiento. Por ejemplo, en datos de seguimiento de salud en el ámbito militar se ha observado que en casos de pacientes con problemas psicosociales, hay diferencias importantes en el uso de los códigos V (versión ICD-9) –incluyendo el conflicto de pareja– por parte de los profesionales de salud mental en comparación con otros profesionales de atención primaria u otros servicios médicos (Hoge et al., 2004). Entre los pacientes que recibieron un diagnóstico de salud mental o un código V como diagnóstico primario, aquellos atendidos por profesionales de atención primaria u otros servicios médicos recibieron un

diagnóstico de salud mental en un 88% de los casos, y un código V en sólo el 12% de los casos. Por el contrario, aquellos atendidos por profesionales de salud mental recibieron un código V en el 42% de los casos y un diagnóstico de salud mental sólo en el 58% de los casos. Aunque estas diferencias podrían atribuirse a características poblacionales distintas de quienes buscaron atención en un servicio de salud mental y quienes acudieron a la atención primaria u otros servicios médicos, probablemente también reflejan diferencias en el uso confiable de los diagnósticos de salud mental y los códigos V. Todavía es necesario evaluar las implicancias de este uso diferencial sobre la planificación del tratamiento, pero podríamos hipotetizar que el diagnóstico erróneo del motivo de la consulta influiría sobre el resultado del tratamiento. Si una mujer es diagnosticada con depresión pero no se diagnostica la presencia de una relación de pareja conflictiva, es posible que reciba antidepresivos que podrían no producir efectos terapéuticos a largo plazo, lo que al final resultaría más costoso que ofrecer terapia de pareja. Por lo tanto, evaluar el conflicto de pareja crónico y usar los criterios respectivos del DSM-5, tanto en atención primaria como en servicios de salud mental, puede ayudar a mejorar la detección del conflicto de pareja y traducirse en derivaciones a los tratamientos adecuados.

### **Información Más Completa sobre el Conflicto de Pareja Crónico para Entender las Implicancias para la Atención y los Costos en Salud Pública**

Desde una perspectiva idealista se podría argumentar que los objetivos de los servicios de salud y de diversos programas sociales son ofrecer alternativas de tratamiento y prevención más costo-eficientes en el largo plazo para mejorar la participación productiva en la sociedad, tanto social como económica, y asimismo, reducir el riesgo de trastornos de salud mental, enfermedad físicas y potenciales recaídas. En este enfoque macro, ¿qué rol tendría el tratamiento del conflicto de pareja crónico y cuán clara es la evidencia? Tal como revisamos previamente, existen tratamientos efectivos para la relación de pareja conflictiva que aparentemente tienen impacto sobre la salud física y mental. Sin embargo, sigue habiendo preguntas importantes sobre el balance costo-efectividad del tratamiento para el conflicto crónico en la pareja, su impacto en los indicadores de salud y en los costos a largo plazo.

Una serie de estudios recientes que analizan el código V del DSM-5 para relación conflictiva con el cónyuge o pareja, y los códigos de registros médicos para terapia de familia o pareja en los Estados Unidos, sugieren que el tratamiento del conflicto de pareja crónico y los problemas familiares es costo-efectivo, y puede conducir a una compensación de los costos de atención de salud. En un estudio, el uso global de los servicios de salud se evaluó antes, durante y después de una terapia individual o marital/familiar (Law y Crane, 2000). Las personas que habían tenido terapia familiar o marital tenían tasas 22% más bajas de utilización de los servicios de salud en los 12 meses siguientes al inicio de la terapia; la reducción en el uso de los servicios fue incluso más notoria en aquellos que eran usuarios más frecuentes de servicios de salud (con cuatro o más visitas en los últimos seis meses) antes de acudir a terapia (Law, Crane, y Berge, 2003). También se observaron reducciones en el uso de servicios de salud por parte de otros miembros de la familia que participaron en la terapia familiar o de pareja. Por ejemplo, en el grupo de usuarios frecuentes que recibieron terapia marital o familiar, hubo una reducción del 78% en las consultas de urgencia durante el período de seguimiento. En otro estudio de seguimiento se observó que este efecto era atribuible a las mejorías en el funcionamiento de la familia después del tratamiento, con un 58% de disminución en el uso de servicios de salud durante el año de duración del estudio para aquellos participantes que evidenciaron mejorías en el funcionamiento de la familia, y sin disminución significativa en el uso de servicios de salud en aquellos que no mejoraron su funcionamiento familiar (Crane y Christenson, 2012). Estos hallazgos son consistentes con resultados que sugieren que el conflicto de

pareja crónico se relaciona significativamente con el uso de servicios de salud mental en los Estados Unidos (Schonbrun y Whisman, 2010).

En otro estudio que analizó los gastos médicos por psicoterapia presentados a una aseguradora de salud grande durante un período de seis años, se observó que la terapia familiar/marital era más costo-efectiva que la terapia individual en el tratamiento de la depresión (Crane y Payne, 2011). Más aún, de los 11 diagnósticos incluidos en los datos, los problemas relacionales fueron los menos costosos de tratar (Crane y Payne, 2011). Otros análisis costo-efectividad también han indicado que la disponibilidad de la terapia de pareja basada en la evidencia generaría una compensación posterior del gasto en salud pública (Caldwell, Woolley, y Caldwell, 2007). Asimismo, la terapia de pareja parece ser una opción costo-efectiva en el tratamiento del abuso de sustancias (O'Farrell et al., 1996).

Tomados en conjunto, estos estudios subrayan la necesidad de tener una mejor evaluación de la relación conflictiva con el cónyuge o pareja en los historiales médicos, de manera que podamos comprender mejor tanto los costos de salud asociados al conflicto de pareja crónico, como la reducción de dichos costos asociada a la entrega del tratamiento. De este modo, a partir de la revisión del conflicto de pareja en el DSM-5, llamamos a las y los terapeutas e investigadores a usar esta categoría cuando sea indicado en su propio trabajo clínico, y registrarla en la historia clínica de sus pacientes, de manera que esta información pueda estudiarse y sirva para orientar mejor las decisiones sobre atención en salud. Esperamos que la nueva definición del DSM-5 pueda servir a los investigadores como punto de partida para seguir refinando las definiciones con base en estudios empíricos realizados en distintos contextos, y que este trabajo aporte información más completa sobre la prevalencia del conflicto de pareja crónico, de manera que los economistas y otros expertos en políticas puedan analizar el impacto que tienen sobre la salud y la sociedad tanto la relación de pareja conflictiva como el hecho de ofrecer tratamientos para dicha problemática.

## CONCLUSIONES

El DSM-5 presta mayor atención al conflicto de pareja crónico y ofrece más orientación a las y los terapeutas. Acompañado de esfuerzos adicionales para entregar a los clínicos herramientas apropiadas de evaluación y detección, es posible que el cambio del DSM-IV al DSM-5 genere una mayor sensibilidad clínica hacia el potencial de la relación conflictiva con el cónyuge o pareja de incidir en una gran variedad de condiciones mentales y físicas, incluyendo problemas en los cuales el foco de atención clínica es un adulto, y problemas en los cuales el foco es un niño o niña. A su vez, una mayor consciencia del potencial del conflicto de pareja crónico para incidir en el curso y el éxito de una intervención puede promover que se preste progresivamente más atención a las intervenciones eficaces para este tipo de conflicto, lo que a su vez tendría el potencial de ayudar a mejorar los resultados en diversas áreas de la atención en salud.<sup>3</sup>

## REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Boeding, S., Wheaton, M. G., Pukay-Martin, N. D., Fabricant, L. E. et al. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: A pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy, 44*, 395-407.
- Amato, P. R., Loomis, L. S., & Booth, A. (1995). Parental divorce, marital conflict, and off-spring well-being during early adulthood. *Social Forces, 73*, 895-916.

<sup>3</sup>Traducción: Psic. Soledad Sánchez D., Instituto Chileno de Terapia Familiar, Santiago de Chile.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Balderrama-Durbin, C., Snyder, D. K., & Semmar, Y. (2011). Assessing Arabic couples: An evidence-based approach. *Family Science, 2*, 24–33.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly, 79*, 121–132.
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., & Hudepohl, J. (2012). Couple-based interventions for medical problems. *Behavior Therapy, 43*, 61–76.
- Baucom, D. H., Stanton, S., & Epstein, N. (2003). Anxiety. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples* (pp. 57–87). New York: Guilford.
- BE, D., Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2013). Prospective associations between marital adjustment and life satisfaction. *Personal Relationships, 20*, 728–739.
- Beach, S. R. H., Fincham, F. D., Amir, N., & Leonard, K. E. (2005). The taxometrics of marriage: Is marital discord categorical? *Journal of Family Psychology, 19*, 276–285.
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355–371.
- Beach, S. R. H., Whisman, M. A., Snyder, D. K., & Heyman, R. E. (2013). Practical tools for assessing marital and intimate partner relational problems in clinical and public health settings. In H. M. Foran, S. R. H. Beach, A. M. S. Slep, R. E. Heyman & M. Z. Wamboldt (Eds.), *Family violence and family problems: Reliable assessment and the ICD-11* (pp. 101–110). New York: Springer Publishing Company.
- Belsky, J., Youngblade, L., Rovine, M., & Vollig, B. (1991). Patterns of marital change and parent-child interaction. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 487–498.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R. H., Widmer, K., Gabriel, B., & Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 944–954.
- Breitholtz, E., Johansson, B., & Ost, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients: A prospective approach. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 533–544.
- Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating anorexia nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26*, 19–33.
- Caldwell, B. E., Woolley, S. R., & Caldwell, C. J. (2007). Preliminary estimates of cost-effectiveness for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 392–405.
- Cano, A., Gillis, M., Geisser, M., Heinz, W., & Foran, H. M. (2004). Marital functioning and psychological distress in chronic pain patients. *Pain, 107*, 99–106.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 658–665.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 34*, 204–216.
- Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*, 273–289.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 397–402.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 43*, 31–63.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process. Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford.
- Davies, P., Sturge-Apple, M., & Cummings, E. (2004). Interdependencies among interparental discord and parenting practices: The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology, 16*, 773–797.
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology, 17*, 557–570.
- Denton, W. H., Carmody, T. J., Rush, A. J., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Arnow, B. A. et al. (2010). Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine, 40*, 415–424.

- Durham, R. C., Allan, T., & Hackett, C. A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 101–119.
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 118*, 108–132.
- Evans, L., Cowlishaw, S., Forbes, D., Parslow, R., & Lewis, V. (2010). Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 611–622.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Hooley, J. M. (2001). Relapse among married or cohabiting substance-abusing patients: The role of perceived criticism. *Behavior Therapy, 32*, 787–801.
- Foran, H. M., Hahlweg, K., Kliem, S., & O'Leary, K. D. (2013). Longitudinal patterns of relationship adjustment among German parents. *Journal of Family Psychology, 27*, 838–843.
- Frans, O., Rimmo, P. A., Aberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 280–291.
- Funk, J. L., & 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*, 572–583.
- Gerard, J., Krishnakumar, A., & Beuhler, C. (2006). Marital conflict, parent-child relations, and youth maladjustment: A longitudinal investigation of spillover effects. *Journal of Family Issues, 27*, 951–975.
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1996). Psychiatric disability in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 564–571.
- Gouin, J. P., Carter, C. S., Pournajafi-Nazarloo, H., Glaser, R., Malarkey, W. B., Loving, T. J. et al. (2010). Marital behavior, oxytocin, vasopressin, and wound healing. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 1082–1090.
- Gouin, J. P., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J., Houts, C. et al. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity, 23*, 898–904.
- Greenstein, T. N., & Davis, S. N. (2006). Cross-national variations in divorce: Effects of women's power, prestige and dependence. *Journal of Comparative Family Studies, 37*, 253–273.
- Groth, T., Fehm-Wolfsdorf, G., & Hahlweg, K. (2000). Basic research on the psychobiology of intimate relationships. In K. B. Schmaling & T. Goldman-Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, and practice* (pp. 13–42). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555–561.
- Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic diseases: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*, 136–148.
- Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2004). The role of person vs. situation in life satisfaction: A critical examination. *Psychological Bulletin, 130*, 574–600.
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 50*, 93–98.
- Heyman, R. E., Slep, A. M. S., Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., & Reiss, D. (2009). Relational problems and the DSM: Needed improvements and suggested solutions. *World Psychiatry, 8*, 7–14.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*, 13–22.
- Hollist, C., Miller, R., Falceto, O., & Fernandes, C. (2007). Marital satisfaction and depression: A replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family Process, 46*, 485–498. doi:10.1111/j.1545-5300.2007.00227.x.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 229–235.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497–504.
- Jones, D. J., Forehand, R., & Beach, S. R. H. (2000). Maternal and paternal parenting during adolescence: Forecasting early adult psychosocial adjustment. *Adolescence, 35*, 513–530.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L. et al. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1377–1384.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin, 127*, 472–503.
- Klann, N., Hahlweg, K., Baucom, D. H., & Kröger, C. (2011). The effectiveness of couple therapy in Germany: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*, 200–208.
- Klann, N., Hahlweg, K., Limbird, C., & Snyder, D. (2006). *Einschätzung von Partnerschaft und Familie (EPF). Deutsche Form des Marital Satisfaction Inventory – Revised MSI-R von D. Snyder*. Göttingen: Hogrefe.

- Klatt, P., Hahlweg, K., Job, A.-K., & Foran, H. M. (2014). *Cross-validation of screening instruments for intimate relationship distress*. Unpublished Manuscript. University of Braunschweig, Germany.
- Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2008). Interrelations and moderators of longitudinal links between marital satisfaction and depressive symptoms among couples in established relationships. *Journal of Family Psychology, 22*, 667–677.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations, 49*, 25–44.
- Lavner, J. A., Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2012). Incremental change or initial differences? Testing two models of marital deterioration. *Journal of Family Psychology, 26*, 606–616.
- Law, D. D., & Crane, D. R. (2000). The influence of marital and family therapy on health care utilization in a health-maintenance organization. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 281–291.
- Law, D. D., Crane, D. R., & Berge, J. M. (2003). The influence of marital and family therapy on high utilizers of health care. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 353–363.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D. R., Campbell, D., & Boyle, M. H. (1996). The use of mental health services in Ontario: Epidemiologic findings. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 572–577.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251–255.
- Marcaurrelle, R., Belanger, C., & Marchand, A. (2003). Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: A critical review. *Clinical Psychology Review, 23*, 247–276.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 767–776.
- McLeod, J. D., & Eckberg, D. A. (1993). Concordance for depressive disorders and marital quality. *Journal of Marriage and Family, 55*, 733–746.
- Miller, R. B., Mason, T. M., Canlas, J. M., Wang, D., Nelson, D. A., & Hart, C. H. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology, 27*, 577–682.
- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 33–52.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P. (2012). Effects of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *JAMA, 308*, 700–709.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 141–151.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S. G., Floyd, F. J., Bayog, R. D., Brown, E. D. et al. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 8*, 145–166.
- O'Leary, K. D. (2008). Couple therapy and physical aggression. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 478–498). New York: Guilford.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology, 20*, 284–291.
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 952–962.
- Roberts, B. W., & Robins, R. W. (2000). Broad dispositions, broad aspirations: The intersection of personality traits and major life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*, 1284–1296.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 140*, 140–187.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 314–319.
- Rossier, J., Rigozzi, C., Charvoz, L., & Bodenmann, G. (2006). Marital satisfaction: Psychometric properties of the PFB and comparison with the DAS. *Swiss Journal of Psychology, 65*, 55–63.
- Sabatelli, R. M., & Bartle-Haring, S. (2003). Family-of-origin experiences and adjustment in married couples. *Journal of Marriage and Family, 65*, 159–169.
- Schonbrun, Y. C., & Whisman, M. A. (2010). Marital distress and mental health care service utilization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 732–736.
- Schumm, W. R., Nichols, C. W., Schectman, K. L., & Grigsby, C. C. (1983). Characteristics of responses to the Kansas Marital Satisfaction Scale by a sample of 84 married mothers. *Psychological Reports, 53*, 567–572.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 547–570.
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Berg, C. A., & Florsheim, P. (2012). Marital discord and coronary artery disease: A comparison of behaviorally defined discrete groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 87–92.
- Snyder, D. K. (1997). *Manual for the marital satisfaction inventory – Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.



- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology, 57*, 317–344.
- Snyder, D. K., Cepeda-Benito, A., Abbott, B. V., Gleaves, D. H., Negy, C., Hahlweg, K. et al. (2004). Cross-cultural applications of the marital satisfaction inventory – Revised (MSI-R). In M. E. Maruish (Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3rd ed., pp. 603–623). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Snyder, D., Heyman, R., & Haynes, S. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment, 17*, 288–307.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.
- Spanier, G. B. (1989). *Dyadic adjustment scale manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Swets, J. A., Dawes, R. M., & Monahan, J. (2000). Psychological science can improve diagnostic decisions. *Psychological Science in the Public Interest, 1*, 1–26.
- Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., & Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Mental health policy implications. *American Psychologist, 55*, 740–749.
- Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 22–33.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine, 29*, 801–811.
- Tilden, T., Gude, T., Hoffart, A., & Sexton, H. (2010). Individual distress and dyadic adjustment over a three-year follow-up period in couple therapy: A bi-directional relationship? *Journal of Family Therapy, 32*, 119–141.
- Waller, N. G., & Meehl, P. E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wamboldt, M. Z., Reiss, D., & Kaslow, N. J. (2015). Description of relational processes: Recent changes in DSM-5 and proposals for ICD-11. *Family Process*. doi:10.1111/famp.12020.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 701–706.
- Whisman, M. A. (2001a). The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression* (pp. 3–24). Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. A. (2001b). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 125–129.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638–643.
- Whisman, M. A., Beach, S. R. H., & Snyder, D. K. (2008). Is marital discord taxonic and can taxonic status be assessed reliably? Results from a national representative sample of married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 745–755.
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital distress and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 674–678.
- Whisman, M. A., & Sbarra, D. A. (2012). Marital adjustment and interleukin-6 (IL-6). *Journal of Family Psychology, 26*, 290–295.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 803–808.
- Whisman, M. A., Snyder, D. K., & Beach, S. R. H. (2009). Screening for marital and relationship discord. *Journal of Family Psychology, 23*, 247–254.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2012). A longitudinal investigation of marital adjustment as a risk factor for metabolic syndrome. *Health Psychology, 31*, 80–86.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital discord and alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology, 20*, 164–167.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M., & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 176*, 544–549.
- Zinbarg, R., Lee, J. E., & Yoon, L. (2007). Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patients with generalized anxiety disorder in committed relationships: A 'spoonful of sugar' and a dose of nonhostile criticism may help. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 699–713.