



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN EL TRABAJO CON MUJERES INMERSAS
EN SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS

PRESENTA:

NATALIA ESCOBEDO ORTEGA

DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ ALEJANDRA MACOUZET MENÉNDEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. ROCÍO NURICUMBO RAMÍREZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MTRA. ANA INÉS MACHADO OVIEDO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE URUGUAY



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de formarme en la máxima casa de estudios de este país. A la Facultad de Psicología, por proporcionarme los conocimientos necesarios para brindar un servicio de calidad a la sociedad. Al Programa Único de Especializaciones en Psicología, por permitirme continuar mi formación profesional como psicóloga clínica. Al proyecto PAPIIT IA303716 “Psicopatología, riesgo y resiliencia en adolescentes y sus familias”, mediante el cual fue posible la realización de este trabajo.

A la Mtra. Beatriz Macouzet, por todo el apoyo brindado a lo largo de este proceso de formación y crecimiento personal y profesional, por todas las supervisiones y la retroalimentación recibidas. Gracias por el interés, la dedicación, el cariño, la paciencia y la confianza puestos en este trabajo, pero sobre todo, gracias por el compromiso de enseñarme e impulsarme a ser una mejor persona y profesionista, eres un gran ejemplo como ser humano y como profesionista.

A la Dra. Paulina Arenas por su entusiasmo, interés y apoyo constante. Gracias por permitirme ser parte de tu increíble equipo de trabajo que me ha hecho crecer y que me ha dado la oportunidad de conjuntar la parte clínica con la investigación.

A la Mtra. Rocío Nuricumbo, por su compromiso e interés, gracias por las correcciones y sugerencias que me permitieron ampliar y enriquecer este trabajo.

A la Mtra. Asunción Valenzuela, por abrirme las puertas del centro comunitario y permitirme comenzar mi formación práctica como psicóloga clínica. Por su calidez y cuidado al transmitir su conocimiento como profesora y como persona.

A la Mtra. Ana Inés por sus comentarios y compromiso en la revisión de este trabajo.

DEDICATORIAS

A mis padres, Mario y Josefina, por todo su amor y apoyo incondicional. A mi papá, por motivarme siempre a ir por un poco más y a no dejar de sorprenderme por los pequeños detalles. A mi mamá, por enseñarme a dar lo mejor de mí sin esperar nada a cambio y a que todo en la vida tiene solución. Ambos son un gran ejemplo para mí, los quiero inmensamente.

A mi hermano, Mario Iván, por enseñarme a disfrutar la vida, a relajarme y tomarme un respiro de vez en cuando. Aunque soy tu hermana mayor, he aprendido más de ti que tú de mí.

A mi esposo, José Vicente, por crecer junto conmigo, por todo el amor y la paz que siento al estar contigo, gracias por ser mi equilibrio. Eres la casualidad más hermosa, te amo.

A mis abuelos, por ser una parte fundamental de mi vida. Gracias por enseñarme el verdadero valor de la vida a través de sus historias y anécdotas.

A Yokari, por ser más que una hermana para mí, por ser simplemente la mejor amiga que alguien podría tener. Gracias por escucharme y estar siempre para mí.

A las psicólogas que conocí en el camino y que se convertirían en grandes amigas. A Carmen, por acompañarme en este camino e ir creciendo junto conmigo, por ser franca y directa cuando había que serlo. A Kari, por todas las pláticas y consejos entre comidas. A Carlis y a Arely, por nuestras aventuras en los congresos, por su cariño y amistad incondicional. A Emi, por contagiarme con esa chispa de alegría y sencillez que la caracterizan.

A Mariana, Susy, Miguel y José, por ser unos colegas maravillosos y unos amigos increíbles. Gracias por todas las enseñanzas que cada uno dejó en mi vida, siempre serán parte de ella, los quiero mucho.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4

Capítulo 1. Violencia intrafamiliar

Violencia.....	7
Teorías explicativas de la violencia.....	9
Teorías biologicistas	9
Teorías innatistas.....	10
Teorías neurobiológicas.....	11
Teorías ambientalistas	12
Paradigma cognitivo	12
Perspectiva constructivista	13
Aprendizaje asociativo	13
Teoría del Aprendizaje social.....	13
Teoría sociológica.....	14
Familia.....	15
La familia y la resolución de los conflictos	15
Violencia intrafamiliar	16
Definición de violencia intrafamiliar	17
Modelo integrativo de la violencia intrafamiliar.....	18
Tipos de violencia intrafamiliar.....	21
Violencia física.....	22
Violencia psicológica.....	24
Violencia sexual.....	26
Violencia económica	26
Violencia social	27
Violencia ambiental.....	27
Violencia hacia la mujer	28

Maltrato infantil	30
Maltrato a ancianos.....	35
Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar	36
Consecuencias de la violencia intrafamiliar	38

Capítulo 2. Modelos de intervención

Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	44
Antecedentes	44
Conceptos básicos.....	46
Los fines terapéuticos	47
La temporalidad.	47
La técnica	48
Recursos terapéuticos.	50
Características de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	51
Estructura del proceso terapéutico.....	52
Herramientas terapéuticas	55
Algunos modelos de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	57
Violencia intrafamiliar y la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	60
Intervención en crisis.....	62
Antecedentes	62
Conceptos básicos.....	63
Definición de crisis	64
Tipos de crisis.....	66
Respuesta ante la crisis.....	67
Fases de la crisis.	68
Intervención en crisis.	69
Intervención de primer orden o primeros auxilios psicológicos.....	72
Intervención de segundo orden o terapia multimodal para crisis	75
Otros modelos de intervención en crisis	79
Violencia intrafamiliar e intervención en crisis.....	82
Enfoque sistémico	89
Antecedentes	89

Conceptos básicos.....	90
Principales escuelas	93
Modelo estructural	94
Meta terapéutica.....	96
Técnicas de intervención.....	96
Modelo del Mental Research Institute.....	98
Meta terapéutica.....	99
Técnicas de intervención.....	99
Modelo estratégico.....	102
Meta terapéutica.....	103
Técnicas de intervención.....	104
Modelo de Milán	105
Meta terapéutica.....	106
Técnicas de intervención.....	107
Modelo centrado en las soluciones.....	107
Meta terapéutica.....	108
Técnicas de intervención.....	109
Terapia narrativa.....	110
Meta terapéutica.....	112
Técnicas de intervención.....	112
Terapia individual sistémica	115
Antecedentes.....	116
Bases de la terapia individual sistémica	119
Meta terapéutica.....	122
Técnicas de intervención.....	122
Violencia intrafamiliar y el enfoque sistémico.....	123

Capítulo 3. Método

Justificación.....	127
Pregunta de investigación	129
Objetivos	129
Objetivo general.....	129

Objetivos específicos	129
Hipótesis conceptual	130
Muestreo	130
Tipo de estudio.....	130
Tipo de diseño.....	130
Participantes	131
Escenario	131
Instrumentos y técnicas empleadas	132
Procedimiento	133

Presentación de los casos

Caso Jimena	137
Ficha de identificación.....	137
Descripción de la paciente	137
Genograma	138
Motivo de consulta	138
Historia clínica.....	139
Historia familiar	139
Dinámica familiar actual.....	141
Historia médica	141
Antecedentes escolares.....	142
Antecedentes laborales	142
Evaluación psicológica.....	142
Integración	143
Impresión diagnóstica	144
Sugerencias terapéuticas.....	144
Proceso terapéutico y focos de intervención.....	144
Análisis del proceso	146
Primera fase: entrevistas iniciales, evaluación y encuadre.....	147
Segunda fase: tratamiento.....	148
Tercera fase: cierre.....	149

Seguimiento.....	149
Caso María.....	150
Ficha de identificación.....	150
Descripción de la paciente	150
Genograma	151
Motivo de consulta	151
Historia clínica.....	152
Historia familiar	152
Dinámica familiar actual.....	153
Historia médica	154
Antecedentes escolares.....	155
Antecedentes laborales	155
Evaluación psicológica.....	156
Integración	156
Área socio-afectiva	156
Impresión diagnóstica	157
Sugerencias terapéuticas.....	158
Proceso terapéutico y focos de intervención.....	158
Análisis del proceso	159
Primera fase: evaluación e intervención en crisis	161
Segunda fase: tratamiento.....	163
Tercera fase: cierre.....	164
Caso Laura.....	166
Ficha de identificación.....	166
Descripción de la paciente	166
Genograma	167
Motivo de consulta	167
Historia clínica.....	168
Historia familiar	168
Dinámica familiar actual.....	169
Historia médica	171

Ámbito social	171
Antecedentes laborales	172
Evaluación psicológica.....	172
Integración	172
Área socio-afectiva	172
Impresión diagnóstica	173
Sugerencias terapéuticas.....	174
Proceso terapéutico y focos de intervención.....	175
Análisis del proceso	175
Primera fase: evaluación	177
Segunda fase: tratamiento.....	178
Tercera fase: cierre.....	179

Análisis de los resultados

Identificar el tipo de violencia dentro de la dinámica familiar.....	182
Identificar la presencia de relaciones violentas entre los miembros de la familia	186
Identificar los factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar.....	190
Describir las características de la dinámica de violencia intrafamiliar	195
Describir las consecuencias de la violencia intrafamiliar	198
Identificar los cambios implementados por las pacientes para disminuir la violencia en la pareja y en la relación con sus hijos(as).....	202
Identificar las estrategias terapéuticas que promovieron el avance del proceso psicoterapéutico desde cada modelo de intervención.....	210
Discusión.....	217
Conclusiones.....	227
Limitaciones y sugerencias	230
Referencias	233
Anexos	249

Resumen

En la actualidad, la violencia intrafamiliar se considera un problema de salud pública debido a su alta incidencia y a las graves repercusiones que ocasiona entre los miembros de la sociedad (Trujano, Gómez & Mercado, 2004). Este fenómeno tiende a repetirse de manera intergeneracional ya que mujeres que han crecido en un contexto familiar violento suelen reproducir estas conductas con sus hijos, enseñándoles que la violencia es lo normativo y perpetuando así el problema (Sullivan & Everstine, 2000). El presente trabajo tiene como objetivo analizar tres casos de violencia intrafamiliar abordados desde tres modelos de intervención: psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, intervención en crisis y enfoque sistémico. A partir de dicho análisis se pretenden identificar los cambios obtenidos en los patrones de interacción que habitualmente utilizan las pacientes con sus hijos(as) y con sus parejas. Los resultados obtenidos indican que las pacientes identificaron las situaciones en las que eran violentas con sus hijos(as) y esposos, y como consecuencia de esto buscaron otras formas de relacionarse con ellos, reduciendo así los niveles de violencia intrafamiliar. A partir de los resultados de este estudio, se puede afirmar que el trabajo realizado con las pacientes les brindó alternativas para relacionarse con sus hijos(as) y parejas sin hacer uso de la violencia.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, intervención en crisis, modelo sistémico, patrones de interacción madre-hijos.

Abstract

Nowadays, family violence is considered a public health problem because of its high incidence and the consequences it causes among the society (Trujano, Gómez & Mercado, 2004). Family violence tends to repeat itself in a transgenerational pattern. This means that women who have grown up in a violent family context tend to reproduce violent behavior with their children, teaching them that violence is normative (Sullivan & Everstine, 2000). These beliefs contribute to perpetuate the problem. The aim of this study was to analyze three cases of family violence addressed from three different intervention models: psychoanalytic brief psychotherapy, crisis intervention and systemic therapy. Based on this analysis, the intention was to identify the changes obtained in the interaction patterns that patients usually use with their children and husbands. The results suggest that patients identified the situations in which they were violent with their children and husbands, and they looked for other ways of relating to them. As a consequence of this, the levels of family violence were reduced. As a conclusion, it can be said that the intervention provided the patients alternatives to interact with their children and husbands without using violence.

Key words: family violence, short-term psychoanalytically oriented therapy, crisis intervention, systemic therapy, mother-child interaction patterns.

Introducción

La familia es el grupo primario de socialización a partir del cual se aprenden las pautas de interacción que los individuos establecerán con la sociedad. Tanto la familia como la sociedad van estableciendo los roles que deben de tener los individuos en función de su género, es decir, si son hombres o mujeres (Fernández & Hernández, 2012). En algunas situaciones, el establecimiento y cumplimiento de estos roles genera desigualdad en el trato entre hombres y mujeres que desemboca en la generación y ejercicio de la violencia. Debido a la estructura familiar jerárquica de nuestra sociedad, los dos principales ejes de desequilibrio son el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia (Patrón & Limañana, 2005).

La violencia intrafamiliar se encuentra dentro de las principales formas de violencia hacia la mujer y hacia los hijos, por lo que ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002) como un problema de salud pública en el que se ejercen actos de control y abuso de poder enmarcados en la inequidad de las relaciones sociales. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2015), en América Latina, entre el 17% y el 53% de las mujeres casadas o viviendo en pareja, han reportado violencia sexual, física o psicológica, y una de cada 4 mujeres ha vivido alguna experiencia violenta a manos de su pareja. En torno al maltrato infantil se estima que cuatro de cada 10 niños y niñas de 12 a 17 años son víctimas de maltrato (INEGI, 2017).

Torres (2001) establece que las manifestaciones de violencia más comunes son la física, la psicológica o emocional, la sexual y la económica. En México, con base en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares realizada en

2011 y en 2016, se observa un aumento en cuanto a la violencia emocional y económica, siendo el Estado de México el que presenta mayor incidencia de violencia hacia la mujer.

Sullivan y Everstine (2000) mencionan que las conductas violentas tienden a repetirse de generación en generación ya que, es común, que las mujeres que viven o vivieron en un contexto familiar violento conciban la violencia como algo normal en una relación amorosa, por lo que no pueden reconocer que se encuentran en una dinámica violenta y que ellas mismas son quienes ejercen violencia hacia sus hijos.

A partir de lo ya mencionado, en este trabajo presento los casos de tres mujeres inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar con quienes trabajé, de manera individual, en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. En este trabajo busco describir el fenómeno de la violencia intrafamiliar e identificar los cambios implementados por las pacientes para disminuir la violencia en la relación con los hijos y con sus parejas. La intervención con estas pacientes se realizó desde tres diferentes enfoques terapéuticos: psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, enfoque sistémico e intervención en crisis. En torno a los tres modelos desde los cuales se abordó la intervención, cabe señalar la poca información que existe en cuanto a su eficacia es por ello que uno de los objetivos que persigue este reporte es mostrar la eficacia de diferentes modelos en el trabajo con la violencia intrafamiliar.

Para poder exponer lo antes mencionado, este trabajo se divide en seis apartados. En el capítulo 1, como parte de los fundamentos teóricos de este trabajo, se abordan los temas de violencia, familia y violencia intrafamiliar. En el capítulo 2 se presentan los modelos de intervención desde los cuales se realizó el trabajo psicoterapéutico, mencionando los antecedentes de cada modelo, los conceptos

básicos, las técnicas de intervención y las propuestas realizadas desde cada uno para intervenir en el fenómeno de violencia intrafamiliar. En el capítulo 3 se describe la metodología usada para la presentación de este informe. En el cuarto apartado se hace la presentación de cada caso y en el quinto se describen los resultados obtenidos. Finalmente, en el sexto apartado se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones derivadas del trabajo realizado y las limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Violencia intrafamiliar

Violencia

Desde los orígenes de la humanidad ha existido la violencia y aunque no es un fenómeno reciente, hoy en día persiste la dificultad para los teóricos de abordar este tema debido a la ambigüedad de los conceptos y a la imprecisión de los términos que los designan, por ejemplo, en el lenguaje común los vocablos “agresivo”, “violento”, “hostil”, entre otros, son usados como sinónimos a pesar de que en algunas ocasiones la misma expresión incluye significados diferentes u opuestos en cuanto a su valoración social (García, 2003).

En un intento por esclarecer los conceptos vinculados al fenómeno de la violencia, Corsi (1994) hace una distinción entre términos como “conflicto”, “agresividad”, “agresión” y “violencia”, entendiendo al primero como un término que alude a factores interpersonales que se oponen entre sí y que suelen traducirse en situaciones de confrontación. Asimismo, señala que la aparición de conflictos en las relaciones interpersonales es algo inevitable, pero su resolución varía dependiendo del método que se elija para resolverlo, por lo que una discusión no conduce, necesariamente, a comportamientos violentos.

En torno a la “agresividad”, este término se refiere a la capacidad humana para oponer resistencia a las influencias del medio. Lolas (1991) distingue tres dimensiones dentro de este constructo: a) una dimensión conductual que se refiere a la conducta manifiesta; b) una dimensión fisiológica que alude a las reacciones autonómicas y que forma parte de los estados afectivos; y c) una dimensión vivencial o subjetiva que califica la experiencia del sujeto. Mientras que el término de “agresión” es la conducta

mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto, esta puede adoptar distintas formas: motoras, verbales, gestuales, entre otras. La agresión debe de cumplir con dos requisitos: la direccionalidad y la intencionalidad, es decir, debe de estar dirigida a alguien y tener la intención de ocasionar un daño. A diferencia de la conducta agresiva, la conducta violenta no conlleva la intención de causar daño, aunque habitualmente lo haga; es necesario puntualizar que en ambos casos se produce un daño, pero en el caso de la conducta violenta no constituye la motivación esencial, el objetivo último de ésta es someter al otro mediante el uso de la fuerza (Corsi, 1994).

Finalmente, el término “violencia” se define como el ejercicio del poder y el control de una persona sobre otra, siendo ésta una conducta exclusivamente humana (Aumann, 2006). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017), la violencia se refiere al uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Corsi (1994) añade a esta definición que el empleo de la fuerza no se refiere exclusivamente a la fuerza física, sino que también puede ser psicológica, económica y política. Asimismo, señala que la violencia es un método utilizado para la resolución de conflictos interpersonales cuando estos se dan en un contexto de desequilibrio de poder. Generalmente este desequilibrio está definido culturalmente, es decir, está dado por normas culturales, institucionales o contractuales y tiende a presentarse de manera permanente, habitualmente adopta la forma de roles complementarios como padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, entre otros.

Tomando en cuenta las diferentes definiciones de algunos autores (Corsi, 1994; Torres, 2001; Aumann, 2006; Cárdenas, 2013; OMS, 2017), se puede concluir que la violencia es una forma de ejercicio del poder que surge en una relación de desigualdad a partir de una posición o condición superior de quien la ejerce y del estado de subordinación de quien la recibe, el objetivo es someter al otro mediante el uso intencional de la fuerza para lograr el control sobre la relación y obtener del otro lo que se desea.

Teorías explicativas de la violencia.

Para la explicación de la violencia¹, tanto de sus orígenes o causas como de sus efectos, existen diversas teorías que pueden ser agrupadas en dos bloques: las teorías biologicistas, que incluyen las teorías innatistas y las neurobiológicas; y las teorías ambientalistas que engloban el paradigma cognitivo, la perspectiva constructivista, el aprendizaje asociativo, la teoría del aprendizaje social y la teoría sociológica (García, 2003). A continuación, se hace una breve descripción de las teorías antes mencionadas.

Teorías biologicistas.

A este grupo de teorías pertenecen las que tratan de explicar la agresión como un comportamiento instintivo y también las que se basan en estudios de tipo endocrinológico, neurológico y neuroquímico. Estas teorías conciben al ser humano como un ser cuya conducta se explica en relación con la dotación genética (García, 2003).

¹ Aunque anteriormente se hizo una distinción entre los términos agresión y violencia, no todos los teóricos reconocen estas diferencias e incluso muchos de ellos los utilizan de manera indiscriminada, por lo que en este trabajo se hará uso de ambos términos de manera indistinta.

Teorías innatistas.

Existe un debate entre etólogos, psicólogos y antropólogos, en torno a si es cierto o no que los seres humanos son genéticamente e instintivamente agresivos. Las posturas innatistas defienden la idea de que los seres humanos nacemos con un componente de agresividad innata. No obstante, Montagu (1978) señala que la herencia sólo suministra la potencialidad, es decir, el que un ser humano tenga una conducta agresiva no está en función de la carga genética sino del contexto y de las circunstancias específicas de cada uno.

Inicialmente esta perspectiva fue sustentada con las ideas evolucionistas de Charles Darwin, desde el psicoanálisis por Sigmund Freud y desde la etología por Konrad Lorenz (Corsi, 2003).

En su trabajo *El origen de las especies*, Charles Darwin (1859) definió el instinto como un impulso o urgencia que obliga a un animal a perseguir una meta particular. También afirmó que la naturaleza del instinto está definida por la meta y no por las actividades específicas que se efectúan y que la meta no necesariamente es la búsqueda del placer ni la evitación del dolor (Corsi, 2003).

Por otra parte, para entender la agresión desde el enfoque psicoanalítico, Freud (1920) reconoció la existencia de dos grupos de instintos: los que están al servicio de la vida y los que están al servicio de la muerte. Postuló que la agresión resulta de los mecanismos que utiliza el yo para trasladar una parte del instinto de muerte a objetos externos con la finalidad de eliminar la energía acumulada y así volver a un estado de reposo (García, 2003). Aunque, también mencionó que a través de estos mismos mecanismos la energía puede liberarse por medio de acciones sustitutivas no agresivas.

La perspectiva etológica, defendida por Lorenz (1971), plantea que prácticamente toda la conducta animal, incluida la humana, está endógenamente determinada y es instintiva, sostiene que la finalidad de la agresión es la supervivencia de la especie. Lorenz postuló que una sustancia desconocida o excitación se acumula espontáneamente en los centros instintivos del sistema nervioso de un organismo y empuja a este a responder de una forma específica frente a estímulos concretos de la situación que le rodea (García, 2003). En el caso del impulso agresivo, menciona que este busca continuamente la expresión y que si no hay una descarga periódica el impulso se acumula y estalla inevitablemente en forma de violencia incontrolada, pero al igual que Freud, considera que este impulso puede generar acciones sustitutas y redirigirse hacia actividades no agresivas que permitan la descarga de la energía acumulada.

De manera general, las teorías innatistas defienden que la agresión es algo inherente al ser humano y que es un impulso que necesita ser liberado. No obstante, señalan que la expresión de este impulso no necesariamente conduce a conductas agresivas.

Teorías neurobiológicas.

Estas teorías establecen, al igual que la teoría de los instintos, que la agresión se encuentra dentro del mismo individuo, pero la diferencia radica en que estas teorías consideran aspectos fisiológicos que estimulan tales respuestas. Dentro de estas teorías se han hecho diversas aportaciones, por ejemplo, De Catarazzo (2001) menciona que los sistemas hipotalámico y límbico están involucrados en las respuestas adaptativas como el hambre, la sed, el miedo, la motivación reproductiva y la agresión.

Por otra parte, Martel (2001) describe la relación del sistema nervioso y del sistema endocrino en torno al efecto de las hormonas en las respuestas agresivas, señala que hay un incremento en la adrenalina y noradrenalina, sustancias vinculadas con las respuestas ansiosas y con la expresión externa de la agresión; asimismo, describe una activación de los cuerpos mamilares, el cíngulum, el hipocampo y la hipófisis.

Teorías ambientalistas.

En oposición a las teorías biologicistas, se encuentran las ambientalistas. Este enfoque concibe al ser humano como un ser que reacciona a los estímulos provenientes del exterior, de manera que su comportamiento es aprendido a partir de la experiencia interactiva con el ambiente (Corsi, 2003). Dentro de las teorías ambientalistas se encuentran el paradigma cognitivo, la perspectiva constructivista, el aprendizaje asociativo, la teoría del aprendizaje social y la teoría sociológica.

Paradigma cognitivo.

Algunas teorías señalan que los factores cognitivos desempeñan un papel crucial al determinar la manifestación de una respuesta agresiva. Este paradigma propone que el ser humano no reacciona frente a los estímulos, sino frente a la interpretación que hace de ellos, de este modo el sujeto construye permanentemente su realidad, adjudicándole significados en función de los cuales se estructuran sus conductas (Corsi, 1994).

Perspectiva constructivista.

Desde una perspectiva constructivista se toma en cuenta la red de significados que cada persona ha atribuido a la realidad circundante. Esta postura argumenta que una persona agresiva tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y frente a esta construcción cognitiva reacciona con conductas de ataque y defensa. Asimismo, señala que el hecho de que muchas personas reaccionen de manera agresiva ante situaciones similares da cuenta de significados culturalmente estructurados que adoptan la forma de mitos, prejuicios y creencias compartidos por quienes pertenecen a una misma cultura (Corsi, 1994).

Aprendizaje asociativo.

El interés de los teóricos del aprendizaje asociativo gira en torno a cómo es que los organismos adquieren hábitos de respuesta. Desde esta propuesta se plantea que los motivos sociales complejos se aprenden de igual manera que cualquier otra clase de conducta simple, es decir, a través de procesos como la extinción, la generalización, la discriminación y los principios de reforzamiento (García, 2003).

Teoría del Aprendizaje social.

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1971) explica el rol que juega la socialización en la etiología de la violencia. Esta teoría explica que a través del proceso de modelamiento una persona aprende conductas y cogniciones mediante la observación e imitación de un modelo que tiene lugar en un contexto social determinado. A partir de esta teoría se plantea que la violencia es un patrón de conducta socialmente adquirido en donde el aprendizaje del “observador” se ve fortalecido mediante la observación de la recompensa y castigo aplicado por el

“modelo” (Cárdenas, 2013). En el caso de la violencia intrafamiliar si un padre le pega a su hijo para que le obedezca, esta acción se ve reforzada cuando el hijo hace lo que el padre le dice y, en consecuencia, la observación de esta interacción enseña a los hermanos a ser abusivos y al padre a continuar con la conducta agresiva (Corsi, 2003). De esta manera, la Teoría del Aprendizaje Social sugiere que el patrón intergeneracional de violencia puede ser explicado con base en el modelamiento de actos agresivos específicos que se adquieren por la observación de las acciones de personas significativas, siendo así que la influencia de la familia es el determinante más próximo en los niveles de violencia de un individuo (Cárdenas, 2013).

Teoría sociológica.

Esta teoría concibe a la violencia como resultado de las características culturales, políticas y económicas de la sociedad. Factores como la pobreza, la marginación, la dificultad del desarrollo intelectual, la explotación o el sometimiento a sistemas altamente competitivos, están en el origen del comportamiento violento y, por tanto, son la principal causa de los problemas de conducta en las personas. Desde esta corriente se concede gran importancia a los valores predominantes en la sociedad, por ejemplo, en algunas culturas la agresión tiene un valor positivo, es una forma ‘normal’ de comportarse (Díaz, 2002).

En resumen, las teorías ambientalistas le dan mayor peso al medio en el que está inmerso el individuo, es decir, el énfasis de estas explicaciones radica en la manera en la que el ser humano interpreta su ambiente, atribuye significados a los estímulos que percibe en él y, a partir de ello, aprende a responder a dichos estímulos con base en una historia de aprendizaje previa. A partir de lo que establecen estas

teorías, se puede asumir que la familia juega un papel importante en la transmisión de dichas conductas ya que es el contexto primario en el que el ser humano aprende a atribuir significados y a relacionarse con los demás.

Familia

La familia, considerada como el sistema nuclear donde inicia la socialización primaria de todos los individuos, tendría una función de refugio ante la violencia exterior; sin embargo, es uno de los principales escenarios donde ésta se puede manifestar y donde existe la mayor impunidad para el agresor (Cárdenas, 2013).

La familia y la resolución de los conflictos.

La familia es considerada como un grupo social primario conformado por sus miembros y las relaciones que estos establecen entre sí (Soria, 2010). Su función básica es la protección psico-social de sus miembros y la transmisión de la cultura a las siguientes generaciones (Minuchin, 1986) lo que implica transmitir los valores, las creencias y las pautas de interacción típicas del contexto en el que se desenvuelven los individuos (Morales, 2014). De esta manera, los niños aprenden a definirse a sí mismos, a entender el mundo y cómo relacionarse con él a partir de lo que observan en su entorno más próximo. De forma que la familia es el primer agente socializador del niño y el más determinante a la hora de la instauración de modelos apropiados de funcionamiento social (Patró & Limiñana, 2005).

Tradicionalmente la familia estaba compuesta por el padre, la madre y los hijos que estos procrearan, no obstante, a lo largo del tiempo la composición familiar ha cambiado y aunque existen diversos tipos de familia como la monoparental, la reconstituida, la homoparental, entre otras; uno de los aspectos que todas comparten

es que en algún punto del ciclo vital de la familia se han suscitado conflictos entre sus miembros (Haley, 1986).

Corsi (1994) establece que en cualquier interacción social surgen conflictos interpersonales debido a la diferencia de intereses, deseos, valores y creencias de quienes participan en ella, por lo que al ser la familia un grupo humano, se convierte en un medio propicio para la emergencia de tales conflictos entre sus miembros. Con la aparición de diversas crisis en la familia, su dinámica se ve afectada, por lo que la familia tiene que ser flexible y contar con las habilidades suficientes para afrontar dichos cambios, permitiendo el adecuado desenvolvimiento de sus miembros (Valladares, 2008).

Idealmente, como pequeña sociedad, la familia, permite a sus miembros ensayar y fracasar en la resolución de conflictos al ser un medio flexible que contiene y establece límites (Estrada, 2012) por lo que la presencia de diversos conflictos no implica necesariamente el surgimiento de comportamientos violentos. La familia puede llegar a la resolución de sus conflictos por medio del conocimiento, las aptitudes y las habilidades comunicativas dando lugar a un trabajo orientado a la obtención de un nuevo equilibrio y un crecimiento (Corsi, 1994). Sin embargo, también pueden llegar a la resolución del conflicto mediante el ejercicio del poder y de la autoridad, donde se habla entonces de violencia intrafamiliar.

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar representa un grave problema social debido a su elevada incidencia y a la gravedad de las consecuencias que se derivan de ella ya que la exposición a la violencia durante la infancia se ha relacionado con cometer actos

violentos durante la edad adulta (Straus, Gelles & Steinmetz, 1980; Hotaling, Straus & Lincoln, 1990; Straus & Donnelly, 1994). Estudios realizados en España y Buenos Aires estiman que alrededor del 50% de las familias vive o ha vivido alguna forma de violencia (Patr6 & Limi6ana, 2005; Aumann, 2006). En M6xico la prevalencia es de 43.9% de acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional sobre la Din6mica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (INEGI, 2017) alcanzando resultados similares en encuestas internacionales de pa6ses como Brasil, Sri Lanka, Per6 y Colombia (Jaen, Rivera, Amor6n & Rivera, 2015), siendo la violencia psicol6gica o emocional una de las m6s frecuentes y socialmente toleradas (Trujano, G6mez & Mercado, 2004).

Para poder comprender la manera en la que se da este fen6meno tan complejo y la magnitud de sus consecuencias es necesario establecer una definici6n en la cual se enmarque lo que se entiende por violencia intrafamiliar, as6 como las modalidades que puede adoptar y las caracter6sticas particulares de este tipo de violencia.

Definici6n de violencia intrafamiliar.

En la Ley de Asistencia y Prevenci6n de la Violencia intrafamiliar (1998), en el Art6culo 3º, se define como violencia intrafamiliar “cualquier acto de poder u omisi6n intencional recurrente o c6clico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir f6sica, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relaci6n de hecho” (p.2).

De acuerdo con Corsi (1994; 2003) el t6rmino de violencia intrafamiliar alude a todas las formas de abuso de poder que tienen lugar en las relaciones entre los

miembros de una familia, ya sea físico, psicológico o sexual y que además es crónico, permanente o periódico. Asimismo, añade que una relación violenta en la familia se caracteriza por conductas que, por acción o por omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación.

Al igual que cualquier relación violenta implica un desequilibrio de poder, en este caso, este desequilibrio se explica por la estructura familiar, la cual se organiza en torno a dos variables: el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia (Torres, 2001; Trujano et al., 2004; Patró & Limiñana, 2005; Aumann, 2006). Aunque las estadísticas señalan que el hombre es quien con mayor frecuencia suele ser violento, Torres (2001) menciona que cualquier miembro de la familia puede ser agente o víctima de la relación abusiva. No obstante, de acuerdo con teóricos como Corsi (1994), Torres (2001) y Cárdenas (2013) el que el hombre sea quien ejerce violencia con mayor frecuencia tiene que ver con el sistema de creencias y los estereotipos de género presentes en el contexto, lo cual alude al modelo integrativo de la violencia intrafamiliar.

Modelo integrativo de la violencia intrafamiliar.

Diversas teorías han intentado determinar las causas de la violencia intrafamiliar, por ejemplo, desde el modelo psicopatológico se planteaba que las personas que ejercían violencia sobre un miembro de la familia sufrían de algún tipo de trastorno mental. Otras explicaciones atribuían la conducta violenta al consumo de alcohol y drogas, o bien tendían a culpar a la víctima al considerar que la violencia era provocada por ella. Muchas de estas explicaciones tendían a reducir y simplificar el fenómeno de la violencia intrafamiliar, dejando de lado factores vinculados al contexto social. Es por

ello que Corsi (1994) plantea que, para entender un fenómeno tan complejo, como lo es la violencia intrafamiliar, es necesario considerar los diferentes sistemas y contextos en los que una persona socializa y se desarrolla. Para este propósito Corsi adecuó el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner, en el cual plantea la necesidad de considerar los siguientes sistemas:

1. El macrosistema: este sistema lo constituyen las concepciones de género que forman parte del imaginario social, incluye las creencias y los valores culturales acerca de la mujer, el hombre, los niños y la familia, así como la idea que se tiene sobre el poder y la obediencia. En el caso de la cultura mexicana, Cárdenas (2013) describe que se tiene una estructura patriarcal en donde la subcultura masculina es dominante, lo que significa que su manera de ver el mundo es la única válida. Esta visión lleva a otorgar valores dicotómicos diferentes a cada subcultura; mientras que al varón se le educa para ser fuerte, autónomo, seguro, agresivo, objetivo y activo, a la mujer se le enseña a ser débil, dependiente, insegura, tierna, pasiva y sumisa. De la mujer se espera que desarrolle el rol de esposa y madre, teniendo como funciones fundamentales las reproductoras, cuidadoras, educadoras y sanadoras de la familia, estas funciones se llevan a cabo en el espacio doméstico e implican la dependencia económica, social y sexual hacia el hombre, así como la falta de individualidad (Cárdenas, 2013). Por otra parte, del hombre se espera que se convierta en la cabeza de la familia, se le deposita el poder económico, social y sexual, y no se espera que intervenga en las funciones domésticas (Ruíz-Jarabo & Blanco, 2004). Cuando el hombre no cumple con sus obligaciones y la mujer sale de su papel tradicional para solucionar las necesidades básicas de la familia es cuando

se puede producir un conflicto en el sistema (Torres, 2001). En cuanto a los hijos, se espera que estos obedezcan a los padres e incluso se les da mayor valor a los hijos varones que a las hijas mujeres. Este sistema de creencias va dando forma a los roles familiares, los derechos y las responsabilidades de los miembros de la familia. Así, un hombre que ha crecido en un contexto patriarcal tiene la certeza de que le corresponde el derecho de que sus decisiones sean obedecidas, cualquier transgresión a esa regla justificará el uso de la fuerza para castigar a quien no la ha respetado (Corsi, 1994).

2. El exosistema: engloba las instituciones y los espacios sociales que encarnan estos valores, así como la comunidad en la que la persona nace, crece y se desarrolla. Algunos ejemplos de este subsistema son la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, el trabajo, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad. La manera en la que la violencia se perpetúa dentro del exosistema se pone en evidencia tanto en las instituciones religiosas que suelen alentar la resignación frente al maltrato intrafamiliar y siguen sosteniendo un modelo de familia patriarcal, como en la carencia de una legislación adecuada que defina la violencia dentro de la familia como conductas socialmente punibles y en la escasez de apoyo institucional para las personas que solicitan la atención (Corsi, 1994).
3. El microsistema: se refiere a las relaciones cara a cara, son los elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción, así como la historia personal de sus integrantes. En los estudios realizados con familias que presentan problemas de violencia se ha visto un predominio de estructuras familiares autoritarias en las que la distribución del poder sigue los estereotipos

culturales, así como un alto porcentaje de contextos violentos en las familias de origen que han tenido como efecto la normalización de la violencia (Corsi, 1994).

Para poder adaptar este modelo y construir un marco conceptual integrativo, Corsi (1994) añadió un cuarto nivel que denominó nivel individual. Dentro de este subsistema estableció cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

1. Dimensión cognitiva: comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el estilo cognitivo de la persona.
2. Dimensión conductual: abarca todo el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
3. Dimensión psicodinámica: se refiere a la dinámica intrapsíquica, va desde las emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconscientes, por ejemplo, las personas que han vivido situaciones de maltrato generalmente experimentan un conflicto entre la necesidad de expresar sus sentimientos y el temor que les provoca la posible reacción del agresor.
4. Dimensión interaccional: alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal. En este fenómeno, la violencia se da por ciclos; la interacción varía desde periodos de calma y afecto hasta situaciones de violencia que pueden llegar a poner en peligro la vida.

Tipos de violencia intrafamiliar.

Una vez establecida la definición de violencia intrafamiliar, así como el modelo explicativo a partir del cual se va a partir, es necesario describir las modalidades y las

manifestaciones que este fenómeno suele tomar. De acuerdo con Torres (2001) la violencia intrafamiliar abarca una amplia gama de conductas y comportamientos, sin embargo, sus manifestaciones se pueden clasificar en función de los medios utilizados y de las consecuencias producidas en: violencia física, violencia psicológica o emocional, violencia sexual y violencia económica. Además de estos tipos de violencia, Corsi (1994) también considera la violencia social-ambiental. Esta clasificación se establece como una manera práctica para entender y explicar la amplia gama de conductas que engloba este fenómeno. No obstante, autores como Corsi (1994), Saltijeral, Ramos, Caballero (1998) y Torres (2001) afirman que estas formas de violencia se presentan de manera conjunta o en distintas combinaciones y que el efecto que tienen suele ser un daño emocional. A continuación, se describen los tipos de violencia intrafamiliar señalados anteriormente.

Violencia física.

La violencia física es parte de un patrón identificable de abuso esperado, sistemático y escalado que con frecuencia se extiende a toda la vida (Saltijeral et al., 1998). Este tipo de violencia suele ser la más evidente porque deja una huella en el cuerpo, aunque no siempre se perciba. Generalmente ocasiona algún daño en el cuerpo ya sea por medio de golpes propinados con las manos, los pies, y en ocasiones con objetos como cinturones, utensilios domésticos o instrumentos punzocortantes (Torres, 2001).

La violencia física comprende un patrón de conductas que se presentan en un continuo y que van desde actos de violencia leve como un empujón, hasta actos más severos como el asesinato, pasando por golpes de diversas intensidades.

De acuerdo con Torres (2001) el maltrato físico puede clasificarse en leve, moderado, grave y extremo, según la gravedad de las consecuencias producidas. Esta clasificación se hace en función del tiempo que tardan en sanar las lesiones, así como del peligro que implica para la salud, cabe señalar que a menudo coexisten las diversas intensidades del maltrato. A continuación, se explica en qué consiste cada una de ellas:

- Violencia leve: se considera violencia leve cuando la lesión tarda en sanar de 15 días a dos meses y no implica un peligro serio para la salud ni deja un daño permanente, algunos ejemplos de violencia leve son cachetadas, empujones, pellizcos, entre otros.
- Violencia moderada: se incluyen heridas que tardan en sanar entre 2 y 6 meses. Este grado de violencia no pone en peligro la vida ni produce un daño permanente, pero sí deja cicatrices en el cuerpo y puede requerir atención médica especializada. Algunos ejemplos suelen ser heridas moderadas con objetos punzocortantes, quemaduras de cigarrillos, entre otros.
- Violencia grave: se refiere al estadio inmediato anterior al homicidio. En esta categoría se engloban las mutilaciones y las lesiones definitivas, como la pérdida de la capacidad auditiva o visual, la pérdida o mutilación de algún miembro y heridas que dejan una cicatriz permanente en el rostro.
- Violencia extrema: se refiere al asesinato. La muerte es una consecuencia de la violencia en la familia que se presenta con relativa frecuencia y que por lo general es la culminación de una trayectoria de episodios violentos que comenzaron con un acto de violencia leve y que paulatinamente subieron de intensidad.

Violencia psicológica.

La violencia psicológica o emocional es la más difícil de identificar ya que los daños producidos no se pueden percibir a simple vista e incluso muchas actitudes de sometimiento y sujeción pasan inadvertidas porque gozan de autorización social y son estimuladas de manera directa. Este tipo de violencia engloba conductas que producen desvalorización o sufrimiento en quienes la padecen (Bennet, Cohen & Ellard, 1991). El objetivo de este tipo de violencia es desestabilizar o herir a la otra persona (Hirigoyen, 2005). Dentro de la violencia psicológica tanto los medios utilizados como el daño producido se ubican en la esfera emocional. Torres (2001) refiere que las mujeres suelen ser quienes ejercen en mayor medida este tipo de violencia, mientras que los hombres suelen ejercer violencia física.

Hirigoyen (2005) y Torres (2001) sostienen que este tipo de violencia engloba las siguientes acciones:

- Asedio o acoso: se refiere a lo que hace una persona para controlar a otra, como llamarla por teléfono para verificar dónde está, interrogarla sobre sus actividades, entre otros. En este rubro es importante distinguir entre el interés y la preocupación genuinos de la desconfianza y el control.
- Abuso verbal: dentro de esta categoría se incluyen los insultos, los gritos, los apodosos peyorativos, las humillaciones, las burlas del aspecto físico, de las actividades que se realizan o de la capacidad intelectual con la intención de ridiculizar al otro, así como de atacar la autoestima de la persona a través de actitudes desdeñosas, palabras hirientes y frases despectivas. En esta categoría también se pueden englobar el ignorar a una persona y el silencio, el cual puede durar algunas horas, varios días o incluso años; la característica de este tipo de

silencio es que se produce sabiendo que eso va a molestar, a causar incomodidad, a humillar o a herir a la otra persona. En este caso, el silencio es una forma de violencia emocional por omisión.

- Indiferencia ante las demandas afectivas: se refiere a mostrarse insensible y desatento ante el otro, rechazarlo e ignorar sus necesidades y/o sentimientos, o crear una situación de carencia y frustración con la finalidad de que el otro se sienta inseguro.
- Amenazas: son los avisos que se dan para anunciar que se provocará algún tipo de daño. Para que las amenazas logren el efecto de intimidar y atemorizar es necesario que la víctima crea que el agresor es capaz de cumplirlas.
- Intimidación: este tipo de violencia consiste en hacer ademanes agresivos, como intentos de golpes, con la intención de infundir miedo, generar una situación de aislamiento e incrementar la dependencia emocional. Una forma eficaz de intimidar es dirigir la violencia física hacia objetos que pertenezcan a la víctima, a través de esta acción se transmite el mensaje: “mira lo que puedo hacerte”.
- Chantaje: consiste en utilizar una posición de debilidad, real, ficticia o exagerada, para controlar al otro mediante la manipulación y la explotación de la culpa.
- Control: consiste en vigilar a alguien de un modo malicioso, con la idea de dominarlo y mandarlo, el control se puede ejercer en las horas de sueño, las horas de la comida, los gastos, las relaciones sociales, entre otros.
- Aislamiento: la finalidad de este tipo de violencia es ir mermando la independencia de la otra persona, algunos ejemplos son suprimir el teléfono, la computadora y/o las visitas de amigos o familiares.

Violencia sexual.

Se refiere a cualquier actividad sexual no deseada y forzada (Domínguez, García & Cuberos, 2008), comprende conductas, actos u omisiones tendientes a generar menoscabo en la sexualidad de la víctima, estas conductas incluyen hostigamiento, tocamientos, caricias indeseadas, y en general, la imposición de actos eróticos en contra de la voluntad de la víctima hasta la violación (Trujano et al., 2004). La violencia sexual se puede manifestar de dos maneras, ya sea mediante la humillación o bien a través de la dominación (Hirigoyen, 2005).

Al igual que otras formas de violencia, la sexual, también aumenta en forma paulatina y constante (Torres, 2001).

Violencia económica.

La violencia económica o financiera tiene que ver con el control de los recursos económicos o materiales, por ejemplo: restringirlos, negarlos o esconderlos y, de acuerdo con Corsi (1994) se pretende dañar económicamente a los miembros de la familia.

La violencia económica la ejerce quien realiza un acto o una omisión deliberada para someter a otra persona mediante el control de determinados recursos materiales como el dinero o bienes que pertenezcan al agresor, a la víctima o a ambos. El ejemplo más común de este tipo de violencia es la omisión, la cual ocurre cuando, por ejemplo, no se cubren los gastos del hogar o se cubren de manera insuficiente (Torres, 2001).

Violencia social.

La violencia social en la familia se caracteriza por la vigilancia y restricción en el desarrollo de la persona, limitándola, espiándola y debilitando sus habilidades con la intención de que pierda contacto con sus posibles redes de apoyo (Trujano et al. 2004).

Violencia ambiental.

De acuerdo con Trujano et al. (2004) la violencia ambiental se refiere al ocultamiento, la restricción, el daño o retiro de propiedades o mascotas de la pareja o de otro miembro de la familia.

Además de esta clasificación de violencia intrafamiliar, Corsi (2003) propone otra basada en el género y en la generación: violencia hacia la mujer o violencia de pareja, maltrato infantil y maltrato hacia personas ancianas. En la tabla 1 se describen las formas que puede adoptar la violencia en función de la población a la que es dirigida.

Tabla 1

Formas de violencia intrafamiliar con base en el género y la generación

	Población vulnerable	Formas que adopta
Violencia basada en el género	Mujeres	Violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia social, violencia ambiental y violencia económica
Violencia basada en la generación	Niños y ancianos	Maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, abuso sexual, abuso económico y explotación

Nota: Adaptado de “Maltrato y abuso en el ámbito doméstico” por J. Corsi, 2003, México: Paidós, p. 19.

Violencia hacia la mujer.

El maltrato a las mujeres en el hogar abarca una amplia gama de conductas que tienen como finalidad obligar a la mujer a hacer lo que el hombre quiere. Torres (2001) enfatiza que el móvil último de la violencia no es producir un daño al otro sino ejercer el poder y el control sobre el otro, por medio de la presión y la manipulación psicológica. Dentro de la violencia hacia la mujer se pueden encontrar formas de abuso físico, psicológico, económico y sexual.

Leonore Walker (1979) ha descrito la manera en la que se produce y se mantiene la violencia en la pareja. Ella plantea que este tipo de maltrato tiende a ser cíclico y se desarrolla en tres fases: la fase de tensión, la fase de agresión y la fase de luna de miel.

La fase de tensión se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Al irse acumulando esta tensión, llega a un nivel en donde se produce su liberación y es cuando se da lugar a la fase de explosión. En la fase de tensión, la persona violenta expresa hostilidad hacia la pareja, de manera sutil comienza a agredirla psicológicamente a través de acciones como la ridiculización, la compara con otras personas, se ríe de sus opiniones, la corrige en público o la ignora. Una forma muy común de violencia psicológica es utilizar a los hijos para que la mujer se sienta culpable de cualquier detalle relacionado con su comportamiento, su desempeño escolar, sus relaciones con otros chicos, entre otros.

En la segunda fase estalla la violencia psicológica, física y/o sexual a causa de la incontrolable descarga de tensiones que se han acumulado desde la primera fase. La violencia en esta etapa suele ser intensa con el objetivo de imponer la opinión o

solución propia. Cuando existe violencia psicológica en la relación de pareja el agresor busca desestabilizar a la mujer para hacerla dudar de sí misma y poco a poco se reduce su capacidad para comprender lo que está sucediendo, para elaborar un plan y decidir qué acciones le conviene tomar para salir de esa situación (Torres, 2001).

Durante la última fase el hombre violento se arrepiente, pide perdón, hace promesas de cambio o le hace regalos a su pareja. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación y además le permite ver “el lado bueno” de su pareja, fomentando la esperanza de que puede llegar a cambiar (Cárdenas, 2013). La luna de miel termina con la reaparición de conflictos antiguos y recientes, se vuelve a acumular la tensión hasta que se producen los golpes y después el arrepentimiento (Matud, Gutiérrez & Padilla, 2004).

Una vez que ha surgido el primer episodio de violencia y a pesar de las muestras de arrepentimiento del agresor, la probabilidad de que vuelva a ocurrir es mucho mayor. A partir del primer golpe, el ciclo de la violencia se convierte en una espiral, donde el tiempo que pasa entre cada fase es menor y tanto la frecuencia como la intensidad del maltrato van en aumento (Torres, 2001; Cárdenas, 2013). La presencia de distintas formas de maltrato, el incremento en la gravedad y la frecuencia, son una constante en las relaciones de violencia.

De igual forma, la reacción común de una mujer maltratada es callar lo que ha sucedido, aislarse, sentir que no tiene salida, elaborar fantasías suicidas y estallar de distintas maneras, frecuentemente empieza a maltratar a sus hijos (Torres, 2001).

Maltrato infantil.

Barudy (1998) afirma que el maltrato infantil aparece cuando en la célula familiar las funciones parentales no están garantizadas, es decir, algo provoca que los recursos propios de las funciones de padre y madre se vean desviados hacia otras funciones que aparecen como prioritarias y urgentes para los adultos del sistema familiar. Cuando esto ocurre existe el riesgo de que se presente el maltrato, este fenómeno puede ser el resultado de dos situaciones: 1) puede ser la expresión de una crisis en el ciclo vital de una familia, o 2) puede ser una experiencia organizadora de la fenomenología familiar.

Cuando el maltrato se da como expresión de una crisis en el ciclo vital de la familia, se habla de una falla de los mecanismos naturales que una familia posee para controlar el estrés familiar (Cohen & Lazarus, 1982; Meichenbaum & Turk, 1984). Ahora bien, si el maltrato aparece como una forma de organización en la familia, se trata de familias en las que los adultos tienen tendencia a repetir crónicamente comportamientos abusivos y violentos sobre sus hijos, quienes a su vez podrían transformarse en padres abusivos convirtiendo así a la violencia intrafamiliar en un modo de vida transgeneracional. Barudy (1998) explica que cuando se da el segundo fenómeno, se pueden identificar cuatro niveles de experiencias de los padres que interactúan entre sí y que propician la aparición del maltrato infantil:

1. Carencias relacionadas con la función maternal: por lo general, se trata de adultos que crecieron en un medio familiar y social pobre en recursos maternales. Estos adultos hambrientos de amor ven a sus hijos como un objeto de reparación, esperando que llenen total o parcialmente estas carencias del pasado. El momento crítico para la aparición del maltrato ocurre cuando se produce el nacimiento de los hijos y su presencia real rompe el sueño reparador

de sus padres. El recién nacido no corresponde en nada al niño que habían imaginado. Cuando el niño llora porque tiene hambre, frío o porque no tiene un contacto corporal adecuado, estos padres vuelven a sentir una enorme frustración que puede expresarse por gestos violentos (Barudy, 1998; Sullivan & Everstine, 2000).

2. Carencias relacionadas con la función paternal: cuando los adultos que tendrían que haber desempeñado el papel simbólico del padre no fueron capaces de garantizar una conducta estructurante en cuanto al control del comportamiento de los niños y a la interiorización de las leyes y normas que protegen los derechos de cada uno de los miembros de una familia, ya sea porque ejercían la autoridad de forma abusiva o bien porque había una ausencia de la función parental, es común que ahora esos adultos tengan actitudes que oscilan entre la indecisión y el autoritarismo hacia sus hijos.
3. Trastornos relacionados con la organización jerárquica de la familia: en los sistemas familiares productores de maltrato infantil existen trastornos de la organización jerárquica, es decir, los límites entre los subsistemas no están claramente definidos, es difícil distinguir los roles y las tareas que le corresponden a cada miembro, y también se puede identificar la presencia de coaliciones y de triángulos intergeneracionales. Por ejemplo, un niño podría no tener claro quién debe de cuidarlo y protegerlo, esta confusión puede obligarlo a asumir la tarea de cuidar y proteger a sus padres (Barudy, 1998).
4. Trastornos de los intercambios entre la familia y el entorno: la supervivencia de un sistema humano y de sus miembros depende de las posibilidades de regular la apertura y el cierre de las fronteras que delimitan los diversos subsistemas que

lo constituyen y la frontera que lo separa del entorno (Andolfi, 1992). En los sistemas familiares en donde hay maltrato, esta frontera simbólica es disfuncional, bien porque cierran y abren las fronteras cuando no deberían hacerlo, o bien porque tienden a abrir el sistema en todos los intercambios, o en el caso contrario a cerrarlo (Barudy, 1998). El maltrato pasivo está relacionado muchas veces con necesidades homeostáticas de apertura exagerada de las fronteras, mientras que el maltrato activo se da con más frecuencia en sistemas rígidos y cerrados.

Sullivan y Everstine (2000) mencionan que el maltrato infantil ocurre cuando el castigo corporal ocasiona magulladuras u otras lesiones al niño, o cuando el niño ha sido lesionado de una manera tan grave, que requiere de atención médica. No obstante, esta definición sólo hace mención del castigo corporal, dejando de lado conductas que incluyen gritos, insultos o bien omisiones, por lo que González, Azaola, Duarte y Lemus (1993) definen el maltrato infantil como todo acto u omisión capaz de producir daños físicos y/o emocionales y que es cometido de manera intencional contra un menor de edad. Loredo (1994) identifica las siguientes manifestaciones que puede tomar el maltrato infantil:

- Rechazo: incluye abandono, retiro de afecto, humillaciones y falta de reconocimiento de los logros del menor.
- Terror: se refiere a amenazas de daño, castigos, insultos y un ambiente impredecible e incontrolado.
- Indiferencia: es la ausencia de atención y de disponibilidad a las necesidades del menor.

- Aislamiento: se refiere a incomunicar, desamparar y retirar al menor de contactos sociales y de estimulación ambiental.
- Corrupción: esto incluye enseñarle o reforzarle comportamientos antisociales.

Por su parte, Barudy (1998) menciona que el maltrato infantil puede adoptar dos formas de violencia, las interacciones y/o conversaciones activas y las pasivas. Las interacciones activas se refieren a los comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica que provocan un daño, este conjunto de conductas se denominan maltrato activo o violencia por la acción. Por el otro lado, el maltrato pasivo se refiere a la omisión de intervenciones y/o de discursos necesarios para asegurar el bienestar de los niños. Dentro del maltrato pasivo se engloban las situaciones de negligencia o violencia por omisión.

En la categoría del maltrato activo se puede incluir el abuso físico, el maltrato psicológico y el abuso sexual:

- Abuso físico: se refiere a cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño (Corsi, 1994). Este tipo de maltrato puede incluir golpes, cortadas, quemaduras, fracturas y/o lesiones internas.
- Maltrato psicológico: es uno de los más frecuentes y suele ser el más tolerado socialmente ya que se puede confundir con un estilo de crianza rígido. Típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono) o por un ambiente relacional caracterizado por gestos insistentes que comunican confusión, aislamiento, fusión y/o corrupción.

- Abuso sexual: se define como cualquier contacto sexual con un niño por parte de un familiar o tutor adulto, con el objeto de obtener la excitación y/o la gratificación sexual del adulto. Este tipo de abuso va desde la exposición de los genitales por parte del adulto, hasta la violación del menor. Algunos de los signos que suelen presentar niños y adolescentes que han sido abusados sexualmente se encuentran llanto fácil, cambios bruscos en la conducta escolar, llegar temprano a la escuela e irse tarde, ausentismo escolar, conducta agresiva, depresión crónica, conducta sumisa, temor al contacto físico, conocimiento sexual y conducta inapropiada para la edad, e irritación, dolor o lesión en la zona genital (Corsi, 1994). Barudy (1998) afirma que este tipo de violencia se puede comparar con una tentativa de asesinato moral de los niños.

En cuanto al maltrato pasivo o negligencia, este es el resultado de situaciones en las que, de manera deliberada o por una actitud negligente, las personas responsables de los niños no hacen nada para evitarles los sufrimientos o no hacen lo necesario para satisfacer una o varias de sus necesidades, juzgadas como esenciales para el desarrollo de las aptitudes físicas, intelectuales y emotivas de un ser humano (Barudy, 1998). Esta categoría de maltrato puede darse en dos direcciones:

- Abandono físico: ocurre cuando las necesidades físicas como alimentación, abrigo, higiene, protección y vigilancia del menor no son atendidas de manera temporal o permanente.
- Abandono emocional: se refiere a la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño, ausencia de contacto corporal e indiferencia frente a los estados emocionales del niño.

Como consecuencia de este tipo de maltrato, el autoconcepto, la autoestima y la competencia social del menor se suelen ver afectados y es muy probable que en la adultez se presenten comportamientos poco adaptativos que pueden ir desde dificultades para relacionarse social y afectivamente hasta la reproducción del maltrato en su papel de padre o madre, perpetuando así la violencia intrafamiliar (Patró & Limiñana, 2005).

Además de estos efectos, Barcelata y Álvarez (2005) mencionan que las características de un menor agredido suelen ser aplanamiento emocional, limitaciones para experimentar placer, desorganización conductual, hipervigilancia, dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, conductas antisociales, bajo funcionamiento cognitivo y académico, y mayor probabilidad de presentar trastornos más severos como el trastorno de estrés postraumático.

Maltrato a ancianos.

El maltrato a ancianos es definido como todo acto que, por acción u omisión, provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia. Este tipo de maltrato comprende agresiones físicas, trato despectivo, descuido en la alimentación, los cuidados médicos, el abuso verbal, emocional y económico, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, entre otros, por parte de los hijos u otros miembros de la familia (Corsi, 1994).

En resumen, la violencia intrafamiliar se puede clasificar en violencia física, psicológica, económica, sexual y ambiental en función de los medios utilizados y de las consecuencias producidas. Asimismo, se puede distinguir entre violencia hacia la mujer,

maltrato infantil y maltrato a ancianos, en función de la población a la que se dirijan las agresiones.

Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar.

La identificación de los factores de riesgo asociados con las distintas formas que adopta la violencia familiar resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas de intervención. Corsi (2003) divide los factores de riesgo en tres categorías:

- Factores de riesgo con eficacia causal primaria: este tipo de factores tiene que ver con aspectos culturales.
- Factores de riesgo asociados: son aspectos que aumentan la probabilidad de ocurrencia y/o la gravedad de sus manifestaciones, pero no constituyen elementos causales para la violencia.
- Factores que contribuyen a la perpetuación del problema: se refiere a aspectos que derivados del funcionamiento de las instituciones impiden identificar de manera temprana el problema y a su vez dar una respuesta eficaz a este.

En la siguiente tabla se agrupan los factores de riesgo en función del tipo de violencia intrafamiliar a partir de la clasificación propuesta por Corsi.

Tabla 2

Factores de riesgo para la violencia intrafamiliar

	Violencia contra la mujer	Maltrato infantil
Factores de riesgo con eficacia causal primaria	- Pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros. - Socialización de género según estereotipos.	- Pautas culturales que definen a los niños como posesión de sus padres. - Aprendizaje de la violencia en la familia de origen por parte de

	<ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones familiares verticales y autocráticas. - Aprendizaje femenino de la indefensión. - Aprendizaje masculino del uso de la fuerza para la resolución de conflictos. - Exposición a la violencia intrafamiliar durante la infancia. - Naturalización y aceptación de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> los padres. - Uso del castigo como método de disciplina. - Historia de violencia conyugal. - Aislamiento social. - Fallas en el sistema de planificación familiar. - Ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de la maternidad/paternidad.
Factores de riesgo asociados	<ul style="list-style-type: none"> - Factores estresantes (económicos, laborales, sociales). - Uso de alcohol y/o drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores estresantes (económicos, laborales, sociales). - Uso de alcohol y/o drogas. - Falta de soporte familiar y social.
Factores que contribuyen a la perpetuación del problema	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de legislación adecuada. - Falta de capacitación del personal policial, judicial y de salud para identificar y atender adecuadamente los casos. - Patologización del problema por parte de los servicios de asistencia. - Ausencia de redes comunitarias de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacitación del personal policial, judicial y de salud para identificar y atender adecuadamente los casos. - Ausencia de redes comunitarias de apoyo.

Nota: Adaptado de “Maltrato y abuso en el ámbito doméstico” por J. Corsi, 2003, México: Paidós, p. 33.

Además de los factores descritos anteriormente, Sullivan y Everstine (2000), y Muñoz et al. (2006) mencionan que algunos factores que aumentan la probabilidad de que se presente algún tipo de violencia intrafamiliar son los siguientes:

- Padres abusivos en la infancia: las personas que han presenciado o han sido víctimas de maltrato infantil son más propensas a repetir dichos patrones ya que han aprendido a relacionarse a partir de modos de interacción violentos.
- Nuclearización de la familia: se refiere a que la familia se separa y aísla de la familia extendida, perdiendo así un importante sistema de apoyo.
- Temor al abandono.
- Embarazo a temprana edad: hay un riesgo mayor de maltrato infantil en parejas jóvenes debido a que parecen desconocer las capacidades de sus hijos, no tienen conciencia de cuál es la conducta esperada en un niño en función de su edad. Debido a esto, hacen demandas irreales a sus hijos en términos de obediencia, habilidad o capacidad intelectual y cuando estos no logran cumplirlas se produce el maltrato.
- Percibirse sin recursos propios o con un autoconcepto negativo.
- Presencia de baja autoestima y tendencia a sentirse fracasados.

Consecuencias de la violencia intrafamiliar.

Las consecuencias de la violencia intrafamiliar se pueden clasificar en función del tipo de daños que causa a nivel individual, por ejemplo, consecuencias físicas o psicológicas; o bien, de acuerdo con el área de la vida de la persona que se ve afectada: consecuencias en el ámbito laboral, escolar, de la salud, entre otros.

En torno a la primera clasificación, las consecuencias de la violencia se relacionan con el tipo de lesiones que se producen inmediatamente después del episodio violento. Por ejemplo, las secuelas producto de violencia física se pueden manifestar en diferentes partes del cuerpo y varían en cuanto al nivel de gravedad (leve a mortal) y el daño producido (traumatismo interno o externo) (Sepúlveda, 2000).

Dentro de las consecuencias de agresiones físicas, Cárdenas (2013) describe que las secuelas a largo plazo pueden ser de tipo anatómico, funcional y/o estético. Define las lesiones anatómicas como aquellas que afectan a cualquier tejido, órgano o sistema sin dañar la función de este, mientras que una lesión funcional afecta la función de cualquier tejido, órgano o sistema. Finalmente, las lesiones estéticas afectan la belleza y la autoestima de la persona.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, autores como Matud et al. (2004), señalan que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar suelen presentar una debilitación gradual de sus defensas físicas y psíquicas, lo que provoca un incremento de los problemas de salud. En el caso particular de las mujeres, tienden a desarrollar la sensación de que son incapaces de cuidarse a sí mismas y a sus hijos, presentan sentimientos de culpa y de aislamiento social. Asimismo, se produce una pérdida del sentimiento de invulnerabilidad, sentimiento que constituye un componente importante para evitar que las personas se paralicen con el miedo a su propia vulnerabilidad. En el caso de los niños que son testigos y víctimas de la violencia intrafamiliar, se ve afectado el sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean; surgen sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia pueda repetirse, lo que se asocia a una ansiedad que puede ser paralizante (Patró & Limiñana, 2005).

Las secuelas psicológicas más frecuentes a largo plazo, independientemente del tipo de maltrato experimentado son las siguientes:

- Síndrome de Estocolmo: este síndrome es consecuencia de un estado disociativo que hace a la víctima negar la parte violenta del comportamiento de su agresor y al mismo tiempo desarrollar un vínculo con el lado que percibe más positivo, e ignorar sus propias necesidades y convertirse en hipervigilante ante las de su agresor (Graham & Rwlings, 1991).
- Síndrome de la mujer maltratada: el maltrato continuo genera un proceso patológico de adaptación denominado síndrome de la mujer maltratada, el cual se caracteriza por indefensión aprendida, intentos fallidos de contener la agresión, baja autoestima, culpabilidad, confusión, incapacidad para concentrarse, trastornos en los hábitos alimenticios y de sueño, sensación de no poderse comunicar con los demás, timidez, furia o miedo prolongado y aceptación de las agresiones como un castigo merecido (Hilberman & Munson, 1977).
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT): se presenta tras la exposición súbita a una situación de estrés lo bastante intensa y prolongada para desbordar ampliamente las capacidades de integración cognitiva emocional del individuo. Entre las causas más frecuentes de TEPT destacan: abuso sexual, accidentes, asaltos, secuestros, duelos no resueltos y violencia intrafamiliar (Cárdenas, 2013).

- Depresión: de acuerdo con la OMS (2013), la violencia en la pareja y los antecedentes de violencia, ya sea como autor o víctima, son considerados en las mujeres como factores de riesgo para desarrollar depresión.
- Ansiedad: la percepción de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal provocan sensaciones de temor, dificultad para concentrarse, irritabilidad e hipervigilancia. De igual forma, la víctima experimenta trastornos del sueño, pesadillas y pensamientos obsesivos en relación con la persona violenta (Hughes, 1988).
- Baja autoestima: frecuentemente se observa la pérdida de valía personal, del amor y respeto hacia sí mismos, y la sensación de no poder manejarse en todos los ámbitos de su vida (Saltijeral et al., 1998).
- Abuso o dependencia de drogas: como un intento de aliviar de manera transitoria el malestar físico o emocional generado por la cronicidad de la violencia, algunas personas recurren al consumo de sustancias adictivas (Muñoz et al, 2006).
- Suicidio o ideación suicida: diferentes investigaciones coinciden en que el aislamiento es la variable que más incidencia tiene para que los individuos quieran acabar con su vida, como única solución para acabar con su sufrimiento (Saltijeral et al., 1998; Cárdenas, 2013).
- Déficit en resolución de problemas: las personas que están inmersas en situaciones de violencia tienen dificultades para generar un mayor número de alternativas eficaces, así como de seleccionar alternativas adecuadas ante un problema que quienes no están en esa condición (Cárdenas, 2013).

En cuanto a las consecuencias de la violencia en los distintos ámbitos de la vida de una persona, Corsi (sf; 2003) identifica las siguientes:

Tabla 3

Consecuencias de la violencia intrafamiliar

Ámbito	Consecuencias de la violencia
Trabajo	Incremento del ausentismo laboral; disminución del rendimiento laboral.
Educación	Aumento del ausentismo escolar; aumento de la deserción escolar; trastornos de conducta y de aprendizaje; violencia en el ámbito escolar; menor rendimiento académico.
Salud	Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, trastornos somáticos, entre otros). Consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos, etc.). Consecuencias letales (suicidio, homicidio). Trastornos del desarrollo físico y psicológico.
Social	Fugas del hogar; embarazo adolescente; niños en situación de riesgo social; conductas de riesgo para terceros; prostitución; conductas delictivas en el caso de niños y adolescentes; menor competencia social.
Seguridad	Violencia social; violencia juvenil; conductas antisociales; homicidios y lesiones dentro de la familia; delitos sexuales.
Economía	Incremento del gasto en los sectores salud, educación, seguridad, justicia; disminución de la producción.

Nota: Adaptado de “Maltrato y abuso en el ámbito doméstico” por J. Corsi, 2003, México: Paidós, p. 31 y de “La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo” por J. Corsi, sin fecha, p.10.

Además de estas consecuencias, Sullivan y Everstine (2000) mencionan que los hijos que son testigos o víctimas de violencia presentan diversos problemas, como por ejemplo arranques de ira, enuresis, peleas violentas con pares y vandalismo. Aunado a

esto, Patró y Limiñana (2005) señalan que estos niños presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes).

Finalmente, también existen efectos a largo plazo asociados a la exposición de los niños a situaciones de violencia familiar como, por ejemplo, que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar lo que aumenta el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta. González et al. (2013), mencionan que, en la edad adulta, las hijas de mujeres que han vivido situaciones de violencia intrafamiliar tienen mayores probabilidades de experimentar este tipo de agresiones con su pareja mientras que los hijos son más propensos a perpetrarla.

El poder entender las consecuencias que se producen a partir de las conductas violentas que se dan dentro de la familia, permite comprender la importancia de intervenir en este fenómeno ya que una de las consecuencias a largo plazo tiene que ver con la transmisión de generación en generación de este patrón como una forma efectiva para solucionar conflictos, lo que lleva a que se mantenga el problema de la violencia intrafamiliar.

Capítulo 2. Modelos de intervención

La importancia de abordar distintos modelos de intervención nace de la necesidad de dar una atención psicológica acorde a la valoración realizada a cada paciente, tomando en cuenta el motivo por el que busca la atención psicológica, el objetivo que desea alcanzar, el contexto en el que está inmersa, los recursos personales con los que cuenta, entre otras cosas, con la finalidad de brindar un servicio que satisfaga sus necesidades. En este capítulo se presentan los modelos de intervención desde los cuales se realizó el trabajo terapéutico con cada una de las pacientes: psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, intervención en crisis, y el enfoque sistémico; señalando los antecedentes, los conceptos principales de cada modelo, así como las principales técnicas de intervención.

Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

Antecedentes.

Las psicoterapias breves surgieron como una respuesta al problema asistencial planteado por una masa cada vez mayor de la población consultante y una cantidad insuficiente de terapeutas (Braier, 1999). Dada esta gran demanda de atención, la implementación de terapias de corto plazo, individuales y grupales, permitieron extender la asistencia psiquiátrica, propósito que no era posible con los tratamientos de larga duración.

Asimismo, un factor que contribuyó al desarrollo y difusión de las terapias breves fueron las limitaciones económicas de muchos de los que acudían en busca de ayuda terapéutica. Al ser la psicoterapia breve un tratamiento de corta duración se volvió más accesible para personas de pocos recursos.

Entre los orígenes de la psicoterapia breve se pueden incluir los tratamientos efectuados por Freud en un inicio de su carrera ya que estos eran, en cierto modo, terapias breves debido a que duraban sólo algunos meses y sus intervenciones iban dirigidas a encontrar soluciones rápidas a determinados conflictos y síntomas. Para Freud, fijar un tiempo determinado funcionaba para frustrar al paciente de alguna manera y obligarlo a brindar más material al tratamiento (Pérez, 2013).

Asimismo, Braier (1999) menciona que entre los eventos que favorecieron e impulsaron el desarrollo de las terapias breves, se encuentran los siguientes:

- 1916: Sandor Ferenczi menciona por primera vez la necesidad de una psicoterapia breve.
- 1920-1925: Sandor Ferenczi y Otto Rank realizan intentos para abreviar la cura psicoanalítica. Ferenczi propone el “método activo” que después abandona, y Rank defiende un tratamiento analítico breve que busca superar, en pocos meses, el trauma del nacimiento, al que considera el nódulo de la neurosis.
- 1937: en *Análisis terminable e interminable*, Freud justifica la búsqueda de nuevas técnicas, más breves, para la psicoterapia.
- 1941: el Instituto de Psicoanálisis de Chicago organiza un congreso nacional sobre psicoterapia breve.
- 1946: aparece *Psychoanalytic Therapy* de Franz Alexander y Thomas French quienes replantean la necesidad de abreviar el tratamiento analítico y de efectuar terapias breves con una comprensión psicoanalítica. Incluyen conceptos sobre planificación de la psicoterapia, flexibilidad del terapeuta, manejo de la relación

transferencial y del ambiente, beneficios de destacar la realidad externa, y eficacia del contacto breve.

- 1963: se publica *A Study of Brief Psychotherapy* de David Malan. La obra describe una experiencia clínica de investigación sobre tratamientos de corto plazo, llevada a cabo con terapeutas de la clínica Tavistock, de orientación kleiniana. Asimismo, en su libro detalla la técnica focal y desarrolla un método psicodinámico de evaluación de resultados terapéuticos.
- 1965: aparece *Short-Term Psychotherapy* de Lewis Wolberg, obra que compila trabajos acerca de la técnica de la psicoterapia breve.
- 1971-1995: surgen obras de autores como Bellack y Small, Knoble, Kesselman, Fiorini, Kusentzoff, entre otros, en donde se aborda la teoría y la técnica de la psicoterapia breve.

Conceptos básicos.

La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica tiene sus orígenes en la teoría psicoanalítica y aunque comparten algunos métodos y técnicas, también existen diferencias considerables entre ambos tipos de intervención. La distinción más obvia entre ambos es que la psicoterapia breve es un tipo de intervención que suele ser de tiempo limitado y tener objetivos limitados, por lo que los esfuerzos terapéuticos se dirigen a la superación de los síntomas y episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales que se presentan como prioritarias por su urgencia y/o importancia, es por ello que la focalización hacia un aspecto dado de la problemática o sintomatología del paciente es característica de las actuales técnicas breves (Braier, 1999).

Tomando en cuenta que la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica tiene sus orígenes en el psicoanálisis, se vuelve necesario hablar sobre los aspectos en los que difieren para poder entender qué es lo que distingue y hace diferente a esta psicoterapia breve del modelo psicoanalítico tradicional. Para ello, se describirán los principales rubros a partir de los cuales se enmarca tanto la psicoterapia breve como el psicoanálisis. Estos rubros hacen referencia a los objetivos que se buscan en la terapia, la duración de esta, la manera en la que se trabaja desde este modelo y los recursos que se pueden emplear durante la intervención.

Los fines terapéuticos.

En la terapia breve los objetivos son limitados y estos se establecen en función de las necesidades inmediatas del individuo. Dichos objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y resolución de problemas actuales de la realidad del paciente, lo que implica que este pueda enfrentar de manera más adecuada determinadas situaciones conflictivas y recuperar su capacidad de autodesarrollo; desde una visión psicodinámica esto representaría un comienzo en el logro de insight acerca de los conflictos subyacentes (Braier, 1999).

Por su parte, Malan (1974) describe que en este tipo de intervención lo que se busca es “elaborar brevemente un aspecto dado de la psicopatología”, es decir, que el paciente se haga consciente o incluso egodistónico de un modo parcial, de aspectos del conflicto básico relacionado con otros aspectos psicodinámicos.

La temporalidad.

La temporalidad se refiere a la duración del proceso terapéutico y, a diferencia de los tratamientos psicoanalíticos en donde la duración no se establece en el

encuadre, en las terapias breves se suele fijar previamente y por lo general su duración es de unos meses. Cabe señalar que la limitación temporal establecida de antemano confiere a la terapia una estructura más definida de principio, medio y fin (Braier, 1999).

La técnica.

Dentro de este rubro se incluyen aspectos concernientes a la manera en la que se abordan los conflictos, los fenómenos transferenciales, las resistencias y el insight.

Desde las teorías psicoanalíticas se plantea que las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles, de los que en realidad derivan, por lo que el trabajo terapéutico se orienta al análisis y resolución de los conflictos infantiles. Por su parte, en la psicoterapia breve el abordaje de los conflictos psíquicos del paciente va dirigido a aquellos conflictos actuales o focos que son urgentes y/o importantes para el individuo, sin ahondar mayormente en los conflictos infantiles (Braier, 1999) por lo que el terapeuta deberá centrarse en los factores determinantes actuales de dichos conflictos. Tomando en consideración que la terapia es de tiempo limitado, es importante no abordar aspectos del conflicto que no se podrán analizar o bien, que producirán una excesiva movilización afectiva en el paciente. Dados los puntos anteriores, Braier (1999) describe que en la psicoterapia breve se realiza una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, es decir, que solamente se hace un intento de resolución de los conflictos que han sido incluidos como parte del foco.

Otro aspecto que se debe de considerar dentro de la técnica son los fenómenos de regresión y de neurosis transferencial. A diferencia de los tratamientos psicoanalíticos en donde se busca favorecer la aparición de estos fenómenos, así como

analizar la relación con el terapeuta, en la psicoterapia breve no es conveniente hacerlo ya que el encuadre de la terapia no permite su análisis ni su elaboración (Braier, 1999).

En cuanto a la aparición de resistencias, en la psicoterapia breve también suelen surgir y aunque se consideran como un obstáculo para el avance del proceso psicoterapéutico, no se contempla su tratamiento en esta terapia. De acuerdo con lo que establece Braier (1999), en este tipo de intervención, el trabajo realizado con las resistencias puede tomar dos caminos: a) algunas defensas son analizadas; b) otras son respetadas o reforzadas por la labor terapéutica, de acuerdo con lo que resulte indicado en cada caso.

En torno al insight, en la psicoterapia breve el principal propósito es propiciar la adquisición de este por medio de las interpretaciones. No obstante, el concepto “insight” tiene ciertas consideraciones dentro de esta modalidad de intervención, la primera de ellas se refiere a su extensión ya que, tomando en cuenta que la terapia es de corta duración, sólo se puede hablar de “experiencias iniciales de insight”, es decir, de un autoconocimiento limitado a las dificultades comprendidas dentro del foco terapéutico. Otro aspecto por considerar es que la búsqueda de insight está dirigida a las relaciones del sujeto con los objetos externos de su vida cotidiana y presente, y no a las reacciones de la neurosis de transferencia (Braier, 1999). A estas consideraciones Szpilka y Knobel (1968) añaden que más allá de buscar que el paciente reviva las situaciones infantiles en la relación terapéutica, el objetivo es que las comprenda. Una última consideración se refiere a que el insight debe de ser estimulado por medio de un papel activo del terapeuta.

Recursos terapéuticos.

Un aspecto destacable de la psicoterapia breve es que permite incorporar al tratamiento diversos elementos terapéuticos que hayan demostrado ser útiles, esto se hace con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos planteados. Entre los diversos recursos que integra se pueden mencionar: intervenciones verbales no interpretativas como señalamientos, sugerencias, suministro de información, intervenciones de reaseguramiento, así como el uso de fármacos, técnicas grupales, técnicas comunitarias y la inclusión de la familia (Braier, 1999).

Para poder comprender de manera más clara y precisas las principales características tanto del psicoanálisis como de la psicoterapia breve, a continuación, se presenta una tabla en donde se sintetizan las principales diferencias entre ambos modelos de intervención.

Tabla 4

Principales características del psicoanálisis y la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica

	Psicoanálisis	Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica
Fines terapéuticos	Exploración del inconsciente, resolución de conflictos básicos, reestructuración de la personalidad.	Limitados, superación de síntomas y problemas actuales.
Duración	Prolongada, indeterminada.	Limitada, prefijada.
Abordaje de los conflictos	Concierno a conflictos básicos.	Se limita a conflictos derivados
Regresión	Favorecida	No es favorecida
Desarrollo y análisis	Sí	No

**de neurosis de
transferencia**

**Análisis de
resistencias**

Intensivo

Limitado

Insight

Sí

Sí, limitado, más cognitivo que
afectivo.

**Fortalecimiento de
funciones yoicas**

No (o bien escaso)

Sí

Focalización

No

Sí

Planificación

No

Sí

Nota: Adaptado de “Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica” por E. Braier, 1999, Buenos Aires: Nueva Visión, p.54.

Características de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Anteriormente se mencionaron los aspectos generales en los que se enmarca la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, sin embargo, también hay otro aspecto teórico y técnico que distingue este tipo de intervención: el concepto de foco.

Una de las principales características de la psicoterapia breve es la inclusión del término “focalización”, este hace referencia a que el trabajo terapéutico está “enfocado” hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia, en tanto se dejan de lado las demás dificultades (Malan, 1974). La focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y de una terapia de duración limitada.

Otra característica de esta terapia es que se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación, y al fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto (Fiorini, 1973). La orientación de la psicoterapia breve hacia la realidad actual

del paciente se basa en la necesidad de ayudarlo a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas y a recuperar lo antes posible su capacidad para remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria.

De igual forma, algo que distingue a la psicoterapia breve es que hay una planificación del proceso, es decir, que se fijan las pautas fundamentales que se van a seguir durante la intervención, hay un plan de tratamiento previo al desarrollo del mismo.

Tomando en cuenta las características y los elementos descritos anteriormente, se puede concluir que la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica tiene como elemento nuclear su brevedad, siendo que generalmente el proceso dura entre 20 y 25 sesiones (Sánchez & Sánchez, 2001), aunado a ello, se trata de una técnica activa, focalizada, con una meta prevista, de acción orientadora y concerniente a las adaptaciones presentes (Barten, 1971).

Estructura del proceso terapéutico.

El proceso de la psicoterapia breve inicia con entrevistas preliminares que tienen como finalidad: 1) establecer la relación terapéutica; 2) construir una exhaustiva historia clínica; 3) realizar la evaluación diagnóstica y pronóstica; 4) establecer las metas terapéuticas y la duración del tratamiento; y 5) explicar el método de trabajo y fijar las demás normas contractuales. El número de entrevistas preliminares es variable y está en función de las que resulten necesarias para obtener estos fines. Fiorini (1973) enfatiza que en estos primeros encuentros el terapeuta deberá asumir un papel activo, dirigiendo diversos momentos de la entrevista en función de los objetivos de esta fase del procedimiento. Asimismo, formulará preguntas, suministrará información y a veces

podrá recurrir a señalamientos e interpretaciones. Braier (1999) añade que es necesaria una actitud de mayor proximidad afectiva para establecer un buen rapport y fomentar el desarrollo rápido de una alianza terapéutica, para lograr esto es necesario que el terapeuta se muestre cálido, confiable y con interés por los problemas del paciente.

Durante las entrevistas iniciales es importante evaluar las funciones yóicas básicas del paciente a través de los recursos con los que cuenta el yo del paciente, también es necesario considerar el grado de motivación que tiene para recibir ayuda terapéutica y el grado de conciencia de la enfermedad (Fiorini; 1973; Braier, 1999).

Posterior a las entrevistas iniciales es necesario hacer una devolución de los datos del psicodiagnóstico (Fiorini, 1973; Braier, 1999). Esta devolución se hace con base en las conclusiones a las que se llegó por medio de las entrevistas y del empleo de medios auxiliares para el diagnóstico. En esta etapa del proceso el terapeuta transmitirá de manera oral al paciente, con un lenguaje claro y sencillo, impresiones generales acerca de su problemática, centrándose en lo que considera que debe convertirse en la problemática central del tratamiento. La devolución también tiene que incluir aspectos referentes al pronóstico de la terapia capaces de tranquilizar al paciente.

Después de que se realiza la devolución, el paciente y el terapeuta establecerán, de manera clara y de común acuerdo, los objetivos de la terapia. En cuanto a los objetivos, estos deben de ser alcanzables y ajustarse a las condiciones generales en que tendrá lugar la terapia.

Por último, deben de fijarse las condiciones del contrato terapéutico, es decir, el horario, la frecuencia y la duración de las sesiones, la fecha de terminación del tratamiento, los honorarios, entre otros.

Una vez que se ha cumplido con los puntos anteriores, el terapeuta procede a establecer el plan de tratamiento, en el cual debe de determinar el tipo de psicoterapia a aplicar, es decir, si será predominantemente de insight (o de esclarecimiento) o de apoyo; de igual manera se mencionan los conflictos que se van a abordar, los que se van a dejar de lado y la probable secuencia de dicho abordaje (Braier, 1999). Cabe señalar que en una terapia breve es necesario organizar los recursos en función de una evaluación total de la situación del paciente, de su grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad, por lo que se elabora una estrategia tomando en cuenta las capacidades del individuo que están invadidas por conflictos o libres de ellos (Fiorini, 1973).

Después de haber concluido con la etapa diagnóstica y con la contractual, así como con la de planificación se inicia con el tratamiento. Pérez (2013) describe que es importante ir hilando las sesiones con el fin de darle seguimiento a lo hablado en la terapia y promover el insight. También menciona la importancia de hablar de la terminación y separación inminente en las últimas sesiones y describe que en la penúltima sesión se le pide al paciente que retome lo visto en el proceso, proponiendo que haga una reseña a grandes rasgos de lo que se trabajó y de los aspectos que quedaron pendientes de trabajarse. El proceso terapéutico se cierra dejando una transferencia positiva y mencionando las limitaciones del tratamiento de este tipo, pero resaltando los temas que se pudieron trabajar a partir de las interpretaciones y señalamientos realizados por el terapeuta y los insights del paciente.

La psicoterapia breve de orientación psicoanalítica ha demostrado tener resultados favorables en torno a: 1) el alivio o supresión sintomática; 2) cambios en relación con perturbaciones propias de la situación que desencadena la sintomatología;

3) adquisición de conciencia de enfermedad psíquica; 4) elevación, recuperación o autorregulación de la autoestima; 5) modificaciones favorables en diversas áreas de la vida del paciente; 6) consideración de proyectos personales e individuales para el futuro; y 7) modificaciones en la estructura de la personalidad (Fiorini, 1977; Braier, 1999).

De acuerdo con Hoch (1965) y Fiorini (1977) los pacientes que se benefician más con este tipo de tratamiento son aquellos que presentan cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descompensaciones, situaciones de cambio, y trastornos reactivos en pacientes que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable.

Herramientas terapéuticas.

Fiorini (1977) menciona que en la psicoterapia breve el terapeuta debe de asumir un papel activo, lo que significa que tiene que emplear una amplia gama de intervenciones, no se limita solamente al material que aporta el paciente, sino que explora, interroga y recolecta datos, lleva al paciente hacia el foco mediante interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que también implica omitir de manera deliberada aquel material que se aleje del foco del tratamiento. Entre las intervenciones verbales del terapeuta se incluyen las siguientes (Fiorini, 1977):

- Interrogar al paciente, pedirle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Explorar en detalle sus respuestas.
- Proporcionar información.
- Confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación.

- Clarificar y reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones de este adquieran mayor relieve.
- Clarificación y elaboración con el paciente de perspectivas personales, de ciertas salidas o proyectos.
- Recapitular y resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.
- Señalar relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente.
- Sugerir actitudes determinadas y cambios como una forma de ensayo.
- Intervenciones de esclarecimiento, señalamientos y confrontaciones, en las que se explicitan aspectos significativos de la conducta del paciente, se dirige su atención hacia puntos nodales de su comunicación, se reformulan sus mensajes clarificándolos, se ponen de relieve las contradicciones entre lo verbalizado y la conducta actuada.
- Interpretaciones de tipo, alcances y profundidad diferentes, desde las que revelan el significado de conductas microscópicas hasta las formulaciones totalizadoras que iluminan las relaciones estructurales entre experiencias significativas, condiciones actuales de descompensación, síntomas y conflictos subyacentes. Las interpretaciones están dirigidas fundamentalmente a clarificar la conflictiva focal.

Braier (1999) menciona que las intervenciones verbales necesitan reunir tres condiciones básicas: 1) mantener coherencia interna, por ejemplo, las intervenciones tendientes a desalentar la regresión no deberán de sucederlos otras que las

favorezcan; 2) estar focalizadas; y 3) constar de una proporción elevada de intervenciones no interpretativas.

Algunos modelos de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Tradicionalmente a las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas se las ha dividido entre las tendientes al insight o de esclarecimiento, y las de apoyo (Alarcón, 2008).

Fiorini (1977) distingue entre ambos tipos de psicoterapia y establece que la psicoterapia de esclarecimiento tiene como objetivos la recuperación del equilibrio homeostático, el alivio de los síntomas y el desarrollo en el paciente de una actitud de autoobservación y un modo diferente de comprender sus dificultades.

La estrategia fundamental consiste en esclarecer las conexiones significativas entre la historia de vida del paciente, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas, es decir, los esfuerzos se dirigen a clarificar la situación de crisis. Con esta estrategia es necesaria una conducta cálida y espontánea del terapeuta para favorecer un diálogo fluido y activo. Fiorini (1977) ha calificado el rol que debe asumir el terapeuta como un rol de carácter docente y con una función esclarecedora que pueda enriquecer la comprensión del paciente sobre su problemática actual.

Por otro lado, la psicoterapia de apoyo tiene como objetivos la atenuación o supresión de ansiedad y otros síntomas clínicos como modo de favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación o crisis (Braier, 1999). Eventualmente se intenta modificar algunas pautas de conducta estimulando el ensayo de comportamientos nuevos durante la experiencia terapéutica (Fiorini, 1977).

La estrategia básica de esta terapia consiste en establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y orientador; esta relación favorece en el paciente una disociación entre objetos “buenos” y “malos” de manera que proyecte en el terapeuta el objeto bueno y excluya de su relación con el mismo al objeto perseguidor (Fiorini, 1977; Alarcón, 2008). Dentro de esta terapia se engloban las medidas terapéuticas destinadas al afianzamiento y la activación de funciones yoicas.

La función del terapeuta es desempeñar un rol reasegurador directivo con la intención de promover una experiencia emocional correctiva, para ello el terapeuta deberá de evitar los silencios y la distancia afectiva mediante una actitud activa y de diálogo (Fiorini, 1977).

Con base en esta distinción se pueden englobar los diversos tipos de trabajo que han planteado distintos autores, cada uno con matices particulares. Al respecto, los principales modelos proceden de Peter Sifneos, David Malan, Habib Davanloo y James Mann (Sánchez & Sánchez, 2001).

Sifneos (1992) estructuró una forma de psicoterapia breve que denominó “provocadora de angustia”, utilizando criterios de selección muy estrictos y el uso de interpretaciones dirigidas a un solo conflicto de tipo edípico. El número de sesiones oscila entre 6 y 15, que se determinan en las primeras entrevistas.

Por su parte, Malan (1983) describe su técnica como una tarea que persigue la comprensión y el insight de un foco central, así como un cambio en las correspondientes defensas neuróticas, para lograr la mejor conducta adaptativa del sujeto. Él utiliza el triángulo del insight en donde describe que el conflicto nuclear infantil se manifiesta en los problemas del paciente, existiendo una conexión entre los patrones desadaptativos recurrentes presentes en la transferencia y los patrones de las

relaciones pasadas y presentes, y el triángulo del conflicto que está constituido por las pulsiones, las defensas y la angustia.

Davanloo (1978) desarrolló la psicoterapia intensiva breve de orientación dinámica, cuya estrategia permite penetrar la barrera defensiva a través de una combinación de confrontación e interpretación constante. La confrontación produce sentimientos intensos que traen a la conciencia pensamientos, recuerdos y sentimientos inconscientes. A diferencia de otras formas de terapia breve, ésta permite el trabajo simultáneo de múltiples focos y el manejo de pacientes con psicopatología crónica y grave.

Finalmente Mann (1973) propuso la psicoterapia de tiempo limitado, la cual consiste en 12 sesiones. Mann afirma que un número de sesiones determinado de antemano enfrenta al paciente a elementos inconscientes relacionados con el paso del tiempo, funcionando así como un catalizador del proceso terapéutico. El paciente revive con su terapeuta de forma sana la unión y la separación de la figura parental que le ha fallado y que se vive, por lo mismo, con ambivalencia y culpa.

Aunque los modelos mencionados con anterioridad se enmarcan en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, cada uno de ellos tiene características particulares que permiten abordar las problemáticas de los pacientes desde diferentes miradas. No obstante, en la literatura, no se ha reportado el uso de estos modelos en particular para intervenir de manera específica en la problemática de la violencia intrafamiliar, pero algunos estudios en España (Davins, Pérez, Salamero & Aramburu, 2010; Davins, Pérez-Testor, Aramburu & Aznar, 2012) reportan el empleo de la psicoterapia psicoanalítica focal y breve como modelo de intervención en este fenómeno.

Violencia intrafamiliar y la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Desde 2003, en España, se brinda un servicio de asistencia público y gratuito a través de la Unidad de Atención Especializada para Mujeres Maltratadas (UNADOM), este servicio ofrece ayuda psicológica a mujeres que están siendo o han sido maltratadas y que pueden convivir o no con la pareja en el momento de realizar la consulta.

El tratamiento de esta institución se enmarca en la psicoterapia psicoanalítica focal y breve (PPFB). La forma en la que se desarrolla el tratamiento consiste en una exploración que consta de una primera entrevista abierta, una segunda entrevista biográfica, una batería de cuestionarios psicológicos y una entrevista de devolución. La frecuencia de las sesiones es semanal y cada sesión es de 30 minutos. La duración del tratamiento puede ir de 3 meses a 1 año, aproximadamente. Una vez finalizado el tratamiento se vuelven a administrar los cuestionarios (post-tratamiento) con la intención de poder detectar y discriminar los cambios producidos (Davins et al., 2012).

En la atención a la mujer maltratada, los momentos iniciales, la contención y el apoyo son fundamentales ya que se puede facilitar la identificación de los sentimientos y expresión de los mismos, además la paciente puede empezar a comprender lo que le ha ocurrido en la relación con su pareja, qué tiene que ver con ella y qué con el otro (Davins et al., 2010). De acuerdo con estos autores, la labor del profesional no consiste en aconsejar a la persona o decirle lo que tiene que hacer (irse de su casa, permanecer con o hacer frente al agresor, etc.); sino que se trata de poder ayudar a analizar la situación y facilitar que la mujer tome sus propias decisiones.

La función de contención inicial, junto con una actitud de interés y disposición, así como una escucha activa y empática crea un vínculo terapéutico generador de

confianza y contenedor de las ansiedades y el dolor; el terapeuta ayuda a poner en palabras lo vivido y los sentimientos, trabaja para que la paciente asuma la responsabilidad de su vida y así pueda tomar decisiones. La responsabilidad en el trabajo clínico consiste en aumentar la conciencia del problema para asumir una parte activa en la relación y en la situación de violencia que se ha ido creando.

La PPFB ha demostrado ser útil para que el paciente comprenda algunas de sus pautas de funcionamiento mental y de comportamiento que le han conducido a su desajuste actual, y que esto le ayude a volver a su estado habitual.

A manera de conclusión, se puede decir que la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica es un modelo de intervención que tiene como principal característica el estar limitada en el tiempo, lo que lleva a la necesidad de establecer un foco de intervención en torno al cual se construyen objetivos dirigidos a superar los síntomas de situaciones actuales que se presentan como urgentes para el paciente. Dada la brevedad de la psicoterapia, Muñoz (2014) enfatiza la importancia de no favorecer la regresión y los fenómenos transferenciales ya que esto aumentaría la profundidad del proceso y, al no poseer las herramientas técnicas adecuadas ni el tiempo necesario para trabajar dichos aspectos, se podría perjudicar más que beneficiar al paciente.

Este modelo de atención está conformado por cinco etapas, en un primer momento se hacen entrevistas preliminares en las que se realizan la historia clínica y la evaluación, y se establece el encuadre. En la segunda etapa se hace la devolución de los resultados y a partir de ellos, en un tercer momento, se definen los objetivos que se desean alcanzar durante el proceso y se fija la duración del tratamiento. Posteriormente el terapeuta diseña el plan de tratamiento y por último, se inicia el tratamiento. Durante estas cinco etapas el terapeuta interroga al paciente, emplea señalamientos,

clarificaciones, reformulaciones, sugiere determinadas conductas y realiza confrontaciones e interpretaciones parciales.

Hasta aquí se mencionaron los aspectos más importantes de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica con la intención de comprender la manera en la que se trabaja desde este enfoque. A continuación, se describe un modelo de intervención que, si bien comparte con la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica el ser una modalidad de atención de corta duración, es distinta en cuanto a las técnicas que emplea, la estructura del proceso que sigue y las metas que busca alcanzar.

Intervención en crisis

Antes de describir la manera desde la cual se trabaja en este modelo de intervención, así como los principios bajo los cuales se guía el proceso terapéutico, es necesario conocer tanto los antecedentes de este enfoque como los conceptos básicos que estructuran y guían la intervención.

Antecedentes.

Moos (como se citó en Slaikeu, 1996) identifica cuatro influencias teóricas para la teoría de la crisis:

1. La primera de ellas es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y la adaptación de los animales a su ambiente en donde analiza la supervivencia del más apto y la lucha por la existencia entre los organismos. Estas ideas llevaron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis central es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio.

2. La segunda influencia tiene que ver con la teoría psicológica sobre la realización y el desarrollo del ser humano. Los conceptos centrales se refieren a la motivación y al impulso, se retoma la premisa de que hay una tendencia en los seres humanos hacia la autorrealización, así como el hecho de que la conducta humana es intencional y está dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. La teoría de la crisis se encaja en esta visión, al describir la crisis como un momento en el que los propósitos del individuo se ven obstaculizados.
3. La tercera influencia para la teoría de la crisis está vinculada a las etapas que plantea Erick Erickson en su teoría del ciclo vital del desarrollo del ser humano. Erickson propone ocho etapas por las que transita el ser humano, en cada una de estas etapas se presenta un nuevo reto o una crisis, la resolución de la crisis permite al individuo avanzar hacia la siguiente etapa.
4. La cuarta influencia surgió de los datos empíricos sobre cómo los seres humanos lidian con el estrés vital extremo. Dichos estudios corresponden a observaciones de personas que atravesaron por crisis importantes como desastres, enfermedades, muertes repentinas de familiares, entre otros.

Conceptos básicos.

Las influencias teóricas descritas en el apartado anterior hablan de la crisis como un momento decisivo en la vida del ser humano en tanto que a partir de que se presenta una situación de crisis surgen dos alternativas, la primera de ellas tiene que ver con la resolución y superación de la misma, mientras que la segunda opción representa un obstáculo en el desarrollo del individuo. Con la intención de esclarecer las implicaciones que tiene una crisis en la vida de cualquier individuo, a continuación,

se define qué es una crisis, cuáles son los tipos de crisis que existen, cuál es la respuesta común ante una crisis y cuáles son las fases que suelen presentarse.

Definición de crisis.

Dentro de la cultura china, el ideograma usado para representar el concepto de crisis se compone de dos caracteres, uno de ellos significa peligro y el otro oportunidad, lo que sugiere que la crisis a la vez que representa un peligro, también significa una oportunidad en un punto decisivo durante el cual habrá un cambio y dependiendo de las herramientas con las que cuenta el individuo, este cambio se podrá orientar hacia el crecimiento, o bien, hacia el debilitamiento. De igual forma, Erick Erickson propone que las crisis además de tener un potencial patológico, también son una oportunidad de crecimiento y desarrollo que está presente durante las diferentes etapas por las que pasan las personas a lo largo de sus vidas (Papalia, Olds & Feldman, 2010).

Diversos autores han teorizado acerca de lo que es una crisis y del impacto que tiene en la vida de un individuo o de una comunidad. Slaikeu (1996) menciona que una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una gran desorganización emocional y la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, así como por el potencial para obtener un resultado positivo o negativo, es decir, que ante situaciones especialmente difíciles, las estrategias que usualmente ocupa el individuo para manejar los problemas de la vida cotidiana no suelen resultar eficaces.

Esta definición de crisis enfatiza 1) que el estado de crisis está limitado en el tiempo ya que normalmente el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas; 2) la

crisis se manifiesta por un suceso que lo precipita; y 3) puede tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamientos más altos o bajos. Un aspecto importante en la resolución final de la crisis es que ésta depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, los recursos personales con los que cuenta el individuo, como las experiencias con crisis anteriores, y los recursos sociales del individuo.

Por su parte, Lillibridge y Klukken (como se citó en Wainrib & Bloch, 2001) definen la crisis como una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico. Mientras que Caplan (1964) enfatiza que la crisis está limitada temporalmente y que genera un desequilibrio que acompaña el fracaso en la solución de problemas.

Tomando en cuenta las definiciones ofrecidas por estos autores, se puede concluir que una crisis es producida por un evento que ocurre en un momento decisivo en la vida del individuo y que implica un cambio radical en la relación con uno mismo, con otra persona o con una situación. Dicho evento genera un desequilibrio en el funcionamiento emocional, cognitivo y conductual normal del individuo, como resultado de la ineficacia de las estrategias de solución que usualmente emplea la persona; este desequilibrio está limitado en el tiempo. Finalmente, la resolución de la crisis puede llevar a la persona a un nivel más alto en su funcionamiento si esta aprende a emplear nuevas estrategias adaptativas, pero si no se supera la crisis, el individuo difícilmente regresará a un estado de equilibrio.

Tipos de crisis.

De acuerdo con el análisis que hace Viney (como se citó en Slaikeu, 1996) sobre los estudios que se han hecho con respecto a sucesos aislados que ocurren a lo largo de la vida de los individuos y que tienen el potencial para precipitar una crisis se encuentran: el embarazo y el nacimiento de un niño, el ser madre soltera, la transición de la casa a la escuela y de la casa a la universidad, el compromiso y el matrimonio, una cirugía o una enfermedad, duelo, migración/reubicación, la jubilación, los desastres naturales, y los cambios sociales y tecnológicos rápidos. Algunos de los sucesos descritos anteriormente son universalmente devastadores, como un desastre natural, por lo que son capaces de precipitar una crisis por sí mismos. Sin embargo, hay otros eventos que por sí solos no lo hacen, el que un suceso tenga o no el potencial de precipitar una crisis dependerá de lo que significa para la persona en el contexto de la historia de su desarrollo, es decir, que la repercusión psicológica de complejas situaciones vitales y la forma en la que éstas son vividas por las personas tiene que ver con factores históricos, económicos, sociales, familiares y su propia historicidad (Bleichmar, Musicante, Schenquerman & Tradatti, 2005).

De acuerdo con Slaikeu (1996), las crisis se pueden clasificar en dos tipos dependiendo del factor que las desencadena:

- a. El primer tipo de crisis son las correspondientes al desarrollo. Las crisis del desarrollo son esperadas y están relacionadas con la transición de una etapa del desarrollo a otra, es decir, son procesos del crecimiento en los que la persona está sujeta a cambios constantes en el desarrollo de su vida, por ejemplo, embarazo, nacimiento, infancia, adolescencia, jubilación y envejecimiento. Desde la infancia hasta la senectud, en cada etapa del desarrollo se tienen que cumplir

ciertas tareas del crecimiento y cuando hay un problema en el cumplimiento de alguna de estas tareas, es probable que se produzca una crisis.

- b. El segundo tipo de crisis hace referencia a las crisis circunstanciales, las cuales son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente es que se apoyan en un factor externo del ambiente. Una crisis circunstancial es un acontecimiento sumamente angustioso, como lo pueden ser una violación, un suicidio, un accidente, un divorcio o una separación, violencia intrafamiliar, la viudez, desastres naturales, secuestros, entre otros. Una de las características principales de este tipo de crisis es que suelen ocurrir de forma violenta, cuando una persona, familia o grupo no están preparados para enfrentar dicha situación.

Respuesta ante la crisis.

Aunque cada crisis es diferente y es experimentada de forma distinta por cada persona, los teóricos de la crisis han descrito las respuestas más frecuentes ante la crisis. Por su parte, Rebrarca (2005) describe dos tipos de respuestas: el primero es el choque emocional con mucha ansiedad en el que se puede presentar hiperactividad, gritos o llanto fuerte, retorcimiento de manos, hablar muy deprisa, respiraciones rápidas, sofoco, náuseas y vómito. El segundo tipo de respuesta es de aturdimiento-inactividad en el que suele presentarse pérdida de control emocional, inactividad, caminar sin rumbo, palidez, pulsos rápidos, presión arterial baja, piel fría y húmeda, sudoración, náuseas, vómito y desmayo.

Por otra parte, Wainrib y Bloch (2001) señalan que la respuesta de crisis general posee las siguientes características:

- A nivel cognitivo: el individuo se siente desbordado por la situación y sus habilidades de resolución de problemas y los mecanismos de afrontamiento se ven afectadas.
- A nivel psicológico: después del impacto de la crisis se puede experimentar confusión, temor, terror, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, excitabilidad e inquietud. Estas reacciones pueden alterar el equilibrio psicológico del individuo.
- A nivel fisiológico: pueden presentarse reacciones de estrés general como cambios en el ritmo cardíaco, la respiración y una sudoración excesiva.

Una parte importante de la respuesta ante la crisis es que la persona reevalúa su propia vida; si sus necesidades están satisfechas con cómo era su vida antes, reconstruirá su vida en torno a ello. Por el contrario, si no es así, el individuo puede reorganizar su vida reorientando sus valores y sus metas (San Pedro, 2008).

Fases de la crisis.

Rocamora (2012) describe la crisis desde una visión temporal y cronológica en donde distingue tres momentos o fases de la crisis:

- a. Precrisis: es el estado general de equilibrio en el que la persona puede afrontar el estrés cotidiano. En algunas ocasiones, el individuo puede experimentar una gran tensión o angustia por algún acontecimiento que precipita la crisis.
- b. La crisis: dentro de esta etapa se distinguen tres periodos:
 - I. El impacto: es cuando aparece el acontecimiento estresante y los mecanismos de adaptación del sujeto son ineficaces. En este momento suele haber miedo, agitación, aturdimiento o confusión, estas reacciones

suelen ser más intensas cuanto más inesperado es el evento desencadenante. Su duración es de pocas horas.

II. El rechazo: ocurre cuando no se acepta la nueva situación. Pueden aparecer síntomas como ansiedad, trastorno del sueño, imposibilidad para hacer las actividades cotidianas, culpa o depresión. En esta fase se puede evolucionar hacia el ajuste o persistir en la incapacidad para superar la crisis. Suele durar algunos días.

III. El ajuste: aparece cuando la persona puede volver a recuperar el control de sus emociones, manejar la situación y trabajar para buscar una solución. Puede ser el inicio de un crecimiento y maduración, o por su fragilidad provocar el deterioro paulatino de la persona. La duración suele ser de semanas.

c. La poscrisis: en esta etapa se hará evidente si la crisis ha sido positiva o negativa, es decir, si la persona en crisis ha logrado mantener su nivel de funcionamiento anterior o si se ha producido un retroceso.

Intervención en crisis.

Con base en los fundamentos teóricos descritos en el apartado anterior, la intervención en crisis se ha definido como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático para que los efectos negativos se aminoren y la probabilidad de crecimiento incremente (Castañón, 2010). Siguiendo esta definición, la intervención en crisis se debe proporcionar inmediatamente después de que ocurre el suceso que desencadena la crisis con la finalidad de orientar al individuo para que enfrente la situación y de este modo se restaure el equilibrio psicológico que

tenía antes de la crisis. Al brindar la atención de manera inmediata se elevan las oportunidades del paciente para crecer mediante una crisis ya que se le ayuda a obtener el dominio de la situación y a moverse hacia la reorganización de una vida desorganizada (Slaikeu, 1996).

La meta principal de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis; para ello, se busca reducir el estrés emocional y proteger a la persona frente a tensiones adicionales que se puedan presentar en el momento. Posteriormente, se ayuda al paciente a organizar y movilizar los recursos o sistemas de apoyo para cubrir las necesidades específicas y alcanzar una solución concreta a lo que originó la crisis (Oliva, 2009).

Dentro de la literatura sobre crisis se han planteado distintos modelos de intervención, el modelo propuesto por Slaikeu (1996) es uno de los más conocidos. Este modelo se compone de dos fases: la primera de ellas se conoce como intervención de primer orden o primeros auxilios psicológicos y la segunda como intervención de segundo orden o terapia multimodal para crisis. Slaikeu (1996) menciona que la meta de la intervención de primer orden es restablecer el enfrentamiento mientras que la intervención de segundo orden es la resolución de la crisis. En la siguiente tabla se describen las principales características de cada fase de intervención.

Tabla 5

Características de la intervención de primera y de segunda instancia

	Intervención de primera instancia	Intervención de segunda instancia
¿Cuánto tiempo?	De minutos a horas	De semanas a meses
¿Quién?	Protectores de vanguardia (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores)	Psicoterapeutas y orientadores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, consejeros pastorales, orientadores, enfermeras psiquiátricas)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias
¿Cuáles son las metas?	Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo; reducir la mortalidad; enlace con recursos de ayuda	Resolver la crisis; translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente a la trama de la vida; establecer la apertura/disposición para encarar el futuro
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos	Terapia multimodal para crisis

Nota: Adaptado de “Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación” por K. Slaikeu, 1996, México: Manual Moderno, p. 109.

A continuación, se describe de manera detallada lo que Slaikeu conceptualiza como intervención de primer orden e intervención de segundo orden.

Intervención de primer orden o primeros auxilios psicológicos.

De acuerdo con Slaikeu (1996) la intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos abarca la asistencia inmediata y de modo usual dura una sesión. La meta principal es ayudar a la persona a restablecer el enfrentamiento inmediato mediante el establecimiento de pasos concretos encaminados a afrontar la situación que resulta abrumadora.

Para lograr este objetivo, existen tres submetas de los primeros auxilios psicológicos que ayudan a guiar la intervención de la persona que brinda la ayuda. La primera de ellas se refiere a proporcionar apoyo, es decir que la persona que brinda la atención debe de permitir a la gente hablar sobre lo que le está sucediendo, esto se hace con la finalidad de propiciar una atmósfera en donde el paciente pueda expresar lo que siente sin sentirse amenazado. Una segunda submeta consiste en reducir la mortalidad, este aspecto se dirige a prevenir el daño físico y por ende a salvar vidas. Esta submeta pone énfasis en tomar las medidas necesarias para que se reduzca al mínimo la probabilidad de que la situación resulte destructiva para el individuo. Por último, la tercer submeta consiste en realizar el enlace con fuentes de asistencia; la persona que brinda los primeros auxilios psicológicos debe de establecer de manera precisa las necesidades fundamentales de la persona en crisis y realizar una remisión adecuada a algún otro asistente o agencia (orientación individual o asistencia legal) para que la persona comience a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

Tomando en cuenta estas submetas, el modelo de los primeros auxilios psicológicos se organiza en función de cinco componentes que facilitan el cumplimiento de los objetivos que se plantean en cada submeta:

1. El primer componente se refiere a realizar el contacto psicológico, lo que significa ser empáticos con los sentimientos de la persona durante la crisis. La tarea principal es escuchar los hechos y sentimientos de la persona en crisis para poder sintetizar y reflejar la manera en la que el individuo visualiza la situación. Asimismo, es necesario prestar atención a lo que se comunica y expresa de forma verbal y no verbal. La finalidad del contacto psicológico es reducir el dolor de estar solo durante la crisis, además, reconoce y legitima los sentimientos de ira, dolor, temor, entre otros, lo que reduce la intensidad emocional. El objetivo es que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado para que de esta manera pueda reorientar su atención y energía para hacer algo con respecto a la situación.
2. El segundo elemento del modelo se refiere a realizar el examen de las dimensiones del problema, es decir, a indagar la situación en el pasado inmediato, en el presente y en el futuro. Con respecto al pasado, se deben de indagar los acontecimientos que condujeron al estado en crisis, en particular el incidente que desató la crisis y el funcionamiento antes de la crisis. En relación con el presente, es necesario determinar los recursos personales internos y externos, así como las fortalezas y debilidades durante el periodo de crisis con el objetivo de establecer qué dirección se seguirá durante la intervención. Finalmente, al indagar el futuro inmediato se deben investigar las decisiones inminentes para los próximos minutos o días. El objetivo principal al determinar

las dimensiones del problema es establecer un orden jerárquico de las necesidades de la persona.

3. El siguiente paso es hacer el análisis de las posibles soluciones. El objetivo es identificar un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las posteriores. Se indaga acerca de las cosas que ya se han intentado y qué es lo que puede hacer el individuo, esto se hace con la intención de llevar a la persona en crisis a generar alternativas. Es necesario analizar junto con el paciente las ventajas y desventajas de cada solución.
4. El cuarto componente se refiere a ejecutar la acción concreta, en esta etapa el objetivo es llevar a cabo las soluciones inmediatas y ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. Se debe de tomar en cuenta quién llevará a cabo el plan de solución del problema, hacia qué fin, por cuánto tiempo se llevará a cabo la acción, con qué riesgos y con qué beneficios.
5. El último componente del modelo es el seguimiento. La meta en este último paso es asegurarse de una retroalimentación en el apoyo recibido, por lo que se busca establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso, este puede ser vía telefónica, cara a cara o bien por correo electrónico.

Como ya se mencionó, la intervención de primer orden o los primeros auxilios psicológicos se brindan de manera inmediata ante la crisis, esto se hace con el objetivo de que la persona en crisis pueda afrontar la situación que le está causando el desequilibrio. Para lograr que la persona enfrente dicha situación, es necesario seguir la estructura planteada por este modelo, es decir, hay que establecer el contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar las posibles soluciones, ejecutar las acciones necesarias y realizar el seguimiento del progreso.

Una vez que se ha logrado que la persona enfrente la situación de crisis, el siguiente paso es resolver la crisis e integrar dicho evento en la vida de la persona, para ello Slaikeu (1996) propone la intervención de segundo orden o la terapia multimodal para crisis.

Intervención de segundo orden o terapia multimodal para crisis.

La terapia multimodal para crisis, desarrollada por Slaikeu (1996), se define como un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento, se encamina a la resolución de la crisis, es decir, a asistir a la persona de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. De manera usual, la intervención tiene una duración de seis semanas o más, durante las cuales se restaura el equilibrio después de la crisis. No obstante, Slaikeu (1996) señala que es importante recordar que cada paciente presentará problemas y desafíos únicos por lo que el tiempo requerido variará de un caso a otro.

En la terapia para crisis, la acción terapéutica se encamina a auxiliar al paciente con el impacto de la crisis en cada una de las áreas de su vida; lo que se busca es que el paciente translabore el evento traumático y lo integre de manera funcional a su vida. La valoración acerca del impacto en cada área, se basa en los cinco subsistemas de la personalidad CASIC², los cuales se convierten en el foco de la terapia. De acuerdo con esta propuesta, la personalidad CASIC se compone de los siguientes subsistemas:

- Conductual: se refiere a las actividades y conductas manifiestas, por ejemplo, los patrones de interacción, de ejercicio, de descanso; hábitos de alimentación y de

² Cada una de las letras del término CASIC hacen referencia a cada una de las áreas de la personalidad que se evalúan desde este modelo. La letra C corresponde al subsistema conductual, la A al afectivo, la S al somático, la I al interpersonal y la C al cognoscitivo.

sueño; uso de drogas; presencia de actos suicidas, homicidas o de agresión a otros. Al valorar esta modalidad, se pueden observar las áreas de fortaleza y de debilidad de la persona, así como las habilidades para resolver conflictos o salir de situaciones de gran tensión emocional.

- Afectivo: se exploran las emociones que hay en torno a los patrones de comportamiento citados anteriormente y si la emoción experimentada es congruente con la situación. De igual forma, se evalúa la presencia de emociones como ansiedad, ira, alegría, depresión, entre otros. Es importante identificar si se expresan o si se ocultan las emociones.
- Somático: hace alusión al estado general de salud y se engloban las enfermedades relevantes actuales y pasadas. Se evalúa la presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otro trastorno somático, así como el estado general de relajación/tensión y la sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.
- Interpersonal: en este sistema se busca identificar la naturaleza de las relaciones con otras personas (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.); la cantidad y calidad de las relaciones sociales (el número de amigos, la frecuencia del contacto con ellos y el papel que asume la persona en su contexto social); el estilo de resolución de los conflictos (asertivo, agresivo, aislado) y el estilo interpersonal básico (suspica, manipulador, sumiso, dependiente, etc.) así como las fortalezas y los problemas interpersonales.
- Cognoscitivo: se indagan los sueños diurnos y nocturnos usuales; las representaciones mentales acerca del pasado o del futuro; autoimagen; metas

vitales; creencias religiosas; valores; la presencia de alguna distorsión cognitiva; recuerdos y la expectativa de la terapia.

Mientras se realiza la valoración sobre cada una de estas áreas de funcionamiento de la persona, también se debe de tomar en cuenta el impacto de la crisis en cada una de ellas. Slaikeu (1996) señala que es importante asegurarse de obtener la siguiente información:

- El incidente precipitante: este aspecto se refiere a saber qué pasó para que se desencadenara la crisis, cuándo ocurrió y quién estuvo implicado.
- La presentación del problema: consiste en un resumen de los problemas del paciente en el momento en el que solicita la atención, así como de las expectativas que tiene de la terapia.
- El entorno de la crisis: es necesario determinar el efecto de la crisis en el entorno social próximo del paciente, así como los recursos sociales con los que cuenta.
- El funcionamiento CASIC previo a la crisis: se identifican los aspectos más relevantes del funcionamiento CASIC antes de la crisis, dándole especial énfasis a las estrategias de resolución de problemas, los recursos personales y sociales, las fortalezas y debilidades en el funcionamiento CASIC, los conflictos no resueltos que pudieran desencadenarse por el incidente de crisis, las tensiones anteriores al incidente y la etapa de desarrollo previa.
- El funcionamiento CASIC durante la crisis: se realizan preguntas para determinar el impacto del incidente precipitante en todas las áreas del funcionamiento CASIC.

Después de realizar la valoración en las cinco áreas del funcionamiento CASIC, se plantean cuatro tareas para la resolución de la crisis. La primera de ellas es la supervivencia física, la cual se refiere a que el paciente permanezca vivo y en el mejor estado de salud física como sea posible, para ello, se deben valorar las posibles tendencias suicidas y tomar medidas preventivas, así como ayudar al paciente a regular sus patrones de dieta, ejercicio y sueño. La principal estrategia empleada son los primeros auxilios psicológicos.

La segunda tarea se refiere a la expresión de sentimientos donde el objetivo es que el paciente identifique y exprese de manera adecuada los sentimientos que acompañan la crisis. La estrategia empleada para identificar los sentimientos es escuchar de manera activa, asimismo, es necesario mostrarse empáticos y normalizar la sensación de enojo, tristeza, frustración, entre otros, que puede haber en torno a la crisis.

La tercera tarea tiene que ver con la obtención de dominio cognoscitivo sobre la experiencia de crisis, es decir, que el paciente pueda comprender por qué un incidente conduce a una crisis. Para obtener dominio cognoscitivo sobre la crisis, el paciente debe de tener una comprensión basada en la realidad acerca del incidente de crisis, por lo que la tarea del terapeuta es recopilar información sobre las circunstancias del incidente para verificar la realidad y ayudar a interpretar el significado que tiene el incidente para el paciente y cómo es que este entra en conflicto con sus expectativas, sus metas y sus creencias. De igual forma, el terapeuta debe ayudar a reconstruir o reestructurar cogniciones que se han destruido por el incidente que precipitó la crisis. El objetivo de esta tarea implica asistir al paciente en el desarrollo de nuevas cogniciones, metas, sueños y una nueva visión sobre la vida.

La última tarea consiste en el cambio conductual, basado en la premisa de que la acción oportuna y constructiva puede hacer que una persona se sienta mejor, mejore su autoimagen y el sentido de dominio cognoscitivo.

Al intervenir desde esta aproximación se busca evaluar el impacto que ha tenido la crisis en la vida del paciente, para que a partir de esta valoración se realicen intervenciones dirigidas a que el paciente retorne a un estado de equilibrio en el cual pueda integrar a su vida, de manera funcional, el evento traumático así como llegar a la resolución de la crisis, ya sea empleando los recursos y las estrategias con los que cuenta o bien, desarrollando nuevas herramientas. El modelo de intervención en crisis de Slaikeu es uno de los más reconocidos, sin embargo, no es el único que existe. A continuación, se describen los modelos propuestos por Bellak y Small (1970), y Álvarez (2013).

Otros modelos de intervención en crisis.

Por otra parte, Bellak (1993) propone una forma alternativa de intervención en crisis denominada psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU). Esta propuesta se sustenta en los principios de la psicoterapia breve con un enfoque psicodinámico y es definida por Bellak y Small (1970) como una terapia de pocas sesiones de tratamiento en las cuales se utilizan técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica específica y que provee una ayuda en una situación psicológica difícil. Bellak (1993) señala que la psicoterapia de urgencia no se limita únicamente a la eliminación del síntoma, sino que da la oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel que el que tenía antes de la crisis.

Tanto Bellak como Small afirman que no hay diferencias teóricas entre los conceptos de intervención en crisis y psicoterapia de emergencia o urgencia, aunque la estructura que plantean es distinta a la propuesta por Slaikeu. La PBIU consta de cinco o seis sesiones con una duración de 50 minutos cada una, por lo general es una sesión por semana. En la primera sesión es necesario obtener una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia como sea posible y considerar los aspectos sociales y médicos, con la finalidad de tener una visión lo más completa posible sobre el paciente. Con esta comprensión y conocimiento del paciente se deben planificar las áreas y los métodos de intervención necesarios para alcanzar las metas planteadas. En la segunda sesión se hace una exploración de manera más amplia para completar el cuadro dinámico e identificar otros síntomas, asimismo se establece una relación entre cada sesión. En la tercera sesión se hace un intento por translaborar lo que se ha aprendido hasta el momento. La cuarta sesión se dedica a comprender más acerca de los problemas del paciente, trabajar en la capacidad para tomar conciencia e intervenir en cualquier otra forma necesaria. En la quinta y última sesión se busca que el paciente resuma el periodo completo de tratamiento y se translabora cualquier material adicional que se haya obtenido. La sexta sesión se lleva a cabo un mes después y es de seguimiento, el objetivo es verificar los logros terapéuticos que se alcanzaron.

Los métodos de intervención que usualmente se emplean en el PBIU son la interpretación, catarsis, prueba auxiliar de la realidad, represión del impulso, señalización, educación, intelectualización, apoyo y fármacos psicoactivos.

Por otra parte, Álvarez³ (2013) estructura su modelo en las siguientes etapas:

1. Evaluar al sujeto y su problema: se debe definir el problema, la percepción que el individuo tiene del evento, es decir, cuál es el significado y la forma en la que le afecta en su vida. Asimismo, es necesario investigar los apoyos sociales con los que cuenta e identificar qué hace la persona cuando tiene algún problema y cómo lo maneja con la intención de identificar conductas de riesgo para la persona o para otros.
2. Planear la intervención: al determinar el grado en el que el evento ha afectado la vida de la persona, se procede a planear alternativas de solución y se prevén factores que puedan favorecer u obstaculizar las posibles soluciones.
3. Intervención: en esta fase se define el problema ante la persona con el propósito de clarificar su situación y junto con ella se examinan las posibles soluciones.
4. Planeación anticipada: en las siguientes sesiones se evalúan los resultados de la solución que se puso en práctica y en caso de que no haya funcionado se buscan nuevas alternativas.

Partiendo de los fundamentos teóricos descritos anteriormente y de los aspectos centrales de las intervenciones descritas por Slaikeu, Bellak, Small y Álvarez, en la siguiente sección se describe la manera en la que algunos teóricos se han aproximado al fenómeno de la violencia intrafamiliar desde el modelo de intervención en crisis.

³ Cabe señalar que dentro de este trabajo, se integran algunos aspectos de los modelos planteados por Slaikeu, Bellak, Small y Álvarez, tomando en cuenta las consideraciones y limitaciones que cada uno de ellos presenta.

Violencia intrafamiliar e intervención en crisis.

Cuando se vive un episodio de violencia, se entra en un estado de desorganización y alteración emocional que no permite pensar, sentir o actuar con claridad ante lo acontecido, es por eso que la intervención en crisis constituye un medio para ayudar a la persona a recobrar un estado de equilibrio y que así pueda tomar decisiones que son necesarias en ese momento (Contreras, 2001). En esta intervención de urgencia se pueden distinguir varios momentos, el primero de ellos está orientado a dar respuesta inmediata y adecuada a las necesidades de la víctima para poder parar los actos de violencia. Un aspecto central es ofrecer seguridad física y protección para las personas, para de esta manera poder dar el siguiente paso hacia la intervención en crisis (Miyares et al., 2009).

Everstine y Everstine (1989) recomiendan que durante la intervención en crisis se escuche sin juzgar ni presionar para obtener información, se muestre empatía, preocupación, amabilidad y paciencia al escuchar los detalles, se respeten los sentimientos, emociones y cogniciones del paciente, se asuma un rol neutral para ayudar a aliviar la situación emocional estresante, se tenga cuidado con el interrogatorio para que la persona no sienta que está siendo nuevamente atacado o incomprendido, y ayudar a tomar acciones concretas para ese momento y para posteriores, como ayuda médica, legal, entre otros.

Cabe señalar que cuando la violencia intrafamiliar se vuelve una situación crónica, hay ciertos factores que pueden provocar una crisis en un momento determinado, de acuerdo con Caplan (1964), Janosik (1984) y Roberts (1996) un estado de crisis puede ocurrir cuando suceden las siguientes cuatro cosas:

1. La víctima experimenta un incidente peligroso.

2. El incidente es percibido por la mujer como una amenaza para su seguridad o la de sus hijos y, como resultado, la tensión y la angustia se intensifican.
3. La mujer maltratada intenta resolver la situación utilizando métodos de afrontamiento habituales y falla.
4. El malestar emocional y la agitación empeoran, por lo que la víctima siente que el dolor o la angustia son insoportables.

En este punto de máxima incomodidad, cuando la mujer percibe el dolor y el tormento como insoportables, se encuentra en un estado de crisis. Durante este tiempo hay una oportunidad para el cambio y el crecimiento, algunas mujeres se movilizan para buscar ayuda de un servicio telefónico de intervención en crisis las 24 horas, la policía, la sala de emergencias de un hospital o un refugio para mujeres maltratadas.

Después de que se realiza este primer contacto, es necesario hacer una evaluación de la crisis con el objetivo de identificar la naturaleza del evento precipitante y la reacción cognitiva y afectiva de la mujer maltratada. De acuerdo con Yeager, Roberts y Schenkman (2015) los cinco eventos precipitantes más comunes que llevan a las mujeres en crisis a buscar la ayuda de un programa de violencia doméstica son a) un incidente de agresión que resulta en lesiones físicas graves; b) una gran escalada en el grado de violencia, por ejemplo, de empujones y bofetadas pasar a intentos de estrangulamiento o heridas con arma blanca; c) un impedimento en el proceso de audición o visión de la mujer como resultado directo de un golpe severo; d) una historia en los medios de comunicación sobre una mujer que fue brutalmente asesinada por su pareja después de ser violentada durante muchos años; y e) una grave lesión infligida a los hijos(as) de la mujer. A menudo, el evento precipitante es percibido por la mujer en

crisis como el incidente final en una larga historia de violencia (Roberts, 1998; Goodyear, Arrol & Coupe, 2009).

Tomando en cuenta estos factores, la intervención en crisis debe hacerse de una manera ordenada, estructurada y humanista. El proceso es el mismo para las víctimas de otros crímenes violentos, pero es particularmente importante responder rápidamente ya que las mujeres y sus hijos(as) pueden seguir en peligro siempre que permanezcan en un lugar donde el agresor las pueda localizar. Las actividades de intervención en crisis pueden hacer que la mujer regrese a su estado anterior a la crisis o que crezca a partir de la intervención y aprenda a utilizar nuevas habilidades de afrontamiento (Roberts, 1998).

De igual forma, la intervención en crisis debe abordarse con empatía, sensibilidad y precaución ya que es común que una mujer maltratada presente signos de estrés postraumático y si el terapeuta le pide que vuelva a experimentar el hecho violento, puede precipitar inadvertidamente una retraumatización en lugar de la oportunidad terapéutica deseada. Teniendo en cuenta esto, antes de que se inicie la intervención es importante crear un entorno seguro, flexible y de empoderamiento (Yeager et al., 2015).

Con base en estas consideraciones Yeager et al. (2015) describen los modelos de intervención en crisis para casos de violencia intrafamiliar que se siguen en Estados Unidos. Estos modelos están conformados por diversas instancias encargadas de brindar servicios de emergencia, que dan respuesta de manera inmediata a las llamadas de auxilio. Quienes usualmente tienen el primer contacto con las víctimas de maltrato son unidades de policía que se encargan de tomar medidas para garantizar la seguridad física de la víctima y establecer un contacto con albergues y con programas

de atención psicológica a donde puedan acudir las personas agredidas. Por otro lado, cuando el primer contacto con la persona agredida se da en la sala de urgencias de un hospital, se sigue un protocolo para evaluar la presencia de violencia intrafamiliar y en caso de que la víctima desee presentar una denuncia, el departamento de trabajo social se encarga de realizar el acompañamiento mientras dura este proceso. No obstante, también se dan casos en donde el contacto inicial es vía telefónica, cuando se da de esta manera, la principal tarea del clínico es ayudar a la persona en crisis a enfrentar la situación inmediata. Un último aspecto que consideran estos modelos de atención es la canalización oportuna a las instituciones que requieran las personas en crisis, ya sea instancias legales, médicas, albergues, entre otros.

En contraste con estos modelos, en México, Miyares et al. (2009) mencionan que la intervención en crisis sólo está indicada en la etapa inicial, es decir, en las horas posteriores a un episodio de violencia intrafamiliar, su objetivo fundamental es restablecer la capacidad del individuo para afrontar la situación de violencia y que así pueda reordenar y reorganizar su mundo. En esta primera etapa es necesario proporcionar seguridad para los miembros de la familia que han sido violentados y disminuir los riesgos presentes; para conseguir estos objetivos es necesario movilizar los recursos externos, participar activamente en la solución de las necesidades inmediatas y proporcionar apoyo. De igual forma, las tareas del terapeuta son identificar el evento desencadenante de la crisis, brindar apoyo emocional y ser empático, evaluar de los riesgos asociados a la violencia, el riesgo de maltrato a hijos e hijas, la estabilidad emocional, los recursos internos del paciente y los recursos familiares, y la capacidad de tomar decisiones sobre su seguridad. En esta sesión también es

importante evaluar y dar prioridad a los problemas y necesidades que son urgentes para así elaborar un plan de acción y seguimiento.

La segunda etapa de la intervención abarca de 4 a 6 sesiones, el objetivo es utilizar la crisis para realizar cambios positivos en la vida cotidiana. En esta etapa el terapeuta presenta diferentes alternativas para ayudar a comprender la crisis y la violencia, de acuerdo con las expectativas, autoimagen, creencias, sueños y objetivos de vida del paciente. Asimismo, ayuda a examinar los problemas y las alternativas e inicia junto con el paciente la elaboración de planes y metas, se revisa el progreso de las mismas y se fijan metas a corto y mediano plazo.

De acuerdo con Miyares et al. (2009) dentro del modelo de intervención en crisis en casos de violencia intrafamiliar es pertinente apoyarse en las siguientes cuestiones para culminar bien el proceso:

1. El psicólogo debe ser insistente en la búsqueda de medidas de autoprotección.
2. Se debe estimular la construcción de la autonomía a través del desarrollo de los modelos de competencia personal y social, que incluyen una serie de variables, como el autoconcepto, la autoestima, el autocontrol, la sociabilidad, la empatía, la asertividad y el estilo atribucional.
3. Facilitar condiciones para la expresión de sentimientos y emociones.
4. Mantener la noción de intervención temprana, permanentemente.
5. Utilizar el reencuadre de normalización.
6. Facilitar la toma de decisiones sobre su vida a través del dominio de estrategias para solucionar problemas y habilidades sociales.

Además de este modelo, San Pedro (2008) desarrolló una propuesta de intervención en crisis a partir de la evaluación de 40 mujeres que habían sido víctimas

de violencia, dicha propuesta está basada en el modelo planteado por Slaikeu. En su intervención, San Pedro propone dos marcos que es necesario considerar, el primero de ellos es el informativo en el cual se brinda información tanto a hombres como a mujeres con respecto a qué es la violencia y en especial a los distintos tipos de violencia que existen. En este mismo nivel se aplica el cuestionario de síntesis de la valoración de la crisis propuesto Slaikeu (1996) para conocer en qué áreas del funcionamiento CASIC es necesario comenzar a trabajar. El segundo aspecto que considera es el marco legal y describe que es necesario brindar información con respecto a las medidas que se han tratado de implementar mundialmente para terminar con la violencia, así como a qué instituciones se puede acudir para hacer una denuncia por violencia y en dónde se puede recibir ayuda.

Para poder abordar estos dos marcos, el modelo planteado por San Pedro considera tres niveles de intervención. En el primero de ellos plantea una conferencia preventiva sobre violencia ya que considera conveniente hablar de este tema con hombres y mujeres a temprana edad con el objetivo de evitar estos actos y las consecuencias generadas por ellos.

El segundo nivel de intervención es un tratamiento para mujeres de manera individual. La propuesta está diseñada para aplicarla a mujeres que hayan vivido violencia en un lapso no mayor a 3 meses, el objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato, dar apoyo y reducir la mortalidad de las mujeres inmersas en situaciones de violencia a través de los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos. La duración es de una sesión de 1 a 2 horas.

El tercer nivel de intervención es una propuesta diseñada para aplicarse en las parejas que han vivido un episodio de violencia. El objetivo es que las parejas de las

mujeres que han sido violentadas conozcan técnicas para frenar la violencia. Este tipo de intervención consta de 3 sesiones de una hora cada una. En la primera sesión se busca obtener una descripción acerca del problema y evaluar las áreas afectadas a raíz del evento. Asimismo, se plantea identificar la relación entre el incidente de violencia y las creencias y expectativas de los individuos. Posteriormente se busca lograr la expresión de sentimientos relacionados con el episodio violento a la vez que se modula la expresión de sentimientos como el enojo. En la última sesión el objetivo es lograr un cambio conductual en los patrones cotidianos de interacción en la familia.

Diferente a estas aproximaciones Yeager et al. (2015) describe una perspectiva de intervención en crisis basada en las fortalezas del paciente. Este modelo se basa en los conceptos de empoderamiento, resiliencia, curación e integridad, colaboración y suspensión de la incredulidad. Desde este enfoque las estrategias de empoderamiento crean oportunidades para los individuos, la resiliencia se enfoca en acelerar el crecimiento e identificar las capacidades internas, el conocimiento y las percepciones personales. La curación se refiere a la capacidad del cuerpo y la mente para resistir la enfermedad y el caos. La colaboración se refiere a clientes, consejeros, interventores de crisis y miembros de la familia, todos trabajando juntos para ayudar a fortalecer al cliente. La suspensión de la incredulidad se refiere al final del pesimismo y el cinismo y la afirmación de la creencia, el optimismo aprendido, las estrategias de autoprotección, el sentido del humor y el compromiso con el cambio.

Si bien las diversas modalidades de intervención en crisis que se han empleado en casos de violencia intrafamiliar no siguen de manera rigurosa la estructura que plantea Slaikeu, sí toman en cuenta las submetas que se postulan en este modelo. Siguiendo esta línea, se puede destacar que, como aspecto central, estas

intervenciones buscan garantizar la seguridad física de las pacientes y de sus hijos(as) al evaluar los riesgos asociados a la violencia, así como la estabilidad emocional de las pacientes. Posterior a ello, se busca brindar apoyo emocional y valorar las situaciones que requieren de una solución inmediata para elaborar un plan de acción que tome en cuenta los recursos internos y externos con los que cuentan las pacientes.

Hasta este momento se ha hecho una revisión de los aspectos teóricos y técnicos de dos enfoques de intervención que, si bien son distintos, comparten algunas características en común. En contraposición a estos modelos, a continuación, se presenta la revisión de una aproximación que plantea una visión distinta en torno a la explicación y el abordaje de las problemáticas, se cambia de una visión de causa-efecto tradicional por una causalidad circular.

Enfoque sistémico

El enfoque sistémico propone considerar al individuo en contexto, es decir, siempre relacionado con su medio ambiente. Implica pensar que las personas forman parte de sistemas más amplios por los que es determinado y a los cuales determina simultánea y recíprocamente (Berger, 2008). En la siguiente parte de este capítulo se revisan los antecedentes, los conceptos básicos y las principales escuelas del enfoque sistémico.

Antecedentes.

La terapia sistémica es el resultado de conceptos teóricos y metodológicos derivados de distintas disciplinas científicas y sociales. Dicho enfoque tiene sus inicios en 1942, en una serie de conferencias interdisciplinarias auspiciadas por la fundación Josiah Macy, organizadas con el objetivo de combinar descubrimientos recientes de las

matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías de corte humanista (Vargas, 2009). Estas conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en la ciencia, al presentar nuevas formas de explicación en el campo de la ingeniería, la biología y el área social (Cuevas, 2008) ya que se cambia de una visión causa-efecto tradicional por una causalidad circular (Vargas, 2004).

En estas conferencias se reunían grandes pensadores de la época, entre los que destacan el matemático John Von Neumann, los neurofisiólogos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No y el psicólogo Kurt Lewin, entre otros. Las figuras que parecen haber ejercido la mayor influencia sobre la terapia sistémica fueron científicos como el teórico de la información Claude Shannon, el cibernético Norbert Wiener, el teórico de sistemas generales Ludwig von Bertalanffy y el antropólogo Gregory Bateson (Hoffman, 1987). Gracias a las investigaciones y publicaciones realizadas por Bateson y su equipo de trabajo, en torno a la comunicación que se da entre los pacientes esquizofrénicos, se comenzó a considerar a la enfermedad mental dentro de patrones específicos de interacción; ya no se consideraba al síntoma como algo inherente al hombre. Además, Bateson postulaba a la familia como sistema homeostático y proponía la hipótesis de doble vínculo. Asimismo, introdujo la cibernética al estudio de las relaciones humanas.

Conceptos básicos.

Uno de los pilares de este enfoque es la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940. La aportación de esta teoría fue proponer que diversos fenómenos pueden ser vistos como sistemas, y en tanto tienen cosas en común, se pueden encontrar leyes que aplican a todos ellos, independientemente de sus diferencias específicas (Molina, 2001).

Ludwig von Bertalanffy afirma que todo organismo, incluido el ser humano, es un sistema, es decir un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas como un complejo de elementos en interacción (Andolfi, 1992). De acuerdo con Feixas (1993), al considerar a un individuo o a una familia como sistemas abiertos en interacción con otros sistemas y con la capacidad de autorregularse a través de mecanismos de retroalimentación, estos adquieren ciertas propiedades:

- Como sistemas abiertos intercambian información con el medio a partir de lo cual generan normas de funcionamiento que rigen el comportamiento.
- El cambio en una parte del sistema afecta a las demás partes del sistema, por lo que la conducta de cada miembro influye en la de los demás.
- Hay una tendencia a estados constantes, es decir, que la necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.
- Hay una jerarquía que estructura el sistema.
- Principio de equifinalidad: se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos muy diversos.
- Cada sistema está compuesto por varios subsistemas, entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable, estos pueden ser difusos, claros o rígidos.

Como un segundo pilar de los modelos sistémicos se puede considerar a la teoría de la comunicación humana, cuyos axiomas según Watzlawick, Bavelas, y Jackson (1974) son:

1. No es posible no comunicarse: toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje. Actividad o inactividad, palabras o silencio, siempre comunican algo e influyen sobre los demás, quienes a su vez responden y por lo tanto, también se comunican.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional. Los aspectos de contenido de la comunicación se expresan por medio de un código lingüístico, abstracto y capaz de transmitir información muy precisa. Los aspectos relacionales obedecen a un código no verbal.
3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Puntuar es la forma de organizar los hechos para que formen una secuencia ordenada, de modo que para los participantes en la interacción la secuencia de comunicación tiene un principio y un final. La falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar los hechos es la causa de conflictos en las relaciones. De acuerdo con Feixas (1993), los conflictos de puntuaciones suelen tener como premisas dos supuestos erróneos:
 - a. Suponer que el otro cuenta con la misma información que uno mismo y que además debe sacar las mismas conclusiones.
 - b. Suponer que sólo hay una realidad (cualquier visión que difiera de la mía tiene que deberse a la irracionalidad).
4. Toda comunicación tiene un nivel digital y otro analógico. El nivel digital se refiere a las palabras, los sonidos, las letras, imágenes, etc., mientras que el

nivel analógico engloba la información no verbal como gestos, ademanes, el tono de voz, entre otros. La incongruencia entre los dos niveles de la comunicación da lugar a mensajes paradójicos.

5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Se refiere a que el tipo de relación establecido entre los participantes puede ser simétrico si tienden a igualar su conducta recíproca, pero si la conducta de los participantes complementa la del otro, es una relación complementaria.

En resumen, el modelo sistémico se basa en la teoría de los sistemas y en la teoría de la comunicación humana, desde estas dos teorías se incorporan conceptos en función de lo que es un sistema y sus propiedades, así como los axiomas de comunicación. La unión de estas teorías lleva a abordar los conflictos desde una perspectiva circular, lo que implica considerarlos como perturbaciones relacionales entre los elementos de un sistema y su entorno ambiental, convirtiendo al síntoma en una metáfora relacional.

Principales escuelas.

El modelo sistémico incorpora las propuestas que diversos autores han planteado en función de las bases teóricas y los principios fundamentales en los que se sustenta esta aproximación. Aunque existen distintas escuelas dentro de la terapia sistémica, todas tienen en común que trasladan la acción terapéutica al ámbito de los patrones de interacción interpersonal (Martorell, 1996). La principal aportación de estos modelos reside en el cambio de visión en cuanto a la enfermedad mental ya que tradicionalmente se había descrito en términos lineales, con explicaciones históricas y

causales del padecimiento. Por lo general, se tendía a considerar el mal sintomático como una disfunción debida a causas biológicas o fisiológicas o a una experiencia pasada. Sin embargo, estos modelos cambian esta visión por una epistemología circular (Hoffman, 1987).

A continuación, se describen los principales modelos dentro del enfoque sistémico, el primero de ellos es el modelo estructural, seguido del modelo del Mental Research Institute, el modelo estratégico, el modelo de Milán, el modelo centrado en las soluciones y finalmente se aborda la terapia narrativa.

Modelo estructural.

Desde esta perspectiva se estudia al individuo en su contexto social con el objetivo de modificar la estructura familiar, para así cambiar las posiciones de los miembros con respecto al grupo y las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1986; Martorell, 1996) ya que se postula que la experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio, es decir, el contexto social lo influye. La familia es por tanto un factor significativo en este proceso ya que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior del sistema y desde el exterior (Minuchin, 1986).

El principal representante de este modelo es Salvador Minuchin quien le da énfasis a la estructura familiar y la define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

En el modelo estructural se considera que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas reglas que constituyen la estructura familiar (Soria, 2010), estos límites definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en cada

subsistema. Minuchin (1986) distingue cuatro subsistemas: el individual, formado por cada miembro; el conyugal constituido por la pareja; el parental, establecido por padres e hijos; y el fraterno, el cual engloba a los hermanos.

Minuchin (1986) menciona que los subsistemas familiares tienen límites interiores, y a su vez la familia tiene sus fronteras con el exterior, de modo que la función de estos límites es proteger la diferenciación del sistema. Los límites pueden ser difusos, rígidos o claros y según como sean definirán la estructura y las posibles disfunciones de la familia (Feixas, 1993; Martorell, 1996). Las familias aglutinadas suelen tener límites difusos entre los subsistemas y fronteras rígidas, es difícil mantener la individualidad dentro de la familia y comprometerse con el exterior. Las familias desligadas, por su parte, tienen límites y fronteras rígidas, es difícil compartir lo suficiente, existe excesiva individualidad y en ocasiones algunas necesidades afectivas no son satisfechas (Minuchin, 1986). Para que un sistema funcione de manera adecuada, los límites deben de ser claros para permitir que cada miembro pueda desarrollar sus tareas (Ochoa, 1995).

Como una forma de analizar la estructura familiar, se plantea que los sistemas se organizan en alianzas, coaliciones o triángulos. Las primeras se definen por la proximidad positiva entre dos o más miembros del sistema, mientras que las coaliciones se refieren a la unión de dos miembros o más en contra de un tercero, y los triángulos se refieren a las coaliciones entre miembros de distintas generaciones, este tipo de estructura dificulta el crecimiento del hijo, que concentra sus energías en la lucha con sus progenitores por el control del sistema (Feixas, 1993).

Meta terapéutica.

El modelo de terapia estructural se enfoca en la organización jerárquica del sistema y en las distintas estructuras comunicacionales que definen los límites, por lo que sus objetivos se encaminan a modificar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías que mantienen una estructura que sostiene al síntoma dentro de la familia (Ochoa, 1995).

Técnicas de intervención.

Las técnicas que se emplean en la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización. De acuerdo con Ochoa (1995) las principales estrategias de la terapia estructural son:

- Técnicas para cuestionar el síntoma: mediante el desafío se cuestiona que la familia deposite el síntoma en uno de sus miembros y se modifica esta visión para identificar el problema en las pautas de interacción familiar. El objetivo es reencuadrar la concepción que tiene la familia acerca del problema y para ello se hace uso de la escenificación, en donde el terapeuta identifica las interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia, provoca su aparición en la sesión, la señala y propone modalidades diferentes de interacción.
- Técnicas para cuestionar la estructura o reestructurantes: se cuestiona el lugar en el que se encuentran cada uno de los miembros de la familia dentro de los diferentes subsistemas. Las técnicas empleadas son:
 - Fijación de límites: esta técnica tiene como objetivo regular la permeabilidad que separa a los subsistemas entre sí.

- Desequilibrio: con esta técnica el terapeuta busca generar cambios en los subsistemas y cambiar la jerarquía al cuestionar y modificar la distribución del poder, para hacerlo, el terapeuta se puede aliar con algunos miembros de la familia, puede ignorar a algunos otros o bien, participa en una coalición contra uno o dos familiares.
 - Enseñanza de la complementariedad: el terapeuta busca que la familia vea el problema como parte de un todo más amplio, cambiando la creencia de una causalidad lineal del síntoma mostrando puntos de vista alternativos.
- Técnicas de cambio de visión: es necesario modificar la visión de los miembros de la familia con respecto al síntoma y para ello se suelen utilizar las siguientes estrategias:
- Modificación de los constructos cognitivos: se trata de mostrar a la familia que puede interactuar sin la presencia del síntoma, esto se hace a través del uso de símbolos universales (preceptos morales, uso del sentido común, tradiciones y rituales), de verdades familiares y del consejo profesional donde el terapeuta da una explicación diferente de la realidad familiar.
 - Intervenciones paradójicas: son técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia. El terapeuta enumera las consecuencias negativas que tendría eliminar el síntoma por lo que se pide que se mantenga. Una intervención paradójica se compone de tres pasos: la redefinición del problema, la prescripción de la secuencia sintomática y la

restricción. Cabe señalar que este tipo de intervenciones son utilizadas con poca frecuencia.

- Insistencia en los lados fuertes de la familia: se refiere a hacerle ver a la familia los aspectos positivos que se transmiten de generación en generación con la finalidad de mostrar que los aspectos disfuncionales no son la totalidad de la familia.

Modelo del Mental Research Institute.

Se trata de un modelo de terapia breve creado por Don Jackson, Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch quienes en 1959 fundaron el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California con la finalidad de continuar con su trabajo de investigación sobre la terapia breve (Cuevas, 2008; Vargas, 2009). El equipo del MRI consideraba que la terapia se podía realizar en periodos más breves de los convencionales, por lo que su propuesta consistía en una terapia breve de 10 sesiones (Fexias, 1993). Al ser una terapia de corta duración, se busca identificar cuál es el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de reestructurar a toda la familia. Los cambios que no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su funcionamiento se denominan cambios de tipo 1 y los que afectan a los parámetros del sistema son cambios de tipo 2 (Martorell, 1996).

El trabajo se centra en intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas (Ochoa, 1995) ya que el mantenimiento de una solución que ha sido ineficaz sólo contribuye al agravamiento y el mantenimiento del problema. Dada la importancia de conocer el problema y las soluciones intentadas, el terapeuta debe

obtener una definición del problema y de las soluciones en términos de conductas concretas. Por lo general, las soluciones aplicadas por la familia suelen ser cambios 1 y con frecuencia consisten en hacer lo contrario al síntoma.

Meta terapéutica.

El objetivo terapéutico es alcanzar un cambio 2 en cuanto a la solución intentada ya que esto supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que llevaría a una reducción o desaparición del síntoma.

Para establecer el cambio mínimo necesario, el terapeuta pide al paciente y a la familia que definan las metas concretas que quieren conseguir, especificando los referentes conductuales para así poder evaluar los cambios obtenidos y la consecución de la meta.

Técnicas de intervención.

El equipo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención y programas para problemas específicos, no obstante, también ha diseñado dos grandes tipos de intervenciones específicas y generales:

- Intervenciones específicas: su diseño se basa en el tipo de solución intentada por la familia o el paciente:
 - Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente: se le pide al paciente que deje de intentar controlar el síntoma y que no se esfuerce demasiado en hacerlo. Se provoca la aparición del síntoma como un primer paso para lograr un control definitivo, argumentando que de esta manera el paciente logrará entrenarse para saber cómo responder.

- Dominar un acontecimiento temido aplazándolo: cuando hay una situación que se evita porque el paciente la considera aversiva, se busca exponerlo a dicho acontecimiento.
 - Llegar a un acuerdo mediante coacción: se usa cuando hay un conflicto en una relación interpersonal. El objetivo es que se adopte una postura de inferioridad denominada “sabotaje benévolo” con el supuesto de que, al eliminar la actitud dominadora, desaparecerá la conducta provocadora.
 - Conseguir sumisión a través de la libre aceptación: esta situación se da cuando una persona intenta obtener algo de la otra, pero al mismo tiempo niega que lo esté haciendo. La intervención consiste en lograr que la persona que solicita algo, haga una petición directa de lo que desea.
 - Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa: se da cuando una persona sospecha que otra realiza un acto que ambas consideran equivocado. El objetivo de la intervención es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones.
- Intervenciones generales: se emplean cuando no se obtiene el resultado esperado por medio de las intervenciones específicas:
- No apresurarse: se aplica en tres situaciones 1) con pacientes cuya solución es esforzarse mucho para superar el problema, 2) con sujetos que piden al terapeuta un cambio inmediato o 3) cuando hay cambios y mejorías. La intervención consiste en recordar que los cambios lentos son más estables que los cambios repentinos.

- Peligros de una mejoría: el terapeuta enlista las dificultades de llevar a cabo un cambio, esta intervención se utiliza cuando el paciente no ha realizado las tareas prescritas o cuando hay síntomas de ansiedad.
- Un cambio de dirección: el terapeuta cambia de dirección argumentando que había seguido un camino equivocado por lo que las intervenciones no habían producido el cambio deseado.
- Cómo empeorar el problema: cuando se acerca el final del tratamiento y no se han producido los cambios deseados, el terapeuta expresa que no ha sabido cómo ayudarlos, pero que sí sabe cómo empeorarlo y enlista de manera específica lo que el paciente y su familia han hecho para solucionar el problema.

Estos tipos de intervenciones incluyen los siguientes recursos técnicos para promover el cambio:

- Redefiniciones: son técnicas cognitivas empleadas para evitar el uso de etiquetas por el paciente o la familia al referirse al síntoma.
- Tareas directas: son intervenciones conductuales que buscan cambiar la conducta de los miembros de la familia al pedir explícitamente la realización de una conducta diferente.
- Tareas paradójicas: son técnicas conductuales que no proponen la realización de una conducta diferente, sino que prescriben la conducta sintomática durante un tiempo limitado.

- Metáforas: son intervenciones cognitivas empleadas para transmitir un mensaje que no está relacionado directamente con el problema. El mensaje puede ser una definición nueva del problema, una solución o ambas.
- Ordalías: esta técnica se emplea cuando no se ha conseguido ningún cambio o cuando este ha sido mínimo y se está en las últimas sesiones del tratamiento. El terapeuta propone una tarea directa cuyo incumplimiento llevaría al término de la terapia.
- Técnicas hipnóticas: pueden formar parte de las intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema.

Modelo estratégico.

Esta escuela se centra en la incapacidad que tiene el sistema familiar o un individuo para resolver problemas por lo que el terapeuta debe de asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica que permita resolver los problemas del cliente (Ochoa, 1995).

Jay Haley y Cloé Madanes son los principales representantes de este modelo. Una de las aportaciones más importantes de Haley fue ampliar la perspectiva que se tenía acerca de la función que tienen los síntomas, afirmando que estos aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o se interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Haley, 1986). Haley plantea que el ciclo vital de la familia está compuesto por las siguientes etapas: el período del galanteo, el matrimonio, el nacimiento de los hijos, periodo intermedio del matrimonio, separación de los hijos, jubilación y vejez. Cada una de estas etapas representa un reto para la familia ya que

implica que esta se tiene que adaptar a los nuevos parámetros del sistema, cuando la familia enfrenta dificultades para adaptarse a la nueva situación surgen los síntomas.

En la terapia estratégica es importante evaluar cuál es la posible función que tiene el síntoma dentro del contexto familiar, esto se hace desde la primera entrevista.

Haley (1988) utiliza un modelo de entrevista que divide en 4 etapas:

1. Etapa social: el terapeuta se presenta con la familia y saluda a todos los miembros haciéndolos sentir cómodos.
2. Planteamiento del problema: se indaga acerca de lo que cada miembro de la familia piensa acerca del problema. Durante esta etapa el terapeuta no debe de hacer ningún tipo de intervención dirigido a que la familia tenga una percepción distinta de la situación.
3. Etapa de interacción: se formula una hipótesis en torno a la posible función del síntoma al pedirle a los miembros de la familia que platicuen entre ellos, se observa la interacción entre los miembros y se determinan las alianzas y posiciones de poder presentes.
4. Etapa de fijación de meta: se le pide a la familia que especifique los cambios que desea lograr.

Meta terapéutica.

La finalidad de la terapia es cambiar las estructuras de organización que son inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Para lograr esto, el terapeuta debe de impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular el reparto de poder familiar (Ochoa, 1995).

Técnicas de intervención.

Haley (1988) menciona que lo primero que se hace en este enfoque es definir claramente lo que la familia espera lograr con el tratamiento para que de esta manera se puedan operacionalizar los objetivos. Después de esto, se evalúa cómo se mantiene el síntoma y se identifica quiénes están involucrados en el problema, quién se beneficia, a quién protege el portador del síntoma y de qué manera lo hace. Una vez que se obtiene esta información, se busca que el paciente identificado renuncie al síntoma y se programa un cambio por etapas con respecto a la conducta sintomática y a la organización familiar, introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. Al realizar la intervención es fundamental evitar las confrontaciones con la familia ya que esto sólo entorpece el tratamiento, y anticiparse a las posibles objeciones por parte de la familia al momento de instrumentalizar la intervención.

Para lograr el cambio deseado por la familia, las principales técnicas que se utilizan son:

- Directivas: son indicaciones que se le dan a la familia sobre actividades que tienen que realizar dentro o fuera de la entrevista, estas tienen que ser precisas y claras, además a cada miembro de la familia se le debe de asignar una tarea. Pueden ser directas, indirectas y paradójicas.
- Redefiniciones: se refiere a cambiar la definición que tiene la familia con respecto al problema por otra que haga posible que el problema pueda solucionarse.
- Ordalías: se da una instrucción o una tarea que implique un castigo que resulte beneficioso, de manera que sin importar si se realiza o no la tarea, hay un beneficio.

Modelo de Milán.

El modelo de Milán engloba las aportaciones del grupo que se gestó en el Centro de estudios de la familia en Milán, integrado por Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo. Este enfoque se utiliza comúnmente con familias con una organización muy rígida en donde el síntoma cumple una determinada función dentro de la lógica interna del sistema. La aplicación de sus métodos terapéuticos se ha dado mayormente con trastornos como la anorexia y la psicosis (Ochoa, 1995).

La escuela de Milán centra su atención en el juego patológico que se da en el sistema familiar, este concepto engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar y las creencias que cada miembro tiene sobre sí mismo y los demás. Para evaluar el juego familiar se hace uso de la entrevista circular que obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. En este enfoque es necesario realizar una hipótesis sistémica en donde el síntoma tenga como marco explicativo las relaciones familiares, la hipótesis contiene información relativa a la función específica que cumple el síntoma para cada miembro (Feixas, 1993). El terapeuta debe de ser capaz de confirmar o rechazar una hipótesis con base en la información que proporciona la familia (circularidad), la información para realizar la hipótesis se obtiene desde el primer contacto que se tiene, cuando se hace la petición de consulta por teléfono. Por otro lado, la neutralidad se refiere a la capacidad que tiene el terapeuta para evitar las alianzas con los miembros de la familia.

Una de las innovaciones de este modelo es el uso de un espejo de visión unidireccional, por lo general uno o dos terapeutas entrevistan a la familia y en la sala continua, tras el espejo, se encuentra un equipo que puede hablar con el terapeuta por medio de un intercomunicador (Feixas, 1993).

La escuela de Milán propone que la intervención se realice en 10 sesiones con un intervalo de un mes entre cada sesión para permitir que los cambios se lleven a cabo (Feixas, 1993; Martorell, 1996). De acuerdo con Alvarado (2013) las sesiones se dividen en cinco fases:

1. La pre-sesión: si es la primera sesión el equipo analiza la información obtenida durante la llamada telefónica, si es una sesión subsecuente se lee el acta de la sesión anterior.
2. La sesión: el terapeuta entra con la familia y conduce la sesión realizando las intervenciones pertinentes, mientras que el equipo observa del otro lado del espejo y si considera que es necesario hacer alguna intervención puede llamar al terapeuta por el intercomunicador.
3. La discusión de la sesión: poco antes de finalizar la sesión se hace una pausa en la que el equipo y el terapeuta se reúnen para discutir lo que sucedió en la sesión y llegar a un acuerdo sobre cómo hacer el cierre de la sesión.
4. Conclusión de la sesión: el terapeuta regresa con un mensaje, una tarea o un ritual del equipo para la familia.
5. El acta de la sesión: una vez terminada la sesión el equipo se reúne para discutir y redactar lo observado en la sesión.

Meta terapéutica.

El objetivo del tratamiento es liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias (Ochoa, 1995) ya que el modificar este sistema de creencias permite cambiar el mapa de relaciones.

Técnicas de intervención.

Las técnicas de intervención de este modelo se dirigen a alterar el juego patológico de la familia al modificar las reglas rígidas por unas más flexibles. Al igual que en otros modelos sistémicos, se hace uso de la redefinición y de las intervenciones paradójicas. Aunque este modelo añade las siguientes intervenciones:

- Connotación positiva: consiste en atribuir intenciones positivas a las conductas consideradas como problemáticas por la familia.
- Preguntas circulares: se utilizan para construir un mapa de las relaciones familiares. El terapeuta hace preguntas a cada miembro de la familia con respecto al comportamiento de dos o más familiares.
- Rituales familiares: el objetivo es introducir nuevas reglas en el sistema. Se definen, de manera precisa, las conductas que se quieren introducir y se establece qué es lo que tiene que hacer cada miembro de la familia y en qué momento.

Modelo centrado en las soluciones.

La terapia sistémica breve centrada en las soluciones (TCS) fue desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer. Los planteamientos de este modelo están influidos por el trabajo de Milton Erickson y la terapia del MRI de Palo Alto, se parte del supuesto de que los problemas de los clientes tienen que ver con conductas a partir de su visión del mundo.

Desde la TCS, no se busca conocer cuál es el problema ni la historia de este, se le da más peso a identificar las circunstancias en donde no se presenta la conducta problemática ya que se parte de la idea de que tanto la familia como el paciente

identificado están motivados a cambiar, por lo que concentrar los esfuerzos terapéuticos en el problema no aportaría ninguna utilidad al tratamiento. Como consecuencia de esta visión, no tiene sentido hablar de pacientes sino de clientes que colaboran de una u otra manera para cambiar (Ochoa, 1995).

El modelo centrado en soluciones considera que el cliente percibe que la solución que ha intentado es la única correcta, lo que en realidad provoca que se mantenga el síntoma ya que esto no le permite poner en práctica otras soluciones, de manera que el esfuerzo terapéutico se concentra en ayudar al cliente a generar nuevas soluciones. Durante las sesiones el terapeuta dirige las intervenciones a los recursos de los clientes, es decir, a aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) o en aspectos relacionados con un futuro sin el problema (objetivos) (Beyebach, 1999).

Los aspectos centrales en la TCS consisten en identificar cuál es el problema de manera general, averiguar puntualmente lo que el cliente espera conseguir al finalizar el tratamiento para poder establecer los objetivos y determinar en qué punto finalizaría la terapia, concentrar los esfuerzos en la generación de nuevas soluciones y trabajar con las excepciones.

Meta terapéutica.

El objetivo terapéutico es ampliar los aspectos que son satisfactorios en la vida de los clientes en relación con el problema y con otros aspectos de su vida, así como crear la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática (Ochoa, 1995).

Técnicas de intervención.

La TCS trabaja con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir, esto lo hacen a través de la pregunta milagro. Asimismo, se trabaja para marcar y ampliar las ocasiones en las que lo consiguen (trabajo con excepciones) y se fomenta que asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos (Beyebach, 1999). A continuación, se enlistan las principales técnicas de intervención empleadas en la TCS:

- Técnicas de proyección al futuro: se emplean para construir, junto con los clientes, objetivos concretos y expresados en positivo que servirán para guiar el proceso terapéutico, así como para que el cliente identifique los avances y los cambios que se vayan produciendo. Este tipo de intervenciones buscan que el cliente imagine cómo sería su vida si el problema no estuviera. Dentro de estas técnicas se incluyen la pregunta milagro, la técnica de la bola de cristal y la fantasía guiada, entre otros.
- Trabajo sobre excepciones: son ocasiones en las que no se da la conducta problemática y que tienen la potencialidad de llevar a una solución. El trabajo con las excepciones se da en cinco pasos:
 - Elicitar: consiste en pedir al cliente que comparta los aspectos que han mejorado en su vida.
 - Marcar la excepción: se refiere a que la excepción no pase desapercibida y que marque una diferencia.
 - Ampliar: se intenta construir una visión más completa del momento en el que ocurrió la excepción.

- Atribuir control: una vez que se haya ampliado la excepción se le atribuye el control sobre ella a los clientes, construyéndola como algo deliberada e identificando qué cosas hicieron que permitieron que la excepción ocurriera.
- Seguir: se pregunta qué otras excepciones han habido.
- Uso de escalas: se emplean para tener una idea clara de si el tratamiento está avanzando o no en la dirección correcta, implican el progreso en la consecución de las metas en una escala de 10 puntos. En caso de que el cliente reconozca un cambio, el terapeuta se centra en averiguar qué fue diferente y qué es lo que el cliente hizo, cómo podrá mantener ese cambio, cómo podría avanzar un paso más hacia la meta, entre otros aspectos. Si el cliente no percibe ningún cambio se le pregunta cómo podría pasar del nivel en el que se encuentra a uno en donde estaría mejor.
- Mensaje final: el mensaje al finalizar la sesión es una manera de consolidar los puntos de vista generados durante la sesión, así como de propiciar que los cambios descritos en la sesión se generalicen fuera del espacio terapéutico. El contenido del mensaje final consta de dos componentes: el elogio, en donde se reconocen los recursos y lo que se está haciendo bien, y la tarea, la cual consiste en proponer alguna cosa a realizar o en algún aspecto a reflexionar hasta la siguiente sesión.

Terapia narrativa.

La terapia narrativa fue desarrollada por Michael White y David Epston. Este modelo de intervención se enmarca en el posmodernismo, el cual cuestiona la

naturaleza del conocimiento y señala las limitaciones de la epistemología positivista para estudiar y comprender la experiencia humana (Tarragona, 2006). La propuesta posmoderna afirma que el conocimiento sobre las cosas y sobre uno mismo se construye socialmente a través del lenguaje y que sólo podemos acceder a él a través de nuestra propia experiencia (Payne, 2002).

Desde esta perspectiva la terapia es vista como un proceso conversacional o discursivo que se interesa por la forma en la que las personas crean narrativas o historias sobre sus vidas, y propone que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros (Tarragona, 2006). En esta terapia la palabra “narrativa” se refiere tanto a los relatos que las personas se cuentan a sí mismas y a los demás acerca de sus vidas como al conocimiento experiencial (Payne, 2002). Estas narrativas se pueden clasificar en ralas y gruesas, las historias gruesas están llenas de detalles, se conectan con otras y por lo general provienen de las personas para quienes esa historia es relevante; una historia rala generalmente proviene de observadores de fuera y no de la persona que la está viviendo (Tarragona, 2006).

White y Epston (1959) consideran que las personas tienen dificultades cuando viven con “historias dominantes” que están saturadas de problemas. Estas historias dominantes son restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y las llevan a llegar a conclusiones negativas sobre su identidad (Tarragona, 2006). Por lo que un aspecto importante de la terapia es deconstruir estas historias, es decir, desarmar o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo el problema y a la historia dominante (Morgan, 2000) para así co-construir junto con el cliente nuevas narrativas.

Meta terapéutica.

El objetivo de la terapia narrativa es identificar las historias dominantes que se ha contado el cliente para así poderlas deconstruir y ampliar, creando nuevas narrativas que estén libres del problema (Payne, 2002).

Técnicas de intervención.

La terapia narrativa ha desarrollado diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas, estas prácticas incluyen las conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas del Panorama de la Acción y el Panorama de la Identidad, el trabajo con equipos de testigos externos y el uso de documentos terapéuticos (Tarragona, 2006). A continuación, se describen cada uno de ellos:

- Conversaciones externalizantes: desde la terapia narrativa se piensa en los problemas como algo separado del cliente, como algo externo a él o a ella pero que está afectando su vida (Tarragona, 2006). Las conversaciones externalizantes constan de los siguientes pasos (Payne, 2002):
 - Hablar del problema: se busca obtener un relato detallado del problema y se exploran los efectos del problema sobre la vida de la persona, enfatizando que el problema es parte de un contexto y no de algo interno.
 - Nombrar el problema: se le pide al cliente que le dé un nombre al problema, también se pueden usar metáforas que lo describan. Es muy importante trabajar con las palabras exactas que usa el cliente.
 - Externalizar el problema: significa mantener la actitud de que las dificultades son algo que afecta a la persona, no algo que forma parte de

ella. Se pueden usar metáforas de acuerdo con las cuales el problema ataca a la persona, invade su vida, le habla, le pone trampas o intenta herirla de alguna otra forma.

- Deconstruir el problema: se trata de analizar la narrativa y crear una más amplia.
- Buscar acontecimientos excepcionales: se trata de buscar la excepción al problema, es decir, se buscan eventos o situaciones en la vida del cliente que contradigan la historia dominante. Los acontecimientos excepcionales sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas (Tarragona, 2006).
- Uso de preguntas del Panorama de la Acción y el Panorama de la Identidad: una vez que se identificó un acontecimiento excepcional, se hacen preguntas sobre qué hizo el cliente para que fuera diferente (panorama de la acción) y sobre el significado que tiene este acontecimiento (panorama de la identidad) (Tarragona, 2006).
- Trabajo con testigos externos: en la terapia se pueden implementar “ceremonias de definición” que contribuyan a validar y fortalecer las historias de los clientes, en estas el terapeuta entrevista al cliente en presencia de un grupo de testigos externos (otros terapeutas, familiares o amigos del cliente), después se cambian los lugares y el terapeuta entrevista a los testigos sobre lo que significó para ellos escuchar la sesión y al terminar el terapeuta entrevista al cliente sobre cómo fue para él escuchar a los testigos (Tarragona, 2006).

- Uso de documentos terapéuticos: estos se refieren a certificados o diplomas que dan constancia de los logros del cliente; pueden escribirse cartas, notas textuales de la sesión, cartas de recomendación, cartas de predicción e invitaciones, entre otros (Tarragona, 2003).

En resumen, la terapia narrativa tiene como objetivo crear nuevas narrativas que estén libres del problema mediante el uso de conversaciones extrenalizantes y la búsqueda de acontecimientos excepcionales.

Tras describir la manera en la que se aborda la conducta sintomática desde cada una de las modalidades de la aproximación sistémica, se puede hacer una distinción en torno al aspecto del sistema familiar sobre el cual inciden las intervenciones y la duración del tratamiento. Desde el modelo estructural se buscan modificar la organización jerárquica de la familia que mantiene el síntoma y los límites entre los subsistemas mediante técnicas que cuestionan el síntoma o la estructura y técnicas de cambio de visión. Al igual que el modelo estructural, el modelo estratégico busca modificar la organización familiar y para ello evalúa cómo se mantiene el síntoma, qué miembros de la familia están involucrados en el problema y qué es lo que la familia espera lograr con el tratamiento para así diseñar una estrategia específica y programar un cambio por etapas, las técnicas que emplea para lograr este cambio son directivas, redefiniciones y ordalías.

A diferencia de estos dos modelos, el modelo del Mental Research Institute es una terapia breve que no busca reestructurar el sistema, sino que busca identificar cuál es el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual, esto lo logra al determinar las metas concretas, en términos conductuales, que se desean alcanzar, así como las soluciones que la familia ya ha intentado con respecto al síntoma. Siguiendo

con las terapias breves, el modelo de Milán centra su atención en las relaciones de los miembros de la familia y las creencias que cada uno tiene con respecto a sí mismo y a los demás. Otro modelo breve es la terapia centrada en soluciones, la cual busca identificar de manera general el problema y se enfoca en los objetivos concretos que se desean alcanzar. Desde la TCS se busca identificar las circunstancias en donde no se presenta el síntoma con el objetivo de ayudar al cliente a generar nuevas soluciones.

Hasta aquí se ha hecho una breve revisión de las principales escuelas del enfoque sistémico en donde se ha descrito la manera en la que estos modelos trabajan con el sistema familiar y con el paciente sintomático. Sin embargo, para los fines de este reporte también resulta necesario revisar el trabajo que se ha hecho desde la terapia individual sistémica dado que la intervención que se llevó a cabo con una de las pacientes bajo este modelo se realizó sin la inclusión del grupo familiar en la terapia.

Terapia individual sistémica.

El modelo sistémico generalmente se presenta como un enfoque asociado al trabajo con parejas y familias, no obstante, también se puede aplicar a pacientes en psicoterapia individual, manteniendo el acento en las relaciones familiares, las interacciones y el contexto (Moreno, 2011). Papp (1994) señala que algo característico del enfoque sistémico es la noción de que las conductas de los individuos adquieren un significado o cumplen una función en su sistema relacional significativo, que suele ser su familia actual o su familia de origen. De manera que la terapia individual sistémica centra su atención en los circuitos de interacción que mantienen el problema, estas interacciones con frecuencia son intentos de solución ineficaces que se dan entre la

persona sintomática y su entorno, o en las propias estrategias que pone en marcha el paciente para intentar manejar sus dificultades (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976).

Antecedentes.

Aunque la mayoría de los psicoterapeutas sistémicos admiten realizar intervenciones con individuos, existe una escasez sorprendente de literatura sobre cuestiones metodológicas, así como de estudios de investigación que documentan la eficacia y la efectividad de tales intervenciones (Tramonti & Fanali, 2015). Sin embargo, hay algunas contribuciones que han sido fundamentales en el campo de la psicoterapia sistémica individual: el método de Bowen (1989), el trabajo de Boscolo y Bertrando (1996), los métodos propuestos por Selvini y Viaro (1988) para el tratamiento de pacientes anoréxicos en entornos individuales y el enfoque de coaching de McGoldrick y Carter (2001). Además de estos modelos, existe una amplia literatura clínica que a menudo se refiere a tratamientos individuales a través de viñetas e informes de casos, pero sin exponer métodos detallados para la organización del proceso terapéutico.

Bowen (1989) fue el pionero en utilizar una terapia individual teniendo en cuenta las interacciones recíprocas entre el individuo y la propia familia. El método que empleó, llamado psicoterapia familiar con un solo miembro de la familia, implica que se enseña al paciente las características de las triadas y de los sistemas emocionales, para conseguir que ponga distancia emocional y observe las propias relaciones familiares. Bowen sugiere emplear este método cuando uno de los cónyuges está motivado a trabajar sobre un problema familiar, pero el otro no lo está.

El modelo propuesto por Boscolo y Bertrando (1996) está inspirado en las técnicas desarrolladas en la práctica de terapia familiar por la escuela de Milán y aplica

los principios de neutralidad, circularidad e hipótesis al escenario individual. El enfoque se caracteriza por un uso particular del lenguaje y tiene como objetivo fomentar procesos de aprendizaje en la mente de los pacientes a través de una expansión de sus sistemas de creencias y puntos de vista sobre problemas, situaciones y relaciones. El uso del cuestionamiento circular mediante la presentación de terceros es un ejemplo de cómo crear las condiciones para acceder a la relación entre los pacientes y sus familias, así como al diálogo interno de los pacientes (Tramonti & Fanali, 2015).

Por otra parte, Selvini y Viaro (1988) proponen una terapia individual de la anorexia con base en un modelo de seis estadios, el objetivo es identificar patrones típicos de interacción dentro de la familia y modificarlos a través de la relación terapéutica, ayudando a los pacientes a adoptar comportamientos más funcionales. La intervención individual se basa en conceptos clave como “juego familiar”, “regla” y “estrategia”. Ambos afirman que al trabajar desde este enfoque buscan trazar un modelo que no aisle a los individuos de sus conexiones cotidianas, pero que tampoco se ocupe de las redes de conexiones prescindiendo del comportamiento del individuo, lo que pretenden es tratar a los individuos como seres conectados entre ellos e influenciados, en su forma de comportarse, el uno con el otro según modalidades específicas.

A diferencia de los enfoques descritos anteriormente, el trabajo realizado por McGoldrick y Carter (2001) se centra más en los vínculos familiares intergeneracionales, el objetivo de este tipo de tratamiento es reconstruir historias familiares, identificar patrones de transmisión intergeneracional de emociones, pensamientos y comportamientos, y ayudar a los pacientes a reconsiderar y cambiar sus posiciones en coaliciones familiares y patrones de triangulación. Tramonti y Fanali

(2015) señalan que esta intervención consiste en "entrenar" a los individuos para que se conviertan en observadores de su propio papel en la familia y de los patrones familiares de comportamiento para que de esta forma puedan definirse a sí mismos y su conducta sea congruente con sus creencias, incluso si esto significa desafiar a los miembros de la familia al desobedecer las "reglas" familiares.

Tramonti y Fanali (2015) retoman los enfoques de estos autores e intentan hacer una integración de dichos modelos. En esta integración ellos proponen un proceso estructurado en tres fases. En la primera fase se busca establecer una alianza con el individuo y realizar una evaluación sobre los recursos personales con los que cuenta (como las características de personalidad y el funcionamiento psicológico general), los recursos relacionales en las relaciones familiares e íntimas (límites familiares, calidad de las relaciones, estructura familiar, coaliciones, alianzas y posibles triangulaciones) y los recursos sociales de las redes interpersonales extendidas.

En la fase dos se indaga a profundidad la historia familiar y personal del individuo con la ayuda de cuadros cronológicos y genogramas, esto se hace con el objetivo de reconstruir la historia familiar y ampliar las diferentes perspectivas sobre eventos, personas y relaciones. En esta fase la hipótesis, el cuestionamiento circular y las metáforas, son instrumentos para construir el diálogo sobre la historia familiar y explorar los mitos y paradigmas familiares, prestando atención a las relaciones entre ellos y las estructuras de conocimiento de los pacientes.

En la tercera fase la terapia se dirige a la identificación de cambios posibles y deseables en el contexto de la comunicación interpersonal. En esta etapa el proceso terapéutico puede implicar prescripciones conductuales elegidas por el paciente, coherentes con los recursos tanto del paciente como de la estructura familiar. Estas

prescripciones incluyen el juego de roles o tareas para mejorar las habilidades de comunicación en contextos relacionales relevantes.

Con base en las aportaciones hechas por los autores mencionados anteriormente, se entiende que la premisa básica de la terapia individual sistémica recae en las relaciones recíprocas entre individuo y sistema, para intervenir sobre estas relaciones y sobre las reglas de relación del sistema familiar, a través de las relaciones entre terapeuta e individuo.

Bases de la terapia individual sistémica.

De acuerdo con Loredi, Angiolari y De Francisci (1989) las bases de la terapia individual sistémica le proporcionan a este enfoque una justificación teórica y sostienen su praxis terapéutica. Estos autores identifican cuatro puntos que consideran la base de esta aproximación:

1. El individuo recapitula en sí mismo las reglas del sistema del que forma parte. De acuerdo con esta perspectiva, el individuo no puede explicarse a partir de sí mismo, para entender su conducta es necesario conocer sus relaciones con los sistemas a los que pertenece y a los propios sistemas. Sin embargo, una forma para llegar a conocer las características de un sistema consiste en observar a uno de los individuos que lo componen.
2. El individuo tiende a reproducir con el terapeuta la misma relación que tiene con su sistema de pertenencia, proponiendo al mismo tiempo un cambio en la misma relación. El individuo tiende a solapar los contextos en los que se relaciona, incluyendo el contexto terapéutico, esto conduce a que el individuo ponga en la

relación con el terapeuta los mismos modelos adquiridos en su sistema de pertenencia.

3. El terapeuta y la familia entran, a través del individuo, en relación entre ellos y reaccionan recíprocamente durante todo el proceso terapéutico. Este modelo concibe al ser humano como un individuo polisistémico, es decir, que posee la capacidad de pertenecer a la vez a muchos sistemas, por lo que sus conductas tienen efecto sobre los sistemas de los que forma parte y a su vez, recibe su influencia. En la terapia individual sistémica cada acto del individuo es considerado con relación al sistema de pertenencia y al sistema terapéutico, de este modo es posible intervenir por medio del individuo en el sistema de relaciones de la familia.
4. Los vínculos familiares son lazos que necesitan ser transformados, deconstruidos y reconstruidos a lo largo de la vida de un individuo para permitir el desarrollo de la persona (D'ascenzo, 2014). Desde la perspectiva sistémica, la etapa de desvinculación de la familia de origen se trata de un proceso que implica una revisión de patrones de conducta, de las pautas comunicacionales, de las lealtades, de los mitos familiares y la construcción de una capacidad de elección autónoma en función de un proyecto personal evolutivo que permita conservar el sentido de pertenencia a la familia de origen y, a la vez, la conciencia de ser un individuo autónomo.

Boscolo y Bertrando (1996) aconsejan la psicoterapia individual sistémica en los siguientes casos: a) adolescentes o jóvenes adultos que, después de haber llevado una psicoterapia familiar o de pareja en la cual se hayan resuelto los conflictos familiares responsables del malestar individual o colectivo, parecen beneficiarse de una

intervención sobre la persona para enfrentar las dificultades de la vida externa y los problemas relativos a su proyecto a futuro; b) adolescentes o adultos que rechazan desde el inicio una intervención sobre la familia; o c) un cónyuge que pide una terapia rechazada desde el comienzo por el otro cónyuge. Mientras que Canevaro (2010) añade las siguientes recomendaciones: a) adultos autónomos entre 30 y 40 años, sin graves patologías psíquicas y en posibilidad de sostenerse económicamente, que hayan tenido reiterados fracasos sentimentales causados por una incapacidad de mantener un compromiso afectivo importante; b) jóvenes adultos en fase de diferenciación de la familia de origen, sin sintomatología evidente, pero con un comportamiento fóbico hacia la inclusión de la familia en el proceso terapéutico; c) jóvenes adultos con un regular funcionamiento autónomo que trabajan y viven solos, con síntomas como ataques de pánico, anorexia, depresión o sintomatología obsesiva, que no quieren involucrar a la familia de origen; d) situaciones en las cuales la existencia de secretos retenidos imposibles de aclarar son un obstáculo para la involucración de la familia; y e) adultos que se han escapado de casa por grandes problemáticas relacionales o graves disfuncionalidades de uno de los padres o hermanos.

Por su parte, Loredio et al. (1989) plantean que los siguientes criterios se deben de tomar en cuenta para decidir emplear o no la terapia individual sistémica:

1. Las características de la demanda: la demanda de atención debe de ser realizada directamente por la persona interesada. Además, el individuo debe de solicitar o aceptar un cambio que se refiere a sí mismo y a su forma de establecer relaciones con los otros. De igual forma, debe de haber un rechazo en la participación de la terapia por parte de los demás miembros de la familia o de

la pareja y, finalmente, en la demanda hay un deseo de ayuda para conseguir una desvinculación de la familia de origen.

2. La fase del ciclo vital en la que se encuentra la persona que solicita la terapia: el paciente debe de haber superado la fase de desvinculación o dar pasos en esa dirección, para ello se debe de verificar la presencia de alguno de los siguientes indicadores: 1) una o más relaciones externas estables y duraderas (novio/a, amigos, compañeros de trabajo); 2) capacidad de autonomía económica y física; y 3) capacidad de una vida externa al núcleo familiar.
3. El derivante: cuando una persona que tiene una fuerte injerencia sobre el paciente no acepta la terapia familiar y presiona para que la atención sea individual.

Meta terapéutica.

El objetivo terapéutico es ampliar las perspectivas que el paciente tiene en torno a eventos, personas y relaciones interpersonales significativas, así como favorecer la desvinculación de la familia de origen, permitiendo así que el paciente pueda desarrollarse de manera plena en su vida adulta (D'ascenzo, 2014; Tramonti & Fanali, 2015).

Técnicas de intervención.

Desde este modelo de intervención se plantea que el cambio terapéutico se produce al favorecer una nueva percepción o significado relacional o contextual del problema, utilizando herramientas terapéuticas como el genograma y preguntas que exploran el contexto relacional (Moreno, 2011). Este contexto contempla la historia de la familia de origen, los valores culturales sociales, religiosos, de género, de clase social,

entre otros, a partir de los que la persona y la familia han interpretado y dado sentido a la realidad.

Moreno (2011) establece que una de las primeras herramientas terapéuticas que se utilizan en una terapia sistémica es la construcción del genograma, el cual permite dar una perspectiva relacional a las dificultades del paciente y situar sus problemas actuales en el contexto de su sistema familiar. D'ascenzo (2014) plantea como principales técnicas el uso del genograma, preguntas circulares, fotos, sueños, cartas, metáforas, diarios, autobiografías, visión de películas, entre otros.

Violencia intrafamiliar y el enfoque sistémico.

Diversos modelos dentro del enfoque sistémico han abordado el trabajo con personas en situaciones de violencia intrafamiliar. Dichas intervenciones se han basado en las aproximaciones que se han empleado para dar cuenta de este fenómeno. Por ejemplo, el modelo estructural señala que la familia tiene una estructura que establece pautas de relación, en donde cada miembro realiza determinadas funciones. Desde esta visión, si hay dificultades estructurales y/o funcionales que generan tensiones relacionales es muy probable que como signo de esto surjan comportamientos violentos. Se ha observado que en los casos en los que hay maltrato infantil o violencia de pareja, frecuentemente existen límites poco definidos, coaliciones, dificultades de comunicación y jerarquías de poder “pervertidas” (Garrido, 2000) por lo que el modelo estructural busca trabajar con las estructuras y las jerarquías familiares (Garrido & García 2004). Debido a estas consideraciones, el modelo estructural ha sido uno de los más utilizados para el tratamiento de familias multiproblemáticas en las que la estructura disfuncional favorece con frecuencia la aparición de la violencia.

Desde la terapia narrativa la violencia intrafamiliar es entendida como un fenómeno relacional enmarcado dentro de procesos de interacción social (Perrone, 2007) y en donde el contexto sociocultural juega un papel muy importante ya que dentro de él se construyen discursos dominantes que incitan a las personas a solucionar los problemas en forma conflictiva (Barbosa, 2014). Dichos discursos colocan a la mujer en un lugar de sometimiento y aceptación de la violencia. De modo que el objetivo de la terapia es deconstruir y co-construir nuevas narrativas como una estrategia de intervención encaminada a interrumpir la violencia en la familia. La terapia narrativa se enfoca más en preguntar por las fortalezas y los recursos de los consultantes, asimismo emplea técnicas como la externalización, los rituales terapéuticos, juego de roles, dibujos, connotaciones positivas y metáforas, entre otros (Trujano et al., 2004).

Otro modelo que aborda el fenómeno de la violencia intrafamiliar es el modelo multisistémico de terapia (Henggeler, Rodick, Borduin, Hanson, Watson & Urey, 1986) el cual toma como marco de referencia el modelo ecológico, enfatizando la interdependencia entre la familia, la comunidad y el contexto cultural en el desarrollo y control de la violencia, y la importancia de los sistemas de apoyo así como de los valores culturales en la modulación de los patrones de interacción familiar (Fuster, García & Musitu, 1988). A diferencia de otros modelos de terapia familiar, el modelo multisistémico comprende los problemas de conducta dentro de un contexto sistémico y además considera el rol de las variables cognitivas y de las variables extrafamiliares en el mantenimiento de los problemas de conducta. Desde este modelo se asume que la violencia está multideterminada y que es multidimensional, y que la intervención puede dirigirse a cualquiera de los sistemas (individual, familiar y social) o a la combinación de ellos, dependiendo de la fuerza o debilidad de los sistemas implicados. Como

estrategias de intervención se hace uso de la reestructuración y las tareas prescritas para cambiar los modelos de interacción familiares (Minuchin & Fishman, 1984).

Por otra parte, el formato del Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) convierte a cada miembro del equipo en parte de una microsociedad y permite que cada uno ofrezca múltiples visiones de las ideas, sentimientos y actos de las personas implicadas en los circuitos de la violencia. El dolor y el sufrimiento de las víctimas es reconocido y al mismo tiempo se recupera la historia de los malos tratos transmitidos de generación en generación (Garrido & García, 2004). De igual forma, el equipo reflexivo puede abordar los riesgos reales para las personas que son agredidas en un contexto de mayor protección. Para las personas violentas, la dinámica del Equipo Reflexivo les permite pasar de la impulsividad a la reflexión. El tiempo y los silencios que introduce el equipo permite que el agresor pueda ver sus actos con cierta distancia sin sentirse criticado o desvalorizado. Para las víctimas, el equipo es un grupo humano que apoya su proceso de autonomía y juzga la violencia como un acto injustificado.

Otros enfoques, como el transgeneracional, tiene como premisa básica la transmisión generacional de la violencia, por lo que plantea la utilización de formatos trigeracionales para evitar la repetición de los circuitos de la violencia.

Pese a la gran diversidad de modelos dentro del enfoque sistémico, los objetivos de estas intervenciones son los mismos, su prioridad es detener los circuitos de violencia y proteger a las víctimas. Una vez detenido el proceso de la violencia, la tarea más urgente es tratar a las víctimas y a los agresores; una primera fase en esta tarea es evaluar si es posible el tratamiento conjunto o separado de todos los miembros de la familia.

Considerando los modelos sistémicos que han abordado el estudio de la violencia intrafamiliar, se puede concluir que su principal aportación está en el estudio detallado de las interacciones en el aquí y ahora del núcleo conyugal y/o familiar, es decir, en el análisis de qué hace cada miembro del sistema en los momentos previos a la violencia y cuando esta surge, cómo cada personaje interacciona con los otros y qué consecuencias tiene en los participantes (Garrido & García, 2004).

La terapia sistémica es una modalidad de tratamiento que puede facilitar una visión holística del funcionamiento de la familia y de la violencia presente en ella. No obstante, la prescripción de psicoterapia de pareja y/o familiar como modalidad de tratamiento sistémico dependerá de la evaluación de riesgos, recursos y otras indicaciones que pronostiquen un mayor éxito terapéutico comparado con otras modalidades de intervención. En cualquiera de los casos, ya sea que se trabaje con todo el sistema o con partes de él, es necesario tener en cuenta cómo el trabajo terapéutico va a afectar a cada persona implicada (Garrido & García, 2004).

Capítulo 3. Método

Justificación

En la actualidad, la violencia se ha convertido en un fenómeno de alta incidencia, por lo que hoy en día se considera un problema de Salud Pública debido a las graves repercusiones que puede ocasionar entre los miembros de la sociedad (Trujano et al., 2004). En México, según las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI, 2016] y las encuestas que se han realizado sobre la dinámica de las relaciones en los hogares [ENDIREH, 2016] se ha visto un incremento general en los índices de violencia ejercidos en contra de la mujer siendo que a nivel nacional el 66.1% de las mujeres ha sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida. Los principales tipos de violencia de los cuales son víctimas son: violencia psicológica o emocional (49%), violencia económica o patrimonial (29%), violencia física (34%) y violencia sexual (41.3%).

De acuerdo con Sullivan y Everstine (2000) estos patrones de interacción violentos tienden a repetirse con los hijos ya que es común que las mujeres víctimas de un contexto familiar violento no conciben una relación amorosa exenta de agresiones e incluso han llegado a normalizar la violencia a tal grado que no pueden reconocer que se encuentran en una dinámica violenta y que ellas mismas son quienes ejercen violencia hacia sus hijos.

Debido a la estructura familiar jerárquica de nuestra sociedad, los dos principales ejes de desequilibrio son el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de violencia dentro de la familia (Patró & Limañana,

2005), por lo que resulta de vital importancia prestar atención y trabajar junto con estos grupos que se encuentran más vulnerables ante el fenómeno de la violencia.

Diversas instituciones en la Ciudad de México como la Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas A.C. (ADIVAC), Casa Gaviota, Centro de Apoyo a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), el Centro de Apoyo a la Mujer Margarita Magón, Fundación TAMAR, Fundación APIS, entre otras, reportan el diseño de intervenciones enfocadas al trabajo grupal desde un enfoque cognitivo-conductual con mujeres inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar o bien, grupos reflexivos y psicoeducativos.

En este estudio, el trabajo que se reporta se llevó a cabo de manera individual con tres mujeres inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar, y bajo tres modalidades terapéuticas distintas, las cuales son: psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, enfoque sistémico e intervención en crisis. La elección de estos tres modelos se hizo con base en la evaluación realizada a cada paciente y el establecimiento de las metas terapéuticas. Estas intervenciones se llevaron a cabo en uno de los centros comunitarios en donde se realizan las prácticas del Programa Único de Especializaciones en Psicología, de la UNAM.

Cabe señalar que, con base en la teoría antes mencionada, la importancia de trabajar con el tema de violencia intrafamiliar radica en que la transmisión de este fenómeno se da de manera intergeneracional, por lo que uno de los propósitos de las intervenciones realizadas fue implementar estrategias que permitan disminuir la violencia en la pareja y en la relación con los hijos. Los objetivos particulares del proceso terapéutico de cada caso se describen en el apartado de la presentación de los casos.

Pregunta de investigación

¿Qué modelos psicoterapéuticos permiten implementar estrategias que disminuyan la violencia en la pareja y en la relación con los hijos?

Objetivos

Objetivo general.

Analizar el trabajo terapéutico realizado con tres mujeres inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar, desde tres diferentes modelos de intervención psicoterapéutica, con la finalidad de identificar los cambios que implementaron para disminuir la violencia en la pareja y en la relación con sus hijos e hijas.

Objetivos específicos.

- Identificar el tipo de violencia presente en la dinámica familiar (físico, psicológico, económico y/o sexual).
- Identificar las relaciones violentas entre los miembros de la familia (madre-hijo, padre-hijo, madre-padre, padre-madre, hijo-madre, hijo-padre).
- Identificar factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar.
- Describir las características de la dinámica de violencia intrafamiliar en el que están inmersas cada una de las pacientes.
- Describir las consecuencias de la dinámica de violencia intrafamiliar.
- Identificar los cambios que implementaron las pacientes para disminuir la violencia en la pareja y en la relación con sus hijos(as) durante la intervención.
- Identificar las estrategias terapéuticas que promovieron el avance del proceso psicoterapéutico desde cada modelo de intervención.

Hipótesis conceptual

Las mujeres que viven en un contexto familiar violento durante su infancia, al crecer, tienden a repetir patrones de interacción violenta con sus hijos debido a que no identifican las pautas violentas que utilizan para relacionarse con ellos (Sullivan & Everstine, 2000). Estas pautas pueden ser identificadas y modificadas a través de un proceso psicoterapéutico individual.

Muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo.

Tipo de diseño

En el presente reporte se empleó el método de estudio de caso, el cual se define como una estrategia de investigación cualitativa dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos abordados de forma individual (Martínez, 2006). Los estudios de caso tienen como característica básica que abordan de forma intensiva una unidad, entendiéndose ésta como una persona, una familia, un grupo, una organización o una institución (Stake, 1994). Dentro de la psicología clínica, lo anterior se traduce como el estudio intensivo y la descripción de una persona que está en tratamiento (Trull & Phares, 2003). Este tipo de estudios incluye material obtenido en entrevistas, resultados de pruebas y registros de tratamientos, así como información biográfica y

autobiográfica, cartas, diarios, información del curso de la vida, historiales médicos, entre otras (Trull & Phares, 2003).

Participantes

Se trabajó con tres mujeres inmersas en un contexto de violencia intrafamiliar. Por motivos de confidencialidad se les cambiaron los nombres; a la primera se le llamará Jimena, de 16 años de edad, a la segunda María de 38 años y a la tercera Laura, de 39 años. El trabajo realizado con Jimena se llevó a cabo desde un enfoque de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, mientras que con María se utilizó un modelo de intervención en crisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, finalmente con Laura la intervención se hizo desde un marco sistémico.

Al momento de asistir al proceso terapéutico Jimena iba acompañada por su hijo, su hermana y su madre, mientras que María y Laura asistieron solas. Las tres acudían a las sesiones en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Durante la evaluación ninguna mostró alteraciones en cuanto al pensamiento, lenguaje, percepción, memoria o conciencia, pero sí denotaban un tono afectivo bajo. Las tres se mostraron cooperativas en las sesiones y abiertas a hablar sobre la situación en la que se encontraban, lo que reflejaba la necesidad que tenían de ser escuchadas en un espacio en donde no fueran juzgadas y se sintieran seguras.

Escenario

Las sesiones se llevaron a cabo en uno de los Centros Comunitarios de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ubicado al sur de la Ciudad de México, el cual opera de manera conjunta con el Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur.

Todas las sesiones fueron individuales y se realizaron en un consultorio ubicado en el segundo piso, cuyas dimensiones son de 4x4 metros aproximadamente. Dicho consultorio cuenta con una mesa, un sillón y dos sillas, así como con una adecuada ventilación e iluminación.

Instrumentos y técnicas empleadas

Como parte de la evaluación inicial y con la finalidad de obtener información acerca del motivo de consulta y de otras áreas de la vida de las pacientes se aplicaron cuestionarios sociodemográficos y se realizaron entrevistas a profundidad con cada una de ellas. Mientras que para el análisis de cada una de las sesiones se empleó un formato de registro de sesión. En el Anexo 1 se incluye el formato de la solicitud de admisión que se emplea en el Centro Comunitario, mientras que en el Anexo 2 se proporciona un ejemplo del formato de registro empleado para el análisis de las sesiones.

- Solicitud de admisión: es un breve cuestionario que recoge datos sociodemográficos, como la edad, la escolaridad, el ingreso familiar, la composición familiar, entre otros. Además de ello, proporciona información con respecto al motivo de consulta y los intentos de solución que se le han dado al problema. La solicitud de admisión, está compuesta por tres apartados, el primero aporta datos sociodemográficos sobre el paciente, el segundo da información sobre la dinámica familiar y el tercero proporciona datos como el motivo de consulta, las posibles causas de este y los intentos de solución que se han realizado. Todas las preguntas son abiertas y el tiempo de aplicación es de 20 minutos aproximadamente.

- Entrevista a profundidad: la entrevista a profundidad es una técnica que busca adentrarse al mundo privado y personal del individuo con la finalidad de obtener información de su vida cotidiana (Cicourel, 1982). La entrevista a profundidad está orientada a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Robles, 2011). En este caso los principales temas que se exploraron fueron el funcionamiento de cada paciente en diversas áreas de su vida, así como los recursos con los que cuenta, el motivo de consulta, la historia y dinámica familiar, la historia médica y los ámbitos social y laboral.
- Formato de registro de la sesión: es un formato que consta de tres apartados: descripción de la sesión, análisis de la sesión y relación terapéutica. En el primer apartado se hace una descripción detallada del contenido de la sesión, en el segundo rubro se analiza lo que ocurrió durante la sesión con la finalidad de tener un mayor entendimiento del fenómeno desde el marco del modelo empleado para determinar el cumplimiento de los objetivos de la terapia, finalmente en la relación terapéutica se hace un análisis del vínculo terapeuta-paciente.

Procedimiento

En función del modelo de admisión y de trabajo que se sigue dentro del centro comunitario en el que fueron atendidas las pacientes, se pueden ubicar tres momentos del proceso terapéutico. El primero de ellos se refiere al contacto inicial con las pacientes, en este primer momento se les proporcionó la solicitud de admisión y se

realizó una entrevista individual en donde se exploró con mayor detalle el motivo de consulta y el contexto inmediato de cada una de las pacientes.

En un segundo momento, con la información obtenida a partir de la entrevista y de la solicitud de admisión, se analizaron los casos en la supervisión grupal. En esta supervisión se plantearon algunos aspectos que era necesario explorar, así como líneas para entender la problemática presente y sugerencias de intervención. Posteriormente en la supervisión individual se analizaron, a mayor profundidad, cada uno de los casos, tomando en cuenta las sugerencias y comentarios hechos en la supervisión grupal para determinar las acciones que se seguirían durante el proceso terapéutico, así como los modelos desde los cuales se realizaría la intervención.

En un tercer momento, en las sesiones con las pacientes, se estableció el contrato terapéutico y se realizó una evaluación psicológica en la que se emplearon diversas pruebas proyectivas e inventarios de ansiedad, así como entrevistas a profundidad para identificar los recursos con los que contaba cada una de ellas, así como para establecer cuáles eran las principales necesidades con la intención de determinar los objetivos que se seguirían a lo largo del tratamiento. Al concluir la evaluación se realizó una devolución con cada paciente sobre los resultados obtenidos en ésta, con el propósito de establecer de manera conjunta las metas del trabajo terapéutico.

A lo largo de la intervención psicológica se trabajó en sesiones individuales de 55 minutos de duración con cada una de las pacientes, una vez por semana en un horario matutino.

Cabe mencionar que después de cada sesión se realizó un registro en un formato que incluía la descripción de la sesión, el análisis de la misma, así como de la

relación terapéutica. En la supervisión individual, realizada de manera semanal, con la Mtra. Beatriz Alejandra Macouzet Menéndez se analizaron las sesiones, se establecieron hipótesis y se plantearon las líneas de intervención para el trabajo con cada una de las pacientes.

A continuación, se muestra una tabla general en donde se sintetiza la estructura del proceso terapéutico que se llevó a cabo con cada una de las pacientes. De manera general se describe el número de sesiones que se tuvo con cada una, así como el número de sesiones que se empleó en cada fase del proceso terapéutico.

Tabla 6

Número de sesiones de cada paciente durante el proceso terapéutico

	Total de sesiones	Evaluación	Tratamiento	Cierre	Faltas
Caso Jimena	10	3	6	1	0
Caso María	35	3	22	2	8
Caso Laura	34	7	23	3	1

En la siguiente sección se presenta el estudio de caso de cada una de las pacientes con las que se trabajó, se describen la ficha de identificación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y la historia clínica. Posteriormente, se mencionan las técnicas utilizadas para la evaluación psicológica, así como la integración de la evaluación. Después, se incluyen la impresión diagnóstica y las sugerencias terapéuticas que se formularon con base en la valoración realizada por medio de entrevistas y diversos instrumentos, tomando en cuenta el motivo de consulta de cada una de las pacientes.

Por último, se presenta el análisis que se hizo de cada uno de los procesos, en donde se hace una descripción de la duración de la intervención, el número de sesiones que se tuvieron y en qué consistió cada una de ellas, así como los rubros que comprendieron tanto la evaluación como la intervención y los resultados que se obtuvieron. La presentación de los casos de manera individual se hace con la intención de analizar y describir los elementos terapéuticos de cada modelo que contribuyeron a un cambio en las pacientes. Para hacer más sencillo el modo de presentación de los casos, se agruparán los rubros antes mencionados para cada paciente.

Posteriormente se presenta el análisis grupal de los resultados que se obtuvieron, la presentación de estos se hizo con base en los objetivos planteados previamente.

Por motivos de confidencialidad y para respetar la privacidad de las pacientes, se modificaron sus nombres y los de sus familiares.

Presentación de los casos

Caso Jimena

Ficha de identificación.

Nombre: Jimena

Sexo: Femenino

Edad: 16 años

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Primaria inconclusa

Estado civil: Unión libre

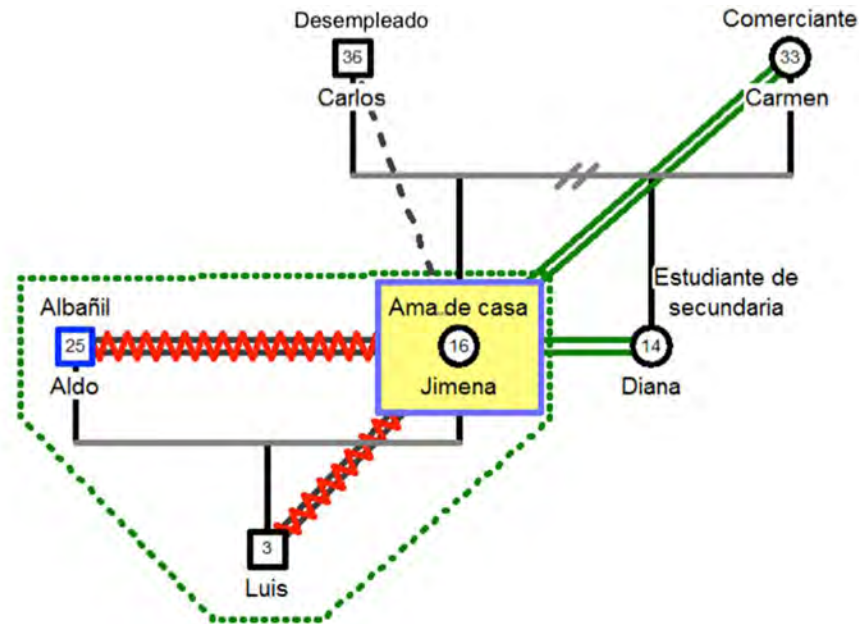
Descripción de la paciente.

La paciente es una mujer de complexión mediana, tiene tez morena oscura, su cabello es de color café con mechones rosas y su edad cronológica corresponde a la aparente. A todas las sesiones se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño.

Se encuentra ubicada en espacio, tiempo, persona y circunstancia, no presenta alteraciones de la percepción, memoria y atención. El curso del pensamiento se ve lentificado ya que mientras habla se percibe que lo hace de una manera pausada, hay coherencia en su discurso. En relación con el contenido del pensamiento este se centra en su preocupación con respecto a Luis (su hijo) y la relación que tiene con Aldo (su esposo). No se observa alteración alguna en el discurso ni en el lenguaje.

De manera general, muestra un tono afectivo bajo que denota tristeza y cansancio; la expresión emocional es congruente con el estado emocional y el tema sobre el que habla. En la mayoría de las sesiones mantuvo un tono de voz bajo y se observaron signos de ansiedad ante diferentes situaciones.

Genograma.



Motivo de consulta.

Jimena refiere que siente mucha irritabilidad y ansiedad, constantemente se siente enojada y desesperada, se come las uñas cuando está en una situación en donde no sabe cómo responder y se le resbalan las cosas de las manos. La sensación de irritabilidad se acentúa cuando está con su hijo, Luis, mientras que la sensación de ansiedad incrementa cuando está con Aldo, su pareja.

Jimena describe que suele pasar la mayor parte de su tiempo con Luis e identifica que algo que detona su enojo es que no se está quieto y hace mucho ruido cuando juega, la manera en la que reacciona ante esto es gritándole y en algunas ocasiones le ha llegado a pegar. Jimena considera que una de las consecuencias del tipo de relación que tiene con su hijo, así como de la dinámica de violencia que hay en casa, es que él presenta problemas de lenguaje, no es capaz de emitir ninguna palabra y se comunica mediante ademanes o balbuceos. Jimena intentó llevarlo a un hospital para que lo revisaran, pero como aún no está registrado y no cuenta con acta de

nacimiento, no le brindaron la atención. Cabe destacar que la paciente suele referirse a su hijo con distintos nombres porque aún no ha decidido con qué nombre lo va a registrar (por ejemplo, Jorge, Carlos y Luis).

La sensación de irritabilidad y ansiedad se agravó hace algunos meses, pero aparentemente no hay un motivo que detonara esto. Jimena menciona que no sabe qué hacer para sentirse mejor y para cambiar la manera en la que se relaciona con su hijo.

Historia clínica.

Historia familiar.

Jimena es la mayor de dos hijas, sus padres la concibieron cuando su madre tenía 17 años y su padre 20; tiene una hermana dos años menor. Jimena no tiene muchos recuerdos sobre su infancia, pero comenta que era muy apegada a su padre mientras que su hermana lo era con su madre, por lo que consideraba que su madre no la quería. Asimismo, refiere que constantemente había discusiones y peleas entre sus padres por infidelidades de él. Esta dinámica continuó hasta que su madre decidió irse de la casa sin decirle nada a nadie después de una discusión en donde el padre de Jimena la golpeó. Tanto Jimena como su hermana se quedaron a vivir con su padre, la actitud de su madre le causó una sensación de abandono y enojo hacia ella.

Posteriormente su madre regresó para llevárselas con ella. Jimena accedió a irse porque el ambiente en casa de su padre era violento ya que, después de que su madre se fue, su padre llevó a vivir a su casa a una nueva pareja quien, a decir de la paciente, les daba comida echada a perder o las dejaba sin comer, las agredía físicamente y las ponía a hacer todas las labores domésticas. Cabe mencionar que el padre de la paciente no hacía nada para evitar este maltrato.

Cuando Jimena se va a vivir con su madre, es inscrita a la escuela y concluye el 5º año de primaria, pero después comienza a reprobar las materias y su madre decide sacarla de la escuela para ponerla a trabajar en un puesto del mercado. A partir de este evento, Jimena guardó mucho enojo y rencor hacia su madre y hermana, por lo que comenzó a tener un comportamiento agresivo con su familia, amenazaba con lastimarlos o lastimarse a sí misma; esto motivó a su madre a llevarla con un psiquiatra a la edad de 12 años. El psiquiatra que la evaluó la diagnosticó con trastorno depresivo mayor, distimia de inicio temprano y trastorno negativista desafiante, asimismo, les dijo que era necesario un tratamiento farmacológico. Sin embargo, su madre le dio dos opciones a Jimena: quedarse internada en el hospital o regresar a vivir con su padre. Jimena prefirió regresar con su padre ya que él se comprometió a inscribirla a la escuela y a comprar sus medicamentos. Otro factor que contribuyó a que Jimena se fuera con su padre fue el maltrato que recibía por parte de la pareja de su madre.

Al regresar a vivir con su padre, se dio cuenta de que él ya tenía una nueva familia, conformada por su pareja y la hija de ambos. Cuando Jimena le pidió que la apoyara para seguir estudiando y comprar sus medicamentos la respuesta que le dio fue negativa, argumentando que tenía muchos gastos por la bebé y que por eso era necesario que Jimena trabajara y lo apoyara con los gastos del hogar.

Jimena comenzó a trabajar en una fonda en donde conoció a Aldo. Su padre le exigía el dinero que ganaba para cubrir los gastos del hogar, esta situación continuó hasta que un día Jimena se enojó y le dijo que no tenía por qué mantenerlo a él y a su familia; esto causó que su padre la corriera de la casa y que Jimena recurriera a Aldo en busca de apoyo. A los 13 años de edad Jimena se fue a vivir con Aldo, él le prometió que la iba a cuidar y que la ayudaría a concluir sus estudios. Posterior a esto, Jimena

perdió contacto con su familia y a los pocos meses se embarazó y decidieron mudarse a la Ciudad de México. Hace aproximadamente 4 meses se reencontró con su madre y su hermana, quienes parecen ser una red de apoyo.

Dinámica familiar actual.

Jimena y Aldo inicialmente estuvieron viviendo en la casa de la suegra de Jimena, pero después comenzaron a rentar un cuarto en una vecindad, en donde actualmente viven.

En cuanto a la relación con Aldo, Jimena reconoce que ha habido agresiones por parte de él, refiere que en una ocasión tuvo que ir al hospital porque le rompió la nariz. Jimena identifica que está inmersa en un círculo de violencia, sin embargo, no se siente capaz de salir de esta dinámica. De igual forma, dice sentir mucha ansiedad cuando él llega a casa porque no sabe la manera en la que va a reaccionar o “de qué humor” [sic.] va a llegar.

Con relación a su hijo, comenta que es agresiva con él porque se desespera cuando está haciendo mucho ruido o cuando no se queda quieto, esto la ha llevado a gritarle y pegarle. Describe que cuando Luis rompe algún objeto por estar jugando, ella se enoja y se preocupa más por lo que rompió que por lo que le haya pasado a su hijo. Jimena es consciente de que esa no es la mejor manera de acercarse a Luis, pero no encuentra otra manera de hacerlo.

Historia médica.

Jimena menciona que tiene depresión. Hace cuatro años, fue diagnosticada con trastorno depresivo mayor, distimia de inicio temprano y trastorno negativista desafiante en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” debido a que presentaba

sentimientos de tristeza, minusvalía, desesperanza, irritabilidad, poca tolerancia a la frustración y fantasías de muerte asociados a una disfunción familiar severa; el psiquiatra que la evaluó consideró necesario iniciar un tratamiento farmacológico, sin embargo, los padres no aceptaron iniciar el tratamiento.

Actualmente Jimena refiere que los sentimientos de tristeza e irritabilidad persisten. No muestra alteraciones en cuanto al sueño, pero reporta que hay días en los que no se siente motivada para levantarse de la cama, asegura que sólo quiere dormir. Asimismo, refiere sentirse ansiosa, lo que causa que se muerda las uñas y que su apetito aumente. A pesar de la sintomatología presente, Jimena no ha buscado atención médica.

Antecedentes escolares.

El último grado escolar que concluyó fue 5º de primaria. Actualmente manifiesta deseos de concluir sus estudios y cursar una carrera técnica relacionada a contabilidad.

Antecedentes laborales.

Jimena comenzó a trabajar cuando tenía 12 años en un puesto de mercado. Posteriormente cuando contaba con 13 años trabajó como mesera en una fonda, ahí estuvo laborando cerca de 6 meses hasta que se fue a vivir con su pareja y nació su hijo. Hoy en día, eventualmente, vende los tejidos y bordados que hace para poder ahorrar y así pagar sus estudios y registrar a su hijo.

Evaluación psicológica.

Se realizó una evaluación psicológica con la paciente en la que se empleó la solicitud de admisión y una entrevista a profundidad.

Integración.

Jimena se encuentra inmersa en un ambiente de violencia intrafamiliar, describe que en repetidas ocasiones Aldo la ha golpeado causándole lesiones físicas graves (violencia física), le hace comentarios en donde la devalúa y pone en duda sus capacidades para hacer cualquier cosa bien, la hace sentir culpable por la forma en que cuida a Luis y porque ya no es cariñosa con él (violencia psicológica), además la restringe económicamente (violencia económica); esto ha generado un sentimiento de minusvalía así como baja autoestima en la paciente.

Aunado a ello, se observan factores de riesgo asociados a violencia intrafamiliar como, por ejemplo, percibirse sin recursos propios y la normalización de la agresión debido a la historia de violencia que vivió durante su infancia. El maltrato y el rechazo que vivió en su infancia y que vive con su pareja la han llevado a tener conductas violentas con su hijo ya que no conoce otra forma de vincularse con él.

Por otro lado, también se observa una nuclearización de la familia, es decir, la familia extendida se ha dividido en grupos familiares más pequeños. Dicha fragmentación ha desencadenado que se desintegre el sistema de apoyo más próximo y a su vez ha generado una sensación de aislamiento en Jimena.

Finalmente, como consecuencia de la dinámica de violencia familiar, Jimena ha distorsionado la imagen de la realidad y se ha debilitado emocionalmente, lo que la lleva a percibirse sin recursos económicos y emocionales, se siente aislada en todo sentido y se considera atrapada en una situación en la que no encuentra solución posible.

Impresión diagnóstica.

Jimena es una mujer con diversos recursos personales, sin embargo, no se percibe a sí misma de esta manera, considera que cuenta con pocos recursos tanto personales como económicos para hacerle frente a las dificultades que se le presentan. Se identifica la necesidad de una red de apoyo que le brinde seguridad y protección; Jimena refleja carencias afectivas y repite este patrón con su hijo. Asimismo, muestra un pobre autocontrol de impulsos, lo que se manifiesta a través de conductas agresivas hacia su hijo. El principal problema identificado se relaciona con los factores asociados a una dinámica de violencia intrafamiliar; durante su infancia las figuras parentales ejercieron violencia física, psicológica y económica hacia ella y ahora Jimena repite algunas de estas pautas en la interacción con su hijo y su pareja. Actualmente es maltratada física, psicológica y económicamente por parte de su pareja.

Sugerencias terapéuticas.

- Psicoterapia de apoyo.
- Sesiones de orientación con la madre de Jimena.
- Canalización a una institución especializada en el trabajo integral con mujeres en situaciones de violencia intrafamiliar.

Proceso terapéutico y focos de intervención.

Con base en la evaluación y teniendo en cuenta que sería un proceso breve debido a que la paciente sería canalizada, se trabajó desde un enfoque de psicoterapia de apoyo como la describe Fiorini (1977) con la finalidad de disminuir los síntomas de ansiedad. Asimismo, se planteó modificar algunas pautas de conducta estimulando

comportamientos nuevos durante el proceso terapéutico, focalizados en la manera en la que se relaciona con su hijo.

El motivo por el que se optó que la paciente fuera canalizada fue debido a que requería asesoría legal en torno a su situación conyugal ya que estaba considerando irse a un albergue para mujeres maltratadas, asimismo requería de apoyo en diferentes áreas para su hijo. Dado que el centro comunitario no podía cubrir todas estas necesidades se tomó la decisión de canalizarla a una institución que pudiera darle el apoyo que requería. No obstante, considerando que al momento de acudir al centro comunitario no contaba con otras redes de apoyo y no había obtenido la ayuda necesaria de las instituciones a las que había acudido anteriormente, se decidió iniciar un proceso breve que también serviría de acompañamiento para la paciente mientras acudía a la institución a la que fue canalizada.

Durante el proceso terapéutico se fueron planteando metas terapéuticas tomando en cuenta las necesidades de la paciente. Los objetivos principales de la terapia fueron:

1. Reducir los síntomas de ansiedad.
2. Hacer una sensibilización hacia la violencia intrafamiliar.
3. Modificar la manera en la que se relaciona con su hijo.
4. Trabajar en un plan de vida, estableciendo metas a corto, mediano y largo plazo.
5. Realizar una canalización a una institución especializada en violencia familiar y hacer un acompañamiento durante este proceso.

Análisis del proceso.

En el caso de Jimena, el proceso se llevó a cabo en 4 meses⁴ y conformó un total de 10 sesiones, donde 3 sesiones fueron de evaluación, 6 sesiones de intervención y una sesión de cierre de proceso. Este caso se trabajó desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. A continuación, se sintetizan las fases del proceso de intervención y los elementos terapéuticos que distinguen este modelo de intervención:

Tabla 7

Proceso terapéutico de Jimena

Fase	Sesiones	Principales elementos de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica
Primera fase:	1-3	Formular preguntas, suministrar información, entrevistas iniciales, señalamientos, mostrar una postura cálida, confiable y con interés por los problemas de la paciente, resumir puntos esenciales, sugerir actitudes determinadas.
Segunda fase:	4-9	Formular preguntas, suministrar información, tratamiento, señalamientos, resumir puntos esenciales, sugerir actitudes determinadas, confrontación, reformulaciones.
Tercera fase: cierre	10	Hacer un resumen de lo que se trabajó durante el proceso, mencionar los aspectos que quedaron

⁴ Cabe señalar que, aunque las sesiones eran semanales, la razón por la cual el proceso se extendió 4 meses se debió al cierre del centro durante el periodo vacacional.

	pendientes de trabajar y las limitaciones del tratamiento, y pedir a la paciente que piense en cómo mantener los cambios que ha logrado.
Seguimiento	Dos llamadas telefónicas.

A continuación, se presenta un resumen de cada fase y el análisis de las herramientas de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica utilizadas en cada fase.

Primera fase: entrevistas iniciales, evaluación y encuadre.

- Entrevistas iniciales con la paciente (dos sesiones): se llevaron a cabo dos sesiones con la paciente en las cuales se realizó la historia clínica y se indagó acerca del motivo de consulta, para estos fines se asumió un rol activo a través del cual se dirigió la entrevista hacia aspectos fundamentales de la historia clínica. En estas primeras sesiones también se buscó establecer una buena alianza terapéutica e ir esclareciendo el discurso de la paciente, esto se logró al mostrar una actitud cálida, al fomentar un ambiente de confianza, comprensión e interés por lo que le ocurría a la paciente.
- Entrevista con la madre de la paciente y con la paciente (una sesión): debido a que la paciente era menor de edad fue necesario acordar que un familiar mayor de edad tendría que acompañarla al centro comunitario, por lo que en esta sesión se buscó que la madre se comprometiera a hacerlo. De igual forma, se indagó acerca de la estructura familiar de la paciente y de aspectos que ella no recordaba o tenía poco claros.

- Devolución de resultados (una sesión): se llevó a cabo una sesión con la paciente para establecer los focos de intervención y señalar que, al finalizar el proceso, sería canalizada a otra institución. Al finalizar esta sesión, se habló con la madre de la paciente para enfatizar la importancia de su acompañamiento durante el proceso y para explicarle el motivo de la canalización. En esta sesión fue de vital importancia ser clara con respecto a la impresión general de la problemática de la paciente para establecer los focos de intervención en conjunto con la paciente. Asimismo, se estableció de común acuerdo la duración del tratamiento, tomando en cuenta las metas que se plantearon, la forma de trabajo y la canalización que se realizaría al finalizar la intervención.

Segunda fase: tratamiento.

- Sesiones individuales (seis sesiones): se emplearon señalamientos, clarificaciones, resúmenes de aspectos esenciales, se sugirieron actitudes determinadas como una forma de ensayo, se elaboraron proyectos a corto y mediano plazo, y se proporcionó información con respecto a la situación de violencia en la que estaba inmersa y las instituciones a las que podía acudir en caso de que quisiera separarse de su esposo. Los señalamientos y las clarificaciones estaban dirigidos, principalmente, a las situaciones de violencia tanto con su esposo como con su hijo y a los recursos personales con los que contaba la paciente. Las actitudes que se sugirieron cambiar estaban vinculadas a la manera en la que reacciona con su hijo cuando está enojada o ansiosa. En la antepenúltima y penúltima sesión se trabajó en un plan de vida donde la paciente estableció metas a corto, mediano y largo plazo en función de los pasos

que tenía que dar para separarse de su esposo, concluir sus estudios y obtener un trabajo que le permitiera sostener los gastos de ella y de su hijo, asimismo se analizaron los obstáculos que se podrían presentar y la manera en la que la paciente los solucionaría. Cabe señalar que la paciente fue quien estableció como objetivos a largo plazo separarse de su esposo, concluir sus estudios y obtener un trabajo.

Tercera fase: cierre.

- Sesión de cierre (una sesión): se llevó a cabo una sesión de cierre en la que se puntualizó la importancia de que continuara con el proceso de canalización, se hizo énfasis en los cambios que había conseguido y se prestó especial atención a cómo podría mantener dichos cambios, así como a las metas que tiene a corto, mediano y largo plazo. De igual forma se puntualizaron algunos aspectos que faltaron trabajar durante el proceso.

Seguimiento.

- Sesiones de seguimiento (dos sesiones): una vez que finalizó la intervención se realizaron dos contactos telefónicos con la paciente para evaluar si se mantuvieron los cambios y si asistió a la institución a la que fue canalizada. La primera sesión de seguimiento se realizó un mes después de terminar la intervención y la segunda sesión tres meses después. La paciente informó que continuaba acudiendo a CAVI y que la relación con su madre e hijo había mejorado.

Caso María.

Ficha de identificación.

Nombre: María

Sexo: Femenino

Edad: 38 años

Ocupación: Estilista

Escolaridad: Carrera técnica

Estado civil: Casada

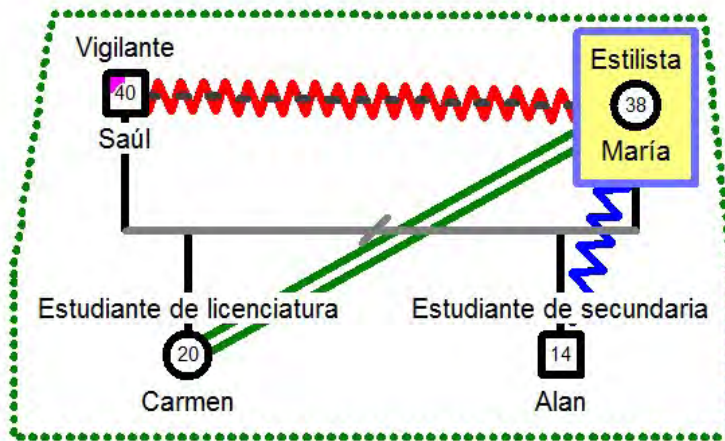
Descripción de la paciente.

María es una mujer que luce menor a su edad cronológica, es de estatura promedio y de complexión delgada, tiene tez morena clara y por lo general suele traer el cabello recogido. A todas las sesiones se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se muestra cooperativa al responder las preguntas que se le hacen, sin embargo, es repetitiva con la información que proporciona.

Tiene un adecuado uso de lenguaje, se expresa de manera fluida, aunque con un tono de voz bajo y con llanto intermitente. El contenido de su discurso gira en torno a su esposo y el maltrato que han vivido sus hijos y ella, así como reclamos y quejas hacia Saúl y hacia ella misma (e.g. nunca debí de haberme casado, él dice que nunca tiene dinero para la casa, pero sí para salir con sus amigos, entre otros).

El tono afectivo que mantiene en casi todas las sesiones es bajo, por lo regular llora mientras relata situaciones vinculadas a su familia, reflejando tristeza y cierto enojo hacia su esposo y hacia sí misma. De igual forma, se muestra angustiada ante la reacción que puedan tener sus hijos al saber que decidió iniciar el proceso de divorcio. Funciones como la percepción, la memoria y la conciencia no están alteradas, se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona.

Genograma.



Motivo de consulta.

María refiere que busca apoyo psicológico por los problemas familiares que tiene, describe que recientemente tomó la decisión de separarse de su esposo debido al maltrato físico y emocional hacia ella y a sus hijos, así como por la sospecha de una infidelidad.

Hace dos años aproximadamente, le detectaron un tumor a Saúl (su esposo) en la próstata y María pensó que, al estar enfermo, él cambiaría la actitud violenta que tiene hacia su familia. Sin embargo, María refiere que esto no ocurrió, continuó con la agresión emocional hacia ellos e incluso agredió físicamente a Alan (hijo menor). María reconoce que las constantes agresiones por parte de Saúl han dañado la relación que tiene con Alan y Carmen (hija mayor), aunado a que ella no sabe cómo comportarse ante estos eventos. En ocasiones intenta defenderlos de dichas agresiones, pero otras veces no hace nada con la finalidad de evitar más problemas.

A raíz de que María tomó la decisión de divorciarse, se ha sentido desganada y sin motivación para levantarse de la cama e ir a trabajar, constantemente tiene ganas de llorar y su apetito ha disminuido. Su mayor preocupación es la forma en la que está

decisión les pueda afectar a sus hijos, así como lo que pasará cuando le diga a Saúl que ya inició un proceso de divorcio.

Historia clínica.

Historia familiar.

María es la menor de seis hermanos, durante su infancia vivió con sus padres y hermanos en un rancho en San Luis Potosí. A decir de la paciente, en su infancia hubo carencias afectivas y económicas ya que, por un lado, sus padres eran emocionalmente distantes, no recuerda haber recibido muestras de cariño ni de interés en cuanto a su educación; y por el otro, refiere que su padre usaba la mayor parte de su sueldo para comprar alcohol.

María describe que la relación entre sus padres era violenta, recuerda que cuando su padre llegaba después de trabajar agredía física y verbalmente a su madre mientras ella y una de sus hermanas lo presenciaban. La frecuencia e intensidad de estos eventos aumentaban cuando su padre llegaba alcoholizado. Debido al temor que esto le generaba se escondía debajo de la cama, junto con su hermana, hasta que todo terminaba. Aunque su padre nunca la llegó a agredir física ni verbalmente, María sentía que al hacerlo con su madre era como si se lo hiciera a ella.

Cuando María terminó la primaria, tomó la decisión de irse a vivir a la Ciudad de México junto con sus hermanos mayores, ambos padres estuvieron de acuerdo con su decisión. Al mudarse a la ciudad, su hermano mayor se hizo cargo de su manutención y su educación, y como condición para que se quedara a vivir con él y con sus hermanas, le pidió que terminara la secundaria. Durante los siguientes tres años María solamente visitó a sus padres en los periodos vacacionales. Al finalizar la secundaria realizó el

examen para ingresar a las preparatorias de la UNAM, pero no se quedó en ninguna de sus opciones por lo que decidió comenzar a trabajar.

Meses después conoció a su actual esposo y se casó con él cuando supieron que estaba embarazada, María contaba con 17 años y Saúl con 19. Su esposo ha sido su única pareja sexual y refiere que al iniciar su vida sexual nunca usaron métodos anticonceptivos porque a María le daba pena pedirselo.

Durante su noviazgo Saúl era detallista y cariñoso con María, sin embargo, al casarse la relación cambió y él comenzó a ser violento, hacía comentarios para humillarla y le prohibía hacer algunas actividades que disfrutaba, como ir a nadar. Inicialmente estuvieron viviendo en casa del hermano de María, pero posteriormente se fueron a vivir solos. Las agresiones continuaron hacia ella y se extendieron a sus hijos; Saúl los insultaba y les pegaba cuando se enojaba.

Dinámica familiar actual.

Actualmente María vive con Saúl y sus dos hijos, y desde hace seis meses decidió que ya no compartiría la recámara con Saúl por lo que ahora María duerme en el cuarto de su hijo. La paciente tomó la decisión de alejarse de él debido a las constantes discusiones y agresiones.

María describe que un día típico en casa consiste en levantarse a las 6:00 a.m. para preparar el desayuno de sus hijos y llevar a Alan a la escuela. A las 10 a.m. suele abrir la estética y la cierra a las 3:00 p.m. para ir a preparar la comida y comer con Alan. Una vez que terminan de comer, le pide a Alan que haga su tarea y ella se va nuevamente a la estética. Alrededor de las 9:00 de la noche cierra la estética y se va a su casa para preparar la cena. María asegura que trata de pasar la mayor parte del

tiempo posible en la estética para no ver a su esposo, de esta forma evita las discusiones y peleas.

En cuanto a la relación con sus hijos, la describe como buena. Sin embargo, ésta parece ser ambivalente ya que en ocasiones los protege de las agresiones de su esposo mientras que otras, no hace nada para evitarlo. Asimismo, no se da cuenta de que también es agresiva con Alan ya que cuando suele castigarlo le grita y le pega, mientras que a Carmen le hace reclamos constantes porque siente que trata mejor a su padre que a ella.

María se siente presionada por su familia debido a que, al iniciar la relación, le decían que Saúl no le convenía y actualmente le insisten en que se divorcie porque él les ha llamado por teléfono para decirles que ya no la quiere. María no siente un apoyo real en sus hermanos, siente que no la comprenden y los comentarios que le dicen para consolarla sólo la hacen sentir peor.

Historia médica.

María no ha tenido enfermedades que requieran incapacidad ni ha sido hospitalizada; no toma medicamentos de ningún tipo y dice sentirse bien físicamente, aunque refiere que desde hace algunas semanas se siente desmotivada y no quiere hacer nada, la única razón por la que se levanta de la cama y va a trabajar es por sus hijos. Por otra parte, en torno a su alimentación, esta es normal, refiere que su apetito no ha disminuido ni ha aumentado, aunque se ha dado cuenta de que bajó de peso.

En cuanto a los antecedentes familiares de salud, desconoce si sus padres, abuelos u otros familiares tienen o han tenido alguna enfermedad relevante.

Antecedentes escolares.

María refiere que nunca le gustó ir a la escuela, asegura que se le dificultaba entender los temas y poner atención en las clases porque no eran de su interés. A pesar de eso, no tuvo problemas con los profesores y llevaba calificaciones de 7, 8 y 9. Refiere que era una niña sociable y le gustaba hacer amigos, aunque tuvo problemas con algunas de sus compañeras porque estas se burlaban por la manera maternal en la que la profesora se dirigía a ella.

María terminó la secundaria, pero tras no ingresar a la UNAM, decidió no concluir la preparatoria ya que consideraba que no era buena para eso. Aproximadamente 15 años después tomó cursos para ser estilista.

Antecedentes laborales.

María comenzó a trabajar cuando tenía 16 años, su primer trabajo fue como encargada en una tienda de abarrotes. Aproximadamente dos años después comenzó a trabajar en una cafetería en el área de limpieza y posteriormente, la ascendieron para que atendiera la cafetería.

A los pocos meses de estar trabajando en la cafetería nació Carmen, por lo que María dejó ese empleo para pasar más tiempo con su hija. Cerca de un año después empezó a trabajar como empleada doméstica; esto lo hizo alrededor de 14 años. Finalmente tomó cursos para ser cultora de belleza y estuvo laborando en una estética durante algunos meses. Actualmente tiene su propia estética en casa y se dedica de tiempo completo a ella.

Evaluación psicológica.

Para la evaluación psicológica con María se utilizaron los siguientes instrumentos y técnicas: solicitud de admisión, entrevista a profundidad, dibujo de la figura humana (DFH) y persona bajo la lluvia.

Integración.

Área socio-afectiva.

En la valoración realizada se encontraron rasgos de tensión interna y cierto grado de ansiedad vinculado a la sensación de no tener las herramientas suficientes para salir adelante por sí misma. Aunque hay un deseo de independencia, no lo ha podido consolidar porque se percibe a sí misma con cierta inseguridad respecto a sus propias capacidades. Probablemente esta preocupación se deba a que anteriormente el ambiente no le había dado la posibilidad de colocarse en una posición que le permitiera ejercer cierto control o poder para tomar decisiones.

Por otro lado, hay una carga hostil dirigida hacia ella misma y hacia su esposo, relacionado a la sensación de enojo y frustración presentes en este momento de su vida. María se encuentra en una etapa en donde está experimentando mucha tensión debido al proceso legal que inició, esta situación le ha generado ansiedad e inseguridad con relación a sus hijos, ya que le preocupa que la puedan culpar por la decisión que tomó e incluso puedan apoyar a su padre; parece que ahora ve a su esposo como un rival con quien tiene que luchar por el amor de sus hijos.

María percibe un ambiente hostil, lo que le genera angustia y una sensación de que realiza un gran esfuerzo sin obtener lo que desea, esto la lleva a frustrarse y lo

manifiesta mediante conductas que son verbalmente agresivas, aunque intenta reprimir dichas tendencias.

Impresión diagnóstica.

Al llegar al centro comunitario, María, se encuentra en un momento de crisis debido a la reciente decisión que tomó de divorciarse de su esposo, esta decisión le ha provocado cierto grado de ansiedad en cuanto a la reacción que Saúl pueda tener, aunado a que no se percibe a sí misma con los suficientes recursos personales para hacerle frente a esta situación. La cercanía de este evento y la ausencia de una red de apoyo es lo que lleva a María a solicitar atención psicológica ya que, debido a la tensión emocional por la que está pasando, da la impresión de que la demanda de María es la posibilidad de ser escuchada para poder descargar lo que le está sucediendo e irlo asimilando.

Al hablar sobre el proceso de divorcio, María enfatiza lo importante que es para ella quedarse con la casa, ya que argumenta que no tiene otro lugar a dónde ir con sus hijos y que ahí está su lugar de trabajo. En este momento no es capaz de percibir otras alternativas que están a su alcance.

Por otra parte, parece que es difícil lograr que María se vea a sí misma ya que al hablar sobre los episodios de violencia que se han dado en casa, coloca el problema afuera, habla sobre lo que los demás hacen, pero no reconoce el lugar que tiene en la situación, por ejemplo, no percibe la violencia física ni psicológica de la que es responsable. De manera general, toma una postura pasiva desde la cual da la impresión de que no tiene ningún control sobre decisiones que le corresponden a ella,

es como si fuera una espectadora de su propia vida sin la posibilidad de intervenir en ella.

Sugerencias terapéuticas.

- Intervención en crisis.
- Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Proceso terapéutico y focos de intervención.

Con base en la evaluación y tomando en cuenta que la paciente estaba atravesando por una crisis, se trabajó inicialmente desde un modelo de intervención en crisis con la intención de ayudarla a recuperar un nivel de funcionamiento emocional equilibrado para potencializar su capacidad para superar el momento crítico (Álvarez, 2013). En esta primera fase de la intervención se planteó realizar un acompañamiento en el proceso de divorcio para darle contención a la paciente de modo que poco a poco pudiera tener más claridad en torno a lo que deseaba trabajar. En este primer momento se propuso lo siguiente:

1. Proporcionar apoyo durante la crisis.
2. Reducir la intensidad emocional, producto del evento.
3. Favorecer la expresión de los sentimientos asociados a la situación que desencadenó la crisis.
4. Reactivar las capacidades de resolución de problemas de la paciente e identificar soluciones para las necesidades inmediatas.
5. Identificar y modificar las dinámicas de violencia presentes en la relación con sus hijos.

6. Realizar acciones concretas para lograr un reajuste interpersonal en la situación actual de la paciente.

Una vez resuelta la crisis y considerando que la demanda de la paciente había cambiado, se decidió continuar con el trabajo terapéutico desde un enfoque de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Se decidió trabajar desde este modelo con la intención de que la paciente pudiera tener una mayor comprensión de los determinantes actuales de la situación de crisis y, que de esta forma desarrollara una actitud de autoobservación y un modo diferente de comprender y enfrentar sus dificultades. En este segundo momento de la intervención se plantearon los siguientes focos:

1. Integrar la manera en la que se ha colocado en su vida relacionada a cómo se vincula con lo que está viviendo actualmente.
2. Fortalecimiento del yo.
3. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales, así como de actividades placenteras.

Análisis del proceso.

Con respecto a María el proceso tuvo una duración de 10 meses, se tuvieron un total de 35 sesiones de las cuales hubo 8 faltas, 6 sesiones fueron de evaluación e intervención en crisis, 19 sesiones de intervención desde el modelo de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, y dos sesiones de cierre de proceso. En la siguiente tabla se resumen las fases del proceso de intervención y los elementos terapéuticos característicos de cada enfoque con el que se trabajó:

Tabla 8

Proceso terapéutico de María

Fase	Sesiones	Principales elementos de los primeros auxilios psicológicos
Primera fase: evaluación e intervención en crisis	1-7	Proporcionar apoyo, permitir que la paciente hable de lo que le está sucediendo, validar emociones y hechos, evaluar y prevenir situaciones de daño físico, mostrar empatía, sintetizar y reflejar la percepción de la paciente, examinar el problema actual, evaluar recursos personales, analizar posibles soluciones y ponerlas en práctica.
Fase	Sesiones	Principales elementos de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica
Segunda fase: intervención	8-31	Formulación de preguntas abiertas, proporcionar información, señalizaciones, confrontaciones, resúmenes, reformulaciones, elaboración de proyectos a futuro.
Tercera fase: cierre	32-35	Pedir a la paciente que hiciera un resumen de lo que se trabajó durante la intervención, enfatizando cómo identificar situaciones violentas y qué pasos seguir para salir de esta dinámica, en caso de que se presente nuevamente.

En el siguiente apartado se hace un análisis del proceso, así como de las herramientas terapéuticas que se emplearon en cada una de las fases.

Primera fase: evaluación e intervención en crisis.

Tanto el proceso de evaluación como la intervención en crisis se llevaron a cabo de manera paralela, no obstante, para su análisis se hará una distinción de estos dos momentos.

La fase de evaluación se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Entrevistas iniciales con la paciente (dos sesiones): la finalidad de estas sesiones fue establecer el motivo de consulta de la paciente y esbozar la historia clínica. Durante estas sesiones, el objetivo primordial fue determinar la demanda de la paciente para elegir el tipo de intervención que se realizaría con ella.
- Evaluación psicológica de la paciente (una sesión): se aplicó una batería de pruebas conformada por el Dibujo de la Figura Humana y el Test de Persona Bajo la Lluvia. El objetivo de la evaluación fue explorar el área afectiva de la paciente, poniendo especial atención a la presencia de signos de ansiedad y depresión, así como a los principales mecanismos de defensa que utiliza.
- Devolución de resultados (una sesión): se tuvo una sesión con la paciente en donde se le devolvieron los aspectos más relevantes obtenidos a través de las entrevistas y de la batería de pruebas. De igual forma, se acordó la manera en la que se trabajaría durante el proceso terapéutico.

La estructura que se siguió para la intervención en crisis se basó en los modelos que plantean Bellak (1993), Slaikeu (1996) y Álvarez (2013):

- Establecer contacto psicológico: las primeras dos sesiones se emplearon para hacer una anamnesis completa mediante preguntas abiertas y pruebas proyectivas. Asimismo, en estas primeras sesiones se realizó el contacto psicológico al mostrar una actitud empática y permitirle hablar a la paciente sobre lo que le estaba ocurriendo. En estas sesiones se validaron las emociones de la paciente y se realizaron reflejos y resúmenes con respecto a la manera en la que ella percibía la situación. Un aspecto destacable es que la paciente veía esta crisis como una oportunidad para ponerle fin a la violencia que vivía en casa.
- Evaluar las dimensiones del problema: en un segundo momento se evaluaron las dimensiones del problema, es decir, el desencadenante de la crisis actual, las situaciones relacionadas a la crisis y el funcionamiento de la paciente antes de ella. De igual forma se exploraron los recursos personales y sociales con los que contaba en ese momento, así como las decisiones que tenía que tomar en los próximos días. En este momento se validaron las emociones que experimentaba la paciente y se le dio especial énfasis en señalar los recursos personales con los que contaba, así como las acciones que ya estaba llevando a cabo para salir de la dinámica de violencia en la que se encontraba.
- Análisis de las soluciones: dada la situación de violencia descrita por la paciente se llevó a cabo un análisis de las acciones que podía llevar a cabo para prevenir esta situación mientras el proceso de divorcio continuaba. Se exploró la posibilidad de que su esposo le hiciera daño nuevamente y se sugirió que se fuera a la casa de un familiar mientras se resolvía su situación legal. Sin embargo, la paciente se negó a esta opción y decidió que se quedaría en su

casa, pero evitaría todo contacto con su esposo. Asimismo, consideró no decirle nada sobre la demanda de divorcio hasta que estuviera más avanzado el proceso legal por temor a su reacción.

- Ejecutar la acción concreta: posterior al análisis de las acciones que podía llevar a cabo la paciente, se pusieron en práctica las soluciones que planteó. La paciente optó por no decir nada con respecto al divorcio y les pidió a sus hijos que hicieran lo mismo. De igual forma, eligió pasar la mayor parte del día en su estética, mientras que en los momentos en los que estaba en casa evitaba compartir los espacios comunes con su esposo. Esto llevó a una disminución de las discusiones con Saúl y también contribuyó a bajar el nivel de ansiedad en la paciente y por consiguiente las situaciones en las que ella era agresiva con sus hijos.
- Seguimiento: a lo largo de la intervención se monitoreó el mantenimiento y los resultados de las soluciones que había puesto en práctica la paciente.

Segunda fase: tratamiento.

En cuanto a las sesiones de intervención, estas se llevaron a cabo desde el modelo de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

- Se llevaron a cabo 19 sesiones de manera individual, en las cuales se realizaron intervenciones dirigidas a esclarecer la relación que había entre la historia de vida de la paciente y los síntomas que presentaba al momento de solicitar la terapia. Dichas intervenciones también se enfocaron en que María pudiera identificar su rol activo y su responsabilidad tanto en sus decisiones como en las consecuencias de estas. Se fomentó la expresión de sus emociones y la

validación de las mismas. Asimismo, se hicieron señalamientos dirigidos a reflejar las fortalezas de la paciente, así como las acciones que estaba llevando a cabo para salir de la dinámica de violencia; otros señalamientos estuvieron dirigidos a mostrar la relación entre la forma en la que se vinculaba con sus hijos (a través de gritos) y la respuesta que obtenía de ellos. Se hicieron confrontaciones dirigidas a reflejar su actuar impulsivo, la incongruencia entre su actuar y su decir, así como el lugar en el que colocaba a sus hijos en la relación con su esposo. De igual forma se hicieron resúmenes a lo largo del proceso sobre la manera en la que la paciente se percibía a sí misma al iniciar el tratamiento y el cambio que fue logrando durante el transcurso del mismo. Se proporcionó información con respecto a la violencia intrafamiliar, se diseñó un plan que María podía seguir en caso de que su esposo comenzara a agredirla nuevamente, y se planeó que la paciente retomara actividades que disfrutaba, como nadar o tomar clases de inglés. Finalmente, otras de las intervenciones se dirigieron a señalar las posibilidades que tenía la paciente y lo que estaba dentro de su control cambiar.

Tercera fase: cierre.

- Cierre del proceso (dos sesiones): para finalizar el proceso se llevaron a cabo dos sesiones de cierre, en estas sesiones el trabajo estuvo dirigido a que 1) la paciente pudiera identificar las señales de violencia intrafamiliar; 2) tuviera en mente el plan de acción que construyó en caso de que se presentara una situación de violencia; 3) reconociera los recursos con los que cuenta y los cambios que ha obtenido; y 4) que se percibiera con una postura activa en torno

a la toma de decisiones. La decisión de finalizar el proceso terapéutico se tomó con base en los resultados que había obtenido la paciente y las metas que se habían planteado al iniciar la intervención, por ejemplo, María logró retomar algunas actividades que le gustaban, como nadar y salir con sus amigas. Asimismo, cambió la percepción que tenía sobre sí misma, se sentía más segura en torno a las decisiones que tomaba y de igual forma, se sentía con el control y con las herramientas necesarias para frenar el círculo de violencia con su esposo e hijos.

Caso Laura.

Ficha de identificación.

Nombre: Laura

Sexo: Femenino

Edad: 39 años

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Carrera técnica

Estado civil: Casada

Descripción de la paciente.

Laura es una mujer de complexión robusta, mide aproximadamente 1.60 metros de estatura, es de tez morena clara, ojos color miel, cabello café oscuro largo; su edad cronológica corresponde con la aparente. Se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, suele vestir playeras holgadas, pantalones de mezclilla y tenis, lleva el cabello recogido en una cola de caballo y como maquillaje únicamente usa delineador blanco y labial rosa.

Durante las entrevistas se muestra cooperadora y abierta a responder lo que se le pregunta, aunque se observa cierto grado de ansiedad, constantemente juega con sus manos e incluso se describe a sí misma como una persona tímida y con cierta dificultad para expresar lo que piensa y siente por temor a ser juzgada.

Laura se encuentra ubicada en tiempo, espacio, persona y circunstancia, no presenta alteraciones en la percepción ni en la memoria. En cuanto al contenido de su pensamiento, este se centra en los conflictos familiares, específicamente con su hermana y su esposo. Su discurso es fluido y estructurado, por lo general el ritmo es pausado, pero sin llegar a ser lento, su tono de voz es bajo y le tiembla la voz cuando menciona sentirse sola. De igual forma, es capaz de centrarse en los temas de los que habla sin saltar de uno a otro, ofrece detalles sobre las experiencias relatadas y es clara

Como problemática principal Laura refiere sentirse sola ya que no percibe un apoyo real por parte de su esposo, esto la lleva a sentirse constantemente triste y a cuestionarse si es capaz de cumplir con sus funciones como madre y esposa, así como de llevar a cabo su trabajo como estilista o de desempeñar bien cualquier otra función en otra esfera. Laura atribuye esta sensación de inseguridad de sí misma a la dinámica violenta en la que ha estado inmersa desde su infancia.

Por otra parte, refiere sentirse constantemente enojada con Sergio debido a que no cumple con su rol como padre, sino que se comporta como otro hijo, por lo que Pablo (su hijo mayor) es quien ha asumido esta función con sus hermanos menores: Alfonso, Mario y Pedro. Aunada a esta situación, Laura menciona que no se siente satisfecha con Sergio como pareja.

Historia clínica.

Historia familiar.

Laura es la hija número 11 de 13 hermanos, vivió una infancia violenta ya que su padre agredía física y verbalmente a su madre al llegar alcoholizado. Cuando esto ocurría, Laura se escondía en el ropero hasta que pasaba todo, mientras que sus hermanos peleaban con su padre al tratar de defender a su madre. Durante su infancia, Laura nunca fue agredida físicamente pero sí emocionalmente ya que tanto su padre como sus hermanos le decían que la manera en la que se arreglaba era igual a la de “mujeres de la calle” y le prohibían salir sola. La familia de origen de Laura es una familia tradicional en la cual se encuentran firmemente arraigados los roles tradicionales de la mujer y el hombre.

Laura conoció a su esposo cuando tenía 15 años, por medio de una de sus hermanas. Poco tiempo después comenzaron una relación de noviazgo y al año de la relación tuvieron relaciones sexuales y se embarazó de su primer hijo. Debido al embarazo tomaron la decisión de casarse y al saber el motivo por el cual se casaban, la familia de Laura le hacía constantes burlas.

Al inicio de su matrimonio decidieron vivir en casa de los padres de Sergio. Al estar ahí, Laura refiere que recibía insultos y críticas de su suegra y cuñada, por lo que constantemente tenían discusiones, en varias ocasiones se agredieron físicamente. Debido a estos problemas Laura se fue de la casa en dos ocasiones, después de esto Sergio decidió buscar otro lugar en donde vivir.

Ninguno de sus embarazos fue planeado ya que tanto con su segundo hijo como con su tercer hijo se quitó el dispositivo intrauterino para cambiarlo y al tener relaciones con su esposo no usaron otro método anticonceptivo porque él no quiso. Con su cuarto hijo, el dispositivo estaba mal colocado, lo que provocó que nuevamente se embarazara; Sergio le sugirió que abortara, pero ella no quiso.

Dinámica familiar actual.

Actualmente Laura vive con su esposo y sus hijos, pero la mayor parte del tiempo la pasa en casa de sus padres. Al estar en casa de ellos convive con dos de sus hermanas (Fabiola y Sofía) y con su hermano Jesús. La relación con Jesús y Fabiola es mala, Laura refiere que ellos la insultan y en repetidas ocasiones la han agredido físicamente.

Recientemente, la relación con Sergio se ha vuelto distante, constantemente discuten y en repetidas ocasiones Laura le ha pedido que se vaya de la casa. Los

problemas que hay entre ellos se deben a que Sergio le ha sido infiel, esto ha provocado enojo e inseguridad en Laura. Cuando ambos discuten, Laura le reclama que sale con otras mujeres, que no la respeta y que no se hace cargo de sus hijos, él le dice que está loca y la ignora; estas discusiones ocurren frente a sus hijos. Aunado a esta situación, Laura no percibe apoyo por parte de su esposo. Sergio no se involucra en la crianza de sus hijos y aunque es el encargado de cubrir los gastos del hogar, la mayor parte del tiempo Laura o Pablo son quienes terminan haciéndolo.

En cuanto a la relación con sus hijos, se le dificulta acercarse a ellos emocionalmente, no se siente cómoda al abrazarlos y se siente incapaz de expresarles su afecto. De igual forma, no hay un rol claro en cuanto a las figuras parentales, Laura se percibe a sí misma y a su esposo como a unos niños. Quien comúnmente asume el rol de padre es su hijo mayor, él establece los límites con sus hermanos, los ayuda con las tareas de la escuela y paga algunos de sus gastos, como ropa, útiles escolares y comida.

Otro aspecto que le preocupa a Laura es que Mario y Pedro tienen problemas en la escuela, las maestras de ambos refieren que agreden a sus compañeros, se les dificulta relacionarse con otros niños y tienen un bajo rendimiento escolar. Pedro le ha llegado a decir que ya no quiere ir a la escuela y que quisiera morirse o estar en otra familia porque en la suya no se siente querido. Finalmente, con Alfonso la relación no es tan cercana ya que Laura se desespera porque se le olvidan las cosas y le cuesta trabajo poner atención a lo que le dice, por lo que le hace comentarios humillantes.

Historia médica.

Hace un año aproximadamente Laura tuvo una crisis que comenzó con un dolor de cabeza intenso y mareo. Al acudir con el médico, este le dijo que se encontraba bajo mucho estrés y le recetó pastillas para poder dormir, Laura dejó de tomarlas porque la hacían sentir aletargada durante el día. Aunque el dolor de cabeza y los mareos ya no se han vuelto a presentar, comenta que ahora tiene colitis nerviosa, la cual se agrava en los momentos en los que se siente muy estresada o cuando discute con su esposo, cuando esto ocurre, se despierta por las noches y le cuesta trabajo volver a dormir ya que siente que no puede respirar y piensa que se va a morir.

Por otra parte, cuatro meses antes de iniciar el proceso terapéutico le detectaron una lesión en el cuello uterino, por lo cual le realizaron algunos estudios para descartar el virus del papiloma humano, los resultados mostraron que tenía una infección que fue tratada con óvulos y una crema. Posterior a esta situación, sintió una bolita en uno de sus senos y durante el proceso terapéutico le realizaron estudios para descartar cáncer de mama, los resultados salieron negativos. Refiere que en su familia no hay antecedentes de cáncer ni de ninguna otra enfermedad relevante.

Ámbito social.

Laura es una mujer que tiende a aislarse y por esto mismo no tiene amistades, le cuesta trabajo confiar en otras personas y expresar lo que piensa ya que siente que al hacerlo los demás podrían criticarla o burlarse de ella. Considera que el interés que las demás personas muestran hacia ella no es sincero. Al parecer, la única persona con la que puede platicar sin sentirse de esta forma es con una de sus hermanas.

Antecedentes laborales.

El primer trabajo que tuvo Laura fue a la edad de 17 años; trabajaba como secretaria en una firma de abogados y aunque se sentía cómoda y le gustaba, lo dejó debido a que cuando nació su hijo mayor no tenía a ningún familiar que cuidara de él. Su segundo empleo fue como vendedora en una tienda departamental, en este empleo estuvo cerca de seis meses, pero también lo dejó por la misma razón que en el embarazo anterior.

Cuando ya habían nacido todos sus hijos, decidió estudiar para ser cultora de belleza y al concluir con los cursos, abrió una pequeña estética en casa de sus padres. Poco tiempo después de abrirla, comenzó a experimentar mucha ansiedad, le daba miedo trabajar porque pensaba que no lo hacía bien y se cuestionaba su capacidad para desempeñar adecuadamente su trabajo, esto la llevó a tomar la decisión de cerrar la estética. Actualmente se dedica a la venta por catálogo.

Evaluación psicológica.

La evaluación psicológica realizada a Laura estuvo conformada por la solicitud de admisión, una entrevista a profundidad, el dibujo de la figura humana (DFH), el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y la escala de estrategias de afrontamiento (SACS) en su forma general.

Integración.

Área socio-afectiva.

Laura es una mujer a quien se le dificulta interactuar con su medio social ya que lo percibe como amenazante y no se siente con los recursos suficientes para hacerle

frente por lo que tiende a aislarse y a evitar las situaciones estresantes o problemáticas. Esta sensación de incapacidad para relacionarse con otros genera inseguridad y pesimismo, lo que la lleva a evitar cualquier estimulación del exterior. Uno de los motivos por los que se le dificulta relacionarse con los demás es porque siente desconfianza hacia ellos y se preocupa demasiado por la opinión que estos puedan tener sobre ella. En situaciones en las que se siente invalidada por el medio tiende a actuar de manera impulsiva y agresiva para tratar de compensar el pobre ajuste social, mostrando tendencias hostiles hacia los demás y hacia ella misma. La constante sensación de tener que defenderse del exterior le provoca cierto grado de tensión y ansiedad.

No obstante, Laura mantiene una actitud optimista y esperanzadora con respecto a que las cosas van a cambiar una vez que ella misma pueda modificar la manera en la que se relaciona con los demás y en la medida en que se acepte y se sienta satisfecha consigo misma; incluyendo su aspecto físico.

De manera general, se percibe sola, insegura y con pocos recursos personales, hay una fuerte necesidad de protección y busca la aprobación del otro para que valide sus acciones ya que se percibe como una niña pequeña e indefensa. Se le dificulta reconocer sus recursos personales y describir aspectos positivos de su personalidad.

Impresión diagnóstica.

Desde su infancia, Laura, ha estado inmersa en situaciones de violencia hacia la figura femenina y se le dificulta reconocer los recursos con los que cuentan las mujeres de su familia, incluyéndose a sí misma. Uno de los principales aspectos que le preocupan es repetir los mismos patrones de interacción violentos que vivió en su

familia de origen y aunque logra identificar algunos de ellos, se le dificulta integrar y analizar lo que está ocurriendo en el momento presente para poder hacer algo diferente.

Laura se percibe como una mujer con pocos recursos personales y económicos, sin la capacidad de salir adelante por sí misma; esta idea se ha reforzado a partir del contexto en el que está inmersa ya que tanto sus hermanos como sus padres mantienen un discurso desde el cual la figura de la mujer es percibida como inferior a la del hombre y donde la mujer no tiene ningún valor sin la presencia de un hombre a su lado. Estos discursos también están presentes en la relación con Sergio y han favorecido situaciones de maltrato físico, psicológico, sexual y económico.

Asimismo, uno de los aspectos que se ve influido por la violencia presente en el contexto es la relación que tiene con sus hijos y la dificultad para acercarse afectivamente a ellos ya que, al no experimentar muestras de cariño durante su infancia, Laura no conoce formas distintas de vincularse con ellos o con otras personas. De igual forma, el no haber recibido muestras de afecto cuando era pequeña, pudo haber desencadenado sentimientos de abandono e inseguridad, así como de constante soledad que se siguen manteniendo. Es probable que debido a las experiencias que vivió cuando era niña, así como a la manera en la que se establecieron los vínculos con personas significativas, ahora se le dificulte relacionarse con los demás y no sea capaz de percibir sus recursos interpersonales.

Sugerencias terapéuticas.

- Terapia individual sistémica.
- Talleres para padres sobre estilos de crianza.

Proceso terapéutico y focos de intervención.

Tomando en cuenta la evaluación realizada, así como la demanda de la paciente, se trabajó desde un enfoque de terapia individual sistémica a partir de la integración del modelo estructural y la terapia narrativa. La razón por la que se optó por el modelo estructural responde a que, dada la organización familiar del sistema, era necesario modificar los límites difusos entre los subsistemas por unos más claros con la intención de que esto permitiera que cada miembro del sistema tuviera claras sus funciones, así como la jerarquía del sistema. Asimismo, se decidió trabajar desde la terapia narrativa con la intención de que Laura identificara la manera en la que, dentro de su contexto familiar, se han ido construyendo las relaciones interpersonales a partir de los roles de género y cómo es que ella ha construido su identidad en función de estas creencias.

Las principales metas dentro del proceso terapéutico fueron:

1. Identificar y modificar los patrones de violencia presentes en el contexto familiar, específicamente hacia sus hijos.
2. Modificar la estructura familiar al poder establecer límites claros dentro de los subsistemas.
3. Modificar y deconstruir los discursos de género dominantes.
4. Modificar la percepción que tiene la paciente sobre sí misma.

Análisis del proceso.

El proceso duró 8 meses en los que se tuvieron 34 sesiones. A lo largo de la intervención sólo se tuvo una falta, 7 sesiones fueron de evaluación, 23 sesiones de intervención y 3 sesiones de cierre. Este caso se trabajó desde la integración del

modelo estructural y la terapia narrativa. En la tabla que se presenta a continuación se resumen las fases del proceso terapéutico y las técnicas empleadas en dicho momento del proceso:

Tabla 9

Proceso terapéutico de Laura

Fase	Sesiones	Principales elementos de las escuelas sistémicas
Primera fase: evaluación	1-7	Formulación de preguntas abiertas, establecer rapport, proporcionar apoyo, evaluar recursos personales, indagar la historia del síntoma, validar emociones, mostrar empatía.
Segunda fase: intervención	8-31	Genograma, fijación de límites, modificación de los constructos cognitivos, directivas, insistencia en los lados fuertes de la familia, preguntas circulares, ampliar el discurso, buscar excepciones, identificación y señalización de las interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia, proponer modalidades diferentes de interacción.
Tercera fase: cierre	32-34	Se hizo un resumen de lo que se trabajó durante la intervención y de los aspectos que quedaron por trabajar, se enfatizan los cambios que logró la paciente y la forma en la que puede mantenerlos.

A continuación, se presenta el análisis del proceso terapéutico y de las herramientas que se emplearon durante la intervención.

Primera fase: evaluación.

En la fase de evaluación se pueden distinguir las siguientes etapas:

- Entrevistas iniciales con la paciente (cinco sesiones): el objetivo de las entrevistas iniciales con Laura fue conocer el motivo de consulta, realizar la historia clínica y establecer una buena alianza terapéutica ya que al iniciar el proceso Laura mostraba dificultad para expresarse por temor a ser juzgada y aparentemente había abandonado procesos terapéuticos anteriores por este motivo.
- Evaluación psicológica de la paciente (una sesión): se empleó una sesión completa para aplicar la siguiente batería de pruebas: Dibujo de la Figura Humana, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y Escala de Estrategias de Afrontamiento. Durante la evaluación se observó cierta dificultad de la paciente para comprender algunos reactivos tanto del inventario como de la escala, mientras que en la prueba grafoproyectiva dijo de manera explícita estarse dibujando a sí misma. La aplicación de estas pruebas cumplió con varios objetivos, el primero de ellos fue explorar aspectos de su personalidad, el segundo determinar si algunos signos de ansiedad se debían a la problemática actual o era un rasgo estable en la paciente, y por último evaluar la manera en la que Laura responde ante los conflictos.
- Devolución de los resultados (una sesión): se llevó a cabo una sesión con la paciente en donde se hizo la devolución de los resultados obtenidos a través de la entrevista y de los instrumentos aplicados. Asimismo, se establecieron los objetivos de la intervención.

Segunda fase: tratamiento.

Las sesiones de intervención se llevaron a cabo desde el enfoque sistémico, integrando el modelo estructural y la terapia narrativa:

- Se llevaron a cabo 24 sesiones individuales en las cuales se emplearon diversas técnicas de las escuelas mencionadas anteriormente. Una de las primeras técnicas que se empleó fue el genograma, a través del cual la paciente identificó qué patrones son los que se mantienen en su familia y qué es distinto, asimismo reconoció la manera en la que la violencia se ha transmitido de generación en generación y cómo es que continúa presente en su familia. La intervención se dirigió a estos patrones disfuncionales que se repiten, señalando su utilidad hasta ahora y posteriormente se propusieron modalidades diferentes de interacción; paralelamente se identificó, reforzó y amplió todo lo que era diferente, los pasos hacia el cambio, las nuevas narrativas, lo que la paciente sí era capaz de hacer y se construyó junto con ella una visión más positiva de sí misma. Por otra parte, se trabajó con el establecimiento de límites claros para que 1) tanto la paciente como su hijo mayor tuvieran claras cuáles eran las funciones que les tocaba desempeñar de acuerdo con el subsistema al que pertenecen, y 2) eliminar las coaliciones intergeneracionales presentes en el sistema; a partir de esto la paciente identificó que ella se colocaba como si fuera la hija y le delegaba las funciones paternas a su hijo. De igual forma, se empleó la modificación de constructos cognitivos con la intención de que la paciente empezara a visualizar nuevas formas en las que se podía relacionar con sus hijos sin que la violencia estuviera presente; además, se emplearon preguntas circulares con la intención de que la paciente tuviera visiones distintas a la suya

sobre las relaciones familiares. A través del discurso de la paciente se exploraron los valores, creencias y significados en su familia y su entorno social de origen en cuanto al género y el rol que ocupa la mujer. Esto sirvió para hacer más visibles las narrativas a través de las que Laura da sentido a su vida, reconocer cómo siguen actuando y cuestionar aquellas que ya no encajan. Finalmente, también se hizo uso del genograma para identificar la presencia de figuras femeninas positivas en la vida de la paciente y también para identificar los aspectos positivos que se transmiten de generación en generación con la finalidad de mostrar que los aspectos disfuncionales no son la totalidad de la familia. Laura pudo reconocer a una de sus tías como una mujer que no se relacionaba de manera violenta y que mostraba afecto hacia sus hijos, esto le permitió pensarse de forma distinta, con la posibilidad de ser cariñosa con sus hijos y de estar en una relación sin violencia.

Tercera fase: cierre.

- Cierre del proceso (tres sesiones): se llevaron a cabo tres sesiones de cierre con la paciente en donde el objetivo principal fue que Laura identificara los cambios en torno a la percepción que tenía sobre la figura femenina y sobre sí misma. De igual forma se buscó que describiera los nuevos significados que construyó a lo largo de la intervención y cómo es que estos le proporcionaban una manera distinta de relacionarse y de conducirse en su vida cotidiana. Un segundo objetivo fue reforzar los cambios obtenidos y buscar la forma en la que la paciente puede mantenerlos en su contexto familiar. Como tercer objetivo, se planteó el aplicar la misma batería de pruebas que se aplicó al iniciar el proceso.

Finalmente, se habló sobre los aspectos que faltaron trabajar y se le sugirió que asistiera a un taller para padres, que se abriría en el centro, en donde pudiera compartir las dudas que tenía con respecto a la crianza de sus hijos.

Análisis de los resultados

A continuación, se presenta el análisis grupal que se hizo con respecto a la violencia intrafamiliar. En este apartado se presenta el análisis de los objetivos planteados previamente: 1) identificar el tipo de violencia dentro de la dinámica familiar (físico, psicológico, económico y/o sexual); 2) identificar la presencia de relaciones violentas entre los miembros de la familia (madre-hijo, padre-hijo, madre-padre, padre-madre, hijo-madre, hijo-padre); 3) identificar los factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar; 4) describir las características de la dinámica de violencia intrafamiliar; 5) describir las consecuencias de la violencia intrafamiliar; 6) identificar los cambios que implementaron las pacientes para disminuir la violencia en la pareja y en la relación con sus hijos(as) durante la intervención; y 7) identificar las estrategias terapéuticas que promovieron el avance del proceso psicoterapéutico desde cada modelo de intervención.

Nota: El texto mostrado en cursivas son citas textuales de las pacientes.

1. Identificar el tipo de violencia dentro de la dinámica familiar

Para analizar el tipo de violencia presente en la dinámica familiar se partió de la clasificación propuesta por Torres (2001) la cual incluye cuatro modalidades: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica. En los tres casos que aquí se analizan, se identificó la presencia de todos estos tipos de violencia en la dinámica familiar. A continuación, se analizan cada una de las modalidades señaladas.

En cuanto a la violencia física, todas las pacientes mencionaron haber experimentado actos de violencia por parte de sus parejas, ya fuera en forma de empujones, golpes con la mano o el puño en diferentes partes del cuerpo, haber sido arrojadas contra algún mueble o haberles sido arrojado algún objeto. Jimena refirió haber recibido puñetazos y patadas en diferentes partes del cuerpo y como resultado de esto tener lesiones físicas graves:

“Él estaba muy enojado y empezó a pegarme con el puño cerrado, me alcanzó a pegar en la nariz y me la rompió, toda mi ropa se llenó de sangre y tuve que ir al hospital porque no paraba de salirme sangre”

En torno a la violencia física ejercida por las propias pacientes, dos de ellas reconocieron haber golpeado a su pareja en un intento por defenderse. No obstante, los golpes propiciados por las pacientes eran manotazos en los brazos o en las manos de sus parejas.

Por otra parte, en los tres casos se identificaron agresiones físicas hacia los hijos de las pacientes, ya fuera que los padres los agredieran o las mismas pacientes.

Cabe señalar que el maltrato físico, ya fuera en la pareja o hacia los hijos, fue recurrente en todos los casos y fue una conducta que escaló desde el primer episodio

de violencia, es decir, de una violencia relativamente leve fue aumentando hasta volverse grave. En la experiencia de dos de ellas se dio de la siguiente manera:

“Al principio, cuando discutíamos él me empujaba y me daba manotazos, pero la última vez que nos peleamos me jaló del cabello y me aventó contra el mueble, tuve que agarrarme de la pared para no caerme, él siguió pegándome” (María)

“Me da miedo perder el control y lastimar a mi hijo, empujarlo muy fuerte” (Jimena)

Respecto a la violencia psicológica, cabe destacar que, aunque en los tres casos se presentó este tipo de violencia, en cada uno de ellos tuvo manifestaciones y matices diferentes. El tipo de violencia psicológica que se presentó con mayor frecuencia fue el abuso verbal, dentro del cual se incluyen gritos, insultos, humillaciones y burlas de diversa índole. Cuando las agresiones iban dirigidas de las parejas hacia las pacientes, por lo general, se hacían críticas con respecto a la forma de educar a los hijos, la capacidad intelectual y la capacidad para desempeñar cualquier actividad; en dos de los casos, además, las burlas iban encaminadas a devaluar el aspecto físico y la forma de vestir de las pacientes. En el caso del abuso verbal hacia los hijos, en su mayoría, los insultos cuestionaban la capacidad intelectual de estos:

“Hay veces que parece que no me entiende, le digo las cosas y por más que se las repito no entiende, entonces me desespero y le grito: ¿qué no me entiendes o qué te pasa, estás enfermo o qué tienes en la cabeza?” (Laura)

De las diversas formas de violencia psicológica, el control estuvo presente en todos los casos, la indiferencia ante las demandas afectivas se presentó únicamente en

dos casos, al igual que el chantaje, mientras que el asedio sólo se presentó en uno de ellos.

En cuanto a la violencia sexual, sólo dos de las pacientes mencionaron haber tenido relaciones sexuales con sus esposos sin haberlo deseado, y Laura reconoció que no usaba ningún método de protección porque su esposo se negaba a ello:

“Teníamos relaciones como animalitos, cada vez que se le antojaba, a veces yo ni siquiera lo disfrutaba porque no tenía ganas, pero tenía que cumplirle”

Finalmente, en torno a la violencia económica, se identificó que estaba presente en todos los casos. La forma más común en la que se manifestó fue la omisión, por ejemplo, la pareja restringía o negaba los recursos económicos a la paciente o a sus hijos, lo que provocaba que los gastos del hogar se cubrieran de manera insuficiente.

María menciona:

“Cuando le pedía el dinero para pagar el teléfono o las cosas de la escuela de nuestro hijo, él me decía que no, empezaba a gritar y a decir que sólo sabía pedir dinero, yo tenía que ver cómo hacerle para pagar lo que se necesitaba”

Como diversos autores señalan (Corsi, 1994; Saltijeral et al., 1998; Torres, 2001) las distintas manifestaciones de violencia suelen presentarse de manera conjunta o en combinaciones variadas, tal es el caso que describieron las pacientes. En todos los episodios de violencia coexistían distintas manifestaciones de esta. No obstante, la combinación que aparecía con más frecuencia era la violencia física y la psicológica. En el relato de Jimena se pueden observar las distintas formas de violencia y el grado de severidad:

“Él se enojó porque perdí la llave de la casa, empezó a gritar y a decir que ni eso puedo hacer bien, mis manos empezaron a temblar y yo seguía buscando la llave en mi bolsa. Él abrió la puerta y me agarró del cabello, después me aventó contra el piso, me quedé ahí tirada”

En la siguiente tabla se resumen los tipos de violencia presentes en la dinámica familiar de estas pacientes y las manifestaciones identificadas por cada modalidad.

Tabla 10

Tipos de violencia y sus manifestaciones

Tipo de violencia	Manifestaciones
Física	Empujones, golpes con la mano y/o el puño, golpes con diversos objetos, patadas y jalones de cabello.
Psicológica	Abuso verbal (incluidos los insultos, gritos, humillaciones, burlas en cuanto al aspecto físico, la capacidad intelectual, entre otros), rechazo, indiferencia, acoso y chantaje.
Sexual	Relaciones sexuales no deseadas y sin métodos de protección.
Económica	Negar el dinero para cubrir los gastos del hogar.

2. Identificar la presencia de relaciones violentas entre los miembros de la familia

Para analizar en cuáles de las relaciones se presentan los patrones de interacción violentos, mencionaré primero el tipo de violencia que se manifiesta para después describir en qué relación se presenta dicho tipo de violencia.

Violencia física.

En cuanto a la violencia física, ésta se dio con mayor frecuencia de los padres hacia los hijos y entre ambos padres, aunque también se presentó por parte de la familia extensa hacia los hijos. Cuando la agresión se daba de la madre hacia los hijos se identificó que, en su mayoría, estas conductas respondían a situaciones en donde estos no las obedecían o bien había una acumulación de varios episodios de tensión, después de los cuales las pacientes explotaban. Jimena describe:

“Yo sólo quería silencio, mi hijo estaba jugando con su coche y hacía mucho ruido, le dije que se callara y se quedara quieto, pero él no me hizo caso entonces exploté, me desesperé y lo jale de los brazos... Me detuve hasta que él comenzó a llorar y se veía asustado”

En el caso de la violencia física de los padres hacia los hijos, ésta respondía a diversas situaciones, en ocasiones se debía a que los padres no sabían cómo educar a sus hijos y recurrían a los golpes, otras veces se sentían retados por ellos y la violencia era una forma de controlarlos, o bien, desde la perspectiva de las madres lo hacían como una forma de lastimarlas:

“Él sabe que lo que más me duele es que toque a mis hijos” (María)

En cuanto a la violencia física presente en la pareja, esta se da en ambas direcciones, es decir, tanto las pacientes como sus esposos se agreden físicamente.

Dos de ellas reconocen haber recurrido a manotazos y rasguños como un intento para protegerse de las agresiones de sus esposos. Mientras que las conductas violentas en ellos surgen después de varios conflictos o discusiones.

Finalmente, sólo en uno de los casos, la violencia física se dio de la familia extensa hacia los hijos. Aunque en este caso en particular, la violencia ha sido usada como una forma para solucionar problemas y se ha normalizado el reaccionar de esta forma entre sus miembros, Laura considera que solamente ella es quien puede sancionar a sus hijos de esta forma:

“Para pegarles a mis hijos nada más yo”

Violencia psicológica.

Por otro lado, la violencia psicológica se presentó en la relación padre/madre-hijos, entre la pareja y de la familia extensa hacia la madre y los hijos. En la relación del padre hacia los hijos, este tipo de violencia se manifestaba mediante insultos y frases despectivas, las cuales giraban en torno a que ellos eran más apegados a sus madres. Por lo general, los insultos comenzaban cuando los hijos trataban de defender a sus madres de las diversas agresiones verbales y físicas recibidas de sus esposos.

En torno a la violencia presente en la relación madre-hijos, la indiferencia ante las demandas afectivas de los menores fue la modalidad que se presentó con mayor frecuencia, seguida del chantaje. En este rubro es importante mencionar que en todos los casos había una dificultad en las madres para acercarse afectivamente a sus hijos, algunas de ellas atribuían esto a que en sus familias de origen nadie había sido amorosas con ellas:

“Me doy cuenta de que pude haber hecho más por mi hijo, como jugar con él, abrazarlo, decirle que lo quiero, pero no sé cómo hacerlo, nadie lo hizo conmigo y ahora no sé cómo hacerlo” (Laura)

En la pareja, la violencia psicológica se dio de manera bidireccional, aunque el abuso verbal fue mayormente empleado por el esposo y en uno de los casos también se empleó el chantaje, cuando la pareja buscaba culpar a Jimena de lo que le pasara a él si ella decidía terminar con la relación:

“Me dice que si yo lo dejo, se va suicidar, ¿qué va a pasar con él si decido irme?”

En el caso del asedio, era María quien seguía a su esposo al trabajo y revisaba sus pertenencias como una forma de tener cierto control.

Dentro de este mismo tipo de violencia, también se identificó que la familia extensa agredía verbalmente a las pacientes. En la mayoría de los casos, se burlaban de su situación económica, se ponía en duda su capacidad para tomar buenas decisiones, así como el tipo de pareja que habían elegido.

Violencia sexual.

La violencia sexual sólo se presentó en la relación de pareja, en ninguno de los casos se identificó hacia los hijos. La violencia sexual dentro de la relación de pareja es sumamente difícil de reconocer en nuestra sociedad, debido a que con frecuencia las mujeres no tienen la posibilidad de decidir cómo y cuándo tener relaciones sexuales (Saltijeral, et al., 1998), en este estudio dos de las pacientes reconocieron que su esposo les exigía tener relaciones sexuales, aunque ellas no lo desearan. Cabe señalar que en uno de los casos este tipo de violencia iba acompañado por el chantaje del

esposo ya que, al momento de tener relaciones, él le reclamaba a Jimena su falta de interés:

“Él me dice que por qué ya no soy tan cariñosa como antes, que si ya no lo quiero y es que la verdad ya no me nace serlo”

Violencia económica.

Por último, la violencia económica se presentó en la relación de pareja y en la relación del padre hacia los hijos. En ambos casos, el padre se negaba a cubrir los gastos del hogar y a pagar los útiles o ropa de sus hijos, aseverando que no tenía suficiente dinero; cuando esto sucedía, los hijos que contaban con un trabajo remunerado cubrían los gastos generados.

A continuación, se describe de manera esquemática el tipo de violencia presente y la relación en la que se desarrolla.

Tabla 11

Relaciones familiares en las que hay violencia

Tipo de violencia	Relación en la que se presenta
Física	De ambos padres hacia los hijos, de la familia extensa hacia los hijos, y entre los padres (en ambas direcciones).
Psicológica	De ambos padres hacia los hijos, entre los padres (en ambas direcciones), y de la familia extensa hacia la madre.
Sexual	Del padre hacia la madre.
Económica	Del padre hacia los hijos y del padre hacia la madre.

3. Identificar los factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar

Para el análisis realizado sobre los factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar se tomaron en cuenta los dos primeros niveles que plantea Corsi (2003), es decir, los factores de riesgo con eficacia causal primaria y los factores de riesgo asociado, ya que analizar los factores que contribuyen a la perpetuación del problema excede los fines de este trabajo.

En torno a los factores de riesgo con eficacia causal primaria se encontraron los siguientes: pautas culturales que mantienen la desigualdad entre los géneros, aprendizaje femenino de la indefensión, naturalización y aceptación de la violencia, exposición a la violencia intrafamiliar durante la infancia, ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de la maternidad/paternidad, aislamiento social y fallas en el sistema de planificación familiar.

Con respecto a los factores de riesgo asociados, se detectó la presencia de algunos factores estresantes que podrían incrementar la probabilidad de ocurrencia del fenómeno, entre ellos se encuentra la situación socioeconómica de las pacientes y la ausencia de un soporte familiar y/o social. A continuación, se describen los factores de riesgo encontrados en este estudio.

Factores de riesgo con eficacia causal primaria.

Se identificó la presencia de creencias culturales que mantienen la desigualdad entre hombres, mujeres y niños, y que además establecen las pautas de interacción y las funciones que debe de seguir cada miembro de la familia en función de los estereotipos de género y de la edad. En el caso de Laura fue evidente que todas las mujeres de su familia materna, a lo largo de tres generaciones, han recibido

humillaciones, golpes y malos tratos por sus parejas o por figuras masculinas importantes.

"Lo agresivo viene desde muy atrás, también la mala comunicación viene desde la familia; no hay respeto entre nosotros, sólo agresividad, mis papás, mis abuelos y ahora nosotros..."

Asimismo, se identificaron creencias que atribuían características de indefensión, sumisión, abnegación y obediencia a las mujeres, mientras que a los hombres se les calificaba como inteligentes, fuertes y quienes toman las decisiones:

"Es una situación horrible, yo tengo muchas cosas y tengo que aguantarme, parece que por ser mujer no tengo derecho a enojarme ni a decir nada"
(Laura)

Otro factor de riesgo identificado fue la normalización y aceptación de la violencia como un medio para solucionar problemas:

"Nada más me pega y me grita, yo lo entiendo, es porque no sé hacer las cosas y él se enoja" (Jimena)

La exposición a la violencia intrafamiliar durante la infancia también fue un factor que se presentó de manera constante. De acuerdo con Saltijeral, et al. (1998) es frecuente que las personas inmersas en relaciones violentas tengan historias de maltrato en la infancia, y relacionado a este factor, también se puede incluir un quinto: la ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de la maternidad. En los tres casos presentados, las pacientes recuerdan que durante su infancia fueron testigos de violencia física y psicológica hacia la figura materna, pero sólo una de ellas menciona haber sido maltratada física y psicológicamente tanto por su madre como por su padre.

Asimismo, las pacientes refieren no haber recibido muestras de afecto por parte de sus madres y sentirse rechazadas por ellas. María comenta:

“Cuando mi papá llegaba de trabajar y había tomado, mi hermana y yo nos escondíamos en el closet, desde ahí escuchábamos cómo le pegaba a mi mamá”

Un sexto factor identificado fue el aislamiento social. En todos los casos este factor se presentó de manera persistente, es decir, a lo largo de la historia de vida de estas pacientes hubo un marcado aislamiento desde la infancia hasta la actualidad. Ninguna de ellas refirió tener amistades durante su vida escolar ni en la actualidad, todas preferían mantenerse aisladas, no contaban con amistades ni pertenecían a ningún grupo dentro de su comunidad; la mayor parte de su tiempo la pasaban en casa sin otro contacto más que el de sus familias:

“A veces así me siento, muy sola... Aunque tengo un esposo me siento sola, no me siento apoyada” (Laura)

Finalmente, otro de los factores de riesgo con eficacia causal primaria que contribuyó al desarrollo de la violencia intrafamiliar fue la falta de planificación familiar. Cabe señalar que en ninguno de los casos hubo un acuerdo o un plan sobre cuándo tener hijos y cuántos tener. Aunado a esto, el primer embarazo de las pacientes fue entre los 13 y los 17 años.

Factores de riesgo asociados.

Con respecto a los factores de riesgo asociados, el primero que se identificó fue la situación socioeconómica de las pacientes. Diversos autores (Sullivan & Everstine, 2000; Corsi, 2003) consideran que el pertenecer a una familia de bajos ingresos es un

factor estresante que contribuye a que se den episodios de violencia, no obstante, no es una situación que por sí misma determine la aparición de dicho fenómeno ni implica que la violencia intrafamiliar sólo se presente en este estrato socioeconómico, aunque sí se ha encontrado que es más frecuente en este nivel (Echeburúa, 1998). Aunado a ello, se ha observado que las familias de bajos ingresos son más vulnerables a las presiones sociales como el desempleo y la inseguridad económica, el hacinamiento y los embarazos no deseados; debido a estas presiones, a veces los miembros de la familia tienen enfrentamientos y recurren a la violencia (Sullivan & Everstine, 2000).

El segundo factor identificado en todos los casos es la ausencia de un soporte familiar y/o social, las pacientes reportan que a pesar de tener contacto con su familia no sienten un apoyo real por parte de ellas. María señala:

“No puedo hablar de lo que me pasa con mi familia, se van a preocupar o no me van a entender, cuando les he platicado algunas cosas en lugar de sentirme apoyada siento que me juzgan y que no me entienden”

Otros factores de riesgo.

Dentro de este estudio también se encontraron otros factores que se han reportado en la literatura (Sullivan & Everstine, 2000; Muñoz et al., 2006) y que contribuyen a la violencia intrafamiliar, pero que no entran dentro de la clasificación establecida por Corsi. En relación con estos factores se encontró que las pacientes se perciben sin recursos propios, tienen un autoconcepto negativo y hay una nuclearización de la familia:

“Aunque me iba más o menos bien, dejé de trabajar porque me empezó a dar miedo todo, sentía que todo lo que hacía estaba mal y que no era buena en mi trabajo, siento que no soy capaz de hacer nada bien” (Laura)

4. Describir las características de la dinámica de violencia intrafamiliar

Dentro de este rubro se presenta un análisis con respecto a la manera en la que se da la violencia intrafamiliar dentro de los casos reportados.

De manera general se encontró que la forma en la que se dan los episodios de violencia en la pareja sigue el ciclo descrito por Walker (1979). En la primera fase del ciclo se observó una escalada gradual de tensión en la relación de pareja, los conflictos y las discusiones fueron en aumento. La violencia psicológica se manifestó en forma de comentarios que expresaban críticas con respecto a la manera en la que cocinan las pacientes y la forma en la que cuidan de sus hijos, Jimena refiere:

“Él se enoja porque no le gusta la comida y me reclama que yo soy la que no sabe cocinar y de ahí sigue diciéndome que no sé hacer nada bien”

En la segunda fase del ciclo se dio un aumento en la frecuencia y en la intensidad de la violencia psicológica, la cual en este punto iba dirigida a hacer dudar a la paciente sobre sí misma y sobre sus decisiones. Además, en esta fase se hicieron presentes las diversas manifestaciones de violencia física como empujones, golpes, jalones de cabello y arrojar objetos.

“Es que ya no sé si estoy haciendo bien o no las cosas, depende de lo que me diga mi esposo me siento más segura y entonces hago las cosas, necesito que me apruebe” (Laura)

Por lo común, la última fase del ciclo se presentaba después de horas o días del episodio violento. En este momento la pareja mostraba señales de arrepentimiento por sus acciones. Dichas señales incluían pedir perdón de manera explícita, comprar regalos o prometer que iba a cambiar. No obstante, después de algunos días o

semanas de aparente calma iniciaba nuevamente el ciclo. Jimena lo ejemplificaba de la siguiente manera:

“Hace unos días nos volvimos a pelear, él me trajo unas flores y yo lo vi como una humillación, me pido perdón, pero yo no le dije nada. Esto es lo mismo siempre, cada vez que nos enojamos, él me da flores y quiere que lo perdone, me promete que va a cambiar y yo termino aceptando, aunque sé que él no va a cambiar”

Con respecto al maltrato infantil, también se encontró un ciclo muy similar al descrito en la relación de pareja. En este ciclo se puede identificar una fase de tensión en donde se acumula el estrés y se castiga a los hijos de diversas maneras, el castigo que se emplea con mayor frecuencia es privar al menor de algún objeto o de alguna situación, por ejemplo, se le retiran sus juguetes, el celular, la televisión o se le niegan permisos para salir:

“Me fastidió que no me hiciera caso. Yo ya sabía que quería ir a una fiesta con sus amigos y ya le había dado permiso, pero como no quiso hacer lo que le dije y me enoje pues pensé ahora para que se le quite no va y no lo dejé ir” (María)

La siguiente fase que se presenta es la de agresión, aquí es cuando se da tanto el maltrato físico como el maltrato emocional. María refirió:

“Cuando mi hijo no me obedece le pego con el cinturón, con un palo o una chancla, pero sólo le pego quedito, no lo hago con saña, es para que me obedezca. Cuando me hace enojar lo ignoro y no le hablo hasta que se me pasa el coraje”

La fase de luna de miel se caracterizó por la culpa y el arrepentimiento de la madre por haber lastimado a su hijo. En esta etapa el maltrato se detuvo y hubo intentos por reparar el daño. Jimena mencionó sentirse culpable después de agredir a su hijo:

“Cuando mi hijo hace mucho ruido o rompe algo, yo me enojo y empiezo a gritarle y a veces le pegó, después de hacerlo me siento culpable y por los nervios me muerdo las uñas”

5. Describir las consecuencias de la violencia intrafamiliar

A continuación, se describen las consecuencias de la violencia intrafamiliar y para hacer más sencilla su presentación se clasificarán en consecuencias físicas y consecuencias psicológicas.

Las consecuencias físicas encontradas tanto en las pacientes como en sus hijos incluyen: moretones, marcas en los brazos y/o en el cuerpo, y fracturas. Además, en el caso de las pacientes, se identificaron embarazos no planeados y problemas ginecológicos.

Por su parte, las consecuencias psicológicas identificadas engloban:

- Desconfianza hacia las demás personas: *poco a poco me fui aislando porque desconfiaba de los demás y temía que al saber lo que me pasaba lo fueran a usar para burlarse de mí, por eso prefiero estar sola* (Laura).
- Inseguridad o falta de confianza en sí misma: *es que no sé qué hacer, tengo miedo, no confío en las decisiones que he tomado* (María).
- Miedo: *me da miedo, no sé cómo vaya a llegar, si esté de buenas o no, eso me asusta mucho* (Jimena).
- Irritabilidad: *hay días en los que exploto con mi hijo por cosas que no debería, todo me molesta* (Jimena).
- Trastornos del sueño: *me cuesta trabajo dormir, a veces me despierto en la madrugada y ya no puedo volver a dormir, me levanto y empiezo a pensar en todo* (Laura).
- Ansiedad: *me angustio mucho, siento que me voy a morir, me da mucho miedo, la lengua se me traba, no puedo respirar* (Laura).

- Depresión: *a veces ni siquiera tengo ganas de levantarme de la cama, no tengo ganas de hacer nada; me siento muy sola y triste, a veces sólo quisiera desaparecer o ya no existir* (María).
- Sensación de inferioridad: *me siento una cosa chiquita, me siento mal, me da miedo y el valor no me ayuda, siento que mi trabajo no vale, que no soy nadie, que no lo puedo hacer, me siento impotente, no sé cómo no soy hombre...* (Laura).
- Autoconcepto negativo: *no encuentro nada bueno en mí, soy tímida, me aísto de las personas, no confío en nadie, no puedo ni expresarme, a veces quisiera hacer lo que yo siento, pero me pongo a pensar en el qué dirán y eso es lo que me detiene* (Laura).
- Sensación de aislamiento: *me siento sola con este problema, nadie me puede ayudar* (María).
- Trastornos de la conducta alimentaria: *sólo como porque sé que tengo que hacerlo, pero no me da hambre, a veces sólo como fruta y ya* (Jimena).
- Menor competencia social: *me da miedo hablar con gente que no conozco, pensar que me pueden ignorar o que no me entiendan me duele* (Laura).
- Déficit en resolución de problemas: *no sé qué puedo hacer, la única solución que veo es que él se vaya de la casa, no hay otra cosa que pueda hacer, siento que el mundo se me viene encima* (María).
- Sensación de incapacidad para proteger a sus hijos: *siento que ni siquiera puedo defender a mis hijos de su papá, cuando intenté hacerlo hasta mi hijo me dijo que no podía hacer nada* (María).

- Aceptación de las agresiones como un castigo merecido: *sé que lo hace porque intenta corregirme, yo soy la que no sabe cómo hacer las cosas y él sólo intenta enseñarme* (Jimena).
- Indefensión aprendida: *quisiera hacer algo, pero no puedo, no por los golpes porque él es más fuerte ni por la vía legal porque de nada sirve* (María).
- Culpabilidad: *me siento enojada, triste, confundida, con culpa por el comportamiento de mis hijos, siento que es culpa mía que sean así porque es lo que ven en la casa, peleas, discusiones, puros problemas* (Laura).

En cuanto a las consecuencias psicológicas identificadas en los hijos de las pacientes, se pueden mencionar:

- Miedo: *la actitud que tiene mi hijo ante mi esposo es de miedo y coraje, en ocasiones tiembla ante las contestaciones de su papá* (María).
- Sensación de indefensión: *cuando le dije que iba a meter una demanda en contra de su papá por la violencia lo único que me dijo fue que para qué lo hacía si ni siquiera yo que soy su madre lo puedo defender* (María).
- Peleas con pares: *suspendieron a mi hijo porque le pegó a uno de sus compañeros porque le quitó su goma, es lo que ve en la casa, por eso es así en la escuela* (Laura).
- Problemas en la escuela: *los dos más chicos [refiriéndose a sus hijos] tienen problemas en la escuela, sus compañeros los molestan, se burlan de ellos y la maestra no hace nada* (Laura).

- Dificultad para establecer relaciones: *a mi hijo le cuesta mucho trabajo hacer amigos, es muy tímido, en el recreo se la pasa él solo, hasta en eso se parece a mí* (Laura).
- Dificultad para concentrarse: *a veces pienso que está enfermo, es como si no escuchara, le digo las cosas y se le olvidan, no sé si no me pone atención o qué. Lo mismo pasa en la escuela, se le olvida comprar el material que le piden o compra otro que no es* (Laura).
- Problemas en el desarrollo: *me preocupa que ya tiene tres años y no sabe hablar, aún no es capaz de emitir ninguna palabra, la manera que utiliza para comunicarse es mediante ademanes o balbuceos* (Jimena).

6. Identificar los cambios implementados por las pacientes para disminuir la violencia en la pareja y en la relación con sus hijos(as).

Con la finalidad de distinguir las estrategias que implementaron las pacientes tanto con sus parejas, como con sus hijos, se presentarán los resultados en dos apartados, primero se describirán las estrategias implementadas con la pareja y posteriormente las empleadas con los hijos. En la siguiente tabla se describe el modelo desde el cual se realizó la intervención y los resultados obtenidos con respecto a la relación de pareja:

Tabla 12

Estrategias implementadas para terminar el círculo de violencia en la pareja

Paciente	Modelo de intervención	Resultados
Jimena	Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	<ul style="list-style-type: none">- Identifica el círculo de violencia en el que está inmersa: después de una pelea con su esposo, él se disculpa y promete que cambiará, luego le da un regalo y al poco tiempo reaparece la violencia. Ella menciona ya no querer seguir este patrón ni continuar con la relación.- Reconoce recursos personales: dice sentirse con más herramientas para enfrentar los problemas que se le presentan. Asimismo, identifica que no quiere tener relaciones sexuales ni ningún

María	Intervención en crisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	<p>otro tipo de contacto físico con Aldo y establece límites para no hacerlo sin sentirse culpable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica la violencia psicológica: Aldo la chantajea con quitarse la vida si lo deja y Jimena reconoce que no es responsable por las decisiones que él tome. - Identifica sus recursos económicos: refiere que venderá los tejidos que hace para solventar algunos gastos y no depender de su esposo, y en un futuro, buscará un empleo para independizarse. - Busca ayuda en sus redes de apoyo: considera como opción el mudarse con su mamá para evitar la violencia que hay en su casa. - Identifica las señales de violencia y cómo es que va en escalada: reconoce que el que su esposo le prohíba salir con sus amigas o practicar natación es una forma de control, ante estas situaciones es capaz de expresar las cosas con las que no está de acuerdo y poner los límites con Saúl.
-------	---	---

- Identifica los recursos personales con los que cuenta: menciona que se siente más segura con respecto a las decisiones que toma, y que ya no duda de sí misma por los comentarios que le hace su esposo.

- Identifica que los insultos y los golpes son parte de la violencia psicológica y física presentes en su relación de pareja, por lo que ha establecido acuerdos con Saúl para no hablar con groserías ni recurrir a los golpes.

- Identifica que no desea depender económicamente de Saúl por lo que ha comenzado a ahorrar dinero por si decide irse y dejar a su esposo.

- Identifica los recursos económicos con los que cuenta: antes le daba miedo no poder cubrir las necesidades de sus hijos, pero al estar separada de su esposo se dio cuenta de que su trabajo en la estética le permite cubrir los gastos del hogar.

Laura

Terapia individual sistémica

- Reconoce la violencia verbal y emocional que se da en la relación de pareja: pone

límites en la relación con Sergio y le pide que no le hable de esa forma.

- Identifica que ella es agresiva con su esposo: se da cuenta de que lo insulta frente a sus hijos cuando está enojada y opta por calmarse antes de hablar con él para evitar insultarlo.

- Identifica los recursos personales con los que cuenta: como una forma de autocuidado le pide a Sergio que usen condón al tener relaciones sexuales y, si él no lo hace, ella decide no tener relaciones.

- Identifica los recursos económicos que tiene: se da cuenta de que a través de las ventas que hace por catálogo ella ha podido cubrir la mayor parte de los gastos del hogar por lo que no necesita pedirle dinero a Sergio. Asimismo, identifica como característica positiva el ser una mujer trabajadora.

- Identifica que a pesar de los límites que ha intentado poner con Sergio, él continúa con la violencia verbal por lo que toma la

decisión de divorciarse y le pide a Sergio que se vaya de la casa.

Por otra parte, en la tabla 13 se muestran las estrategias implementadas por las pacientes en la relación con sus hijos.

Tabla 13

Estrategias implementadas para terminar el círculo de violencia con los hijos

Paciente	Modelo de intervención	Resultados
Jimena	Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	<ul style="list-style-type: none">- Identifica que suele reaccionar de forma violenta cuando está enojada o estresada, por lo que generó diversas estrategias para tranquilizarse antes de reaccionar de forma violenta con su hijo, por ejemplo, respirar profundamente y contar hasta 10 antes de responder.- Registro a su hijo para que pudiera recibir la atención médica que necesita.- Identifica que el juego es una forma afectiva en la que puede acercarse a su hijo, por lo que intenta jugar más con él.- Identifica que el rechazar o ignorar a su hijo es una forma de lastimarlo por lo que intenta demostrarle su cariño a través de

María	Intervención en crisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica	<p>abrazos. Asimismo, reconoce que los gritos son otra forma de violencia por lo que cambia la manera en la que se dirige a él.</p> <p>- Identifica que al igual que su esposo, es violenta con sus hijos y que esta violencia abarca golpes, gritos y amenazas, por lo que ahora evita relacionarse con ellos de esta forma.</p> <p>- Identifica que las situaciones en las que agrede a sus hijos son cuando no la obedecen, por lo que estableció límites y consecuencias claros con ellos, esto le permitió dejar de recurrir a la violencia como una forma de control.</p>
Laura	Terapia individual sistémica	<p>- Identifica que la manera en la que suele ser violenta con sus hijos va en dos direcciones, la primera de ellas se da cuando hace comentarios en los que cuestiona sus capacidades, y la segunda cuando los rechaza. Al reconocer esto, Laura comenzó a hacerles comentarios a sus hijos en donde resalta sus cualidades</p>

y también comenzó a decirles que los quiere.

- Identifica que en ocasiones tiende a ignorar a sus hijos, por lo que decidió hacer actividades junto con ellos, como ir al parque o jugar una hora al día.

- Identifica que a partir de la forma en la que se relaciona y se comporta, sus hijos aprenden estos mismos patrones por lo que cambió la manera en la que les pide que hagan algo, por ejemplo, antes les gritaba para que hicieran algún mandado y ahora les pide las cosas sin alzar la voz y diciendo por favor.

- Identifica que al estar enojada o triste tiende a ser agresiva con sus hijos, por lo que cambió la forma en la que expresa lo que siente y piensa; al iniciar la intervención se le dificultaba nombrar la emoción que experimentaba y expresar de manera clara y ordenada sus pensamientos, notaba que esto también ocurría con sus hijos por lo que ahora

intentaba decirles cómo se sentía para que
ellos aprendieran a hacerlo poco a poco.

7. Identificar las estrategias terapéuticas que promovieron el avance del proceso psicoterapéutico desde cada modelo de intervención.

Con el propósito de identificar cuáles fueron las estrategias que promovieron el avance del proceso psicoterapéutico desde cada modelo de intervención, a continuación, se describen las estrategias terapéuticas que se emplearon en cada caso y la forma en la que impactaron en el proceso.

En el caso de Jimena se trabajó desde el modelo de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. En la siguiente tabla se sintetizan las técnicas empleadas y el impacto que tuvieron en el proceso terapéutico.

Tabla 14

Técnicas empleadas desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica en el caso de Jimena

Técnica terapéutica	Forma en la que impactó en el proceso terapéutico
Escucha activa	El tener una escucha activa con Jimena le permitió expresar lo que sentía y pensaba, esto favoreció que identificara la forma en la que se sentía y que se permitiera expresar el malestar que estaba experimentando, así como que reconociera las situaciones con las que no estaba conforme y de esta forma pudiera hacer algo para cambiar su situación.
Mostrar una postura cálida e interés por los problemas de la paciente	El mostrar una postura cálida con Jimena, permitió que ella se sintiera segura en el espacio terapéutico para hablar de la violencia en casa y de la forma en la que se sentía con respecto a su relación de pareja y con su hijo sin sentirse

	<p>juzgada. Asimismo, el tener esta actitud permitió fortalecer la alianza terapéutica con Jimena.</p>
Suministrar información	<p>Se proporcionó información con respecto al ciclo de violencia en la que estaba inmersa, así como de las instituciones especializadas a las que podía acudir; esto permitió que Jimena identificara cómo es que este ciclo se repite de manera constante en su relación y que es algo que no desea que continúe. Asimismo, le permitió considerar la idea de ir a un albergue para ponerse a salvo de las agresiones de su pareja.</p>
Sugerir actitudes determinadas	<p>El sugerirle que buscara una forma para tranquilizarse antes de responder de manera agresiva con su hijo, le permitió desarrollar y poner en práctica estrategias que la hacían sentir más calmada y así evitar agredir a su hijo. Esto a su vez la hizo sentir capaz de poder cuidarlo y de relacionarse con él sin hacer uso de la violencia.</p>
Señalar relaciones entre datos	<p>El señalar la relación entre la manera en la que reacciona con su hijo y su estado de ánimo, le permitió modificar su relación con él. Asimismo, el darse cuenta de la manera en la que la violencia estaba afectando a su hijo, la motivó a buscar la forma de frenar la violencia para que su hijo se sintiera más seguro.</p>
Trabajar en un	<p>Se trabajó en un plan de vida donde Jimena estableció metas</p>

proyecto de vida	a corto, mediano y largo plazo en función de las cosas que quería lograr, esto le permitió poner en marcha acciones concretas para alcanzar sus objetivos y así darse cuenta de que contaba con las herramientas suficientes para salir adelante por sí misma.
------------------	--

En el caso de María los modelos que se utilizaron en la intervención fueron: intervención en crisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. A continuación, se describen las técnicas terapéuticas que se emplearon desde el modelo de intervención en crisis y el impacto que tuvieron en el proceso terapéutico.

Tabla 15

Técnicas empleadas desde la intervención en crisis en el caso María

Técnica terapéutica	Forma en la que impactó en el proceso terapéutico
Proporcionar apoyo y mostrar empatía	El mostrar empatía favoreció el establecimiento de la alianza terapéutica, lo que cual también permitió que María se mostrara más abierta a las devoluciones que se le hicieron durante el proceso terapéutico.
Permitirle hablar sobre el evento que suscitó la crisis	El permitirle hablar sobre la crisis, favoreció que pudiera visualizar un panorama más amplio con respecto a esta e identificara lo que necesitaba hacer en ese momento para retornar a un estado de equilibrio.
Validar emociones y hechos	Validar las emociones de María favoreció que se sintiera comprendida y que entendiera que las emociones que

estaba experimentando en ese momento eran normales, lo que permitió reducir la intensidad del malestar emocional y que dejara de sentirse culpable por la decisión que tomó de separarse.

Sintetizar y reflejar la percepción que tiene de la crisis

El sintetizar y reflejar lo que estaba experimentando, contribuyó a que tuviera una mayor claridad con respecto a su situación. Asimismo, esto permitió que María reorientara su atención y energía para hacer algo con respecto a la situación.

Por otra parte, desde el modelo de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica se pueden identificar los siguientes elementos:

Tabla 16

Técnicas empleadas desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica en el caso de María

Técnica terapéutica	Forma en la que impactó en el proceso terapéutico
Proporcionar información	Proporcionar información en torno a la violencia intrafamiliar ayudó a que María identificara las conductas violentas tanto de su esposo como de sí misma, esto le permitió modificar dichas conductas con sus hijos y diseñar una estrategia para frenar la violencia de su esposo.
Confrontaciones	Las intervenciones dirigidas a cuestionar el lugar en el que coloca a sus hijos con respecto a la relación con su esposo,

permitieron que María se diera cuenta de que en ocasiones los usaba para molestar a su esposo e incrementar la tensión entre ambos. De esta forma, María pudo identificar otras situaciones en las que deliberadamente buscaba crear un conflicto con su esposo.

Reformulaciones

El presentar un fragmento del discurso de María de otro modo con respecto a la manera en que se coloca en su vida, le permitió tomar un rol más activo en torno a las decisiones que toma y a las posibilidades que tiene. A su vez, esto le permitió percibirse con un mayor control sobre lo que le ocurre.

Elaboración de proyectos a futuro

El plantear la posibilidad de que María retomara algunas actividades que disfrutaba favoreció que se diera cuenta de que hay cosas que puede llevar a cabo para sentirse mejor, así como para retomar el control de su vida y dirigirla hacia lo que desea lograr. De igual forma, esto permitió que María comenzara a hacer planes a futuro tomando en cuenta sus necesidades y que se percibiera con la capacidad de salir adelante por sí misma.

Señalizaciones

Las señalizaciones dirigidas a resaltar los recursos y las fortalezas de María, favorecieron que ampliara el panorama que tenía sobre su situación y de esta forma viera las posibilidades que tenía a su alcance. Asimismo, esto le

permitió empezar a generar más soluciones frente a los obstáculos que se le presentaban.

En el caso de Laura se optó por trabajar desde la terapia individual sistémica. En la siguiente tabla se resumen las técnicas que se utilizaron desde este modelo, así como el impacto que tuvieron en el proceso terapéutico.

Tabla 17

Técnicas empleadas desde terapia individual sistémica en el caso de Laura

Técnica terapéutica	Forma en la que impactó en el proceso terapéutico
Mostrar empatía	Mostrar empatía permitió generar un ambiente en donde Laura se sintiera con la confianza suficiente para hablar de lo que le ocurre sin sentirse juzgada. Asimismo, esto favoreció el fortalecimiento de la alianza terapéutica, lo que disminuyó la probabilidad de que abandonara el proceso.
Genograma	El realizar el genograma junto con Laura, le permitió identificar los patrones de violencia que se han transmitido de generación en generación, así como reconocer los roles de género tradicionales que se han mantenido en su familia y cómo es que en función de ellos se han dado las reglas de interacción familiar. El identificar esto le permitió definir los cambios que quería lograr y buscar la forma para conseguirlos.
Fijación de límites	Fijar límites claros entre los subsistemas permitió que Laura

tuviera claras cuáles eran sus funciones como madre y que a partir de esto modificara las conductas que no le permitían desempeñar dichas funciones. El modificar estos límites permitió que Laura se percibiera más segura con respecto a sus capacidades y que reconociera otros aspectos positivos sobre sí misma que antes no veía.

Insistencia en los lados fuertes de la familia Identificar la presencia de mujeres con recursos dentro de la familia de Laura, le permitió reconocer sus propios recursos, así como los recursos con los que cuentan sus hijos. De igual forma, identificar los aspectos positivos que se han transmitido de generación en generación le permitió reconocer que es posible relacionarse sin violencia y que hay ocasiones en la que lo ha logrado hacer tanto con su esposo como con sus hijos.

Búsqueda de excepciones Buscar momentos en los que Laura se ha relacionado sin violencia, así como situaciones en las que ha sido capaz de hacer diversas cosas por sí misma, como trabajar, cubrir algunos de los gastos del hogar y cuidar de sus hijos, favoreció el que pudiera construir una visión más positiva completa de sí misma.

Discusión

A partir del análisis del fenómeno de la violencia intrafamiliar y de los tres procesos de psicoterapia expuestos en este reporte, se llegó a diversas reflexiones y conclusiones:

En primer lugar, cabe señalar que la familia destaca como vía principal de transmisión del maltrato, ya sea porque es la forma de interacción que se transmite o bien porque es el tipo de conductas de afrontamiento que se aprenden para manejar situaciones de conflicto familiar (Labrador & Alonso, 2007). En los tres casos aquí presentados había antecedentes de violencia física y psicológica en la familia de origen de las pacientes por lo que se puede suponer que las pacientes aprendieron, desde su infancia, que la violencia no sólo era lo normativo, sino que además las conductas violentas eran efectivas en la resolución de conflictos por lo que ahora también reproducían estos patrones con sus hijos(as) y esposos.

Aunado a este hecho, se identificó una dificultad en ellas para acercarse afectivamente a sus hijos(as). Probablemente esto se debía a la ausencia de un modelo de maternidad positivo ya que las pacientes refirieron que a lo largo de su historia de vida tuvieron un acercamiento poco afectivo con sus madres y con algunas figuras significativas, por lo que carecían de las habilidades para relacionarse con sus hijos(as) de otra manera que no fuera por medio de la violencia. El estar en un proceso psicológico les permitió identificar los momentos en los que eran violentas con sus hijos(as) y, de este modo explorar otras formas en las que podían relacionarse con ellos en dichos momentos.

Respecto a la tipología de violencia, en los tres casos se identificó la presencia de violencia psicológica y física con mayor frecuencia, y en menores proporciones se presentaron la violencia sexual y económica. Es importante señalar que la forma en la que se manifestó la tipología de la violencia varió en función de la relación en la que se presentó, por ejemplo, en la relación de pareja la violencia psicológica se presentó con mayor frecuencia y abarcó conductas como la intimidación, las amenazas, los insultos, los gritos, el control y la devaluación. En segundo lugar, se presentó la violencia física, la cual se manifestó mediante golpes con diversas partes del cuerpo o con objetos, cachetadas, empujones y patadas. La violencia sexual se manifestó al forzar a la mujer a tener relaciones sexuales y, por último, la violencia económica se presentó al restringir el dinero para los gastos del hogar. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Jaen et al. (2015), en donde identificaron que la violencia física y psicológica son las que se presentan con mayor frecuencia en la relación de pareja, seguidas de la violencia económica y la violencia sexual.

Por otra parte, en la relación padre/madre-hijos(as) se identificó que, en todos los casos, ambos padres, eran quienes ejercían violencia psicológica y física hacia los hijos(as), mientras que sólo el padre ejercía violencia económica; no se identificó la presencia de violencia sexual. Con respecto a estos resultados se observó que cuando la violencia psicológica era ejercida por los padres, esta abarcaba insultos y frases despectivas, mientras que cuando eran las madres quienes ejercían violencia, las manifestaciones iban desde insultos y chantaje hasta mostrar indiferencia ante las demandas afectivas de los hijos(as). En todos los casos, la violencia física abarcó

golpes con diversos objetos y/o con el cuerpo y empujones. Finalmente, la violencia económica consistió en negar el dinero para comprar útiles escolares y ropa.

Un aspecto importante de mencionar es que también se identificaron conductas violentas por parte de la familia extensa hacia las pacientes y hacia sus hijos(as), lo que denota nuevamente el papel que juega la familia en la transmisión de conductas violentas. Trujano et al. (2004) señalan que el haber vivido violencia durante la infancia es un factor de riesgo para reproducir comportamientos violentos en la adultez. Castro (2003) añade que muchos de estos niños, cuando crecen pueden reproducir el maltrato en su papel de padre o madre, perpetuándolo generacionalmente.

Relacionado a esto, también se ha reportado en la literatura que la familia juega un papel relevante en la transmisión de creencias culturales que mantienen la desigualdad entre hombres, mujeres y niños, así como estereotipos de género que contribuyen a perpetuar y a normalizar la violencia en la familia (Cárdenas, 2013). En los casos que se analizaron se identificaron creencias fuertemente arraigadas en torno a roles de género tradicionales. Por ejemplo, la idea de que la función de la mujer era casarse y tener una familia llevó a las pacientes a considerar que su valor estaba en función del cumplimiento de estos preceptos y que la responsabilidad de que esto “funcionara” recaía en ellas, lo que de alguna manera cumplía con tres funciones: 1) obligaba a las pacientes a continuar con sus parejas a pesar de la violencia ya que de lo contrario serían juzgadas por su contexto inmediato; 2) se sentían responsables del fracaso de su matrimonio, así como de las conductas de sus hijos(as); y 3) les impedía la posibilidad de verse como mujeres independientes con recursos propios ya que de acuerdo con lo que expresaban, si no estaban con un hombre no valían nada y por lo

tanto no podían hacerle frente a las demandas del medio por sí solas ni cuidar de sus hijos(as).

De igual forma, se identificó que las características que se le atribuían a la figura femenina estaban ligadas a conceptos como la indefensión, la sumisión y la obediencia, creencias que reforzaban la sensación en las pacientes de que no podían hacer nada para protegerse a ellas o a sus hijos(as) ante la violencia que vivían en casa. El poder analizar estas creencias durante el proceso y darles un nuevo significado les permitió ver los recursos con los que contaban y las cosas que sí eran capaces de hacer, esto contribuyó a fortalecer la autoestima de las pacientes y a que dieran los primeros pasos para frenar la violencia.

Cuando las pacientes empezaron a cuestionar estas creencias y a darse cuenta de cómo estos valores se habían transmitido de generación en generación y aún continuaban presentes en sus familias de origen, también pudieron identificar una sensación de aislamiento relacionada con compartir con ellos lo que les estaba ocurriendo por temor a ser juzgadas y a no sentirse apoyadas. Por lo que durante el proceso fue importante confrontar a las pacientes con esta realidad y construir junto con ellas otra manera en la que pudieran relacionarse con sus familias y de esta forma identificar quiénes podían constituir una red de apoyo.

Por otro lado, en torno al ciclo que se presenta en las relaciones violentas, se identificaron las fases descritas por Walker (1979). En la relación de pareja se observó que el ciclo iniciaba con agresiones psicológicas dirigidas a devaluar la autoestima de las pacientes y a culparlas por las deficiencias de sus hijos(as) en diversos ámbitos. Seguida a esta fase, la violencia psicológica y física llegaba a su máxima expresión

teniendo como resultado lesiones físicas en las pacientes que iban desde leves hasta moderadas. En la última fase del ciclo las parejas de las pacientes les pedían disculpas, les daban regalos y les prometían que cambiarían. No obstante, después de algunos días o semanas el ciclo comenzaba nuevamente. Cabe señalar que el ciclo que se observó no era constante, es decir, que en el lapso de la relación se identificó una escalada o un incremento de la pauta usual de violencia que llevó a la ruptura del ciclo. En los tres casos descritos, el evento que desencadenó que las pacientes buscaran ayuda psicológica para terminar con el ciclo de violencia fue cuando la gravedad del maltrato y la extensión de este a sus hijos(as) se volvió intolerable. Las pacientes consideraban que separarse de sus parejas era una vía para acabar con el maltrato (Labrador & Alonso, 2007). Sin embargo, el obstáculo que consideraban que les impedía tomar esta decisión estaba relacionado al temor de no ser capaces de cubrir las necesidades económicas de sus hijos y de ellas, por lo que durante la intervención también fue necesario trabajar este aspecto.

En cuanto al ciclo de violencia que se da en la interacción madres-hijos, se encontró que este seguía una pauta similar al ciclo de violencia en la pareja. Primero se daba una fase en donde se acumulaba la tensión y las madres castigaban de diversas maneras a sus hijos(as) como resultado de este estrés, posteriormente ellas explotaban y aparecía el maltrato físico y psicológico; finalmente, en la fase de “luna de miel” había una sensación de culpa y arrepentimiento por haber maltratado a los hijos(as). Cabe destacar que en los casos analizados se observó un incremento en el maltrato infantil cuando había situaciones de crisis en la familia como, por ejemplo, la falta de dinero. Asimismo, se observó que la culpa, característica de la última fase, sólo

se manifestó en las madres, quienes buscaban reparar el daño ocasionado al detener el maltrato brevemente, sin embargo, esto no ocurría con los padres. Barcelata y Álvarez (2005) realizaron un estudio con trece madres y ocho padres en donde encontraron resultados similares, ellas reportan la presencia de secuencias rígidas y repetitivas en el maltrato infantil, mencionan que estas secuencias presentan una tendencia cíclica y están conformadas por fases definidas, añaden que estos patrones se incrementan en situaciones de crisis.

Al considerar las modalidades que toma la violencia intrafamiliar y el ciclo que sigue, se vuelve necesario hablar sobre las consecuencias que este fenómeno ocasiona en quienes lo viven. Autores como Saltijeral et al. (1998), Sepúlveda (2000), Sullivan y Everstine (2000), Corsi (2003), Matud et al. (2004), Patró y Limiñana (2005), Muñoz et al. (2006) y Cárdenas (2013) han catalogado las consecuencias que se presentan en: físicas y psicológicas. Dentro de las principales consecuencias que se identificaron en este estudio tanto en las pacientes como en sus hijos(as) resaltan: las lesiones físicas, la desconfianza hacia las demás personas y hacia sí mismas(os), una sensación constante de miedo, signos de ansiedad y depresión, sensación de inferioridad, autoconcepto negativo, sensación de aislamiento, trastornos de la conducta alimentaria y del sueño, déficit en la resolución de problemas, sensación de indefensión, dificultad para concentrarse, dificultad para establecer relaciones interpersonales y la sensación de que, sin importar lo que hicieran, no podían salir de esta situación. Trujano et al. (2004) remarcan el impacto que tiene la violencia intrafamiliar en el autoconcepto, la autoestima y la competencia social de los individuos, subrayando que a largo plazo pueden presentar dificultades para relacionarse social y

afectivamente de forma satisfactoria. En el caso de las pacientes y de sus hijos(as) se observaron serias dificultades para establecer una relación afectiva entre ambos ya que aunque las pacientes deseaban acercarse a ellos y expresarles su afecto sin hacer uso de la violencia, no lo lograban.

Dadas las consecuencias manifestadas anteriormente, un aspecto relevante durante la intervención consistió en desarrollar estrategias para frenar el círculo de violencia en la relación de pareja y en la relación con los hijos(as), esto se hizo a partir de tres marcos de intervención diferentes: psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, intervención en crisis y el modelo sistémico.

En el caso de Jimena se trabajó desde el modelo de psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Bajo este modelo, principalmente, se emplearon señalamientos que relacionaban la conducta de su hijo con la violencia presente en casa, esto se realizó partiendo de la premisa de que la conducta de Luis era un reflejo de las consecuencias de ser testigo y víctima de la violencia, por ejemplo, él manifestaba miedo hacia su papá, dificultades para relacionarse y problemas en el desarrollo. El señalar la relación entre estos dos eventos contribuyó a que Jimena tomara conciencia de que Luis estaba creciendo en un ambiente en donde no se sentía protegido y en donde además estaba aprendiendo a relacionarse a través de la violencia. Aunado a ello, el considerar que de cierta forma se repetía la historia de violencia que ella vivió cuando era niña, la motivó a cambiar su comportamiento y a buscar otras formas para acercarse a su hijo a partir de los recursos con los que contaba.

Por otra parte, se hicieron señalamientos con respecto a la forma en la que se daba la violencia en su relación de pareja y cómo es que esta interacción iba en escalada y era cíclica, este tipo de intervenciones ayudaron a que Jimena tomara conciencia de que, a pesar de las promesas de Aldo por cambiar, esta situación continuaría hasta que ella hiciera algo diferente. Asimismo, esto le permitió expresar la manera en la que se sentía en torno a esta situación y le facilitó el reconocer que ya no quería seguir en ella.

Otras de las intervenciones que se emplearon consistieron en sugerir actitudes determinadas en función de la interacción con su hijo, es decir, se le pidió a Jimena que cuando identificara que estaba enojada con Luis o que iba a perder el control intentara tranquilizarse antes de acercarse a él, esto favoreció que Jimena pusiera en práctica sus recursos e identificara las herramientas que estaban funcionando para modificar la manera en la que se relacionaba con Luis. De igual modo, el que Jimena tuviera resultados positivos al interactuar con Luis, le permitió empezar a percibir aspectos positivos en torno a sí misma. Aunado a estos cambios, Jimena registró a su hijo para poder cubrir sus necesidades de salud.

Por último, considero que el establecer un proyecto a futuro con la paciente le permitió colocarse en un lugar distinto con respecto al que tenía al iniciar el proceso, este nuevo lugar le permitía verse con más posibilidades y recursos tanto internos como externos. Asimismo, el plantearse un proyecto a futuro favoreció que pusiera en práctica las herramientas con las que ya contaba y que mantuviera las que desarrolló durante la intervención.

Con relación al caso de María, se trabajó desde dos perspectivas distintas. En la fase inicial del proceso terapéutico se empleó el modelo de intervención en crisis a partir del cual se exploró la situación que estaba desencadenando la crisis y cuál era el impacto que esta situación tenía en la vida de María. Posteriormente se validaron las emociones que estaba experimentando en torno a la separación de su esposo y a los conflictos que tenía con él; las emociones que estaban más presentes en este momento eran el enojo, la tristeza y el miedo. De manera paralela, se examinó el problema y se realizaron reflejos en función de las principales preocupaciones de María, las cuales giraban en torno a lo que pasaría con su situación económica y a la reacción que tendrían sus hijos al saber que inició el proceso de divorcio. Estas intervenciones se realizaron con el objetivo de que María tuviera una visión más clara con respecto a lo que implicaba separarse de su esposo y a los posibles cambios que ocurrirían en la dinámica familiar, para que al tener clara cuál era la problemática pudiera buscar posibles soluciones. Considero que el haber intervenido de esta manera favoreció el que María pudiera ver esta crisis como una oportunidad para cambiar algunos aspectos de la dinámica familiar y de la manera en la que se colocaba en su actuar día a día. Además, estas intervenciones contribuyeron a que disminuyera su angustia y así empezara a percibir sus recursos y tomara cierto control de la situación. Esto permitió la disposición para trabajar en la siguiente fase del proceso, la cual se trabajó desde el marco de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

En este segundo momento de la psicoterapia se emplearon intervenciones dirigidas a que María tomara la responsabilidad por sus decisiones y por las consecuencias de estas con la intención de que asumiera un papel activo en su vida.

Asimismo, se reflejaron las fortalezas de la paciente y lo que estaba haciendo para salir de la dinámica de violencia. Estas intervenciones favorecieron que, al finalizar el proceso, María percibiera que tenía un mayor control con respecto a lo que ocurría en su vida, en especial a la relación con su pareja y con sus hijos. Aunado a ello, el haber identificado qué conductas eran violentas, así como el haber diseñado un plan en caso de que su esposo volviera a agredirla ayudó a que reforzara las alternativas que tenía.

Finalmente, el caso de Laura se abordó desde el modelo sistémico. En un primer momento el trabajo terapéutico se enfocó en el establecimiento de límites claros entre los subsistemas, con la finalidad de que Laura se colocara en su papel de madre y no de hija con respecto a su hijo mayor. Establecer estos límites contribuyó a que Laura tomara conciencia de cómo actúa, para qué le sirve comportarse de ese modo y cómo es que su entorno familiar refuerza el rol que ha tomado. Un segundo momento en la intervención fue el trabajo realizado a partir del genograma y de las narrativas que la paciente se había contado con respecto a los roles de género y a la maternidad, esto le permitió identificar de manera puntual los patrones violentos que se repetían en la interacción con sus hijos, así como empezar a construir nuevas narrativas en torno a su papel como mujer y como madre. El trabajo desde este modelo le permitió a Laura conectar las dificultades actuales con los contextos relacionales que originaron o que mantienen dichas dificultades.

Conclusiones

Al contrastar los tres casos aquí presentados con lo que dice la literatura sobre la violencia intrafamiliar se pueden distinguir los elementos característicos de este fenómeno.

En primer lugar, cabe señalar que la violencia intrafamiliar es un fenómeno sumamente complejo ya que no sólo implica considerar la dinámica familiar y las características de cada individuo, sino que también pone en juego los valores y las creencias que prevalecen en el contexto sociocultural inmediato. Hoy en día, en nuestro país, prevalece una cultura patriarcal (Cárdenas, 2013) que lleva a crear una desigualdad en torno al género y a la edad, lo que coloca al hombre en una posición de poder con respecto a la mujer y a los hijos, y a su vez le permite ejercer diversas formas de control socialmente aceptadas.

Este aspecto resulta relevante ya que diversos autores han enlistado los factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar y el primero que destaca son las pautas culturales que mantienen la desigualdad entre hombres y mujeres, así como la exposición a la violencia intrafamiliar durante la infancia (Corsi, 2003), es por lo que la familia juega un papel fundamental en la transmisión y en el mantenimiento de estas pautas y debe de ser considerado en la planificación del tratamiento.

Además de estos factores de riesgo, al momento de la intervención, también se deben de tomar en consideración los siguientes: 1) la normalización y aceptación que la violencia tiene en el contexto de la paciente como un medio para solucionar problemas; 2) la ausencia de modelos positivos para el aprendizaje de una maternidad libre de violencia; 3) la ausencia o la presencia de un soporte familiar y/o social; 4) la

nuclearización de la familia; 5) la percepción de la paciente con respecto a sí misma y a sus recursos personales; 6) el aislamiento social; 7) la falta de planificación familiar; y 8) el pertenecer a una familia de bajos ingresos.

Otro aspecto que es necesario considerar al trabajar con mujeres inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar tiene que ver con el marco legal y con la falta de capacitación del personal policial, judicial y de salud para identificar y atender adecuadamente estos casos. Al estar trabajando con estas pacientes pude identificar algunas de las deficiencias en la atención que brindan las instancias legales. La primera de ellas tiene que ver con la revictimización de las pacientes al momento de levantar una denuncia por violencia doméstica. Esta revictimización ocurre cuando se culpa a la persona de la violencia que vive y se cuestiona su decisión de denunciar dichos actos, poniendo en duda su capacidad para tomar decisiones y haciéndola sentir que no hay un apoyo legal. La segunda deficiencia tiene que ver con la falta de sensibilidad con respecto al fenómeno y en particular con el hecho de pedirles que se vayan a un albergue sin tomar en cuenta los factores vinculados a esta decisión. Una de las principales dificultades para decidir salir del hogar y de la relación violenta tiene que ver con que muchas de estas mujeres no son capaces de percibir los recursos internos y externos con los que cuentan o bien, los recursos que tienen a su alcance no son suficientes para terminar con la relación. Cuando estas mujeres no son capaces de identificar los recursos que poseen surgen dudas en cuanto a la capacidad que tienen para salir adelante por sí solas y para satisfacer las necesidades de sus hijos. Aunado a esto, por lo general, hay una larga historia de violencia en la que han vivido y a partir de la cual han desarrollado un sentimiento de indefensión que las lleva a sentir que sin

importar lo que hagan nada va a cambiar por lo que es común que el número de intentos que les toma irse y terminar de manera definitiva con la relación suele ser más de uno (Sullivan & Everstine, 2000).

Finalmente, considero que la importancia de intervenir en este fenómeno radica en los efectos a largo plazo asociados a la exposición de los niños a situaciones de violencia intrafamiliar. La violencia en la infancia ha sido identificada como uno de los elementos predictores más relevantes para vivir otras experiencias de violencia en la vida adulta (González et al., 2013) ya que este tipo de situaciones constituyen un modelo de aprendizaje en donde las conductas violentas dentro del hogar son toleradas y aceptadas, por lo que es importante puntualizar la necesidad de desarrollar modelos integrales de prevención considerando también una perspectiva ecológica (Barcelata & Álvarez, 2005). De esta forma, la intervención realizada con las pacientes se puede considerar una forma de prevenir las conductas violentas en los hijos(as) que han sido testigos y víctimas de este fenómeno ya que rompe con la transmisión de estos patrones de generación en generación, al enseñar nuevas formas de relacionarse.

Limitaciones y sugerencias

Considero que una de las primeras limitaciones que encontré al elaborar este trabajo tiene que ver con que la intervención terapéutica realizada con cada una de las pacientes se llevó a cabo en momentos diferentes de mi formación como terapeuta. Vale la pena mencionar esto ya que al comenzar el proceso terapéutico con Jimena (la primera paciente con la que trabajé), no contaba con todas las habilidades clínicas que fui desarrollando durante la especialización. Probablemente este aspecto pudo haber influido en la manera en la que se llevaron a cabo las intervenciones. No obstante, también considero que tanto la supervisión individual como la co-terapia son herramientas fundamentales que contribuyen a guiar y orientar objetiva y adecuadamente las intervenciones.

Aunado a lo anterior, considero como una segunda limitación que, aunque había revisado los conceptos teóricos y las premisas básicas de los modelos con los que trabajé, fue la primera vez que los llevé a la práctica, por lo que es necesario tomar en cuenta las limitaciones que surgen al ser un terapeuta en formación.

Una tercera limitación con la que me encontré está relacionada con la invisibilización de la violencia intrafamiliar, es decir, que hay una serie de construcciones culturales que han llevado a omitir o ignorar la presencia de este fenómeno. Esto se vincula a que, históricamente, la familia ha sido vista como un espacio privado en donde se provee de seguridad y afecto, y no uno en donde hay violencia. Teniendo esta percepción sobre lo que debe de ser la familia, las pacientes quedaban atrapadas en medio de este “consenso social” que frustraba sus intentos por introducir nuevas pautas de interacción en la relación no sólo con sus hijos, sino que

también con otros miembros de la familia, ya que al ser la violencia algo que aparentemente es tolerado y aceptado, se vuelve difícil extender y mantener los cambios en el contexto inmediato de las pacientes. Este último aspecto las llevaba a pensar que sin importar los cambios que intentaran hacer con sus hijos, la conducta violenta se mantendría en la relación con la familia extensa por lo que, de acuerdo con ellas, no tendría ningún sentido continuar con los esfuerzos que hacían por cambiar.

Por otro lado, en cuanto a las sugerencias que se desprenden de este estudio, considero que para intervenir en estos casos es indispensable realizar un trabajo integral, es decir, aunado a la intervención psicológica hay que tomar en cuenta que en muchas ocasiones es necesario canalizar a las pacientes a una institución en donde se les pueda brindar apoyo legal y en algunos casos, albergue. No obstante, antes de realizar esta canalización se debe de proporcionar, por lo menos, atención a nivel psicoeducativo y de sensibilización dirigida a crear conciencia de la magnitud del problema y de la posibilidad que tienen de hacer algo diferente. En este sentido, también es importante establecer una buena alianza terapéutica al iniciar el tratamiento para que al momento de ser canalizadas a una nueva institución comprendan la importancia de continuar con el proceso y no queden desprovistas del trabajo terapéutico y legal del que se pueden beneficiar.

Finalmente, al realizar este trabajo me percate de la poca información que existe con respecto a la violencia intrafamiliar en cuanto a su definición, las modalidades que adopta, la población que es más vulnerable, los modelos explicativos que existen, los factores de riesgo asociados y los programas de intervención de corte cognitivo-conductual que se han desarrollado. Sin embargo, poca información existe en

torno a la eficacia de programas de atención desde otras corrientes psicológicas, por lo que considero que en futuros trabajos una línea viable de investigación consiste en evaluar la efectividad de diversos modelos y comparar los resultados obtenidos con cada uno de ellos.

Referencias

- Alarcón, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 113-126. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420009
- Alvarado, A. (2013). *Terapia familiar sistémica como alternativa de intervención psicoterapéutica ante el maltrato familiar*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.
- Álvarez, J. (2013). *Intervención en crisis después de un desastre*. División de Educación Continua, Facultad de Psicología, UNAM.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. México: Gedisa.
- Andolfi, M. (1992). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. México: Paidós.
- Aumann, V. (2006). Las mujeres y la violencia doméstica: Un círculo cerrado. *Encrucijadas*. 36. Recuperado de <http://repositorioubasibsi.uba.ar>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Barbosa, A. (2014). Terapia sistémica y violencia familiar: una experiencia de investigación e intervención. *Quaderns de Psicologia*, 16(2), 43-55. Recuperado de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v16-n2-barbosa>
- Barcelata, B., & Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta colombiana de psicología*, 13, 35-45. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100003
- Barten, H. (1971). *Brief Psychotherapy*. New York: Behavioral Publications. [SEP]

- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. México: Paidós Terapia Familiar.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellak, L., & Small, L. (1970). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax México.
- Bennet, H., Cohen, R., & Ellard, J.H. (1991). Coping with an abusive relationship: How and why do women stay? *Journal of marriage and the family*, 53(2), 311-325.
- Berger, T. (2008). Aportes de la perspectiva sistémica y la terapia familiar al trabajo en educación especial. Experiencia con alumnos de la maestría en educación especial de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(1), 75-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80210106.pdf>
- Beyebach, M. (1999.). Introducción a la terapia centrada en soluciones. En Navarro, ed. *Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú.
- Bleichmar, S., Musicante, R., Schenquerman, C., & Tradatti, A. (2005). *Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?* [versión electrónica]. Recuperado de https://books.google.es/books?id=H_CVldT3blgC&pg=PA33&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Systemic therapy with individuals*. Londres: Karnac Books.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Braier, E. (1999). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Canevaro, A. (2010). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cárdenas, G. (2013). *Intervenciones eficaces en violencia familiar y escolar*. México: Facultad de Psicología.
- Castañón, E. (2010). *Intervención en crisis de segundo orden con terapia racional emotiva para hombres que ejercen violencia contra su pareja*. (Trabajo final de diplomado). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México.
- Castro, R. (2003). Maltrato infantil. En Silva, R. (comp.) *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*. México: Pax.
- Cicourel, A. (1982). *El método y la media en Sociología*. Madrid: Editorial Nacional.
- Cohen, F., & Lazarus, R. (1982). *Coping with stress of Illnes*. Londres: Stone.
- Contreras, N. (2001). *Violencia sexual: prevención y tratamiento*. (Tesis de maestría). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. México: Paidós.
- Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. México: Paidós.
- Corsi, J. (sf). *La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo*. Fundación mujeres. Recuperado de http://www.berdingune.euskadi.net/u89_congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf

- Cuevas, C. (2008). *Terapia sistémica: aspectos teóricos y técnicos de los modelos MRI, estratégico, soluciones y Milán*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de México.
- Darwin, C. (1859). *El origen de las especies*. México: Editorial Planeta.
- D'ascenzo, I. (2014). Terapia individual sistémica con jóvenes adultos en etapa de desvinculación. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 30, 39-56. Recuperado de <http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/141/80>
- Davanloo, H. (1980). *Basis principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York Spectrum.
- Davins, M., Pérez-Testor, C., Salamero, M., & Aramburu, I. (2010). Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una experiencia. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 279-300. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/278004454_Eficacia_de_la_psicoterapia_individual_en_mujeres_maltratadas_por_su_pareja_valoracion_de_una_experiencia
- Davins, M., Pérez-Testor, C., Aramburu, I., & Aznar B. (2012). Maltrato en la pareja: una modalidad de relación dañina. *Temas de psicoanálisis*, 4, 1-21. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/2012/06/18/maltrato-en-la-parejauna-modalidad-de-relacion-danina/>
- De Catnatrazzo, D. (2001). *Motivación y emoción*. México: Pearson Educación.
- Domínguez, J., García, P., & Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de*

- psicología*, 24(1), 115-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16724114.pdf>
- Estrada, L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. México: Debolsillo.
- Everstine, D., & Everstine, L. (1989). *Sexual trauma in children and adolescent*. NY USA: Brunner Mazel.
- Feixas, G. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, S., & Hernández, M. (2012). *Mujeres divorciadas: Proceso de violencia de género durante su matrimonio*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.
- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1920). *Volumen XVIII. Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuster, E., García, F., & Musitu, G. (1988). Maltrato infantil: Un modelo de intervención desde la perspectiva sistémica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 73-82. Recuperado de https://www.uv.es/garpe/C_A/C_A_0003.pdf
- García, I. (2003). Discusión acerca de los determinantes de la agresividad y la violencia. En Corsi, J. (comp.), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. México: Paidós.
- Garrido, M., & García, P. (2004). *Aportaciones de los modelos sistémicos para la comprensión de la violencia familiar*. Recuperado de https://www.academia.edu/13427336/Aportaciones_de_los_Modelos_Sistémicos_para_la_comprensión_de_la_Violencia_Familiar

- Garrido, M., Martínez, A., Rubio, J., Rodríguez, A., García, P., & Perdiguero, D. (2000). *Memoria del I Seminario Internacional sobre Terapia Familiar y de Parejas en Casos de Violencia*. Sevilla. Recuperado de <http://www.terapiafamiliar.org/sites/default/files/descargas/seminario-internacional-1999-156/memoria-seminario-de-violencia-carmona-1999.pdf>
- González, E., Ponce, E., Landgrave, S., Baillet, L., Munguía, S., & Jáuregui, O. (2013). Frecuencia, factores de riesgo y tipos de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de medicina familiar en la ciudad de México. *Violencia intrafamiliar* 20(3), 86-90. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300980>
- González, G., Azaola, E., Duarte, P., & Lemus, J. (1993). *El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México*. México: UAM-UNICEF-COVAC.
- Goodyear, F., Arroll, B., & Coupe, N. (2009). Asking for help is helpful: Validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Annals of Family Medicine*, 7, 239-244.
- Graham, D., & Rawlings, E. (1991). Bonding with abusive dating partners: Dynamics of the Stockholm syndrome. En Levy, B. (ed.), *Dating violence: Young women in danger*. Seattle, WA: Seal Press.
- Haley, J. (1986). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. México: Paidós.
- Henggeler, S., Rodick, J., Borduin, C., Hanson, C., Watson, S., & Urey, J., (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: effects on adolescent behavior and

- family interaction. *Developmental Psychology*, 22, 132-141. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/record/1986-12458-001>
- Hilberman, E., & Munson, K. (1977). Siwty battered women. *Victimology International Journal*, 2, 460-470.
- Hirigoyen, M. (2005). *Mujeres maltratadas, los mecanismos de la violencia en la pareja*. México: Paídos.
- Hoch, P., (1965). Short-Term versus Long-Term Therapy. En Wolberg, L. (Comp.), *Short-Term Psychotherapy*, (pp. 51-66). Nueva York: Grune and Stratton.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hotaling, G., Straus, M., & Lincoln, A. (1990). Intrafamily violence and crime and violence outside de familiy. En Straus, M., & Gelles, R. (Eds.), *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in families*. (431-470). New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Hughes, H. (1988). Psychological and behavioral correlates of family violence in child witness and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 77–90. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3344803>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre). Datos nacionales*. Aguascalientes: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/violencia2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*.

- [Boletín de prensa]. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endreh/endreh2017_08.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril). Datos nacionales*. Aguascalientes: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/niño2017_Nal.pdf
- Janosik, E. (1984). *Crisis counseling*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Jean, C., Rivera, S., Amorín, E., & Rivera, L. (2015). Violencia de pareja en mujeres: prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2224-2240. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649010.pdf>
- Labrador, F., & Alonso, E. (2007). Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicana víctimas de violencia doméstica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 12 (2). 117-130. Recuperado de revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/4038/3892
- Lolas, F. (1991). *Agresividad y violencia*. Buenos Aires: Losada.
- Loredo, A. (1994). *El maltrato al menor*. México: McGraw Hill.
- Lorenz, K. (1971). *Sobre la agresión: el pretendido mal*. México: Siglo XXI.
- Loriedo, C., Angiolari, C., & De Francisci, A. (1989). La terapia individual sistémica. *Terapia Familiare*, 31, 104-119. Recuperado de <http://www.iaf-alicante.es/imgs/ckfinder/files/LA%20TERAPIA%20INDIVIDUAL%20SISTEMICA.pdf>
- Malan, D. (1974). *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Martel, V. (2001). *Principales factores que generan agresividad y formas de violencia en población escolar de la provincia de Lima*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. 165-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martorell, J. (1996). *Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.
- Matud, M., Gutiérrez, A., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25(88), 1-9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808801.pdf>
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2001). Advances in coaching: Family therapy with one person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(3), 281-300. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-0606.2001.tb00325.x/full>
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1984). *Stress, enfrentamiento y enfermedad: una perspectiva cognitivo-conductual*. Barcelona: Toray.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Miyares, A., Cazés, D., Serret, E., Cos, F., Careaga, G., Ramírez, J., Posada, L., Lagarde, M., Tarrés, M., & Cobo, R. (2009). *Protocolo para la Atención*

- Psicológica de los Casos de Violencia de Género contra las Mujeres*. México: Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones.
- Molina, J. (2001). *Bases teóricas y epistemológicas de la terapia familiar*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.
- Montagu, A. (1978). *La naturaleza de la agresividad humana*. Madrid: Alianza.
- Morales, R. (2014). *Familia, adolescencia y adicción a inhalantes*. (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.
- Moreno, A. (2011). Quiero recuperar el control. Un caso de terapia individual desde el enfoque sistémico. *Clinica Contemporánea*, 2(1), 25-37. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n1a3.pdf>
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Australia: Dulwich.
- Muñoz, A. (2014). *La histeria hoy: un abordaje desde la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Análisis en un caso clínico con diagnóstico de fibromialgia*. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/TRABAJO-Ayrlin-Munoz-Cerda.pdf>
- Muñoz, F., Burgos, M., Carrasco, A., Martín, M., Río, J., Villalobos, M., & Ortega, I. (2006). Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. *Proyecto de investigación*, 37(7), 407-412. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-investigacion-cualitativa-mujeres-victimas-violencia-13087383>

- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oliva, A. (2009). *La intervención psicológica de primera instancia (intervención en crisis) y de segunda instancia (desde una perspectiva sistémica) en la elaboración de los procesos de duelo en padres con hijos víctimas de homicidio*. (Tesis de licenciatura). Tecnológico Universitario de México, Ciudad de México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&Itemid=2518
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2013). Centro de prensa. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Temas de salud. Violencia. Recuperado de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Estadísticas de violencia contra las mujeres en el nivel global*. Foro de construcción de indicadores de violencia contra la mujer. Conceptos, métodos y resultados. San Salvador. Recuperado de http://www.sv.undp.org/content/dam/el_salvador/docs/infosegura/Estad%C3%ADsticas%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeres%20en%20el%20nivel%20global.%20Adriana%20Qui%C3%B1ones.pdf?download.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano*. China: McGraw Hill.
- Papp, P. (1994). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.

- Patró, R., & Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21(1), 11-17. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. México: Paidós.
- Peréz, C. (2013). Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. En *Sociedad Psicoanalítica de México*. Recuperado de <http://spm.mx/home/psicoterapia-breve-de-orientacion-psicoanalitica/>
- Perrone, R. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Poder Legislativo (1998). Asamblea Legislativa del Distrito Federal I Legislatura: Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar y Marco Jurídico Internacional. Colección Ordenamientos Jurídicos. México.
- Rebraca, L. (2005). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. Madrid: McGraw Hill.
- Roberts, A. (1996). Epidemiology and definitions of acute crisis in American society. En Roberts, A. (Ed.). *Crisis management and brief treatment: Theory, technique and applications*. Chicago: Nelson-Hall.
- Roberts, A. (1998). *Battered women and their families*. Nueva York: Springer.
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Ruiz-Jarabo, C., & Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. España: Díaz de Santos.
- Saltijeral, M., Ramos, L., & Caballero, M. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos de la salud mental. *Salud Mental*, 21(2), 10-18. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/697/696
- San Pedro, M. (2008). *Propuesta de intervención en crisis en mujeres que ha sufrido violencia física, psicológica y sexual*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.
- Sánchez, A., & Sánchez, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 7-25. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a02.pdf>
- Selvini, M., & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27(2), 129-148. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1988.00129.x/abstract>
- Sepúlveda, A. (2000). Psicopatología de las víctimas de malos tratos. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*, 2, 383-416. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=603699>
- Sifneos, P. (1992). *Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento*. Argentina: Amorrortu editores.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

- Soria, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3). Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/22593/21326>
- Stake, R. (1994). Case studies. En N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Estados Unidos: Sage.
- Straus, M., & Donnelly, D. (1994). *Beating the Devil out of them. Corporal punishment in American families and its effects on children*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Straus, M., Gelles, R., & Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Doubleday.
- Sullivan, D., & Everstine, L. (2000). *Personas en crisis. Intervenciones terapéuticas estratégicas*. México: Pax.
- Szpilka, J., & Knobel, M. (1968). Acerca de la psicoterapia breve. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 14(2), 116-123.
- Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y familia*, 16(1). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/126307877/Escribir-Para-Re-Escribir>
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología conductual*, 14(3). Recuperado de <https://my.laureate.net/Faculty/webinars/Documents/Psicologia2014/Terapias%20posmodernas.%20Colaborativa%20narrativa%20y%20TCS.pdf>
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.

- Tramonti, F., & Fanali, A. (2015). Toward an integrative model for systemic therapy with individuals. *Journal of family psychotherapy*, 26, 178-189. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08975353.2015.1067531>
- Trujano, P., Gómez, M., & Mercado, J. (2004). Violencia intrafamiliar: Las terapias narrativas y su aplicación en el maltrato infantil psicológico. Historia de caso. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 7(1). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-1/Art40104.pdf>
- Trull, J., & Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Valladares, A. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 6(1), 4-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1800/180020298002/>
- Vargas, J. (2009). *Familiarizándome con la terapia sistémica*. (Reporte de experiencia profesional). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (Ed.), *Terapia familiar* (pp. 1-27). México: Pax México.
- Villegas, G., & Lucio, E. (2007). Resultados preliminares de la adaptación al español de la Escala de Estrategias de Afrontamiento. *Psicología y Salud*, 17(2), 283-290. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/713/12>
- Wainrib, B., & Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Walker, L. (1979). *El síndrome de la mujer maltratada*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1974). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1976). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M., & Epston, D. (1959). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Yeager, K., Roberts, A., & Schenkman, B. (2015). A comprehensive Model for Crisis Intervention With Battered Women and Their Children. En Yeager, K. & Roberts, A., *Crisis Intervention Handbook. Assessment, treatment and research*. USA: Oxford University.

ANEXOS



Anexo 1. Solicitud de admisión



CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "LOS VOLCANES"
SOLICITUD DE ADMISIÓN DE ADULTOS

Programa: _____ Aplicado por: _____ Observaciones: _____ _____ _____	No. Expediente _____
--	----------------------

Fecha de aplicación: _____

Nombre: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Sexo: () Hombre () Mujer Edad: _____ Estado civil: _____

Dirección: Calle y Número: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ C.P.: _____

Teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Ocupación actual: _____

Nivel máximo de estudios (concluido): _____ ¿En qué área? _____

¿Trabaja actualmente?: (SÍ) (NO) ¿Dónde trabaja? _____

¿En qué consiste su trabajo? _____

¿Cuánto gana? \$ _____ Su ingreso es: () semanal () quincenal () mensual

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? _____

Si no trabaja, ¿de quién depende económicamente? _____

¿Quién o quiénes aportan al ingreso familiar? _____

¿Cuántas personas dependen económicamente de este ingreso? _____

Señale el ingreso total mensual en la familia:

() Menos de \$2,000 () \$2,000 a \$4,000 () \$4,000 a \$6,000 () \$6,000 a \$10,000 () Más de \$10,000

¿Cuenta con seguro médico? (SÍ) (NO) ¿Cuál? _____

Actualmente vive con: () Padre () Madre () Pareja () Hermanos/as () Hijos/as

() Otras personas, especifique: _____

De las personas que viven con usted, indique en la siguiente tabla el nombre, parentesco y tipo de relación que mantiene con ellas:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación

MOTIVO DE CONSULTA.

¿Cuál es su motivo de consulta? _____

Describa un poco más sobre esta situación: _____

¿Desde cuándo le ocurre esto? _____

¿Ha hecho algo para tratar de solucionarlo? (SÍ) (NO) Especifique: _____

¿Cuál es su idea del por qué le sucede esto? _____

¿Anteriormente ya le había pasado esto? (SÍ) (NO)

¿Qué hizo para solucionarlo? _____

¿De mayor a menor, cuáles considera usted que son sus principales conflictos? _____

Cómo califica en general su problema:

() Muy leve () Leve () Moderado () Grave () Muy grave

Cuando usted tiene tiempo libre en qué lo ocupa (pasatiempos, actividades, etc.): _____

Indique con una "X" en qué grado, esta problemática está afectando su vida, tomando como criterios:

0= Nada 10= Mucho

Área	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sentimental (pareja)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escolar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Salud física	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Señale con una "X" el grado de relación que usted tiene con las siguientes personas, tomando como criterios:

0= Muy mala 10= Muy buena

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Padre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hermanos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hijos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amigos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compañeros(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vecinos(as)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoridades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico? (Sí) (NO)

¿Dónde? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____

Especifique el tipo de tratamiento y la fecha en que lo recibió: _____

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? (Sí) (NO)

En caso afirmativo especifique el tipo de problema: _____

¿Desde cuándo? _____

¿De qué manera afecta su vida este problema de salud? _____

Actualmente, ¿está tomando algún medicamento? (Sí) (NO) ¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Quién lo recetó? _____

¿Está interesado en recibir atención psicológica? (SÍ) (NO)

¿Por qué? _____

¿Qué acontecimiento (s) lo llevó a solicitar atención psicológica en este momento?

¿Qué espera al solicitar atención en este Centro? _____

¿Ya conocía el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”? (SÍ) (NO)

¿Cómo se enteró del Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”?

¿Algún miembro de su familia ha recibido o está recibiendo apoyo psicológico en el Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes”? _____

¿Cuál es su disponibilidad de horario entre semana? _____

¿Algún comentario que desee agregar? _____

GRACIAS

Anexo 2. Formato de registro de la sesión

Nota: La sesión que se incluye a continuación, pertenece al caso de Laura.

Sesión #2

Fecha: 19/febrero/2016

Descripción de la sesión

El objetivo de esta sesión fue indagar sobre la infancia de Laura, con la finalidad de ubicar la relación con su familia de origen e identificar posibles patrones que pudiera estar repitiendo en la actualidad.

Se inicia la sesión preguntándole cómo se sintió después de la primera sesión, comenta que pudo desahogarse y que esto le evocó recuerdos de todo lo que le ha pasado. Al recordar lo que ha vivido, refiere sentir mucho enojo “siento coraje hacia mi esposo y conmigo misma por no ser una persona más fuerte, que sepa poner límites” [sic].

Posteriormente se le pregunta cómo fue su infancia y responde que recuerda que había golpes, peleas y gritos. Al escuchar las peleas de sus padres se escondía en el ropero y lloraba hasta que se quedaba dormida. Además, refiere que sus hermanos (hombres) peleaban con su papá porque siempre llegaba alcoholizado a la casa y agredía a su mamá. Laura tiene 13 hermanos, de los cuales nueve son hombres y cuatro mujeres, entre cada uno hay una diferencia de dos años de edad aproximadamente. En cuanto a la relación con ellos, menciona que tanto sus hermanos como su padre no las dejaban salir ni a ella ni a sus hermanas, se disgustaban si las llegaban a ver en la calle e incluso las cuestionaban e insultaban por su forma de vestir, refiere “todo eso se me quedó bien marcado, yo siempre iba con miedo” [sic].

En torno a la relación con sus hermanos, menciona que sólo con algunos es buena, principalmente con Ana (hermana mayor) y Sara (hermana menor), ya que los hombres la regañaban y le hacían comentarios ofensivos por su forma de vestir a pesar de que ya estaba casada. De la misma manera, su padre le cuestiona a Sergio que permitía que Laura se vista o arregle de cierta forma; refiere “no me dejaron ser una persona libre” [sic]. Por otra parte, con Ana es con quien mantiene una mejor relación, ya que puede platicar de lo que le sucede con la confianza de que no le va a decir a nadie, principalmente a sus hermanos. Parece que para Laura es importante poder confiar en las personas, ya que en diferentes ocasiones asegura que lo ha llegado a hacer y como consecuencia se ha convertido en un chisme lo que platica, esto ha provocado que no pueda confiar en otras personas.

Por otra parte, describe la relación con su hermana Carla y afirma que la mayor parte del tiempo la pasan peleando debido a que Laura la define como una persona mentirosa y envidiosa. Además, el esposo de Carla en dos ocasiones intentó coquetear con Laura, ella ha mantenido la distancia con él pues no le gusta como la toma por los hombros, "como si me estuviera dando masajes" [sic.] o que al mirarla hace movimientos con la boca, mostrando su lengua. Laura relata otro conflicto con Carla en el cual comenzaron a golpearse debido a que esta empujó a uno de sus hijos, en esta discusión Carla les dijo a sus hermanos que Laura le había pegado a sus papás y por esto se desencadenó un conflicto con todos.

En cuanto a la relación con sus padres, percibe un ambiente familiar violento, refiere que su madre ha recibido violencia por parte de su padre durante todo el matrimonio, por ejemplo, la ha acusado de ser la amante del señor de la tienda, siendo que su madre pedía prestado para que sus hijos pudieran comer; Laura menciona "mi mamá se quita el bocado de la boca por dárselo a él" [sic.]. Finalmente, al hablar de lo anterior Laura dice sentirse avergonzada por la vida que ha llevado en su familia nuclear y agrega "me siento impotente, no sé cómo no soy hombre" [sic.].

Análisis de la sesión

En esta sesión se puede ubicar a Ana como posible red de apoyo en el entorno familiar de Laura. Por otra parte, se pueden ubicar las relaciones violentas en las que ha estado desde su infancia y que en la actualidad se siguen presentando con sus hermanos y padres. Desde muy pequeña escuchaba las peleas de sus padres, lo cual la violentaba de alguna manera. De igual forma, el que no las dejaran salir de casa a ella y a sus hermanas y las insultaran por su atuendo, se puede clasificar como violencia psicológica. Por otra parte, Laura ha recibido violencia física por parte de su hermana y su madre. A su vez, se observa que estos patrones de relación continúan presentes en la manera en la que se vincula con sus hijos y con Sergio.

Por otro lado, se puede identificar que los roles de género dentro de este sistema son tradicionales ya que se nota una diferencia en el trato entre hombres y mujeres, siendo que a la figura masculina se le percibe con el control y con el poder mientras que las mujeres han asumido una postura de pasividad y sumisión.

Relación terapéutica

En esta sesión se intentó generar una alianza terapéutica y aparentemente se ha establecido un ambiente de confianza y comodidad ya que Laura se muestra cooperativa al responder las preguntas que se la hacen y proporciona más detalles, esto contribuye a que la sesión sea fluida.