



# **INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA

## **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Clave de incorporación UNAM 8951-25

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA  
MEJORAR EL APOYO EN PAREJAS HETEROSEXUALES QUE  
HAN ATRAVESADO POR UNA HISTERECTOMÍA.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**CONCEPCIÓN MATÍAS DE LA LUZ**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**MTRA. IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ GONZÁLEZ**

**ASESOR METODOLÓGICO: MTRO. FERNANDO HUADI  
MAJLUF MENDOZA**

**TEHUACÁN, PUEBLA, 2023.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **Dedicatoria**

A Juan y Ángeles, mis padres, por ser quienes son,  
por su gran corazón, por permitirse crecer y por acompañarse en esta vida.

## **Agradecimientos**

A Dios, por la vida y las oportunidades de seguir en aquí.

A mis padres, por todo su esfuerzo, por no dejarme nunca sola, por apoyarme durante todos estos años.

A mis hermanos por su apoyo.

A mis tías por acompañarme en momentos tan complicado en la vida, por cuidarme.

A Zepeda, por acompañarme desde hace tantos años, por sus palabras, su escucha, el tiempo, por su amistad.

A cada uno de los profesores que contribuyeron a mi formación universitaria, al Dr. Lalo, Mtro. Raúl, Lic. César, Mtra. Blanca, Dra. Viridiana y al Mtro. Guadalupe por los conocimientos, por las palabras, por el tiempo, por mostrar tanto amor y dedicación a esta profesión.

A Maillet por mostrarme que la poesía y las palabras también salvan.

A Charito por sus palabras y su tiempo.

A mis compañeras de grupo, a Maricruz, Samantha y Alondra por las anécdotas, por las palabras, por el tiempo, por permitirme crecer junto con ellas.

A la Miss Magnolia por las palabras, por acompañarme, por el cariño, por mi formación profesional y personal, por mostrarme que las luces pueden superar a las sombras.

A Huadi, por acompañarme todos estos meses, por las palabras, por el tiempo, por creer en mí, gracias por todo Capitán.

A las Hermanas del Divino Pastor por la oportunidad de ser Misionera Divino Pastor.

Al Instituto Universitario Sor Juana, por ser mi segunda a casa, mi refugio.

A todos los que de alguna forma fueron parte de esto, gracias.

## Índice general

Dedicatoria.....	1
Agradecimientos.....	2
Índice general.....	3
Índice de figuras .....	5
Índice de tablas .....	6
Resumen.....	7
Introducción.....	8
Justificación.....	10
Planteamiento del problema .....	15
1 Histerectomía.....	18
1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino .....	18
1.1.1 Útero.....	20
1.1.2 Ovarios .....	20
1.1.3 Trompas de Falopio.....	20
1.1.4 Vagina .....	21
1.2 Definición de Histerectomía.....	22
1.3 Causas de la histerectomía.....	23
1.3.1 Los fibromas uterinos (leiomiomas o miomas) .....	24
1.3.2 Sangrado uterino anormal .....	25
1.3.3 Endometriosis.....	25
1.3.4 Prolapso de los órganos pélvicos (POP).....	26
1.3.5 Prolapso uterino .....	28
1.3.6 Enfermedad pélvica inflamatoria .....	29
1.3.7 Causas obstétricas.....	29
1.4 Tipos de Histerectomía .....	30
1.5 Técnicas quirúrgicas .....	31
1.5.1 Histerectomía Abdominal (HA).....	31
1.5.2 Histerectomía Vaginal (HV).....	32
1.5.3 Histerectomía Laparoscópica (HL).....	33

1.6	Complicaciones de la Histerectomía .....	34
1.6.1	<i>Complicaciones quirúrgicas</i> .....	35
1.6.2	<i>Complicaciones médicas</i> .....	37
1.6.3	<i>Complicaciones psicológicas</i> .....	37
1.7	Cuidados post histerectomía.....	50
1.8	Incidencia Mundial .....	51
1.9	Incidencia Nacional .....	51
1.10	La mujer sin hijos.....	53
1.11	El significado de la pérdida del útero para parejas heterosexuales .....	54
2	La relación de pareja .....	62
2.1	Conceptualización de la relación de pareja.....	64
2.2	El Ciclo de vida de la pareja.....	65
2.3	Componentes de la relación de pareja .....	68
2.4	El matrimonio .....	71
2.4.1	<i>El contrato matrimonial</i> .....	76
2.4.2	<i>Sexualidad en el matrimonio</i> .....	77
2.5	La comunicación en la relación de pareja .....	79
2.6	El Apoyo en la relación de pareja.....	81
3	La terapia de pareja con enfoque sistémico .....	85
3.1	Conceptos básicos.....	86
3.2	Terapia de pareja .....	88
3.3	Características del terapeuta .....	89
3.4	Fases de la terapia de pareja.....	93
3.4.1	Evaluación .....	93
3.4.2	Intervención .....	95
3.4.3	Seguimiento .....	100
3.5	Aspectos técnicos de la terapia sistémica de pareja.....	100
	Hipotetización .....	100
4	Metodología .....	108
4.1	Pregunta de Investigación.....	108
4.2	Objetivos .....	108
4.2.1	<i>Objetivo general:</i> .....	108

4.2.2	<i>Objetivos específicos:</i> .....	108
4.3	Hipótesis sugeridas.....	108
4.4	Definición teórica de variables.....	109
4.5	Definición operacional de variables .....	109
4.6	Tipo de investigación y metodología elegida .....	109
4.7	Sujetos.....	110
4.8	Instrumento.....	111
5	Propuesta de un Programa Psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo entre la pareja heterosexual en edad reproductiva, sin hijos que ha atravesado por una histerectomía. ....	115
5.1	Presentación.....	116
5.2	Objetivo General del Programa Psicoeducativo .....	117
5.3	Objetivos específicos del Programa Psicoeducativo .....	117
5.4	Justificación del Programa .....	117
5.5	Procedimiento .....	119
6.	Conclusiones, limitaciones y sugerencias .....	135
6.1.	Conclusiones.....	135
6.2.	Limitaciones.....	136
6.3.	Sugerencias .....	136
	Referencias:.....	138
	Apéndices .....	147

### **Índice de figuras**

<b>Figura 1.</b>	Órganos sexuales externos de la mujer. ....	19
<b>Figura 2.</b>	Órganos internos sexuales y reproductivos de la mujer.....	21
<b>Figura 3.</b>	Tipos de prolapso dependiendo del órgano. ....	27
<b>Figura 4.</b>	Apertura vaginal por prolapso de órganos pélvico. ....	27
<b>Figura 5.</b>	Tipos de histerectomía.....	30
<b>Figura 6.</b>	Efectos psicológicos de la histerectomía.....	40
<b>Figura 7.</b>	Ciclo de la respuesta sexual masculina y femenina según Masters y Johnson.....	46
<b>Figura 8.</b>	Ejemplo de genograma. ....	154

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b>	Histerectomía: tipos, característica, desventajas y beneficios. ....	33
<b>Tabla 2.</b>	Primera sesión.....	120
<b>Tabla 3.</b>	Segunda sesión.....	121
<b>Tabla 4.</b>	Tercera sesión. ....	122
<b>Tabla 5.</b>	Cuarta sesión.....	124
<b>Tabla 6.</b>	Quinta sesión.....	125
<b>Tabla 7.</b>	Sexta sesión.....	127
<b>Tabla 8.</b>	Séptima sesión .....	128
<b>Tabla 9.</b>	Octava sesión. ....	129
<b>Tabla 10.</b>	Novena sesión. ....	131
<b>Tabla 11.</b>	Decima sesión.....	133
<b>Tabla 12.</b>	Cronograma del Programa Psicoeducativo.....	134



## Resumen

Este trabajo de investigación documental es una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de parejas heterosexuales, sin hijos en edad reproductiva que han atravesado por una histerectomía.

El marco teórico de esta investigación está integrado por una revisión teórica sobre la histerectomía, las implicaciones que se dan en las mujeres que se someten a este procedimiento, principalmente las implicaciones en la relación de pareja. Además se pretende comprender a partir de la investigación teórica a la relación de pareja, su dinámica, además de otros elementos como la comunicación y el apoyo. Se aborda también, la terapia de pareja desde el enfoque sistémico y los aspectos técnicos de la terapia de pareja con enfoque sistémico. Se presenta el método y una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque en terapia de pareja para parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, en donde se abordan aspectos generales de los programas psicoeducativas que tiene el objetivo de mejorar el apoyo entre la pareja a partir de una histerectomía.

**Palabras clave:** Histerectomía, parejas heterosexuales, relación de pareja, apoyo entre la pareja.

## Introducción

El objetivo principal de esta propuesta de investigación documental es desarrollar un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, que han atravesado por una histerectomía.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza a las mujeres con la finalidad de retirar el útero de forma parcial o total, por alguna circunstancia médica; se utiliza como último recurso después de haber probado otros tratamientos médicos. Dada la gran carga simbólica que tiene el útero en la vida de la mujer al representar femineidad, fertilidad, maternidad y parte de su sexualidad, perder este órgano genera en la ella un gran impacto psicológico, que afecta también a su vida en pareja.

En este trabajo de investigación documental se aborda una amplia revisión teórica, en el primer capítulo se explora la histerectomía, comenzando con la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, la definición conceptual de la histerectomía, las causas que llevan a las mujeres a tener que realizarse este procedimiento, los tipos de histerectomía, las técnicas quirúrgicas que se utilizan, así como todo lo que esta intervención quirúrgica implica, los riesgos que esta intervención genera tanto física como psicológicamente en la mujer histerectomizada, de forma breve se mencionan los cuidados post histerectomía, se hace una revisión breve de la incidencia mundial y nacional, finalmente se revisa el significado que la histerectomía tiene para la mujer y para el hombre, pareja de una mujer histerectomizada.

El segundo capítulo está centrado en la comprensión teórica de la relación de pareja, abordando aspectos generales como, el ciclo de la pareja, dinámica, aspectos como la comunicación y el apoyo.

El tercer capítulo está conformado por la metodología propuesta para esta tesis documental, emplea una metodología cualitativa y acorde a un enfoque de terapia de pareja.

En el cuarto capítulo se desarrolla la propuesta del programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de la una pareja heterosexual en edad reproductiva, sin hijos, que han atravesado por una histerectomía.

Para finalizar, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones a las que se llegó con esta propuesta, así como sus limitaciones y sugerencias.

## Justificación

El presente trabajo de investigación documental tiene la finalidad de reconocer las implicaciones de la histerectomía en la relación de una pareja heterosexual histerectomizada, la importancia que tiene el apoyo mutuo para lograr sobrellevar este tipo de situaciones y desarrollar una propuesta de un programa psicoeducativa que pueda ayudar a las parejas.

La Asociación Estadounidense de Laparoscopistas Ginecológicos (AAGL), (2011; citado en Secretaria de Salud 2017) señala que, “la histerectomía, [es] definida como la extirpación quirúrgica del útero, es la cirugía ginecológica mayor que con más frecuencia se realiza a nivel mundial por patología ginecológica benigna” (p. 10).

En Monterrey, Nuevo León, entre octubre de 2008 y julio de 2011 en la Unidad Médica de Alta Especialidad número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social se realizaron, 5,217 histerectomías por patología benigna, de las que 4,143 (79.4%) fueron por vía abdominal, 923 (17.7%) por vía vaginal y 151 (2.9%) por laparoscopia (Cortés Flores R., López Vera E. A., Hortiales Laguna O. I., Ramírez-Reyna J. L., González Díaz O. A. y Ramírez Sánchez L. F., 2012).

En un estudio realizado por Patino, Jiménez y Pérez (2014; citado en Bernal Contreras 2020) se menciona que, “la prevalencia de la histerectomía en el país fue de 0.26% por cada 1000 intervenciones quirúrgicas” en el 2013 (p. 9).

Bernal Contreras (2020), en su trabajo de tesis, menciona que, “para el año 2017 en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, fueron realizadas 849 histerectomías y hasta octubre del 2018 se registraron un total de 786” (p. 9).

Gupta (2014; citado en Secretaria de Salud 2017) indica que, “en Estados Unidos de Norteamérica se realizan cerca de 600,000 histerectomías por año, en México no existe evidencia del número real de histerectomías que se realizan anualmente” (p. 10).

Urrutia y cols. (2013) señalan que, “para la mujer histerectomizada, la cirugía conlleva una experiencia multidimensional, cuyos efectos evolucionan a lo largo del tiempo” (p. 263).

Para algunas pacientes la resección de su útero no implica mayores consecuencias emocionales y representa un gran alivio para las mujeres que han sufrido menstruaciones dolorosas y prolongadas, dorsalgias, dispareunia y otros síntomas. Sin embargo, las

investigaciones han mostrado que para muchas otras la pérdida del útero conlleva a efectos profundos en su vida futura. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos, y Olivia Lara, 2006, p. 2)

El estado psicológico que presenta la mujer ante la histerectomía, está manifestado por;

La depresión, ansiedad, alteración en la función sexual y alteraciones en el auto concepto, como la baja autoestima, la pérdida de la feminidad, la pérdida de la capacidad para procrear, siendo la depresión la alteración emocional más frecuente que afecta a éstas pacientes. (Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 16)

Urrutia y cols. (2013) mencionan que, “el útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que la extracción del órgano determina una serie de significados para la mujer” (p. 263).

Por otro lado, Salvador, Vargens y Progianti (2008; citado en Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza 2012) mencionan que, “culturalmente el rol de la mujer está asociado a su posibilidad de engendrar, siendo la maternidad uno de los aspectos más reconocidos socialmente” (p. 1337).

Al respecto, Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) señalan que, “la pérdida de este órgano no sólo impacta a las mujeres histerectomizadas, sino que también a sus parejas” (p. 1335).

La paciente puede sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada, quizá experimente sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres. Puede aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, una perturbación en su imagen corporal, expresada de tener un hueco, un miedo al vacío. Situaciones como éstas afectan incluso el desarrollo de la vida en pareja. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara, 2006, p. 2)

Cuamatzi-Peña y Villela-Mamede (2009) indican que, “la histerectomía realizada en la edad reproductiva, parece ser una situación de difícil aceptación por parte de las mujeres y asociado a este proceso los asuntos relacionados a su vida familiar y conyugal” (p. 11).

Gómez, Ruiz, Álvarez, Avilés, Pérez y Cañadas de la Fuente (2014; citados en Franco Carrero 2017) agrega que, “suelen ser más proclives a una buena recuperación las mujeres que ya tuvieron hijos” (p. 10).

Además, Reis, Engin, Ingec y Bag (2008; citados en Urrutia y Riquelme 2009) agregan que, “el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres” (p. 278).

Morales Castellón y Morales Duarte (2017), enfatizan que, “la histerectomía; puede provocar un cambio en la relación de pareja o sexualidad” (p.17).

Los problemas con la pareja forman parte de las creencias asociadas a la extracción del útero como también a los miedos relacionados a las consecuencias de dicha cirugía. En un estudio brasileño, la relación conyugal fue descrita como un aspecto que causa dudas en la mujer, sobre todo en lo referente al ámbito sexual. (Urrutia y cols., 2013, p. 266)

La falta o poca información que se tiene tras la histerectomía generan en la mujer miedo al rechazo y al abandono por parte de su pareja, debido a la falsa idea que se tiene tras la extracción del útero, de lo que implica “ser una mujer”.

Las mujeres, cuyas parejas tienen una actitud negativa relacionada a la incapacidad para tener hijos o a la posible alteración en la sexualidad después de la histerectomía, piensan que la cirugía puede afectar su relación de pareja e incluso podría llegar al término de ésta. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1337)

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) resaltan que, “ni los hombres ni las mujeres tienen conocimientos apropiados sobre sus cuerpos; por lo que pueden desarrollar percepciones incorrectas sobre ellos y las funciones del mismo” (p. 1337).

Díaz Guerrero señala que,

Cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos, busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquellas personas que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. (Díaz Guerrero, 1986; citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 184)

Al respecto, Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) resaltan que, “el apoyo más significativo para una mujer histerectomizada es el de su pareja, buscando en él soporte emocional y consuelo, influyendo incluso en su recuperación postoperatoria” (p. 1338).

Es necesario integrar al proceso educativo a la mujer y su pareja, por la gran relevancia que el hombre tiene como soporte emocional. Si el hombre participa del proceso, muchos de los miedos pueden ser erradicados y las creencias de abandono ser descartadas. (Urrutia y cols., 2013, p. 266)

Falconier & Kuhn, 2019; Sánchez-Aragón, 2016; citados en Sánchez-Aragón y Calleja (2021) mencionan que, “una vez que se generó la respuesta de apoyo de un miembro hacia el otro, el estrés es aliviado y con ello la diada desarrolla una forma sincronizada o compartida de afrontamiento” (p. 38).

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) resaltan que, “es necesario contar con programas educativos adecuados a las necesidades del hombre y de su pareja previa y posterior a la cirugía” (p.1338).

Builes Corrao y Bedoya Hernández (2006; citados en Losada y Zavalía 2019) indican que, “la psicoeducación pretende enseñar o transmitir información para lograr en los sujetos una reflexión más profunda y adecuada acerca de la enfermedad” (pp. 136-137).

Davis, et al., 1997; Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010; citados en Losada y Zavalía (2019), señalan que, “la psicoeducación muestra resultados favorables ya que promueve el conocimiento de la patología, la expresión de temores y ansiedades, cambios de actitud y de creencias que le permiten al paciente una mejor adaptación a la enfermedad” (p. 137).

La importancia de este trabajo de investigación documental radica en que, a pesar de que la histerectomía es una intervención quirúrgica que se realiza tan frecuentemente, la poca psicoeducación que se da a las pacientes histerectomizadas suelen ser intervenciones preoperatorias, dirigidas en gran parte de ellas únicamente a las pacientes que están por atravesar este proceso, dejando a un lado el proceso post histerectomía y los efectos que pueden desarrollarse en las mujeres histerectomizadas y en sus relaciones interpersonales, principalmente con su relación de pareja.

Podemos decir que no siempre se tienen contempladas las posibles dificultades que pudieran presentarse en las mujeres histerectomizadas y su pareja, después de pasar por la intervención quirúrgica. Después de la investigación documental podemos decir que, entre esas dificultades, es posible encontrar la falta de información, los miedos generados en el proceso, la falta de

comunicación, los prejuicios y la falta del apoyo mutuo expresado; podemos considerar al apoyo como un factor importante ante el proceso pre y post histerectomía.

De acuerdo con la literatura, se puede establecer que es importante proponer una intervención psicoeducativa en parejas que han atravesado por una histerectomía, pues a pesar de tener pocas investigaciones respecto al impacto que la histerectomía genera en la relación conyugal, se tiene presente que este proceso puede generar dificultades en la relación de la pareja post histerectomía.

Esta investigación documental pone a discusión el impacto que un proceso como la histerectomía genera en la relación de las parejas que pasan por este tipo de intervenciones y también la importancia de crear un programa psicoeducativo como una estrategia para lograr que las parejas puedan sobrellevar esta situación y logren readaptarse a la vida en pareja, a partir de la mejora del apoyo que se recibe y se da entre los miembros la pareja.



## Planteamiento del problema

El presente trabajo es una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja que busca mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja heterosexual en edad reproductiva, sin hijos, en el que por alguna circunstancia médica un miembro de la pareja ha atravesado por una histerectomía.

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, (2012) menciona que, “la histerectomía (HT) es una de las cirugías ginecológicas más frecuente a nivel mundial [después de la cesárea], siendo la patología benigna del útero su principal causa” (p. 1335).

El útero es un órgano significativo para las mujeres y la sociedad, ya que culturalmente se encuentra asociado a características como femineidad, sexualidad y a la capacidad reproductiva de éstas. Por ello, la pérdida de este órgano no sólo impacta a las mujeres histerectomizadas, sino que también a sus parejas. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1335)

Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013) mencionan que, “esta cirugía [la histerectomía] se transforma paralelamente, al alivio y cese de síntomas, en una problemática en el fuero más íntimo de la mujer y de su relación de pareja” (p. 267).

Al respecto, Morales Castellón y Morales Duarte (2017) puntualizan que, “la histerectomía puede provocar alteraciones en la comunicación entre la pareja, la relación entre ellos puede tornarse difícil después de la histerectomía y provocar discordancias en el matrimonio” (p. 18).

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante para la siguiente adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero con la pérdida de la feminidad o la disminución del libido, suelen evitar la interacción con su pareja, algunos no conocen la anatomía y fisiología femenina, y de los resultados funcionales de la operación, pueden mostrarse ansiosos o culpables respecto a la actividad sexual posterior al acto quirúrgico. (Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 18)

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) indican que, “los hombres, parejas de mujeres histerectomizadas tratan de evitar conversar con sus

parejas de las preocupaciones y de los sentimientos que esta cirugía les generan. Esta falta de comunicación puede verse agravada con la falta de conocimientos que tienen” (p. 1335).

La mujer hysterectomizada frente a la extirpación del útero evidencia situaciones emocionales, fisiológicas y cambio o dificultad para asumir sus roles, estos problemas pueden influenciar negativamente en su nivel de adaptación porque podrían verse afectadas sus relaciones familiares, especialmente con su pareja al desempeñar sus actividades cotidianas, lo cual puede generar problemas o dificultades de adaptación en la mujer hysterectomizada. (Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 18)

En la mujer hysterectomizada, la pérdida del útero genera mucha incertidumbre respecto al futuro de su vida en pareja, miedo al rechazo e incluso al abandono por su “condición”.

La mujer reconoce que la experiencia de ser hysterectomizada es “privada”, y que solo comparte con aquellos seres más cercanos, por ende, el miedo, las dudas no resueltas, la sensación de vacío y de no ser mujer, son aspectos que la acompañan posterior a la cirugía y que si no son valorados adecuadamente [...] difícilmente podrán ser resueltos por la propia mujer y su pareja. (Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira, 2013, p. 267)

Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013) puntualizan que, “si a lo anterior se agrega la transmisión cultural de mitos y creencias erradas en torno a la hysterectomía, se produce un círculo vicioso que perpetua los sentimientos negativos y por ende la desinformación al respecto” (p. 267).

Considerar a la hysterectomía solamente como un alivio de los síntomas y por ende un tratamiento de la enfermedad, sería una visión sesgada de la realidad que vive la mujer, y por lo tanto alejada de las necesidades que ellas y sus parejas tienen. (Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira, 2013, p. 267)

Podemos decir que a pesar de tener pocas investigaciones que nos mencionen las dificultades post hysterectomía por las que una pareja atraviesa, nos queda claro que es importante indagar más sobre el tema, de la misma forma generar estrategias para poder contribuir a la mejora del malestar que la hysterectomía genera en la relación de pareja y de esta forma lograr que los involucrados puedan readaptarse a la vida en pareja después de la hysterectomía, a partir de mejorar el apoyo entre los miembros de la pareja que ha atravesado por la hysterectomía.

En la presente propuesta de investigación documental se sugiere cuestionar si ante la revisión de la teoría:

¿Se puede realizar una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja heterosexual, en edad reproductiva, sin hijos que ha atravesado por una histerectomía?

## 1 Histerectomía

*“¿Cómo nos despojamos de prejuicios, hábitos, influencias? La respuesta, mis queridos muchachos, es que debemos esforzarnos constantemente por encontrar un nuevo punto de vista”.*

*La sociedad de los poetas muertos.*

La mutilación del cuerpo de las mujeres adquiere las más variadas formas, de acuerdo al espacio cultural que las define. Sin embargo se caracteriza por la extracción de órganos, o la intervención quirúrgica de espacios corporales identificados con la sexualidad erótica o materna. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 384)

Lagarde y de los Ríos (2014) menciona que, “la mutilación corporal a las mujeres abarca desde las prácticas cuya base es religiosa y tiene que ver con la purificación, hasta aquella cuya veracidad científica las hace inobjektables” (p. 384).

En el caso de las mujeres, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas que les son practicadas, destaca la extirpación de los órganos sexuales. En México, es frecuente la realización de histerectomías, la extirpación de ovarios, de las glándulas mamarias o de los senos. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 385)

### 1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

Lagarde y de los Ríos (2014) menciona que “la mujer vive el mundo desde su cuerpo. El hombre también, pero para el hombre su vida no es su cuerpo y para la mujer la vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal” (p. 201).

De acuerdo con la sexóloga Anabel Ochoa (2001) “la mujer tiene un aparato genital prodigioso, especializado en zonas diferentes para el placer y la reproducción, incluso para la orina” (p. 25).

Ochoa (2001) agrega que,

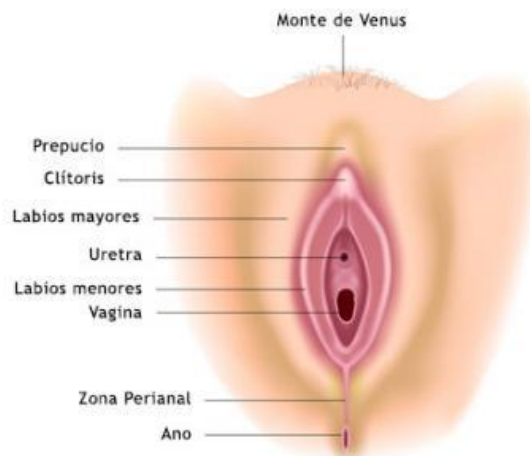
No podemos adivinar la sexualidad si no entendemos siquiera los órganos que la representan. El cuerpo es un vehículo de emociones, sentimientos y encuentros, pero también de desencuentros. El cuerpo, o se conoce o se alucina. Y en este último caso podemos delirar hasta el infinito con la sexualidad y tener doble problema: atormentarse con cosas que no existen, y además no vigilar las consecuencias de lo que sí existe. (Ochoa, 2001, p. 25)

Al sexo humano, a nuestros genitales los nombramos con albueros. Los confundimos o de plano nos desconcertamos cuando el médico los designa con palabras griegas. [La sexóloga Anabel Ochoa añade] Yo creo que merecemos darles nombre, saber de qué se trata con identidad y sin recursos vergonzantes, lo mismo que rotulamos con nombres propios y dignos cada una de las otras zonas de nuestro cuerpo [...] Es grave que no tengan nombre propio y respetable, es señal de que fueron ignorados como si no existieran. Resulta obligatorio nombrar para poseer, y el cuerpo es algo que nos pertenece; no es justo que nuestro sexo no se llame nada o se le nombre con metáforas estúpidas por miedo a lo que sea. El sexo es, nuestros genitales son, y merecen nombres correctos. (Ochoa, 2001, p. 28)

Ochoa (2001) indica que, es incorrecto llamar vagina a todo lo genital de la mujer y hace hincapié en que,

[La] vagina es el orificio sexual de las [mujeres], nada más. El resto de sus genitales externos son la vulva, con sus labios mayores afuera cubiertos de vello que sube hasta el hueso del pubis también llamado Monte de Venus, y los labios menores más íntimos, cerrados como una sonrisa vertical que remata en el clítoris arriba. Ya más adentro, el orificio de la vagina es un espacio exclusivo para la sexualidad, que se reduce interiormente mediante un estrechamiento en forma de cuello (cérvico uterino) en otra cavidad que es el útero o matriz (inaccesible para el sexo), comunicada más interiormente con las trompas de Falopio, que llegan a su vez a los ovarios. (Ochoa, 2001, p. 29)

**Figura 1.** *Órganos sexuales externos de la mujer.*



(Clínicas abortos, 2022)

### **1.1.1 Útero**

El útero o matriz es un órgano muscular profundo, con forma de pera y paredes gruesas. El cuerpo supone dos terceras partes del órgano y está delimitado desde el cuello por el istmo uterino. Es la parte redondeada superior a los orificios de las trompas uterinas. El cuello o cérvix abarca una tercera parte, es estrecho y cilíndrico. Este yace sobre la pelvis menor, con su cuerpo sobre la vejiga y su cuello entre esta y el recto. (Moore y Dalley, 2007; citado en Franco Carrero, 2017, p. 4)

La Fundación Merck Salud, Fertypharm y Ambientch (2022) indica que, “la función principal del útero es contener el feto en desarrollo” (p. 3).

### **1.1.2 Ovarios**

El ovario es la glándula sexual femenina, que con su secreción interna endocrina asegura los caracteres de la feminidad y gracias a la secreción externa elabora los ovocitos primarios y secundarios, esto son, células genitales femeninas. Tiene forma ovoide y aplastada. Existen 2 ovarios, situados en la pelvis menor. (Moore y Dalley, 2007; citado en Franco Carrero, 2017, p. 3)

Las funciones principales de los ovarios de acuerdo a la Fundación Merck Salud, Fertypharm y Ambientch (2022) son: “Secretar las hormonas femeninas: estrógenos y progesterona que ayuda al desarrollo de los caracteres sexuales femeninos y liberar el ovulo cada mes durante la vida reproductiva de la mujer” (p. 3).

### **1.1.3 Trompas de Falopio**

La trompa uterina, trompa de Falopio u oviducto es un conducto muscular y bilateral, que se extiende desde la extremidad tubárica del ovario hasta el cuerno del útero. Está tapizado por mucosa y conduce al ovocito hacia la cavidad uterina. (Moore y Dalley, 2007; citado en Franco Carrero, 2017, p. 4)

Las funciones principales de las trompas de Falopio de acuerdo a la Fundación Merck Salud, Fertypharm y Ambientch (2022) son:

1. La fertilización del óvulo, generalmente, se realiza en la trompa de Falopio.

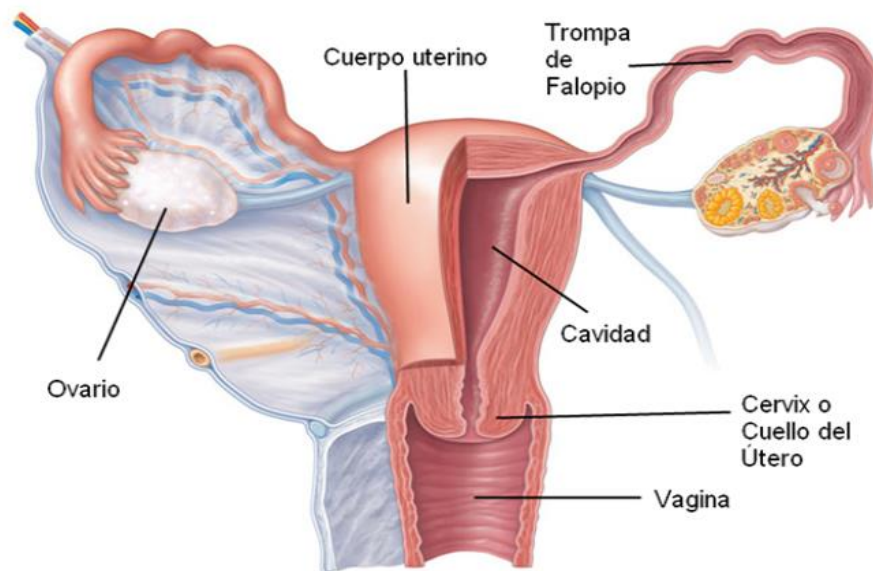
2. Permite el paso del óvulo fecundado al útero. (p.3)

#### 1.1.4 Vagina

Ochoa (2001) menciona que, “la vagina solo comunica interiormente con el útero (matriz)” (p. 27).

Es un órgano que tiene una forma de tubo y una longitud aproximada de 10 a 12 cm en una mujer adulta. Este órgano es muscular y elástico. Sus músculos elásticos permitan la entrada del pene en las relaciones sexuales o la salida del feto durante el parto, así como la eliminación de la placenta después del nacimiento del bebé. (Fundación Merck Salud, Fertypharm y Ambientch, 2022, p. 3)

**Figura 2.** Órganos internos sexuales y reproductivos de la mujer.



(Médica capacitación, 2014)

## 1.2 Definición de Histerectomía

Ramos, Ramírez y Hurtado (2010; citados en Patino-Peyrani, Jiménez-Baez y Pérez-Silva 2014) indican que, “[la palabra] histerectomía se forma de dos raíces griegas: isteros (matriz, útero) y ectomía (extirpar)” (p. 13).

La Real Academia Española (RAE), (2022) define a la histerectomía como, “[la] extirpación total o parcial del útero”.

Díaz Ruíz (2013; citado en Morales Castellón y Morales Duarte 2017), mencionan que, “la histerectomía es una intervención quirúrgica frecuente en la mujer adulta, es una operación para extraer el útero que se realiza comúnmente por razones patológicas” (p. 3).

Por otro lado, Vásquez (2001) menciona que,

La histerectomía es la extirpación quirúrgica del útero mediante una incisión en la pared abdominal o en la pared de la vagina. La histerectomía subtotal consiste en la extirpación del cuerpo de útero dejando el cuello; en la histerectomía total se quita el útero entero. Aunque impide la posibilidad de embarazo no afecta la actividad o el deseo sexual. (Vásquez, 2001; citado en Díaz Ruiz, 2013, p. 34)

De acuerdo con Ortega López, Aguilar Villa, Aguilera Pérez, Pérez Vega, Romero Hernández, Fang Huerta (2012), la histerectomía podría definirse como:

La extirpación mediante cirugía de una parte o la totalidad del útero, y en algunos casos de las trompas de Falopio, e incluso, los ovarios, de donde se extraen sus diferentes denominaciones: histerectomía supracervical, total y radical respectivamente. La cirugía se hace principalmente por tres vías, la abdominal, la vaginal y la laparoscópica. (Ortega López, Aguilar Villa, Aguilera Pérez, Pérez Vega, Romero Hernández, Fang Huerta, 2012; citados en Gómez Urquiza, Ruiz Olivares, Álvarez Miró, Avilés Guzmán, Pérez Mármol, Cañadas de la Fuente, 2014, p. 2)



### 1.3 Causas de la histerectomía

De acuerdo a Aguilar Peña (2020) existen cinco amplias categorías de indicaciones diagnósticas para la histerectomía: “Leiomiomas uterinos, Sangrado uterino anormal, prolapso de órganos pélvicos, dolor o infección pélvica (p. Ej., Endometriosis, enfermedades inflamatorias pélvicas) y la enfermedad maligna y pre maligna” (p. 7).

En la Guía Práctica Clínica, 2010; citada en Bernal Contreras (2020) se mencionan que las principales anomalías para la realización de la histerectomía, son, en primer lugar el sangrado uterino anormal o disfuncional, en segundo lugar la miomatosis uterina y en tercer lugar la endometriosis (p. 12).

Los motivos para la histerectomía varían e incluyen tanto causas benignas como malignas. De las indicaciones por enfermedades benignas, los leiomiomas sintomáticos y el prolapso de órganos pélvicos son los más comunes, si bien la hemorragia anormal, endometriosis, dolor pélvico crónico y neoplasia pre maligna también son relativamente frecuentes. (Carmona V., 2012; citado en Carranza Pérez, Juárez Jiménez y Tocto Chávez, 2015, p. 24-25)

Se practica una histerectomía en casi todos los casos de cáncer uterino que no se han expandido al útero (metástasis). El cáncer que afecta los órganos pélvicos cuenta con sólo el diez por ciento de las histerectomías e incluyen: cáncer de endometrio, sarcoma uterino, cáncer cervical, cáncer de los ovarios y el cáncer de las trompas de Falopio. La mayoría de las histerectomías que se realizan se deben a las fibrosis más que a cualquier otro problema uterino. (Calanda A., s.f. citado en Carranza Pérez, Juárez Jiménez y Tocto Chávez, 2015, p. 25)

En las mujeres caucásicas, el leiomioma uterino fue la indicación quirúrgica más común (33%), seguida por trastornos menstruales (21%) y prolapso (16%). En las mujeres afro-americanas, la indicación más frecuente también fue leiomioma uterino (70%), seguido por trastornos menstruales (12%) y endometriosis (6%). En las mujeres hispanas, el leiomioma uterino fue de nuevo el más común (46%), seguido por prolapso (17%) y trastornos menstruales (14%). (Clarke-Pearson y Geller, 2013, p. 2)

### **1.3.1 Los fibromas uterinos (leiomiomas o miomas)**

Stewart (2015; citado en Aguilar Peña 2020) define a los fibromas uterinos como, “neoplasias benignas extremadamente comunes del útero. En un estudio que utiliza el ultrasonido como tamizaje, el 51% de las mujeres premenopáusicas recibió un nuevo diagnóstico de leiomiomas uterinos” (p. 7).

Los miomas son los tumores ginecológicos más frecuentes, ocurren entre el 20% y el 40% de las mujeres que se encuentran en edad reproductiva. La miomatosis puede presentarse en diferentes tipos como la leiomiomatosis uterina, fibromiomas, leiofibromiomas y fibroleiomiomas. En el caso específico de los leiomiomas, la histerectomía es la mejor opción, ya que es el único tratamiento definitivo que elimina la posibilidad de recurrencias. (Ortiz, Matute y Martínez, 2009; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 12)

Los fibromas uterinos a menudo se sospechan en una mujer premenopáusica cuando se encuentra un útero agrandado o una masa palpable durante un examen pélvico o cuando ella informa sangrado menstrual abundante. El ultrasonido es la prueba confirmatoria estándar porque puede diferenciar de manera fácil y económica un fibroma, de un útero embarazado, o una masa anexial. (Aguilar Peña, 2020, p. 8)

Los fibromas pueden causar sangrado menstrual abundante o prolongado y la anemia resultante en mujeres en edad reproductiva. El sangrado relacionado con fibromas también puede ocurrir en las mujeres posmenopáusicas, pero el sangrado en esta población debería provocar una evaluación para más causas preocupantes de este síntoma, incluida la hiperplasia y el carcinoma endometriales. (Stewart, 2015; citado en Aguilar Peña, 2020, p. 8)

Los fibromas grandes y el útero agrandado también pueden provocar síntomas incluyendo disfunción intestinal, vesical y protrusión abdominal. Menstruaciones dolorosas, dolor pélvico no cíclico, infertilidad y aborto espontáneo recurrente también pueden ser síntomas de fibromas, pero muchos fibromas pueden permanecer asintomáticos. En mujeres con síntomas fibromas, sangrado menstrual abundante se resuelve en la menopausia. (Stewart, 2015; citado en Aguilar Peña, 2020, p. 8)

### **1.3.2 Sangrado uterino anormal**

Yonkers y Simoni (2018; citados en Aguilar Peña 2020), definen al sangrado uterino anormal como, “cualquier variación del ciclo menstrual normal, en cuanto a regularidad, frecuencia, cantidad y duración. En las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas representa la causa más común de atención ginecológico” (p. 9).

Durante la etapa reproductiva y la posmenopausia el sangrado uterino anormal puede tener distintas causas. La historia clínica completa y el examen físico de la cavidad uterina permiten establecer el diagnóstico e indicar el tratamiento adecuado para detener el sangrado uterino anormal. (Spencer, Louie, Moulder, Ellis, Schiff, Toubia y Wheeler, 2017; citado en Aguilar Peña, 2020, p. 9)

En la Guía Práctica Clínica, 2010; citada en Contreras Bernal (2020) agrega que el sangrado uterino anormal, “puede tratarse médicamente con tratamiento farmacológico antes de pensar en el procedimiento quirúrgico, en el caso de no tener una mejoría se procede a la histerectomía” (p. 12).

### **1.3.3 Endometriosis**

Palma (2013; citado en Bernal Contreras 2020) describe a la endometriosis como, “un trastorno ginecológico benigno y frecuente, en el cual hay una presencia de glándulas y estroma endometrial fuera del útero que se localizan en la superficie peritoneal de los órganos reproductivos y estructuras próximas” (p. 12).

Morales Castellón y Morales Duarte (2017) agrega que, la endometriosis,

Afecta al 5 al 10% de la población en edad reproductiva de entre los 15 a 45 años produciendo dolor (pelviano crónico, dismenorrea, dispareunia), subfertilidad, o la combinación de ambos síntomas, lo que altera la calidad de vida de las pacientes. (Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 12)

La endometriosis es una enfermedad que depende de las hormonas, en específico de los estrógenos, por ende, es casi exclusivo que se presente en la edad reproductiva. La realización de una histerectomía al diagnosticarse endometriosis, es únicamente en casos muy severos y cuando otro tipo de tratamientos no tengan la funcionalidad deseada. (Palma, 2013; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 12)

### **1.3.4 Prolapso de los órganos pélvicos (POP)**

El prolapso de los órganos pélvicos implica un descenso (prolapso) de la vejiga, la uretra, el útero, el intestino delgado, el recto o la vagina causada por debilidad o lesión de los ligamentos, del tejido conjuntivo y de los músculos de la pelvis. (Kilpatrick, 2021, p. 1)

Kilpatrick, (2021) indican que, “el prolapso de órganos pélvicos afecta solo a mujeres y su frecuencia aumenta con la edad. A lo largo de la vida, aproximadamente 1 de cada 11 mujeres necesita cirugía para corregir un prolapso de órgano pélvico” (p. 1).

El suelo pélvico es una red de músculos, ligamentos y tejidos que actúan como una hamaca para ofrecer soporte a los órganos pélvicos: el útero, la vagina, la vejiga, la uretra y el recto. Si los músculos se debilitan o los ligamentos o tejidos se distienden o lesionan, los órganos pélvicos o el intestino delgado pueden sufrir un descenso y protruir (prolapso) en la vagina. Si el trastorno es grave, los órganos pueden sobresalir del todo por la abertura de la vagina al exterior del cuerpo. (Kilpatrick, 2021, p. 1)

Meriwether, Antosh, Oliver, Kim-Fine, Balk, Murphy y Rahn (2018; citados en Aguilar Peña 2020) mencionan que, “muchas mujeres con prolapso experimentan síntomas que afectan las actividades diarias, la función sexual y el ejercicio” (p. 10).

En otras palabras Kilpatrick, (2021) indica que, “el prolapso de un órgano pélvico es básicamente una hernia a través de la que sobresalen los órganos de manera anómala porque se ha debilitado el tejido de soporte” (p. 2).

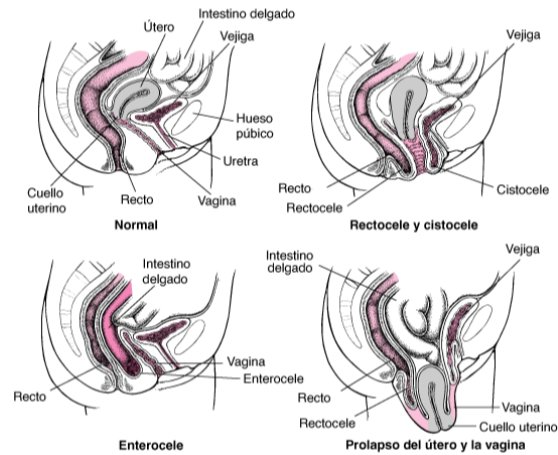
Los términos comúnmente utilizados para describir sitios específicos de prolapso genital femenino incluyen:

- **Prolapso del comportamiento anterior (cistocele):** la hernia de la pared vaginal anterior a menudo se asocia con el descenso de la vejiga.
- **Prolapso del comportamiento posterior (rectocele):** la hernia del segmento vaginal posterior a menudo se asocia con el descenso del recto.
- **Enterocele:** hernia de los intestinos hacia o a través de la pared vaginal.
- **Prolapso del comportamiento apical (prolapso uterino, prolapso de la bóveda vaginal):** descenso del ápice de la vagina hacia la parte inferior de la vagina, hacia el himen o más allá del introito vaginal. El ápice puede ser el útero y el cuello uterino, el cuello uterino

solo o la bóveda vaginal, dependiendo de si la mujer se ha sometido a una histerectomía. El prolapso apical a menudo se asocia con enterocele.

- **Procidencia uterinaria:** hernia de los tres comportamientos a través del introito vaginal. (Aguilar Peña, 2020, p. 10)

**Figura 3.** Tipos de prolapso dependiendo del órgano.



(Manual MSD, 2021)

Los pacientes con prolapso de órganos pélvicos pueden presentar síntomas relacionados específicamente con las estructuras prolapadas, como una protuberancia o presión vaginal o con síntomas asociados que incluyen disfunción urinaria, defecatoria o sexual; los síntomas como la lumbalgia o el dolor pélvico a menudo se han atribuido al prolapso de órganos pélvicos, pero esta asociación no está respaldada por estudios bien diseñados. (Aguilar Peña, 2020, p. 11-12)

**Figura 4.** Apertura vaginal por prolapso de órganos pélvicos.



(Top Doctors, 2014)

Respecto al tratamiento quirúrgico Aguilar Peña (2020) manifiesta que, “los candidatos quirúrgicos incluyen mujeres con prolapso sintomático que han fallado o rechazado el tratamiento conservador de su prolapso” (p. 13).

### **1.3.5 Prolapso uterino**

De acuerdo a Cohen (2013; citado en Bernal Contreras 2020) el prolapso uterino, “se presenta cuando existe alguna lesión o ruptura de los ligamentos que le dan sostén al útero” (pp. 12-13).

Se menciona que este tipo de lesiones o rupturas se dan la mayoría de las veces con los partos, sin embargo, existen otras condiciones asociadas, las cuales pueden ser factores congénitos, alteraciones del colágeno, lesiones neurológicas, cirugías pélvicas previas, obesidad, enfermedades respiratorias crónicas e hipoestrogenismo. (Cohen, 2013; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 13)

El prolapso del útero puede causar síntomas leves o ningún síntoma. Cuando los prolapsos empeoran, el primer síntoma que refieren la mayoría de las afectadas es notar un bulto en la abertura de la vagina. También pueden sufrir dolor en la parte inferior de la espalda o sobre el cóccix, dificultad para defecar y dolor durante las relaciones sexuales, así como sensación de pesadez o presión, es decir la sensación de que los órganos pélvicos se están desprendiendo. (Kilpatrick, 2021, p. 4)

Entre otros de los síntomas de acuerdo a Kilpatrick (2021) “el prolapso uterino total puede causar dolor al caminar. Pueden aparecer úlceras en el cuello uterino prolapsado (la parte inferior del útero) y causar sangrado, secreción e infección” (p. 4).

Las mujeres pueden tener problemas para controlar la micción, lo que da lugar a escapes involuntarios de orina (incontinencia urinaria). O bien la afectada puede ser incapaz de vaciar su vejiga por completo o de orinar (retención urinaria). Se puede producir estreñimiento. (Kilpatrick, 2021, p. 4)

El prolapso uterino es una de las indicaciones más comunes dentro de las cirugías ginecológicas y su incidencia tiende al aumento en pacientes de edades avanzadas, pues se estima que el riesgo de tener un prolapso uterino a la edad de 80 años es de 11.1% con un riesgo de operación de 30%. (Cohen, 2013; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 13)

### **1.3.6 Enfermedad pélvica inflamatoria**

Mayo Foundation for Medical Education and Research (2022) define a la enfermedad inflamatoria pélvica como, “una infección de los órganos reproductores femeninos. Generalmente ocurre cuando las bacterias de transmisión sexual se propagan desde la vagina al útero, las trompas de Falopio o los ovarios” (p. 1).

Los signos y síntomas de la enfermedad inflamatoria pélvica pueden ser sutiles o leves. Algunas mujeres no experimentan ningún signo o síntoma. Como resultado, es posible que no te des cuenta de que la tienes hasta que tengas problemas para quedar embarazada o desarrolles un dolor pélvico crónico. (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2022, p. 2)

La enfermedad pélvica inflamatoria afecta hasta al 10% de las adolescentes y da lugar a complicaciones a largo plazo, como infertilidad y dolor pélvico crónico hasta en un 40%. El tratamiento adecuado y la prevención de episodios repetidos reducen el riesgo de estas secuelas. (Wolff, Balamuth, Sampayo y Mollen, 2016; citados en Aguilar Peña, 2020, p. 13)

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan un seguimiento dentro de las 72 horas posteriores al diagnóstico para garantizar la mejoría clínica, la revisión de prácticas sexuales seguras y el refuerzo de la importancia del tratamiento de la pareja y el cumplimiento de la medicación. (Wolff, Balamuth, Sampayo y Mollen, 2016; citados en Aguilar Peña, 2020, p. 14)

Desafortunadamente, con tasas de seguimiento tan bajo como 10% a 16%, la mayoría de los adolescentes que reciben un diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica no reciben la atención de seguimiento recomendada, lo que probablemente contribuye a las altas tasas de complicaciones a largo plazo. (Wolff, Balamuth, Sampayo y Mollen, 2016; citados en Aguilar Peña, 2020, p. 14)

### **1.3.7 Causas obstétricas**

De acuerdo a Franco Carrero la histerectomía obstétrica se define como,

Un procedimiento quirúrgico llevado a cabo después de una cesárea, parto, legrado o durante el puerperio mediato o tardío y está indicada para resolver las complicaciones que ponen en peligro la vida de la mujer por aumentar el riesgo de hemorragia. (Franco Carrero, 2017, p. 8)

Las principales indicaciones son aquellas complicaciones que provocan hemorragia, como trastornos placentarios, incluidos placenta previa o acreta, atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. La probabilidad se ve aumentada cuando hay antecedentes de cesárea en mujeres con embarazo de alto riesgo. (Franco Carrero, 2017, p. 8)

#### 1.4 Tipos de Histerectomía

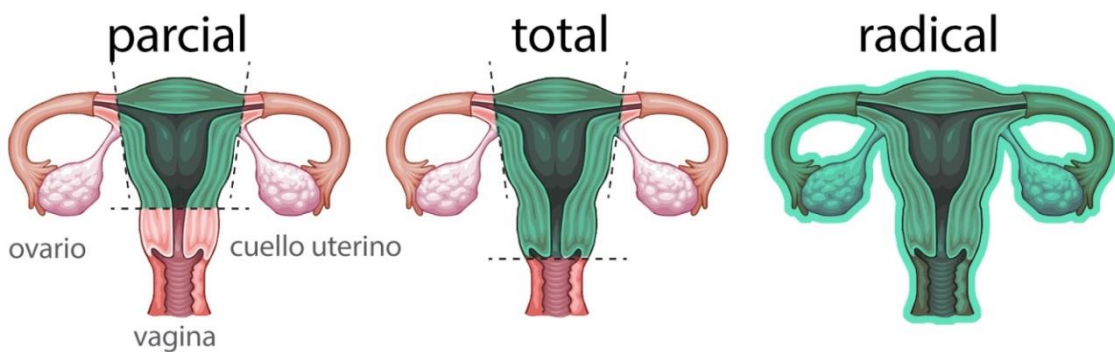
De acuerdo el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos existen tres tipos de histerectomía:

**Subtotal, supracervical o parcial:** solo se extrae la parte superior del útero, pero el cuello uterino no se extrae.

**Total:** se refiere a la extracción del útero y el cuello uterino (cérvix).

**Radical:** además del útero y el cuello uterino, también se extraen las estructuras alrededor del útero: ovarios y trompas de Falopio, [incluido el tercio superior de la vagina; junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos]. (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2015; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 11)

Figura 5. Tipos de histerectomía.



(Salud Mujer, 2020)



## **1.5 Técnicas quirúrgicas**

La Histerectomía puede abordarse con un mayor número de opciones, entre ellas: histerectomía vaginal (HV), histerectomía abdominal (HA) e histerectomía laparoscópica (HL), cada una de ellas con diferentes ventajas y limitaciones.

Thompson, Komesu, Qeadan, Jeppson, Cichowski, Rogers, Dunivan (2018; citados en Aguilar Peña 2020) indican que, “ninguno de estos tipos incluye la extracción de los ovarios o las trompas de Falopio, este procedimiento (salpingo-oforectomía) tiene otras indicaciones propias” (p. 14).

Pérez-Carbajo, Martín-Arias y Kazlauskas (2009; citados en Franco Carrero 2017) indican que, “la elección de una u otra dependerá de las cirugías previas, características de la mujer, tamaño y movilidad del útero y de la morbilidad asociada” (p. 5).

Solà, Ricci, Pardo y Guiloff (2006; citados en Franco Carrero 2017) mencionan que, “debido al daño que pueden sufrir tanto nervios como estructuras de soporte, la técnica más adecuada será aquella que permita preservar indemne el suelo pélvico (SP)” (p. 5).

Franco Carrero (2017) nos dice que, “tradicionalmente la más usada ha sido la vía abdominal, sin embargo la gran mayoría de las histerectomías abdominales pueden evitarse por el abordaje laparoscópico, incluidos los casos con adherencias abdominopélvicas, tumores anexiales y endometriosis” (p. 5).

A continuación se describen las técnicas quirúrgicas mencionadas anteriormente.

### **1.5.1 Histerectomía Abdominal (HA)**

La histerectomía abdominal es la que más se realiza en el mundo y consiste en extirpar el útero a través de la pared abdominal mediante una incisión transversal (como una cesárea) o longitudinal (del pubis al ombligo); ésta última debería ser reservada en la actualidad casi exclusivamente para casos oncológicos. (Thompson, Komesu, Qeadan, Jeppson, Cichowski, Rogers, Dunivan, 2018; citado en Aguilar Peña, 2020, p. 15)

Franco Carrero (2017) indica que la histerectomía por vía abdominal, “permite al cirujano la palpación directa de los órganos pélvicos, sin embargo puede producir mayor dolor postoperatorio y favorecer la formación de adherencias, dejando cicatriz abdominal, y no siempre se obtiene mejor visión de la cavidad abdominopélvica” (p. 6).

Thompson, Komesu, Qeadan, Jeppson, Cichowski, Rogers, Dunivan (2018; citados en Aguilar Peña 2020) mencionan que, “este tipo de histerectomía no forma parte de lo que en la actualidad llamamos cirugía mínimamente invasiva ya que requiere de unos 3 a 4 días de hospitalización y es relativamente dolorosa en el post operatorio” (p. 15).

### **1.5.2 Histerectomía Vaginal (HV)**

Facilita la apertura del fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas, la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. El problema fundamental de la histerectomía vaginal es la escasa visualización de la parte superior de la pelvis. (Solà, Ricci, Pardo y Guiloff, 2006; citado en Franco Carrero, 2017, p. 6)

Franco Carrero, (2017) menciona que, “[la histerectomía vaginal] conlleva menor tiempo de intervención quirúrgica, menores secuelas sobre vísceras abdominales, menores complicaciones postoperatorias y desventajas estéticas” (p. 6).

La histerectomía vaginal es la que tiene mejor recuperación. Es una extraordinaria manera de extirpar el útero y es la vía preferente en muchos centros europeos. Requiere de experiencia en cirugía vaginal y uroginecológica, ya que con frecuencia debe realizarse en concomitancia con reparación del suelo pélvico (corrección de prolapsos e incontinencia urinaria). (Aguilar Peña, 2020. p. 15)

Aguilar Peña (2020) enfatiza que, “en la recuperación la paciente se encuentra prácticamente asintomática al día siguiente y a las 48 horas en su hogar” (p. 15).

Para poder realizarla deben cumplirse algunos aspectos, como experiencia y conocimiento de la técnica, útero móvil y que su volumen no sea mayor de un puño, estructuras ósea y musculoaponeuróticas de la pelvis que permitan campo operatorio, anejos sin afección importante y, por supuesto, instrumental apropiado. (Rodríguez, 1995; citado en Franco Carrero, 2017, p.6)

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015; citado en Franco Carrero 2017) indica que “cuando el útero sea muy grande o haya adherencias no será posible realizar la histerectomía vaginal” (p. 6).

### 1.5.3 Histerectomía Laparoscópica (HL)

Solà, Ricci, Pardo, Guiloff (2006; citados en Franco Carrero 2017) menciona que, la histerectomía laparoscópica “[es] utilizada para el diagnóstico y posterior tratamiento de patologías como adherencias y endometriosis, la remoción ovárica, sección del ligamento ancho, identificación de los uréteres, y la realización de una hemostasia minuciosa” (p.7).

En esta intervención se utiliza un laparoscópico que es un tubo con una cámara que por el ombligo visualiza el abdomen e inyecta gas para mantenerlos distendido. Se agregan dos pequeñas punciones abdominales bajas de 5mm cada una, por las cuales se introducen los instrumentos. Éstos son coaguladores, pinzas y tijeras. (Aguilar Peña, 2020, p. 15)

Solà, Ricci, Pardo, Guiloff (2006; citados en Franco Carrero, 2017) mencionan que, la histerectomía por vía laparoscópica “acorta los tiempos operatorios, siendo un procedimiento mínimamente invasivo y asociado a menor pérdida de la función sexual, menores complicaciones, lesiones y síntomas urinarios” (p.7).

**Tabla 1.** *Histerectomía: tipos, característica, desventajas y beneficios.*

Histerectomía: tipos, característica, desventajas y beneficios.			
Tipos	Características	Desventajas	Beneficios
Histerectomía Vaginal (HV)	El útero se extrae a través de la vagina. Es utilizada ante la presencia de anomalías menstruales como el Sangrado Uterino Disfuncional (SUD).	No se recomienda en el caso de úteros muy grandes. No se recomienda en el caso de la presencia de adherencias en el útero. No se recomienda en el caso de la presencia de elementos grandes a extraer.	Existen menos complicaciones después de la cirugía. El tiempo de recuperación es corto.
Histerectomía Abdominal (HA)	El útero se extrae a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. Se realiza ante neoplastia ginecológica, endometriosis, adherencias en el	Existen complicaciones, como infecciones en el área en el periodo de hospitalización o recuperación en casa. El periodo de recuperación es más prolongado a	Es ideal para las pacientes que presenten miomas que son muy grandes y no pueden ser extraídos de otra forma.

	útero o si éste es grande.	comparación de la histerectomía vaginal o laparoscópica.	
Histerectomía Laparoscópica (HL)	Se realiza por medio de un laparoscópico, el útero se extrae en pequeños segmentos por las incisiones y por una incisión más grande en el abdomen o por la vagina.	La duración de la cirugía es mayor comparada con los otros tipos de histerectomía y se tiene el riesgo de lesión a las vías urinarias u otros órganos.	El dolor postoperatorio es menor, así como el riesgo de alguna infección y el periodo de hospitalización es menor comparada con los otros tipos de histerectomía. Se tiene menos sangrado intraoperatorio, menor tiempo de estancia hospitalaria, menor para que la paciente regrese a sus actividades normales.
Nota: La histerectomía por laparoscópico posee mayores beneficios en cuanto a menor dolor, menor riesgo de infección y menor estancia hospitalaria a comparación de la histerectomía vaginal o abdominal.			

(Bernal Contreras, 2020, p. 14)

La histerectomía abdominal es hasta la actualidad la [intervención] que con mayor frecuencia se realiza en todo el mundo, aunque existe evidencia de que la histerectomía vaginal tiene menos complicaciones y el tiempo de recuperación en el hospital es menor, lo que conlleva costes más bajos para las instituciones de salud. (Ortega, 2011; citado en Bernal Contreras, 2020, p.16)

Bernal Contreras (2020) indica que, “la histerectomía laparoscópica se recomienda en las pacientes que presentan cáncer de ovario y en aquellas que presenten sobrepeso u obesidad” (p.16).

### 1.6 Complicaciones de la Histerectomía

La Real Academia Española (2021) define la palabra complicación, como “la acción y efecto de complicar, la dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas, o complejidad” (p. 1).

De acuerdo a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (s.f. citado en Secretaria de Salud 2012) la palabra complicaciones se define como, un “evento que sobreviene durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente, o por iatropatogenia” (p. 91).

Por otro lado el “Medical Dictionary Search Engine” (s.f. citado en Gaitán 2003), define la complicación médica como, “un término utilizado para describir problemas médicos adicionales que se desarrollan después de un procedimiento, tratamiento o enfermedad” (p. 2009).

De la misma forma se agrega que,

Las complicaciones por lo general están directa o indirectamente relacionadas con un procedimiento, conocido como riesgo del procedimiento, a un tratamiento conocido como efecto colateral o toxicidad, o se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico. (Gaitán, 2003, p. 2009)

Toda intervención asistencial a la salud puede generar complicaciones; siguiendo a Gómez, Ruiz, Álvarez, Avilés, Pérez y Cañadas de la Fuente (2014; citados en Franco Carrero 2017) indican en la histerectomía, “estas complicaciones pueden diferenciarse en quirúrgicas, médicas y psicológicas” (p. 9).

En la histerectomía Abdominal las complicaciones se presentan entre 9 y 41%, fluctúan entre 7 y 8% en la histerectomía vaginal y de en un 10% en la histerectomía laparoscópica. La histerectomía vaginal asistida por lapascopia, que fusionan las ventajas de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, tiene un porcentaje de complicaciones del 5%. (Solà, Ricci, Pardo y Guiloff, 2006, pp. 365-366)

### **1.6.1 Complicaciones quirúrgicas**

#### **Hemorragias postquirúrgicas**

Las complicaciones hemorrágicas asociadas a la histerectomía se relacionan con diversas variables, incluyendo el tipo de histerectomía realizada. La media estimada de pérdida de sangre para histerectomía abdominal es de 238-660.5 ml; para la histerectomía laparoscópica, de 156-568 ml; y para la histerectomía vaginal, de 215-287 ml. (Clarke-Pearson y Geller, 2013, p. 16)

Clarke-Pearson y Geller (2013) resalta que, “en algunos casos también se correlacionan con la ruta de la cirugía otros parámetros de pérdida de sangre tales como transfusión, disminución de la hemoglobina, hematoma y lesión vascular” (p. 16).

## **Lesiones de los órganos vecinos**

De acuerdo a Franco Carrero (2017) la histerectomía puede llegar a afectar a los siguientes órganos:

- Vejiga: es más común en Histerectomía Vaginal que en Histerectomía Abdominal [1 en 150 mujeres].
- Uréter: más frecuente en Histerectomía Abdominal e Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia [1 en 150 mujeres].
- Intestino: menos frecuente en Histerectomía vaginal que Histerectomía Abdominal [1 en 2500 mujeres] (p. 9).

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017),

El riesgo de daño a órganos circundantes es elevado en mujeres que han tenido previas operaciones como cesáreas, o mujeres con endometriosis. Si este tipo de daño ocurre, probablemente se necesitará de una operación adicional la cual no estaba planeada. Esto ocurre cerca de 1 en 500 mujeres. (The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2006; citado en Morales Castellón y Morales Duarte p. 14)

## **Infecciones**

Clarke-Pearson y Geller (2013) hace hincapié en que, “el índice de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable. Las tasas informadas son de 10.5% para la histerectomía abdominal, 13.0% para la histerectomía vaginal y 9.0% para la histerectomía laparoscópica” (p. 3).

De acuerdo a lo anterior Clarke-Pearson y Geller (2013) indica que, “las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, y morbilidad febril” (p. 3).

## **Infección de la herida**

Clarke-Pearson y Geller (2013) indica que la infección de la herida, “suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos "limpios-contaminados" con entrada controlada hacia el tracto GU (vagina)” (p. 5).

Clarke-Pearson y Geller (2013) agrega que, “los síntomas de infección de la herida pueden incluir fiebre, posiblemente con un pico diario, y un aumento del dolor en el sitio de la incisión” (p. 5).

### **Hematoma infectado o absceso**

Un hematoma pélvico infectado o absceso suele presentarse después del alta hospitalaria, a menudo después de que se presenta celulitis del manguito. Las estimaciones de la incidencia de una acumulación de fluido después de la histerectomía van desde 19.4% hasta 90%, con estimados de incidencia de hematoma de 0% a 14.6%.<sup>3</sup> Los síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, dolor pélvico, e incluso presión rectal. (Clarke-Pearson y Geller, 2013, p. 4)

### **Celulitis del Manguito Vaginal**

Una de las complicaciones infecciosas más comunes después de la histerectomía, que es específica para este procedimiento, es la celulitis del manguito vaginal. Esto suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La incidencia varía de 0% a 8.3% después de la histerectomía. Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción vaginal purulenta (que se debe distinguir de un flujo fisiológico), y dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. (Clarke-Pearson y Geller, 2013, p. 4)

## **1.6.2 Complicaciones médicas**

Franco Carrero (2017) nos indica que las complicaciones médicas, “suponen un 8%, y son enfermedades cardíacas, infecciones urinarias, neumonía, tromboembolismo (trombosis venosa profunda [TVP] o embolia pulmonar), etc. (p. 10)

De acuerdo a Cortés González (2021) “las complicaciones como eventos tromboembólicos venosos son tan bajas como el 1%” (p. 13)

En un metaanálisis realizado por Cochrane; citado en Clarke-Pearson y Geller (2013) “no se encontró diferencia en la incidencia de tromboembolia venosa entre la histerectomía abdominal, la vaginal y la laparoscópica” (p. 7).

## **1.7 Complicaciones psicológicas**

Cuamatzi-Peña y Villela-Mamede (2009; citados en Franco Carrero 2017) denotan que, “la pérdida del útero puede afectar a las esferas psicológica y social de la mujer. Supone una situación difícil de aceptar y puede influir y llegar a perjudicar la vida, tanto familiar como conyugal” (p. 10).

La cirugía puede causar temor y ansiedad, generalmente por mitos o ideas preconcebidas socialmente sobre la identidad femenina, sexualidad y maternidad tras la pérdida del útero. La ansiedad es debida a la ausencia de control y a que la cirugía resulta impredecible. Todas estas alteraciones del estado de ánimo hacen que la recuperación postoperatoria se ralentice. (Gómez, Ruiz, Álvarez, Avilés, Pérez y Cañadas de la Fuente, 2014; Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortés, 2005; citado en Franco Carrero, 2017, p. 10)

Gómez, Ruiz, Álvarez, Avilés, Pérez y Cañadas de la Fuente (2014; citados en Franco Carrero 2017) agregan que, “suelen ser más proclives a una buena recuperación las mujeres que ya tuvieron hijos” (p. 10).

Por otro lado,

Naughton hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a la histerectomía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes. (Naughton, 2002; citado en Cerda, Pino y Urrutia, 2006, p. 219)

Al respecto, se agrega que,

Al estudiar mujeres con depresión pre-operatoria, [se] evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la histerectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno, sin embargo, la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la histerectomía o la cirugía de urgencia, son aspectos que influyen en la aparición de depresión u otros trastornos. (Naughton, 2002; citado en Cerda, Pino y Urrutia, 2006, p. 219)

De acuerdo a Wade, Morgan y Meting (2000) ante la pérdida del útero, las mujeres experimentan una reacción emocional breve que dependerá de varios factores, entre ellos:

- El grado de preparación que tengan antes de la cirugía.
- El momento de sus vidas en el que se les practique la cirugía.
- Motivo por el cual se le realiza la cirugía.
- Si el problema médico ha sido curado.



- Si cuenta con el apoyo de familiares y amigos. (Wade J., Morgam S.W. y Maeting S. A., 2000; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 14)

Por otro lado Bellak (s.f. citado en Morales Castellón y Morales Duarte 2017) señala que “la respuesta de una mujer ante una enfermedad orgánica y sus efectos van a depender de la personalidad de la paciente y el grado de respuesta emocional, patológica o no patológica, que surge ante la enfermedad” (pp. 14-15).

Bellak, (s.f.); citado en Morales Castellón y Morales Duarte, prevé diferentes tipos de respuestas ante una histerectomía que puede presentar una mujer:

- Una reacción normal que se caracteriza por fases de angustia o depresión. Esta reacción tendrá un límite de tiempo.
- Podría presentarse una reacción de evaluación a la enfermedad que tendría su manifestación en la negación de la misma, dicha negación se podría convertir en una depresión acompañada por estados de angustia.
- Puede presentarse una depresión reactiva que puede prolongarse y/o manifestarse en rasgos hipocondriacos.
- Otras personas podrían centrar en la enfermedad todos los conflictos psicológicos existentes con anterioridad.
- En sus extremos se puede llegar a presentar una invalidez psicológica de sus seres más allegados, limitando su vida, dejando de realizar sus actividades cotidianas, asumiendo una actitud de víctima. (Bellak, s.f.; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 15)

De acuerdo a González Labrador (1998), una mujer después de realizada la histerectomía cursa por tres fases donde pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema:

**Primera fase (de conmoción, incredulidad o incluso negación):** durante esta fase hay disminución de la confianza de sí misma, dudas sobre ella misma y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención.

**Segunda fase (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico se ha realizado):** se produce una afectación con depresión, puesto que la posibilidad de concebir ya no es posible. Aparece irritación, furia, culpa, soledad, ansiedad y depresión, así como el duelo en solitario,

generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.

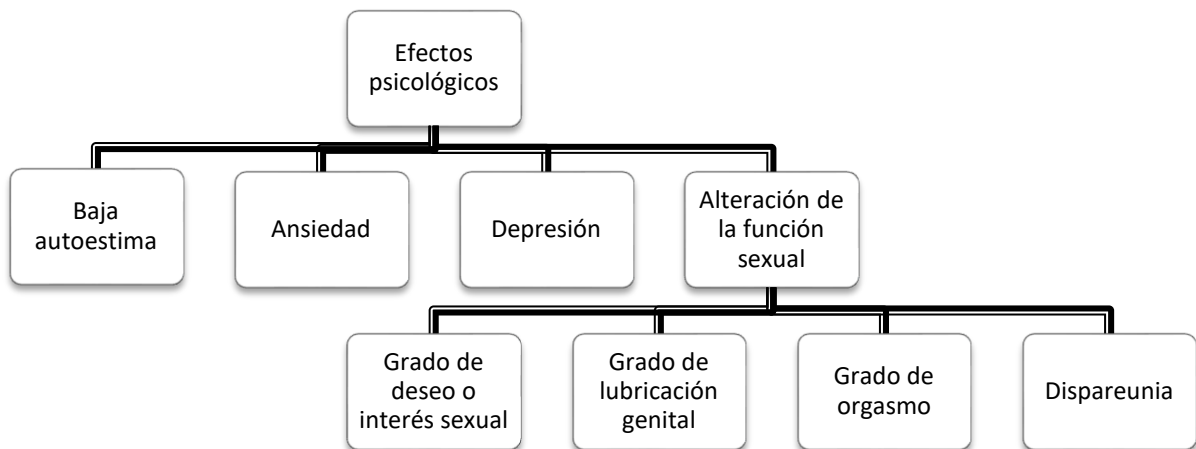
**Tercera fase (de aceptación y conformidad):** fase muy difícil, puesto que la mujer no ha resuelto su dolor (duelo con su cuerpo y con ella misma), y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de su vida sexual y social. (González Labrador, 1998; citado en González Labrador, 2008, p. 3)

González Labrador (2008) enfatiza que, “si desde el plano social uno de los mitos femeninos principales es el de mujer=madre, lógicamente la intervención contrapone a la mujer con ese desempeño” (p. 4).

De acuerdo a González Labrador (2008) el maternaje ha sido conceptualizado como, “una larga cadenas de sucesos que empiezan con la gestación y terminan cuando acaba la vida de la mujer”.

La mujer histerectomizada frente a la extirpación del útero evidencia situaciones emocionales, fisiológicas y cambio o dificultad para asumir sus roles, estos problemas pueden influenciar negativamente en su nivel de adaptación porque podría verse afectadas sus relaciones familiares, especialmente con su pareja al desempeñar sus actividades cotidianas, lo cual puede generar problemas o dificultades de adaptación en la mujer histerectomizada. (Gutiérrez, 2010; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p.18)

**Figura 6.** *Efectos psicológicos de la histerectomía*



(Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 16)

A continuación se hace mención de los estados psicológicos que pueden presentarse en la mujer después de una histerectomía:

### **Baja autoestima**

Jawor y cols. (2001; citados en Cerda, Pino y Urrutia 2006) apuntan que, “la histerectomía desencadena conflictos de autoestima” (p. 219).

Para Coopersmith (1967) la autoestima es,

La evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo; también con la autoestima se expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. (Coopersmith, 1967; citado en Covarrubias y Gómez, 1998, p. 104)

Naughton (2002; citado en Morales Castellón y Morales Duarte 2017) define la autoestima como, “una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo” (p. 17).

La histerectomía en una mujer, es una cirugía que pone fin a la vida reproductiva, siendo una amenaza a su sentido de identidad de género, donde una de las primeras manifestaciones post-quirúrgicas son los cuestionamientos acerca de su condición femenina, ya que toda intervención representa un “temor, asalto al cuerpo o ansiedad de castración”, particularmente en este caso la pérdida del órgano sexual posee una fuerte carga simbólica de gran relevancia para constituir el concepto de feminidad, el cual modifica en alguna medida la autoimagen y la autoestima de las mujeres. Asimismo, puede provocar un cambio en la relación de pareja o sexualidad. (González, 2001; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 17)

Por otro lado en Gutiérrez, Soto, Suazo, Solovera, Salas y Espinoza (2012) en su trabajo de investigación mencionan que,

Las mujeres identifican que los hombres se refieren a las mujeres histerectomizadas en términos negativos a pesar que ellas puedan identificar que estos comentarios nacen del desconocimiento de los hombres sobre la cirugía, las palabras pueden tener el poder de socavar su autoestima. (Richter, McKeown, Corwin, Rheume y Fraser, 2000; Marván, Islas,

Vela, Chrisler y Warren, 2008; citados en Gutiérrez, Soto, Suazo, Solovera, Salas y Espinoza, 2012 p. 1337)

De acuerdo a González Labrador (2008) la disminución de la autoestima en una mujer hysterectomizada puede darse debido a que, la mujer puede sentir,

Su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual. (González Labrador, 2008, p. 3)

### **Ansiedad**

Rosa et al. (1988; citados en Bernal Contreras 2020) definen la ansiedad como, “una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloban aspectos fisiológicos que conllevan un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que implican comportamientos poco ajustados” (p. 19).

De acuerdo a Luque (2010; citado en Morales Castello y Morales Duarte 2017), la ansiedad es una, “reacción emocional necesaria para la supervivencia de los individuos. Las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica” (p. 19).

Morales Castellón y Morales Duarte (2017) mencionan que, “las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales” (p. 19).

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico una de las regiones más afectadas del cerebro. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos, las características de la personalidad. (Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 19)

Barrilero, Casero, Cebrián, et al. (1996) indican que,

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente. (Barrilero, Casero, Cebrián, et al., 1996; citados en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 20)

De acuerdo a Barrilero, Casero, Cebrián, et al. (1996; citados en Morales Castello y Morales Duarte 2017) “el hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos” (p. 20).

Barrilero, Casero, Cebrián, et al. (1996) agregan que,

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra la característica estresante de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo. (Barrilero, Casero, Cebrián, et al., 1996; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 20)

### **Depresión**

La Organización Panamericana de la Salud (s.f.) define a la depresión como, “una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas” (p. 4).

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden decir que se sienten tristes, sin esperanza, un desecho o alguien que no vale la pena. Para el paciente, el estado de ánimo deprimido es diferente a una emoción normal de tristeza o duelo. Los pacientes a menudo describen el síntoma de la

depresión como un dolor emocional angustioso. (Ahumada, Aliaga y Bolívar, 2001; citados en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 21)

De acuerdo a Ju-Yu, Yung-Hung, Cheng-Yu, et al. (2008; citados en Morales Castellón y Morales Duarte 2017), “tener problemas emocionales previos, una pobre imagen corporal, un funcionamiento sexual no satisfactorio y altos niveles de estrés, en los reportes, estos fueron considerados como factores de riesgo para observar un desorden depresivo mayor en la paciente histerectomizada” (p. 21).

Cánovas, Moix, Cos y Foradada (2001) agregan que,

También está el hecho de que si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad. Las pacientes cuya histerectomía deje uno o los dos ovarios intactos, tienen un 50% de oportunidad de experimentar la menopausia a los 5 años de su operación. (Cánovas, Moix, Cos y Foradada, 2001; citados en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 21)

### **Alteraciones de la función sexual**

Laumann (1999; citado en Morales Castellón y Morales Duarte 2017) indica que, “la sexualidad [es] un aspecto central en la vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social” (p. 22).

De acuerdo a Ochoa (2001) para el placer sexual la mujer posee el clítoris que, “está fuera, no dentro, [es] capaz de proporcionar orgasmos [...] con solamente unas caricias. Es el principal lugar del placer femenino. Está ubicado arriba de los labios menores de la vulva femenina” (p. 26).

Arango de Montis (2008) señala que, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con la World Association of Sexology (WAS) en la reunión celebrada en Guatemala en el año 2000 definen a la sexualidad de la siguiente manera:

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de

factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) y World Association of Sexology (WAS), 2000; citado en Arango de Montis, 2008, p. 6)

La respuesta sexual humana de acuerdo a Masters y Johnson (1966) consiste en cuatro fases secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

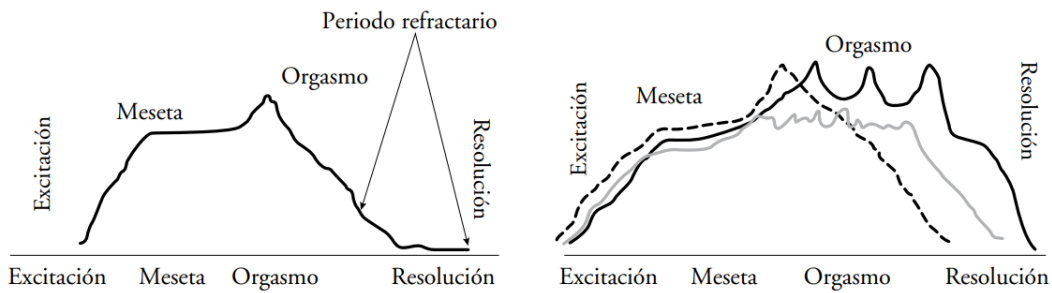
**Fase de excitación.** Inicia el ciclo de respuesta sexual. Ante determinados estímulos eróticos el sistema sexual se activa y se producen los cambios fisiológicos correspondientes. La tumefacción genital es el cambio más típico que corresponde a esta fase. Se manifiesta en las modificaciones anatómico-fisiológicas, engrosamiento de los labios vulvares, cambio de tonalidad y sobre todo la aparición de la lubricación vaginal. En el hombre la respuesta equivalente es la erección. La fase de excitación se caracteriza por el grado de tensión sexual que la estimulación provoca. (Masters y Johnson, 1966; citados en Gómez Zapiain, 2014, p. 237)

**Fase de meseta.** De acuerdo a Masters y Johnson (1966; citados en Gómez Zapiain 2014) “se caracteriza por constituir un alto grado de excitación sexual. No ocurren cambios diferentes, en todo caso se incrementan los producidos en la fase anterior. En esta fase se alcanza el umbral mínimo para la consecución del orgasmo” (p. 237).

**Fase de orgasmo.** Masters y Johnson (1966; citados en Gómez Zapiain 2014) nos dicen que, “se trata de un reflejo que se dispara superado el umbral de excitación. El orgasmo supone la liberación de la tensión provocada por la vasocongestión y la miofonía producida en las fases anteriores” (p. 237).

**Fase de resolución.** Masters y Johnson (1966; citados en Gómez Zapiain 2014) mencionan que, “la resolución es la fase en la que todos los cambios producidos durante el ciclo vuelven a la normalidad, a sus valores normales” (p. 237).

**Figura 7.** *Ciclo de la respuesta sexual masculina y femenina según Masters y Johnson.*



(Gómez Zapiain, 2014, p. 237)

Masters y Johnson, 1966; citados en Gómez Zapiain (2014) agregan que,

El hombre, después de la fase de resolución, entra en lo que ellos denominaron el periodo refractario en el cual no es posible la excitación. El inicio de un nuevo ciclo de respuesta sexual solo será posible pasado un cierto tiempo, que dependerá de algunas variables como la edad, el estado de salud, etc. En la mujer sin embargo no existe el periodo refractario, al contrario, la mujer tiene capacidad multiorgásmica. (Masters y Johnson, 1966; citados en Gómez Zapiain, 2014, p. 237)

Laumann y cols. (1999; citados en Morales Castellón y Morales Duarte 2017) indican que, “43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual, que comprometen fundamentalmente el deseo y la excitación” (p. 21).

De acuerdo a Srivasta, Thakar y Sultan (2008; citados en Morales Castellón y Morales Duarte 2017), podemos definir a la Disfunción Sexual como, “alteraciones en el deseo sexual y cambios psico-fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual que causan malestar emocional y psicológico relevante y la dificultad en las relaciones interpersonales, siendo así la disfunción sexual femenina un fenómeno multifactorial”. (p. 22)

Respecto a las consecuencias de la histerectomía en el funcionamiento sexual femenino,

El funcionamiento sexual puede estar alterado por varias razones. Entre ellas destacan, la actitud de las mujeres con respecto a la vida sexual dependiendo del tipo de cirugía, la edad, las lesiones de estructuras vasculares en el momento de la operación, por denervación, o por el posible acortamiento de la vagina. (Sobral Portela y Soto González, 2015, p. 26)



Por otro lado, González Labrador (2008) menciona que,

La histerectomía va acompañada de alteraciones de la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. Los problemas sexuales posteriores a esta intervención pueden ser continuación o evolución de dificultades ya existentes anteriormente. Si la mujer asocia su sexualidad con la reproducción únicamente, seguro experimentará una disminución de la libido y de su capacidad de respuesta sexual, pues después de la intervención la función reproductora es imposible. (González Labrador, 2008, p. 3)

Kaplan (1982) indica que,

La función sexual femenina es el resultado de la suma de varios factores interrelacionados. La histerectomía puede repercutir en las mujeres debido al estrés por la pérdida de la función reproductora, la pérdida de la función menstrual y de la sexualidad, así como de su valor sexual, habiendo mujeres que temen no solamente la disminución de su deseo sexual y de su capacidad de respuesta sexual, sino al descenso de su atractivo, muchas veces por desconocimiento acerca de este procedimiento a la que atribuyen un valor, tanto objetivo como simbólico. (Kaplan, 1982; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 21)

Morales Castellón y Morales Duarte (2017) enfatizan que,

La mayor parte de las veces, la incapacidad de tener una respuesta sexual normal se debe a factores psicológicos que alteran el despertar sexual. Tales problemas comprenden como la información errónea, por ejemplo, las mujeres que han sido sometidas a la histerectomía pueden sentirse “incompletas”, de igual manera, algunas perciben la satisfacción sexual como mala o tienen sentimientos de culpa. (Clsselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci y Kasper, 1994; citados en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 22)

De acuerdo a González Labrador (2008) se puede establecer que,

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante para la siguiente adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero con la pérdida de la feminidad o la disminución del libido, suelen evitar la interacción con su pareja, algunos no conocen la anatomía y fisiología femenina, y de los resultados funcionales de la operación, pueden mostrarse ansiosos o

culpables respecto a la actividad sexual posterior al acto quirúrgico. (González Labrador, 2008, pp. 4-5)

De acuerdo a Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Izaguirre y Sarrá (2004) en el trabajo de investigación “Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer” menciona respecto a las disfunciones sexuales que, “un nivel educacional mayor, y la estabilidad de pareja, son factores protectores” (p. 120).

- Disminución del Deseo o interés sexual:

Kaplan (1995; citado en Shibley Hyde y DeLamater 2006) definen al deseo sexual, o libido, como al “interés en la actividad sexual, que conduce al individuo a buscar la actividad sexual o a ser receptivo de manera placentera hacia tal actividad” (p. 459).

El deseo sexual es una emoción, un impulso, una fuerza que nos mueve al encuentro íntimo con otras personas. Nos motiva a relacionarnos, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a disfrutar y pasarla bien, a sentir placer, etc. Junto con la atracción y el enamoramiento, forman lo que se conoce como sentimientos sexuales; sentimientos que constituyen un magnífico patrimonio de la sexualidad humana y que regularán ésta durante toda nuestra vida. (Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Azguirre y Sarrá, 2004; citados en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 22)

De acuerdo a Basson et al. (2004; Beck, 1995; citados en Shibley Hyde y DeLamater 2006) “cuando el deseo sexual se inhibe, de modo que el individuo no está interesado en la actividad sexual, éste es un trastorno que se denomina deseo sexual hipoactivo (DSH; el prefijo hipo significa “bajo”)” (p. 459).

Shibley Hyde y DeLamater (2006) mencionan que, “en ocasiones, también se le denomina deseo sexual inhibido o deseo sexual bajo” (p. 459).

- Excitación sexual:

Excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y

la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina. (Blümel, Binfa, Cataldo, Carrasco, Azguierre y Sarrá, 2004; citado en Morales Castellón y Morales Duarte, 2017, p. 22)

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2000; citado en Shibley Hyde y DeLamater 2006) “el trastorno de la excitación sexual en la mujer (TESM) se refiere a la falta de respuesta ante la estimulación sexual, incluyendo una falta de lubricación” (p. 460)

El trastorno implica tanto un componente subjetivo, psicológico, como un elemento fisiológico. Algunos casos se definen por la propia sensación subjetiva de la mujer en cuanto a no sentirse excitada a pesar de la estimulación adecuada y otros se definen por las dificultades con la lubricación vaginal. (Basson et al., 2004; citado en Shibley Hyde y DeLamater, 2006, p. 460).

Shibley Hyde y DeLamater (2006) indican que, “algunos casos se definen por la propia sensación subjetiva de la mujer en cuanto a no sentirse excitada a pesar de la estimulación adecuada y otros se definen por las dificultades con la lubricación vaginal” (p. 460).

- Orgasmo:

De acuerdo a Shibley Hyde y Delamater (2006) se puede denominar al orgasmo como, “una sensación intensa que ocurre en el momento culminante de la excitación sexual y al cual le sigue la liberación de las tensiones sexuales” (p. 208).

El proceso del orgasmo en las mujeres es similar al de los varones. Es una serie de contracciones musculares rítmicas de la plataforma orgásmica. En general, las contracciones suceden a intervalos de 0.8 segundos; puede haber tres o cuatro en un orgasmo leve, y tantas como una docena en un orgasmo muy intenso y prolongado. (Shibley Hyde y DeLamater, 2006, p. 208)

Shibley Hyde y DeLamater (2006) indica que, “el trastorno orgásmico femenino es la incapacidad para tener un orgasmo. Este padecimiento recibe una variedad de otros nombres, incluyendo disfunción orgásmica, anorgasmia y orgasmo femenino inhibido” (p. 462).

- Dispareunia:

Eicher (1978; citado en Morales Castellón y Morales Duarte 2017) “postuló que la histerectomía podría causar dispareunia por acortamiento de la cúpula vaginal” (p. 23).

Gómez Zapiain (2014) denomina a la dispareunia como, “[la] dificultad en el emparejamiento, en el ámbito de las dificultades sexuales esta entidad clínica se refiere al dolor en el coito. El dolor puede ser de varios tipos, agudo y profundo, irritativo y externo, punzante, etc.” (p. 300).

Respecto al origen de esta dificultad, habría que diferenciar las causas físicas de las psicológicas. Esta dificultad habitualmente se asocia a causas de tipo orgánico, como lesiones, malformaciones, inflamaciones, secuelas de intervenciones, etc. Si el dolor está determinado por algunas de las múltiples causas físicas el tratamiento debe ser llevado por el médico especialista correspondiente. (Gómez Zapiain, 2014, pp. 300-301)

Dentro del campo de la terapia sexual, la dispareunia tiene su espacio terapéutico cuando las causas tienen un origen psicógeno. Desde este punto de vista, cualquier motivo que provoque un nivel exagerado de ansiedad puede producir un déficit en la respuesta sexual. Una excesiva tensión de los músculos perivaginales, así como una precaria lubricación vaginal pueden producir sensación de dolor. A veces el dolor es un síntoma de un vaginismo encubierto. (Gómez Zapiain, 2014, p. 301)

### **1.8 Cuidados post histerectomía**

Después de una intervención quirúrgica como la histerectomía se tienen que tener algunos cuidados post operatorios.

El tiempo de reposo hospitalario dura en promedio dos o tres días en los cuales la paciente se encuentra en vigilancia o monitoreo, con el fin de asegurar que al salir del hospital la paciente no presente ninguna complicación en la recuperación en casa. (Ortega, 2011; citado en Bernal Contreras, 2020, p. 17)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2015; citado en Bernal Contreras 2020) recomiendan que la paciente camine, ya que, “al caminar se previene la aparición de coágulos de sangre en las piernas después de la cirugía” (p. 17).

Se recomienda evitar esfuerzos físicos durante las seis semanas posteriores a la intervención quirúrgica para lograr una cicatrización correcta y completa, de igual forma se deben de dar caminatas cortas e ir aumentando la distancia de forma gradual dependiendo completamente de la histerectomía que se haya realizado. Para evitar complicaciones después de la cirugía y una recuperación adecuada, la paciente debe de tener la información indispensable de dichos cuidados al salir del hospital, así como buscar un ambiente adecuado en su hogar, en donde pueda llevar un recuperación cómoda y segura. (Bernal Contreras, 2020, p. 17)

### **1.9 Incidencia Mundial**

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, (2012) menciona que, en “el sistema público de atención en Chile durante el año 2008 se realizaron un total de 11.920 histerectomías, lo que equivale a 32 mujeres histerectomizadas diariamente en este país solo en este sector de la población” (p. 1335).

Sobral Portela, E. y Soto González, E. (2015) mencionan que, la histerectomía “constituye la segunda cirugía que más se aplica en mujeres en edad reproductora y en el rango de edad de 45-64 años presenta una incidencia de un 20,1% en Finlandia, un 19,4% en Alemania, un 13,4% en Portugal y un 11,9% en España” (p. 26).

Cuevas, Díaz, Espinoza y Garrido (2019) indican que, “en Estados Unidos, se estima que se realizan alrededor de 600.000 histerectomías al año, y en Chile, se cree que 1 de cada 5 mujeres será sometida a una histerectomía” (p. 246).

### **1.10 Incidencia Nacional**

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMMS) en el 2004 se realizaron 35,033 histerectomías, siendo la histerectomía la segunda intervención quirúrgica más frecuente después de la cesárea con 217, 661 intervenciones (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2005, p. 512).

En el año de 2005, fueron realizadas 57, 800 histerectomías en los hospitales públicos de México; 60 % de ellas en mujeres entre 35 y 45 años, con miomatosis uterina, cáncer cérvico-uterino en estadios I, II, y III y el 40% restantes fueron en mujeres, entre 15 y 34 años de edad, con complicación de aborto séptico, hemorragia por la atonía uterina en el trabajo de parto y

parto e infección puerperal, causas indirectas y directas. (Cuamatzi-Peña y Villela-Mamede, 2009, p. 11)

Molina, Calvo, García, y Matadamas (2011; citados en Aguilar Peña 2020) señalan que, “en Toluca, Estado de México entre el año 2010 y 2011, se realizaron un total de 232 histerectomías, de las cuales 44 fueron Histerectomía total laparoscópica (HTL), 11 Histerectomía total vaginal (HTV) Y 197 Histerectomía total abdominal (HTA)” (p. 6).

Durante 2012, en los hospitales dependientes de la Secretaría de Salud de Tamaulipas se realizaron 1 024 intervenciones de este tipo (edad promedio de 46 años y desviación estándar de 11.23) con la consiguiente afectación, no sólo en la vida de las mujeres, sino en las parejas y familias donde se encuentran inmersas. (Aquino Bustos, Correa Gutiérrez, Reyes Anaya, y González Rodríguez, 2014)

En Aguascalientes, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo durante un periodo de 4 meses. En este estudio se incluyeron pacientes mayores de 40 años con un diagnóstico preoperatorio de una patología benigna y que se les recomendó un protocolo quirúrgico para la histerectomía abdominal. El tamaño de la muestra fue el total de los 85 pacientes incluidos en el estudio. La principal indicación para someterse a una histerectomía entre los sujetos incluidos en el estudio fue la miomatosis uterina, con una frecuencia de 54 casos (63.5 %). (Briseño, Cruz y Serna, 2011; citados en Aguilar Peña, 2020, p. 6)

Aguilar Villanueva, Zavala García y Arredondo Merio (2019) realizaron en el Hospital Ángeles Pedregal de la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2016, “un estudio de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo y de tipo casos y controles, [en donde] se estudiaron 1,208 pacientes en quienes se llevó a cabo el procedimiento de histerectomía total por vía abdominal o laparoscópica” (p. 337).

Gupta (2014; citado en Secretaria de Salud 2017) indica que, “en Estados Unidos de Norteamérica se realizan cerca de 600,000 histerectomías por año, en México no existe evidencia del número real de histerectomías que se realizan anualmente” (p. 10).

### 1.11 La mujer sin hijos

Lagarde y de los Ríos (2014) menciona que, de acuerdo a la representación ideológica, la reproducción es definida como, “un atributo genérico de las mujeres. De tal manera que aquellas mujeres que no reproducen a los otros son consideradas menos mujeres, menos femeninas” (p. 121).

Sapién López y Córdoba Basulto (1998) indican que, “la identidad de la mujer, según la percepción propia y la de las demás personas, sean mujeres o varones, se basa esencialmente sobre la realización de las funciones de procrear, criar y educar” (p. 83)

La sexualidad femenina tiene dos espacios vitales uno es el de la procreación y otro es el erotismo. Estos ámbitos de la sexualidad son la base de la especiación sociocultural de las mujeres. En torno a la procreación se construye la maternidad como experiencia vital básica, “natural” como contenido de vida de todas las mujeres, como centro positivo de su feminidad, de su “naturaleza”. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 202)

Lagarde y de los Ríos (2014) indica que, “se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada [...]” (p. 202).

Salvador, Vargens y Progianti, 2008; citado en Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) establecen que, “culturalmente el rol de la mujer está asociado a su posibilidad de engendrar, siendo la maternidad uno de los aspectos más reconocidos socialmente” (p. 1337)

Lagarde y de los Ríos (2014) menciona que la sociedad ha establecido que,

Mujer es la que es madre. Por eso al parir –al “dar a luz”, al “dar la vida”, al “traer hijos al mundo” –, la mujer nace como tal para la sociedad y para el estado, en particular para la familia y el cónyuge [...], y para ella misma. La sociedad y la cultura [...] engendran a la mujer a través del parto, por la mediación del otro, del hijo. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 386)

Lagarde y de los Ríos (2014) indica que, “en nuestra cultura resulta de tal manera impensable que una mujer no tenga hijos, que no existe un concepto para designar el hecho y es necesario describirlo” (p. 416).

En general se condena a hombres y mujeres adultos sin hijos, pero en el caso de las mujeres no tener hijos es un atentado imperdonable a la naturaleza. Es concebido como una

mutilación de la mujer. Si la mujer no tiene hijos [...], ha cercenado una parte de su ser, se la concibe como castrada. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 417)

A pesar del peso esencial que tiene la maternidad en la condición femenina, en la identidad de la mujer y en la definición de la feminidad, no existe un concepto que defina el estado de la mujer que no tiene hijos, independientemente de que pueda tenerlos. En la lengua se expresa la imposibilidad del hecho. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 417)

Si cualquier mujer es un ser incompleto, la mujer estéril es un ser incompleto e imperfecto, ocasiona asombro y desdén. La relación casi automática entre los hechos de su cuerpo y su voluntad, asentada en la ideología naturalista de la feminidad, ocasiona que la vivencia de la esterilidad por parte de las mujeres este marcada por la culpa y el castigo “Algo habrá hecho para que Dios la haya castigado con eso”. (Lagarde y de los Ríos, 2014, p. 396).

### **1.12 El significado de la pérdida del útero para parejas heterosexuales**

La experiencia de no tener útero se encuentra rodeada de “mitos y creencias” en torno a esta cirugía. El quedar “hueca”, dejar de ser mujer o tener problemas con la pareja como consecuencia de la histerectomía, son los comentarios que las mujeres deben escuchar y enfrentar durante el proceso quirúrgico. (Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira, 2013, pp. 264-265)

De acuerdo a Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013) “el significado que da la mujer al útero claramente trasciende el entorno cultural en el cual se encuentra. El útero como un órgano que da vida, asociado al rol de ser madre ha sido ampliamente reportado en otras culturas” (p. 266).

Respecto a la sensación de “dejar de ser mujer” Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013) mencionan que, “en un estudio cuantitativo realizado en Estado Unidos [se] encontró que la imagen de la mujer respecto de su femineidad se vio afectada sobre todo a edades menores (p. 266).

La asociación del útero al rol femenino dado que está arraigado en el inconsciente colectivo, debe ser tratada con delicadeza al momento de educar a la mujer sometida a esta cirugía [la histerectomía], relevando el rol femenino a algo que va más allá de poseer o no el órgano en cuestión. Es de importancia educar a las mujeres y sus parejas que: no tener útero no es sinónimo de no ser mujer. (Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira, 2013, p. 266)



Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013) menciona que, “esta cirugía [la histerectomía] se transforma paralelamente, al alivio y cese de síntomas, en una problemática en el fuero más íntimo de la mujer y de su relación de pareja” (p. 267).

- **El significado de la pérdida del útero para la mujer histerectomizada**

Urrutia y Riquelme (2009) indican que “el útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que la extracción del útero conlleva una serie de significados para la mujer, dada su particular importancia” (p. 226).

La extracción del órgano determina una serie de significados para la mujer. El significado que la mujer otorgue a la histerectomía puede influir directamente en el proceso de toma de decisión de someterse a esta cirugía. Un sentido positivo o negativo sobre esta cirugía puede representar que la mujer acceda tempranamente o retrase el procedimiento. (Urrutia y Cols., 2013, p. 263)

Para algunas pacientes la resección de su útero no implica mayores consecuencias emocionales y representa un gran alivio para las mujeres que han sufrido menstruaciones dolorosas y prolongadas, dorsalgias, dispareunia y otros síntomas. Sin embargo, las investigaciones han mostrado que para muchas otras la pérdida del útero conlleva a efectos profundos en su vida futura. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara, 2006, p. 2)

De acuerdo a Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara (2006),

La paciente puede sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada, quizá experimente sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres. Puede aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, una perturbación en su imagen corporal, expresada de tener un hueco, un miedo al vacío. Situaciones como éstas afectan incluso el desarrollo de la vida en pareja, pues si bien físicamente una mujer sometida a histerectomía puede sostener relaciones sexuales normales y satisfactorias, este miedo al vacío será compartido por la pareja que, en muchas ocasiones, vivirá de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara, 2006, p. 2)

Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara (2006), destacan distintos aspectos que conllevan la pérdida de dicho órgano:

- Comporta o no una castración y sume a la mujer en una menopausia (si también es ooforectomizada) para la cual no se ha preparado.
- Repercute de una forma diferente si la mujer previamente ha tenido o no hijos.
- También si en la mujer existen antecedentes psiquiátricos previos las repercusiones psicológicas serán mayores.
- Origina en ella la desaparición de la menstruación, símbolo de la feminidad y fertilidad.
- Ocasiona una reacción diferente en cada mujer en función también de la imagen que ella tenga de sí misma, de su feminidad e incluso de sus perspectivas de futuro. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara, 2006, p. 4)

Urrutia y Riquelme (2009) en su estudio “Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas” analizan las respuestas a la pregunta “¿Qué significa para usted que le hayan sacado el útero?” realizada a mujeres histerectomizadas. De acuerdo a la información obtenida establecieron tres temas que reflejan el significado que para las mujeres tiene la extracción del útero: pérdida, tristeza-dolor y mejoría de una enfermedad.

Pérdida:

La pérdida es un concepto que involucra muchos aspectos en la temática descrita por este grupo de mujeres: Se pierde la esencia femenina, lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, al perder la posibilidad de ser madre, de menstruar y en ocasiones la pareja. (Urrutia y Riquelme, 2009, p. 277)

La femineidad, está claramente asociado a la imagen del útero. Los testimonios señalan que la mujer ha perdido algo propio de su ser femenino. Dicha pérdida va a su vez asociada a la percepción de quedar incompleta, con ausencia de algo especial, esencial, término que muchas de ellas utilizan como “quedar vacía” o “quedar hueca”. (Urrutia y Riquelme, 2009, p. 277)

Urrutia y Riquelme (2009) menciona que, “la pérdida percibida por las mujeres se asocia a la muerte de una parte de ellas, la imposibilidad de ser madre. A su vez, la extracción del útero conlleva el riesgo de perder a la pareja” (p. 277).

Urrutia y Riquelme (2009) indican que, “la pérdida de las menstruaciones, a diferencia de las otras pérdidas descritas, es la única que puede tener una lectura tanto positiva como negativa: “Lo único bueno es no tener más reglas, pero no sé, igual da pena”” (p. 277).

Tristeza-dolor:

Los sentimientos asociados a la extracción del útero más bien apuntan a señalar que es una experiencia dolorosa y no exenta de pena. La tristeza y el dolor se ven reflejados en los testimonios de las mujeres: “Me duele como en el corazón, da pena”, “No quiero pensar en eso, me da una tristeza enorme”. (Urrutia y Riquelme, 2009, p. 278)

Cabe señalar que la tristeza asociada a la extracción del útero se encuentra a su vez relacionada al sentimiento de pérdida que la mujer vive, y a la sensación de soledad que eso conlleva: “Una sensación de soledad, de ser diferente a como era antes”. (Urrutia y Riquelme, 2009, p. 278)

Mejoría de la enfermedad:

Urrutia y Riquelme agregan que, “la extracción del útero es relacionada a la tranquilidad de tener un control de la enfermedad, de haber solucionado el problema de salud, y de no sufrir la sintomatología asociada a la patología” (p. 278).

Para concluir Reis, Engin, Ingec, Bag (2008) indican que,

La pérdida que la mujer vive, y por lo tanto los sentimientos que ella refiere en relación a la extracción del útero, están asociados al rol que desarrolla en la sociedad, y por ende a las expectativas que se tienen de ellas en relación a tener hijos, ser madre y ser esposa. (Reis, Engin, Ingec, Bag, 2008; citado en Urrutia y Riquelme, 2009, p. 278)

Reis, Engin, Ingec, Bag (2008; citado en Urrutia y Riquelme 2009), agregan que, “el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres” (p. 278).

- **El significado de la pérdida del útero para el hombre, pareja de una mujer hysterectomizada**

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) realizaron un estudio en donde analizaron la información de las entrevistas que realizaron a hombres parejas de mujeres hysterectomizadas, con el objetivo de conocer el significado de la hysterectomía, de donde emergieron cinco dimensiones que representan aspectos únicos del significado de la extracción del útero para sus parejas.

#### Dimensión síntomas:

La dimensión síntomas involucra las señales físicas visibles causadas por una patología ginecológica que son detectadas por los hombres en su pareja antes de la histerectomía, junto con la identificación de cambios producto del cese de los mismos. El síntoma más señalado por los hombres son el sangramiento abundante durante el período prequirúrgico. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1336)

En la dimensión Síntomas Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) presentan el siguiente testimonio, "...tenía unos sangramientos cototos, yo te digo 15 días, 18 días, 22 días de repente de sangramiento, era una cuestión que nos tenía enfermos a nosotros a los dos en general porque... ella se sentía mal... (p. 1336)"

#### Dimensión comentarios:

La histerectomía es una cirugía que está rodeada de mitos y creencias que los hombres escuchan y que identificaron en la dimensión comentarios. En general estos comentarios tienen una connotación negativa de la cirugía. Los significados identificados en esta dimensión fueron quedar vacía o hueca y sobre la sexualidad después de la histerectomía. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1336)

Entre las respuestas obtenidas en la Dimensión comentarios Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) nos presentan la siguiente:

"...Porque ella antes de la operación sufría ella, sufría yo, después que no se quería operar por el motivo que todos decían que iba a quedar el... la palabra [...], hueca...eeh que me iba a afectar a mí en la relación sexual, que yo a lo mejor no la iba a quererla ehhh muchas cosas..." (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1336)

De acuerdo a la literatura,

Las mujeres, cuyas parejas tienen una actitud negativa relacionada a la incapacidad para tener hijos o a la posible alteración en la sexualidad después de la HT, piensan que la cirugía

puede afectar su relación de pareja e incluso podría llegar al término de ésta. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p 1337)

Dimensión atributo del útero:

El atributo del útero es una dimensión que refleja las cualidades que se le otorgan al útero desde la perspectiva masculina. Se destaca la pérdida de la capacidad reproductiva y la extracción del útero como una experiencia privada, íntima, que la pareja (ambos) sólo comparten con personas de confianza. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1336)

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) nos presentan las siguientes respuestas obtenidas en esta dimensión:

“... lo que más desea una mujer es tener hijos tener todo su cuerpo intacto para poder criar tener un hijo y qué se yo, tú sabes que el hijo es lo más bonito que hay en la vida pero eso es lo más lo más bueno que puede suceder en este caso a una mujer y a uno también como hombre es algo bueno.” (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, pp. 1336-1337)

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) también obtuvieron esta respuesta en esta dimensión, “siempre lo mantuvimos entre nos, creo que... es algo entre pareja y nosotros lo estimamos que no tenía por qué ir más allá de un hermano, una cuñada, una concuñada...” (p. 1337)

La privacidad de la experiencia puede verse explicada por los mitos y creencias que esta cirugía tiene socialmente y de esta manera la privacidad es una forma de protegerse frente a la opinión de terceros, la cual resulta ser negativa. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p.1337)

Dimensión preocupaciones:

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) mencionan que, “la dimensión preocupaciones describe como los hombres experimentan intranquilidad, inquietud y/o temor a la cirugía, a la eventualidad de un pronóstico negativo como el cáncer o al funcionamiento sexual de su pareja” (p. 1337).

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) presentan la respuesta respecto a la dimensión preocupaciones de uno de los hombres entrevistado, “Preocupado por ella, por la salud de que... que pensar de que a lo mejor no iba, no iba a quedar bien o podía tener alguna consecuencia después de la operación... eso” (p. 1337).

Otra de las respuestas que Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) encontraron es, “que ella no iba a sentir orgasmos yo eso me tenía preocupado porque eh eso es importante y no hemos tenido problema todo lo contrario...” (p. 1337)

Respecto a lo anterior, los autores hacen énfasis en que,

Las preocupaciones en la esfera sexual es una de las inquietudes más frecuentes del género masculino, que también es compartida por las mujeres. Ellas reportan frecuentemente inquietudes de sus parejas tales como: miedo a que las relaciones sexuales no sean buenas o miedo a que sus parejas sean menos mujeres después de la cirugía. (Bernhard, Harris y Caroline, 1997; Chou, Lee, Sun, Lin y Chen, 2006; Lindberg y Nolan, 2001; Richter, McKeown, Corwin, Rheaume y Fraser, 2000; citados en Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1338)

Cambios en la sexualidad:

Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) indica que, “la dimensión cambios en la sexualidad involucra aquellos relatos en los cuales los hombres hacen una autoevaluación de los comportamientos y conductas relacionadas con la actividad sexual antes de la histerectomía y a los cambios posteriores a la cirugía” (p. 1337).

Entre las respuestas de los entrevistados por Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) respecto a la dimensión “Cambios en la sexualidad” podemos encontrar la siguiente respuesta:

“Desde que se operó hasta ahora hemos tenido solamente una sola vez hemos... hemos tenido relaciones sexuales, ella ha tenido inconscientemente o conscientemente no sé... una inapetencia sexual y es una incomodidad de ella cuando uno se acerca... mmm según ella dice que se siente bien pero en realidad yo noto que no...” (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1337)

De acuerdo a Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) “en relación a los autoevaluación de la sexualidad, los hombres en este estudio identificaron cambios positivos y negativos” (p. 1338).

Para finalizar, Urrutia, Araya, Rivera, Viviani y Villarroel, 2007; citados en Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silva Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) indican que, “la sexualidad definitiva [de la pareja histerectomizada] dependerá en gran medida de cómo era su sexualidad y la comunicación de pareja previo a la histerectomía” (p. 1338).

## 2 La relación de pareja

*“Todos necesitamos ser aceptados, pero deben entender que sus convicciones son suyas, les pertenecen, aunque toda la manada diga: ¡no está bien! Robert Frost dijo: Dos caminos divergen en un bosque, y yo tomé el menos transitado, y aquello fue lo que cambió todo. Quiero que encuentren su propio camino.”*

*La sociedad de los poetas muertos.*

Rodríguez (2004; citado en Blandón-Hincapié y López-Serna 2016) menciona que, “a partir del nacimiento, nuestra vida será [...] una sucesión de experiencias, relaciones, vínculos y conexiones que darán cuenta de una historia personal de permanente interacción, con el mundo, con los otros” (p. 506).

De acuerdo a lo anterior, Sánchez Aragón (1995) agrega que, “las relaciones interpersonales incluyen cualquier asociación característica entre dos o más personas que involucre cierta interacción y que pueda tener diversos fines ya sea solo un encuentro casual, una amistad, un matrimonio, etc.” (p. 1).

Levinger y Snoek (1972; citados en Sánchez Aragón 1995) distinguen tres fases de las relaciones interpersonales: “conciencia, contacto superficial y mutualidad” (p. 1).

Durante la fase de conciencia, lo que guía la atracción son los rasgos superficiales, tales como atracción física, competencia, calidez e interés en actividades similares. Durante la fase de contacto superficial, tales características pueden ser menos importantes; y son los tipos, frecuencia e intimidad de las recompensas y los costos recibidos del otro, lo que determinan la atracción; de igual forma, las actitudes similares y las conductas dadas por los papeles sexuales determinan en forma importante a la atracción. Durante la mutualidad, hay mucha autodivulgación concerniente a los sentimientos personales, se expresa y comparte información sobre el bienestar de ambos miembros y se crean normas para la pareja; se asumen responsabilidades para proteger y mejorar la relación y se eleva el compromiso emocional. (Triandis, 1977; citado en Sánchez Aragón, 1995, p. 1)

De acuerdo a Cervantes (2011; citado en Blandón-Hincapié y López-Serna 2016) “existe un amplio espectro de relaciones que se configuran en el transcurso de la vida de las personas, entre los cuales está la relación de pareja, que permite que las personas ofrezcan y reciban valoración intelectual, emocional y física” (p. 506).



De la Espriella (2008) menciona que,

La referencia a la familia es frecuente en el estudio de los sistemas humanos, más no se encuentra con igual frecuencia el tema de la pareja, a la cual se alude como un paso para la conformación de una familia, que se reconoce a través de la existencia de hijos; por lo tanto, se desconoce independiente a la referencia familiar. Considerada de esta forma, la pareja sería sólo un subsistema de una estructura más amplia (la familia) y no tendría existencia si no es en referencia a ella. Por otra parte, la pareja, en sí, es un sistema con estructura, organización, reglas, roles, etc., diferentes a las de la familia y, a su vez, que se relacionan con sistemas más amplios, ya sea familia nuclear, familia extensa, etc. (De la Espriella, 2008, p. 177)

Córdova Osnaya (2003) menciona que, “todo ser humano, por la interacción con su medio (es decir por su cultura), ha construido el ideal de lo que sería una relación de pareja” (p. 84).

Souza y Machorro (1996; citados en Córdova Osnaya 2003), afirman que, “formalizamos una relación con esa pareja, que según creemos satisfará nuestros anhelos. Sin embargo es importante señalar que estos anhelos no son necesariamente explícitos ni claros, y muchos están determinados por la cultura” (p. 85).

De la Espriella (2008) indica que, “se podría pensar que la pareja es una estructura simple, por el menor número de integrantes que otros sistemas humanos [...] observamos una organización humana compleja, diferente a los individuos que la conforman” (p. 177).

De acuerdo a De la Espriella (2008) podemos agregar que, se puede considerar a la pareja como, “mayor (o diferente) que la suma de sus integrantes o que es una organización estable, pero cambia” (p. 177).

Para finalizar, Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves (2017) plantean que,

Cuando se constituye una pareja, se establece un nuevo sistema, el cual tendrá características propias que lo van a relacionar y a la vez diferenciar de los sistemas iniciales que son las respectivas familias de origen. Cada integrante de la pareja traerá mitos, creencias y expectativas que habrán ido estableciendo a lo largo de su vida, muchas de ellas desarrolladas en la convivencia con su familia de origen. (Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves, 2017, p. 10)

## 2.1 Conceptualización de la relación de pareja

La relación de pareja ha sido definida de diversas formas y varía según el autor, se presentan a continuación algunas definiciones.

Cualquier tipo de relación [...] puede ser descrita a partir de la idea de coordinación o de acción conjunta. Quienes participan en cada uno de estos espacios aprendieron o están aprendiendo a hacer algo a la par con el otro. (Ibarra Martínez, 2003, p. 56)

De la Espriella (2008) define a la pareja como, “una relación significativa, consensuada, con estabilidad en el tiempo, con un referente obvio, cual es el matrimonio; pero existen parejas humanas que no coinciden con los límites que aquel impone” (p. 176).

Zinker (2005; citado en Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves 2017), plantea que, “una pareja o una familia es un sistema de individuos comprometidos a permanecer juntos a lo largo de un periodo de tiempo extenso, manteniendo de este modo su continuidad” (p. 9).

Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves (2017) considera a la pareja como,

La relación que se establece de común acuerdo entre dos personas, basada en el interés y el afecto, para interactuar y compartir un periodo de tiempo, independientemente de su estructura, del grado de formalización de esa unión o de la orientación sexual de sus integrantes. (Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves, 2017, p. 10)

Para Eguiluz Romo (2003) ser pareja significa,

Crear una relación vincular que permita a cada uno seguir siendo uno, pero al mismo tiempo dejar un espacio para permitir la entrada de otro, ese otro que es tan diferente que si mismo y que, precisamente por esa razón, se aprecia como valioso. Es abrir un espacio de unidad al mismo tiempo que se sigue conservando la individualidad. (Eguiluz Romo, 2003, p. 91)

Para Díaz-Morfa (1998; citado en Blandón-Hincapié y López-Serna 2016), la relación de pareja es, “[una] relación prolongada en el tiempo, [...] capaz de poder soportar e intentar superar el conflicto [...] La pareja se diferencia de la relación breve que sólo busca la satisfacción inmediata [...]” (p. 506).

## 2.2 El Ciclo de vida de la pareja

La formación de la pareja es una necesidad humana que comprende aspectos biológicos, psicológicos, y culturales. La decisión de elegir pareja es un fenómeno sumamente complejo, ya que se integran no sólo las características psicológicas de las personas, sino también las condiciones biosocioculturales. (Córdova Osnaya, 2003, p. 87)

Para que se dé el encuentro de dos personas, y a su vez estas configuren en tiempo una pareja o lleguen al matrimonio, han de suceder etapas.

De acuerdo a Sánchez Aragón (1995) “los estudios sobre el ciclo de la pareja comienzan con la formación de la misma durante la selección, el cortejo y el matrimonio” (p. 4).

Murstein, 1976; citado en Sánchez Aragón (1995) plantea que,

La selección de la pareja pasa por tres fases, la primera consiste en la atracción entre los atributos físicos, sociales e intelectuales de los miembros de la pareja, el proceso continua, se sigue a una fase de comparación mutua de valores donde se negocia mediante intercambios verbales y finalmente, se da un funcionamiento de la pareja mediante roles individuales compatibles. (Murstein, 1976; citado en Sánchez Aragón, 1995, p.4)

En lo que respecta al cortejo,

Se da un interjuego de mecanismos de poder y control entre los miembros de la pareja que tiene el propósito de garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales mutuas; en esta fase, la pareja ha de lograr un grado de dominio mínimo sobre una serie de tareas que pueda asegurar su continuidad a largo plazo como: el establecimiento de un compromiso, el grado de cuidado y consideración mutuos, la construcción de significados compartidos y el establecimiento de patrones de comunicación, de solución de problemas y negociación de compromisos. (Murstein, 1976; citado en Sánchez Aragón, 1995, p.4)

Finalmente, en el matrimonio, de acuerdo a Murstein (1976; citado en Sánchez Aragón 1995) “la relación toma un giro diferente al tener que enfrentar las responsabilidades asumidas en lo que se refiere a las reglas y normas pactadas sobre el hogar, las amistades, la familia extendida, los hijos, su educación, etc.” (p.4).

Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves (2017) mencionan que “el ciclo de la pareja como objeto de estudio es complejo, debido a que interactúan diversos factores y dependiendo cuál de ellos priorice el investigador, serán las características que asuma la clasificación planteada” (p. 11 ).

Algunos autores se centran en la pareja, o en el ciclo de desarrollo individual, otros incorporan el nacimiento de los hijos y las etapas de desarrollo de éstos. También es posible observar diferencias en relación al número de fases [...]. Algunas de las fases del ciclo pueden ser empleadas tanto para la pareja como para la familia, ello es posible por la amplitud de los aspectos que se abordan en la clasificación. (Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves, 2017, p. 11)

A lo largo del tiempo se han desarrollado varios modelos teóricos sobre el ciclo de vida de la pareja; por su parte Díaz-Loving y Sánchez Aragón presentan un modelo teórico que parte de la premisa de que el proceso puede oscilar desde el acercamiento hasta el alejamiento de ambos sujetos, conformado por doce etapas.

Extraños: En esta etapa no existe relación ya que hay desconocimiento respecto al otro. Se da interés en el físico y la apariencia. No existen sentimientos hacia la otra persona. Esto suele despertar curiosidad, interés y atracción. Se caracteriza por conductas que están encaminadas al cuidado personal ante la presencia de un desconocido. (Díaz-Loving, 1999; citado en Vázquez Cuevas, 2016, p. 77)

Conocidos: Díaz-Loving, 1999; citado en Vázquez Cuevas (2016) menciona que “durante esta etapa crece el interés en la persona y existe una necesidad por tener una buena relación. Existe confianza limitada, alegría, seguridad y atracción. Esta etapa permite una mayor apertura para el surgimiento de emociones positivas” (p. 77).

Amistad: Este tipo de relación es de constante cuidado y atenciones. A nivel afectivo se presenta la solidaridad, empatía, reciprocidad, incondicionalidad y aceptación de la persona. En el aspecto cognitivo incluyen el deseo de conocer a profundidad a la otra persona, valoración y solidaridad. (Díaz-Loving, 1999; citado en Vázquez Cuevas, 2016, p. 77)

Atracción: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), indican que, “esta es la primera etapa del amor romántico. Incluye emociones intensas, existe interés exagerada por la otra persona y un deseo sexual. Se le tiene idealizada y se le admira. Surge el amor pasional, el nerviosismo y el placer” (p. 77).

Pasión: Para Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016) es el, “momento pleno y vital en el enamoramiento. Existe una idealización de la pareja, un interés exagerado, pensamientos irracionales y búsqueda de putos en común. Existe una entrega sin medida y la principal conducta es la sexualidad, erotismo y sensualidad” (p. 78)

Romance: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas (2016), la señala como, la “etapa que se caracteriza por la ilusión, comprensión, se sienten felices, hay detalles y contacto físico” (p. 78).

Compromiso: Para Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), en esta etapa “se dan acuerdos a largo plazo que proporcionarán solidez a la relación, promesas de amor eterno, confianza, creación de acuerdos y su objetivo es llagar al matrimonio” (p. 78).

Mantenimiento: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), señala que en esta etapa, “hay consolidación del compromiso adquirido con el matrimonio, formación de la familia, se da sustento económico, moral y emocional, se caracteriza por apoyo mutuo y respeto” (p. 78).

Conflicto: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), indica que esta etapa se caracteriza por que, “surgen las tensiones no manejadas en el pasado, se busca solucionar el conflicto de diversas formas, la pareja puede experimentar enojo, tensión, angustia, peleas, etc.” (p. 78).

Alejamiento: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), en esta etapa, “hay un distanciamiento emocional y físico con la pareja, debido a las diferencias surgidas, hay indiferencia, dolor, enojo y hostigamiento” (p. 78).

Desamor: Para Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), “en esta etapa hay falta de amor e interés por ambas partes, ya no hay deseo por convivir con el otro, se evade a la pareja, hay rencor, sufrimiento y depresión” (p. 78).

Separación: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), indica que, “para llegar a esta etapa la pareja considera que la relación es insoportable y se comienza a tomar otras alternativas; se experimenta soledad y depresión” (p. 78).

Olvido: Díaz-Loving (1999; citado en Vázquez Cuevas 2016), menciona que, en esta etapa “hay aceptación de la realidad, disminuye los sentimientos negativos y se da pauta para aparición de resiliencia y tranquilidad (p.78).

Carena y Sutich (2007) indican que, “el desenvolvimiento de las doce etapas dependerá, como es lógico, de vicisitudes bio-psico-socio-culturales, lo que otorga al modelo teórico gran riqueza en la interpretación de situaciones y hechos (p. 58).

Carena y Sutich (2007) hacen hincapié en que, “las etapas del compromiso y el mantenimiento permiten a la pareja instituirse témporo-espacialmente y sostener relaciones interpersonales que posean significación y valoración tanto intrínseca como extrínseca” (p.79).

Diaz-Loving y Sánchez Aragón, 2002; citados en Carena y Sutich (2007) agregan que,

La etapa de mantenimiento transforma el diario convivir de la pareja en una relación a largo plazo. A su vez, es la base de la estabilidad y evaluación de la familia. Involucra franqueza y resolver las incógnitas y problemáticas presentadas por el advenimiento de los hijos, el sustento económico y emocional de la familia, el envejecer juntos, etcétera. (Diaz-Loving y Sánchez Aragón, 2002; citados en Carena y Sutich, 2007, p. 59)

Respecto a la etapa de mantenimiento, Carena y Sutich (2007) enfatizan que,

Las cuestiones no son las mismas si nos enfrentamos a parejas sin hijos o con hijos. La estabilidad en el tiempo y las circunstancias pueden llegar a ser muy disímiles. La presencia de los hijos agrega mayor compromiso, más responsabilidades y conflictos. (Carena y Sutich, 2007, p. 59)

### **2.3 Componentes de la relación de pareja**

Maureira Cid (2011) menciona que, “toda relación de pareja es una mezcla de biología y cultura que se funda en cuatro pilares: compromiso, intimidad, romance y amor” (p. 324).

La neurobiología nos entrega las bases del amor como proceso funcional sistémico; la psicología habla de la relación amorosa como un proceso social en donde factores como el compromiso y la intimidad son necesarios para el amor maduro. Una relación debe poseer los cuatro elementos, sin embargo, es posible establecer relaciones basadas en solo alguno o mezclas de estos elementos. (Maureira Cid, 2011, p.324)

Los tres primeros componentes son de tipo social y por lo tanto se fundan en el lenguaje, el cuarto en cambio es de tipo biológico y se presenta de la misma forma en todas las culturas y

sociedades, aunque pese a esto, con variaciones individuales dependientes de la constitución estructural sistémica de cada sujeto.

- El componente biológico: el amor.

Maureira Cid (2011) indica que, “la neurobiología actual nos entrega información sobre el proceso del amor [...] como una función dada por ciertas estructuras cerebrales y por neurotransmisores específicos que son necesarios para la experiencia amorosa” (p. 324).

Helen Fisher, 1998; citada en Maureira Cid (2011) menciona que,

Los mamíferos y las aves han desarrollado tres sistemas cerebrales de motivación-emoción que actúan en serie: El deseo o apetito sexual, con una finalidad de apareamiento con cualquier pareja apropiada; una atracción o amor romántico, con una finalidad reproductiva con una pareja específica y un apego duradero de pareja con un fin de crianza de la prole. Los tres procesos estarían mediados por neurotransmisores específicos: En el deseo sexual, los estrógenos y andrógenos; en el amor romántico, el aumento de dopamina (DA) y de la norepinefrina (NE) y la disminución de la serotonina (5-HT); en el apego de pareja, actúan dos neuropéptidos: la oxitócina (OT) y la vasopresina (VTP). (Helen Fisher, 1998; citada en Maureira Cid, 2011, p. 325)

Maureira Cid (2011) agrega que, “desde un punto de vista biológico el amor es la necesidad fisiología de una pareja exclusiva para la cópula, la reproducción y la crianza, y cuya satisfacción genera placer” (p. 325).

El amor [...] produce placer y está asociado con el sistema de recompensa, el mismo relacionado con la adicción a las drogas. El sistema dopaminérgico mesocorticolímbico incluye el área tegmental ventral, el núcleo accumbens, la corteza prefrontal, la amígdala y el hipotálamo. Otras estructuras relacionadas con el amor romántico son la ínsula medial, el hipocampo, el cíngulo anterior y parte del striatum. (Páez, 2006; Zeki, 2007; citados en Maureira Cid, 2011, p. 325)

Maureira Cid (2011) establece que, “como la atracción y el amor es un proceso biológico que dependerá de la estructura cerebral de cada individuo” (p. 327).

- Los componentes sociales: intimidad, compromiso y romance

Maureira Cid (2011) establece que el lenguaje es, “un conjunto de acciones conductuales coherentes recursivas en la experiencia generada en la relación con los otros” (p. 327)

Maturana (1996) plantea que,

Todo lo social tiene su origen en el lenguaje y por lo tanto será desde el lenguaje donde surgirán las relaciones humanas que fundarán todas las relaciones culturales. El lenguaje es lo constitutivo de lo humano y fuera de él lo humano no es posible, por lo tanto, sostenemos que todo análisis de dinámicas relacionales, incluida las relaciones de pareja, deben partir de la base del lenguaje como generativo de ellas. (Maturana, 1996; citado en Maureira Cid, 2011, p. 328)

Respecto al compromiso,

Este componente de la relación romántica hace referencia al interés y responsabilidad que se siente por una pareja y por la decisión de mantener dichos intereses con el transcurso del tiempo pese a las posibles dificultades que puedan surgir, debido a que se cree en lo especial de la relación (Yela, 1997; citado en Maureira Cid, 2011, p. 328).

Levinger y Snoek, 1972; Altman y Taylor, 1973; citados en Maureira Cid (2011) indican que, “este elemento tenderá a crecer a medida que transcurre el tiempo de duración de la relación debido al aumento de la interdependencia personal y material entre ambos miembros” (p. 328).

La intimidad tiene que ver con el apoyo afectivo, el conversar, la capacidad de contar cosas personales y profundas a la pareja, la confianza, la seguridad que se siente con el otro, temas y preferencias en comunes, el dar apoyo a la pareja, al estar dispuesto a compartir aspectos económicos y emocionales etc. (Yela, 1997; citado en Maureira Cid, 2011)

El romance de acuerdo a Yela, 1997; citado en Maureira Cid, 2011,

Se refiere a las conductas establecidas por cada sociedad como las adecuadas para generar la atracción y el posterior interés que se mantiene en el tiempo de una pareja en una relación, en otras palabras, el romance es un conjunto de acciones que en una sociedad son conceptualizadas como demostrativas del interés de pareja que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro. (Yela, 1997; citado en Maureira Cid, 2011, p. 329)



## 2.4 El matrimonio

De la Espriella (2008) define al matrimonio como, “la unión avalada socialmente bajo un sistema de creencias específico, que incluye procedimientos [y] rituales” (p. 177).

Por otro lado, Pérez Contreras (2010) menciona que jurídicamente y en el ordenamiento civil el matrimonio se define como,

La unión voluntaria libre de vicios de un hombre y una mujer para realizar la comunidad de vida, en la que ambos se procuran respeto, igualdad, asistencia y ayuda mutua; pudiendo o no procrear hijos de manera libre e informada sobre la base de la paternidad y maternidad responsables. (Pérez Contreras, 2010, p. 29)

Podemos agregar que,

Cuando se contrae matrimonio, también se refiere a una relación de concubinato, ya que se pretende estar con una personas agradable y se busca ser un equipo además de ser lo más compatible posible con el otro, dentro del matrimonio la pareja tiene un lugar donde vivirán juntos, comparten ciertos proyectos, tienen más compromisos de manera personal y con su pareja, existe al mismo tiempo el sentido de pertenecía, pero además el convivir todos los días puede llegar a desencadenar un cierto un número de problemas, al tomar la decisión las personas contraen matrimonio con una persona que para ellos resulta capaz de cumplir con los estereotipos impuestos por la sociedad. (Del Ángel, 2016; citado en Flores Ledesma y Márquez Córdova, 2022, p. 10)

La mayoría de las parejas contrae nupcias entre la juventud o la adultez temprana. Sin embargo, la edad en que las personas deciden casarse es un indicador importante del éxito en el matrimonio. Cuando la pareja es muy joven suele dificultarse la convivencia y relación debido a los compromisos laborales o de estudios y falta de madurez. (Vázquez Cuevas, 2016, p. 67)

De acuerdo a un estudio que realizó, Kekkerhals (1992) enlista y clasifica las razones por las que las personas se casan:

- Razones carismáticas: A la pareja le permite un cambio de dimensión, de entorno.
- Razones pragmáticas: El casarse implica trabajar en pareja para tener aspectos materiales desde una casa, empleo hasta procrear hijos.

- Razones de estatus: Las mujeres [...] consideran casarse por cuestiones de status y seguridad que da el matrimonio.
- Razones de conformidad: Debido al deseo de seguir con el establecimiento de las normas sociales impuestas por la familia y la sociedad. (Kekkerhals, 1992; citado en Vázquez Cuevas, 2016, p. 68)

Minuchin (1983; citado en Eguiluz Romo 2003), señala que, “toda pareja unida con la intención expresa de construir una familia y perdurar en el tiempo posee funciones y tareas específicas vitales para el funcionamiento de la familia” (p. 91).

Entre las características más importantes que requiere una pareja están la complementariedad y la acomodación mutua. El primer aspecto hace referencia a que cada miembro de la pareja debe desarrollar pautas que apuntalen la acción del otro haciendo que sus acciones se complementen; el segundo aspecto aluden al modo en que tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para ganar en pertenencia. (Minuchin, 1983; citado en Eguiluz Romo, 2003, p, 91)

De acuerdo lo anterior, Minuchin (1974) agrega que,

Los esposos deben acomodarse mutuamente en un gran número de pequeñas rutinas. En este proceso de mutua acomodación, la pareja desarrolla una serie de transacciones, formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de conducta anterior. Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia. (Minuchin, 1974, p. 40)

La pareja también enfrenta la tarea de separarse de cada familia de origen y de negociar una relación diferente con los padres, hermanos y parientes políticos. Las prioridades deben modificarse, ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciernen a su matrimonio. Las familias de origen deben aceptar y apoyar esta ruptura. (Minuchin, 1974, pp. 40-41)

Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares —trabajo, deberes y ocios— deben reorganizarse y regularse de un nuevo modo. Se deben adoptar decisiones en lo que concierne al modo en que se permitirá que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia. Cada esposo debe conocer a los amigos del otro y

seleccionar a aquéllos que serán los amigos de la pareja. Cada cónyuge debe ganar nuevos amigos y perder otros antiguos. (Minuchin, 1974, p. 41)

Otra de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia del cónyuge. Además, cada familia de origen debe adaptarse a la separación o separación parcial de uno de sus miembros, la inclusión de un nuevo miembro y la asimilación del subsistema del cónyuge en el marco del funcionamiento del sistema familiar. Si las estructuras de las familias de origen, instauradas desde hace mucho tiempo no se modifican, es posible que lleguen a amenazar el proceso de constitución de una nueva unidad. (Minuchin, 1974, p. 47)

Cuando una pareja se une, cada uno de sus miembros espera que las actitudes del cónyuge asumirán las formas a las que está habituado. Cada cónyuge intentará que el otro asuma las actitudes que conoce o que prefiere e incitará al otro a hacerlo. Un cierto número de acuerdos son posibles. Cada cónyuge tendrá áreas en las que no será flexible. En otras áreas, es posible que se elijan formas alternativas de relación en respuesta a las preferencias del otro. Cada cónyuge confirmará en algunas circunstancias a su esposo y lo descalificará en otras. A medida que se acomodan y se asimilan a las preferencias del otro, algunas conductas son reforzadas y otras descartadas. (Minuchin, 1974, p. 53)

Un matrimonio debe sustituir determinadas disposiciones sociales que han sido abandonadas para la formación de la nueva unidad. La creación de un nuevo sistema social significa la creación o consolidación de un límite alrededor de la pareja. Se ven separados de determinados contactos y actividades anteriores. La inversión en el matrimonio se obtiene a expensas de otras relaciones. El grado de inversión en el matrimonio puede depender de cuánto ha sido lo que se abandonó. (Minuchin, 1974, p. 57)

Cuando nace un niño, deben aparecer nuevas funciones. El funcionamiento de una unidad conyugal debe modificarse para enfrentar los requerimientos de la paternidad. En general, el sistema debe efectuar los complejos cambios requeridos para pasar de un sistema de dos a un sistema de tres. (Minuchin, 1974, p. 61)

La crianza de un niño ofrece múltiples posibilidades para el crecimiento individual y para consolidar el sistema familiar. Al mismo tiempo, es un campo en el que se disputan muchas batallas arduas. A menudo, los conflictos no resueltos entre los esposos son desplazados al

área de la crianza del niño debido a que la pareja no puede separar las funciones de padre de las funciones de esposo. (Minuchin, 1974, p.64)

Por otro lado, Abbey, Andrews, y Halman, 1992; H. W. Jones y Toner, 1993; citados en Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009) mencionan que, “la infertilidad [la imposibilidad de tener hijos] abruma emocionalmente a una pareja. Los compañeros pueden frustrarse y enojarse con ellos mismo y mutuamente pueden sentirse vacíos, sin valor y deprimidos” (p. 334).

Partamos del punto de vista que, aunque sea obvio no resulta fácil admitirse: en verdad ser esposo o esposa por primera vez es una situación desconocida de la cual no sabemos nada (sólo lo que vimos en los padres). La verdad es que el sintonizarse emocionalmente con un desconocido (para tales efectos) requiere de un gran valor y de una gran capacidad para limitar las propias necesidades en beneficio de una relación que empieza. (Estrada Inda, 1997, p. 69)

Kottak (1994; citado en Papalia, Sterns, Feldman y Camp. 2009), indica que el matrimonio satisface una variedad de necesidades fundamentales. Por lo general se considera que, “el matrimonio es la mejor forma de asegurar la crianza ordenada de los hijos. Proporciona una división del trabajo dentro de una unidad de consumo y de trabajo. Idealmente ofrece intimidad, amistad, afecto, satisfacción sexual y compañerismo” (p. 328).

Los dos sexos tienen con frecuencia diferentes expectativas del matrimonio. Para las mujeres, la intimidad marital entraña compartir sentimientos y confidencias. El hombre tiende a expresar intimidad a través del sexo, otorga ayuda práctica y compañía y realizar cosas juntos. (Thomson y Walker, 1989; citados en Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009, pp. 328-329)

De acuerdo a lo anterior, Ross, Mirowsky y Goldsteen, 1990; citados en Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009), agregan que,

Muchos hombres se sienten incómodos al hablar acerca de sus sentimientos, o incluso escuchar a sus esposas hablar de los suyos. Dado que las mujeres tienen más probabilidad de hacer cosas que son importantes para los hombres, éstos con frecuencia obtienen más de lo que es relevante para ellos, mientras que las esposas permanecen insatisfechas. (Ross, Mirowsky y Goldsteen, 1990; citados en Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009, p. 329)

Estrada Inda (1997) plantea que,

Aprender el rol de cónyuge no es de ninguna manera tarea sencilla. Presupone, entre otras cosas, haber renunciado ya a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores de pretendiente e hijo, y tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el que hacer del vivir y de formar una nueva familia. (Estrada Inda, 1997, p. 69)

Pittman (2003) menciona que,

La gente se casa con expectativas y esquemas elaborados a partir de su experiencia de vida, con aspectos incorporados de su propia familia de origen, del concepto de pareja elaborado, generalmente, de sus padres, y del contexto social y cultural en el que se encuentra. (Pittman, 2003; citado en Espínola, Cambranis, Salazar y Esteves, 2017, p. 11)

Eguiluz Romo (2003) agrega que,

Es común una primera crisis de pareja, generada por las diferencias entre las expectativas que ambos tenían durante el noviazgo y la realidad que conlleva la convivencia marital diaria. Esta diferencia obedece a los procesos de idealización presentes durante el noviazgo. [...] en algunas parejas la crisis resulta difícil de superar porque las diferencias parecen muy grandes o porque la pareja tiene pocos recursos y habilidades para llegar a los acuerdos necesarios y reconfirmarse. (Eguiluz Romo, 2003, p. 11)

Las funciones del matrimonio incluyen aspectos económicos, políticos y sociales, que llevan a perpetuar modelos de relación limitantes para quienes lo integran. Por lo tanto, el modelo de familia nuclear sería un modelo que tiende a perpetuarse de manera transgeneracional. (Reich, 1993; citado en De la Espriella, 2008, p. 177)

En esta nueva etapa se trata principalmente de lograr dos puntos: primero, cambiar todos aquellos mecanismos que hasta entonces proveyeron seguridad emocional. Y, segundo, integrar un sistema de seguridad emocional interno que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. (Estrada Inda, 1997, p. 69)

Estrada Inda (1997) menciona que, “desde luego, lo primero que sucede en una relación de dos, es que cada uno intenta echar a andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema familiar de origen, los cuales difícilmente funcionarán con su nueva pareja” (pp. 69-70).

A lo anterior, Eguiluz Romo (2003) agrega que, “concretar acuerdos es una de las tareas más complejas durante la etapa de recién casados, ya que cada uno echará mano sin mucho esfuerzo de los modelos aprendidos en su familia de origen” (p. 11).

Obviamente, esto no es muy fácil de admitir y por regla general todos llegamos al matrimonio convencidos de que si no somos unos expertos en la materia, en cuestión de segundos lo seremos. Se piensa, además, que el otro fácilmente captará y aceptará los viejos sistemas de funcionamiento emocional que cada quien consideraba infalibles y únicos. (Estrada Inda, 1997, p. 70)

Papalia, Sterns, Feldman y Camp (2009) menciona que entre los factores que hacen que un matrimonio funcione se pueden encontrar los siguientes: El sentido de compromiso con el cónyuge y a la relación, las relaciones agradables, la intimidad equilibrada con autonomía, las percepciones similares de la relación, la orientación religiosa, la buena comunicación entre los compañeros, la toma de decisiones y la forma de lidiar con los conflictos. (p. 338)

#### **2.4.1 El contrato matrimonial**

El término “contrato matrimonial” de Sager (1972) [se refiere] a todos aquellos conceptos individuales de naturaleza consciente o inconsciente que pueden ser expresados verbalmente o en alguna otra forma. Dichos conceptos tienen como tema principal lo que cada uno piensa acerca de sus obligaciones y deberes dentro del matrimonio, así como de los bienes y beneficios que espera recibir del mismo. (Sager, 1972; citado en Estrada Inda, 1997, p. 70)

Respecto a lo anterior, Estrada Inda (1997) indica que, “es necesario volver a subrayar el concepto crucial de que dicho contrato está basado en aspectos recíprocos, acerca de lo que cada uno piensa dar y lo que espera recibir del otro” (p. 71).

Estrada Inda (1997) indica que, “el contrato abarca cualquier aspecto imaginable de la vida conyugal, ya sea que se trate de sexo, metas, relaciones con los demás, paseos, poder, dinero, los niños, los familiares, etc.” (p. 71).

La calidad del matrimonio depende en gran parte del grado de satisfacción y complementariedad que se le pueda dar a las expectativas de cada uno de los conyuges, en las cuales intervienen todas las profundas necesidades y deseos del psiquismo individual. (Estrada Inda, 1997, p. 71)

En realidad, las expectativas de una persona están basadas en su historia, en las experiencias que ha compartido durante varios años dentro del seno de su familia con sus padres y hermanos. Todo esto pasa a formar parte de su equipo psicológico y se traduce en una serie de ideas, intercambios y necesidades que en un momento determinado se proyectan en la persona que va a ser su cónyuge. (Estrada Inda, 1997, p. 71)

Sager y Kaplan (1972), describen tres niveles de contrato matrimonial:

1. Un nivel consciente que se verbaliza y que incluye todo aquello que se comunica al compañero acerca de sus expectativas tanto en lo que se refiere a dar como al recibir; dicho además en forma clara y comprensible (Sager y Kaplan, 1972; citado en Estrada Inda, 1997, p. 73).
2. Un nivel, que aun cuando es consciente no se verbaliza. Existen un sin número de creencias, planes, deseos, fantasías y demás que por temor o vergüenza no se comunican o verbalizan. Esto casi siempre ocurre debido a los temores inconscientes de ser víctima de un rechazo doloroso. (Sager y Kaplan, 1972; citado en Estrada Inda, 1997, p. 73)
3. Existe otro nivel que va más allá de la percepción consciente y que se refiere a todos aquellos deseos y necesidades de naturaleza irracional y, por lo tanto son contradictorios. Éstos por ser desconocidos (inconsciente), pasan desapercibidos para ambos. (Sager y Kaplan, 1972; citado en Estrada Inda, 1997, p. 73)

#### **2.4.2 Sexualidad en el matrimonio**

La Psicoterapeuta, Pedagoga y Sexóloga Fina Sanz Ramón (1995) menciona “en la estructuración de una pareja, un determinante fundamental es el vínculo sexual. Nos vinculamos en una relación amorosa porque existe también una atracción erótica hacia una persona” (p. 214).

La relación a través de la sexualidad es, ¿Qué duda cabe?, una forma de comunicación. A través de la sexualidad se percibe la libertad y el placer en relación al propio cuerpo y el del otro/a, y también se puede percibir, amistad, respeto, ternura, pasión y, como algo puntual, amor. (Sanz Ramón, 1995, p. 212)

El matrimonio representa una transformación sexual debido a varias razones. Muchas parejas tienen una relación sexual plena, a veces durante años, antes de casarse. Algunas presiones psicológicas parecen intensificarse con el matrimonio y estas presiones pueden resultar en problemas que no se tenían antes. (Hyde y DeLamater, 2006, p. 290)

Shibley Hyde y DeLamater (2006) mencionan que, “la naturaleza del amor cambia y en algunas parejas se presenta un desencanto gradual con el sexo. El sexo en el matrimonio es una de las formas más comunes de expresión sexual para los adultos” (pp. 290-291).

Christopher y Sprecher (2000; citados en Shibley Hyde y DeLamater 2006) indican que “el matrimonio estadounidense promedio tiene coito dos a tres veces por semana cuando se encuentran en su segunda década de vida, con una disminución gradual en la frecuencia a medida que envejecen” (p. 291).

Call et al. (1995: citados en Shibley Hyde y DeLamater 2006) mencionan que “se han sugerido dos explicaciones generales para la declinación en frecuencia relacionada con la edad: el envejecimiento biológico y la habituación al sexo con la pareja” (p. 291).

Con respecto al envejecimiento, puede haber factores físicos asociados con la edad que afectan la frecuencia sexual, como una disminución en lubricación vaginal en las mujeres o un aumento en la probabilidad de problemas de salud. La explicación sobre la habituación afirma que perdemos interés en el sexo a medida que la pareja se vuelve cada vez más familiar. Un tercer factor es la llegada de los hijos. (Shibley Hyde y DeLamater, 2006, p. 291)

Call, Sprecher y Schwartz (1995; citados en Papalia, Sterns, Feldman y Camp 2009) mencionan que, “la mayoría de las parejas tienen relaciones sexuales más frecuentemente durante el primer año de matrimonio que posteriormente. La frecuencia de la actividad sexual tiende a relacionarse con la satisfacción de una pareja con el matrimonio” (p. 329).

La satisfacción con el sexo tiene dos componentes: la satisfacción con la actividad sexual y la satisfacción emocional. Los resultados indican que esta mayor satisfacción se debe a un compromiso emocional más fuerte y a la exclusividad sexual, asociadas con el matrimonio. (Shibley Hyde y DeLamater, 2006, p. 293)

Blumstein y Schwartz (1983; citados en Shibley Hyde y DeLamater (2006), mencionan que, “la satisfacción con la calidad de la propia vida sexual variaba considerablemente en función de la frecuencia del coito” (p. 293).

T. W. Smith (1994; citado en Papalia, Sterns, Feldman y Camp 2009), indica que, “algunas personas casadas buscan sexo fuera del matrimonio, especialmente después de los primeros años,



cuando la excitación y la novedad del sexo con el cónyuge se desvanecen o surgen problemas en la relación” (p. 332).

Maurer (1994; citado en Shibley Hyde y DeLamater 2006) reflexiona acerca de qué diferencia a aquellos que se sienten felices con su vida sexual, este investigador identificó cuatro factores:

Primero, existe una sensación de calma y aceptación acerca de la propia sexualidad. Segundo, las personas felices son generosas; se deleitan en dar placer sexual a su pareja. Tercero, estas personas escuchan a sus parejas y están conscientes de los temperamentos, estados de ánimo, gustos y desagradados de la pareja. Cuarto, hablan, tanto dentro como fuera de la cama, aunque esto es con frecuencia difícil. (Shibley Hyde y DeLamater, 2006, pp. 293-294)

De acuerdo a Sanz Ramón (1995) “la sexualidad cuando se ama es otra cosa, no es solo el placer corporal sino otra forma de placer mucho más sutil. Hay trascendencia” (p. 228).

## **2.5 La comunicación en la relación de pareja**

Rosales Pérez (2003) menciona que, “lo más importante del proceso comunicacional en el ser humano es su finalidad de atender la necesidad de compartir: lo que piensa, lo que cree, lo que espera, lo que necesita, lo que vive, lo que es” (p. 38).

Liberman (1987; citado en Ochoa de Alda 1976) establece que, “La comunicación entre los miembros de la pareja abarca tres niveles: verbal, emocional y sexual. Se asume que a medida que mejore la comunicación verbal se producirán cambios positivos en los otros niveles” (p. 224).

A continuación hablaremos brevemente de los elementos y dimensiones implicados en cualquier comunicación:

Elementos del proceso de comunicación. Una buena comunicación implica recibir el mensaje, procesarlo y dar una respuesta. Para recibir el mensaje es necesario escuchar y determinar los sentimientos y la intención del emisor. El procesamiento implica contextualizar el mensaje, pensar en las opciones de respuesta y sopesar las consecuencias de cada opción. Por último, emitir una respuesta requiere escoger el momento adecuado y utilizar habilidades de comunicación verbales y no verbales. (Liberman, 1987; citado en Ochoa de Alda, 1976, p. 225).

Dimensiones del envío y recepción de mensajes. Estas dimensiones comprenden describir las conductas (yo no sugerí ir a cenar la última noche porque me dolía la cabeza, ¿qué tal si vamos hoy?), intenciones (me gustaría salir a cenar esta noche), emociones (estoy contento/a y me gustaría salir a cenar), interpretaciones (pareció contrariarte que no saliéramos a cenar) y percepciones propias (¿no quieres salir a cenar, pareces indeciso/a?) (Liberman, 1987; citado en Ochoa de Alda, 1976, p. 225)

Derlenga (1984; citado en Bustos Solorio, López Ortiz, Girón Sicars, Obregón Velasco y Padrós Blázquez 2021), menciona que, “en el transcurso del proceso de comunicación entre los miembros de una pareja se producen efectos positivos o negativos en la transmisión de información tanto personal como no personal” (p. 470).

Sillars, Roberts, Leonard y Dun (2000; citados en Bustos Solorio, López Ortiz, Girón Sicars, Obregón Velasco y Padrós Blázquez 2021), indican que, “los efectos negativos promueven una ulterior comunicación deficiente que puede llevar al conflicto en la pareja. El conflicto es descrito como las discrepancias en sentimientos e ideas entre los cónyuges, las cuales pueden ser resueltas o no” (pp. 470-471).

De acuerdo a Rosales Pérez (2003), “la mayoría de los problemas que viven [los] miembros [de la pareja] son debidos a los procesos de comunicación instaurados como patrones, que no son capaces de responder a las necesidades del grupo o que los conducen a situaciones patológicas” (p. 48).

López-Navarro define a la mala comunicación como,

El proceso mediante el cual el sistema funciona deficientemente [...] En ésta, de acuerdo a dicho autor, las personas utilizan sistemas inapropiados de interacción en los que no expresan sentimientos y están basados en altos niveles de coraje, por sentimientos que no han sido expresados en el momento y en la forma correcta. (López-Navarro, 2000; citado en Rosales Pérez, 2003, p. 51)

Indvik y Fitzpatrick señalan que,

En las parejas es más evidente que un proceso de comunicación que lleve a desarrollar una puntuación en la que ambos interactúen en los tiempos y condiciones que más se ajusten a las necesidades de ambos, guardando la relación de simetría y asimetría según los acuerdos

establecidos, conlleva a la peculiar situación de entender los sentimientos, pensamientos y deseos del otro, lo cual facilita a la pareja responder mejor a las crisis de desarrollo conjunto, beneficio de su propio mantenimiento. (Indvik y Fitzpatrick, 1982; citado en Rosales Pérez, 2003, p. 50)

Rosales Pérez (2003) establece que, “las [parejas] saludables se caracterizan, entonces, por desarrollar modelos adecuados de comunicación. Los miembros de estas [parejas] comparten muchas actividades y se dan tiempo para comunicarse mientras juegan o trabajan juntos” (p. 50).

## **2.6 El Apoyo en la relación de pareja**

Beavers y Hampson (1995; citados en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio 2006) refiere que, “como nacemos y vivimos en un grupo social (la familia) este es el soporte emocional y social de un individuo. Cuando no se tiene este soporte el humano tiende a enfermarse emocionalmente, así como al aislamiento y distanciamiento social” (p. 184).

Saitzyk (1997) define al apoyo como:

Aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del conyugue que necesita apoyo o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, o cambios de vida o los estresores a largo plazo. (Saitzyk 1997; citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 184)

Sarason et al., mencionan que,

El estudio del apoyo en cualquier relación con otra persona es llamado apoyo social, incluyendo a la pareja, se define como, “la existencia o la disponibilidad de alguien que pueda auxiliar, proteger, respaldar, defender, cuidar, valorar y amar a otra persona cuyas funciones incluyen sustento emocional, desarrollo de la autoestima, provisión de información y asistencia tangible. (Sarason et al., 1983; citados en Sánchez-Aragón y Calleja, 2021, p. 39)

El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que juega en toda la relación de pareja. En esta las emociones que la invaden generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además, con esa relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como

cognoscitivamente. (Montagu, 1975; Díaz- Guerrero, 1994; Sánchez, 1995; citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, pp. 183-184)

Díaz Guerrero señala que,

Cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales o en relación con el conyugue), busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquellas personas que para el desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. (Díaz Guerrero, 1986; citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 184)

Ramos Salazar (2015; citado en Zepeda-Gocen y Sánchez-Aragón 2021) menciona que, “el apoyo de parte de la pareja se ha concebido como la creencia de ser cuidado, amado, estimado, valorado y forma parte de una red de comunicación y cuidados mutuos” (p.4).

El apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y la cercanía entre los miembros de la pareja. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 184)

Ante una situación de estrés, es factible que cada miembro de la relación de pareja despliegue, por un lado, su capacidad para afrontar individualmente o adaptarse exitosamente a una situación a pesar de la amenaza y por otro lado, el hecho de disponerse a recibir ayuda externa al desplegar comportamientos facilitadores para que quien pueda se la brinde. (Palomar-Lever & Gómez-Valdez, 2010; citado en Sánchez-Aragón y Calleja, 2021, p. 38)

Al respecto, Gurung et al. señalan que,

Justamente la percepción de que se puede contar con ayuda de la pareja se relaciona con las propias características del receptor, que facilitan que quien se encuentre cerca brinde el apoyo; así, una persona que es sociable, abierta y positiva tenderá a compartir su vida y estar con ello dispuesta y expuesta a recibir consejo, ayuda y soporte. De esta manera, se puede complementar el proceso interactivo de apoyo; es decir, unir los propios recursos con aquellos provenientes de su relación más cercana. (Gurung et al., 1997; Bodenmann et al., 2008; citados en Sánchez-Aragón y Calleja, 2021, p. 38)

Falconier & Kuhn, 2019; Sánchez-Aragón, 2016; citados en Sánchez-Aragón y Calleja (2021) mencionan que, “una vez que se generó la respuesta de apoyo de un miembro hacia el otro, el estrés es aliviado y con ello la diada desarrolla una forma sincronizada o compartida de afrontamiento” (p. 38).

El apoyo es un elemento que brinda beneficios:

Individual: Produce un estado de ánimo positivo, incremento de su autoestima (y sus sentimientos de aceptación y valoración), mayor bienestar subjetivo, refuerza la capacidad del receptor de apoyo para resistir y superar frustraciones, resolver retos, contribuye a su ajuste psicológico y salud física, se limita la posibilidad de psicopatología y se convierte en un factor de protección que proporciona recursos psicológicos necesarios para enfrentar el estrés. (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021, p.39)

Relacional: capitaliza a los individuos; es decir, juega un papel central en el cumplimiento de las necesidades de apego, al proveerle una percepción subjetiva de que la relación es segura y ello favorece interacciones más positivas, recíprocas y recibidas como balanceadas o equitativas. Al mismo tiempo, suaviza los efectos de la vida cotidiana como puede ser la rutina, cuestiones económicas, las dificultades personales y de la propia relación y en consecuencia repercutir en la satisfacción que ambos miembros tienen de su relación. (Sánchez-Aragón y Calleja, 2021, p.39)

Fernández-Peña señala que, de forma especial,

Las personas afectadas por problemas emocionales, así como quienes hacen frente al curso de enfermedades e incapacidad, eligen a la pareja como primordial apoyo dentro del entorno próximo para la resolución activa de los problemas y para el mantenimiento de la salud mental y física. (Fernández-Peña, 2005; citado en Zepeda-Gocen y Sánchez-Aragón, 2021 p. 4)

Matud, Cabelleira, López, Marrero e Ibáñez, agregan que,

Algunas hipótesis apuntan a que el apoyo de la pareja surte un efecto directo en la salud, mientras que otros planteamientos sugieren un efecto indirecto o mediador. Este último se basa en la influencia de parte de la pareja en actitudes y comportamientos saludables, que

van a tener efectos en la salud y la longevidad. (Matud, Cabelleira, López, Marrero e Ibáñez, 2002; citados en Zepeda-Gocen y Sánchez-Aragón, 2021, p. 4)

Walker, Lucier-Geer, Mancini, Ferrato y Ross, postulan que,

La influencia de relaciones cercanas como la familia y la pareja facilitan un entorno y recursos que promueven mayor calidad de vida. En el caso específico de la pareja, cuando la relación es estable, cercana, satisfactoria y una fuente de apoyo, propiciará que sus integrantes tengan mejor salud mental y recursos psicológicos y exhiban en mayor medida comportamientos saludables. (Walker, Lucier-Geer, Mancini, Ferrato y Ross 2016; citados en Zepeda-Gocen y Sánchez-Aragón, 2021, p. 5)

De acuerdo a Cohen y Wills, existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja:

El apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimientos, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo. (Cohen y Wills, 1985; citados en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 185)

### 3 La terapia de pareja con enfoque sistémico

*“El día de hoy no se volverá a repetir. Vive intensamente cada instante, lo que no significa alocadamente; sino mimando cada situación, escuchando a cada compañero, intentando realizar cada sueño positivo, buscando el éxito del otro; y examinándote de la asignatura fundamental: el amor. Para que un día no lamentos haber malgastado egoístamente tu capacidad de amar y dar vida.”*

*La sociedad de los poetas muertos.*

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar es conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera «portador» de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo «sustituya» generando a su vez otra conducta sintomática. (Ochoa de Alda, 1995, p. 9)

Ochoa de Alda (1995) nos indica que generalmente,

El origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de lugar de control interno del cambio, de forma que por sí mismos puedan resolver los problemas que les aquejan. Por consiguiente, no se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, como un «estorbo» al que se culpa de la situación del paciente, sino más bien al contrario, como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis. Por todo ello, el clínico debe transmitir muy claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para poder obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 9-10)

### 3.1 Conceptos básicos

De acuerdo a Ochoa de Alda (1995) la denominación terapia familiar sistémica incluye el concepto de «sistema».

Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas.(Ochoa de Alda, 1995, p. 19)

Ochoa de Alda (1995) menciona que, “los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio” (p. 19).

En un sistema familiar podemos observar principalmente las siguientes propiedades:

1. Totalidad. La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. En consecuencia, de la evaluación de los individuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones.
2. Causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a A. [...]. Cuando hablamos de «secuencia sintomática» nos referimos al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma regulado por una causalidad circular.
3. Equifinalidad: Alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.



4. Equicausalidad: Se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma. Como consecuencia, para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el momento presente, en el aquí y ahora. Por tanto, la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema –no a descubrir los factores etiológicos– de tal forma que se pueda influir en ellos para iniciar el cambio terapéutico.
5. Limitación: Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.
6. Regla de relación: En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
7. Ordenación jerárquica: En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás.
8. Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por lo que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis. (Ochoa de Alda, 1995, pp. 19-21)

Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

La tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de morfogénesis; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar

aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia. (Ochoa de Alda, 1995, p. 21)

### **3.2 Terapia de pareja**

Simon y cols. (1993; citados en Valdes Aguirre 1998), mencionan que, “la Terapia de Pareja se ha desarrollado junto a la Terapia Familiar y a la vez independiente de ella” (p. 26).

Simon y cols. agregan que,

Desde el punto de vista de la Terapia Familiar, una pareja es un sistema; desde la perspectiva de la terapia basada en el individuo, se considera a la pareja como una red interaccional de dos individuos cuyas necesidades armonizan o se contraponen”. (Simon y cols, 1993; citados en Valdes Aguirre, 1998, p. 26)

García y Navarro (1997) destacan en su trabajo con parejas tres estrategias principales de la Teoría Estructural, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas, las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura del sistema y cuestionar la realidad del sistema. Dichas autoras señalan que el terapeuta ingresa en la situación terapéutica con el supuesto de que la pareja se equivoca, que el problema no reside en el cliente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción, el síntoma solo es una acción protectora, y el portador de este se sacrifica para defender la homeostasis. Desde esta lógica el cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, directo o paradójico, su objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que el paciente tiene del problema, moviendo a los miembros del sistema terapéutico a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conductas diferentes. Las técnicas que están al servicio de estas estrategias son: la escenificación, el enfoque y el logro de la intensidad. (García y Navarro, 1997; citadas en Valdes Aguirre, 1998, p. 33)

Las parejas en conflicto emiten una frecuencia mayor de conductas negativas, es decir, una tasa menor de refuerzos y mayor número de críticas e interacciones hostiles que las parejas bien avenidas. Dado que este hecho no aparece cuando cada uno de sus integrantes se relaciona con otras personas, los autores concluyen que los problemas de comunicación, falta de habilidades de negociación y de solución de problemas son específicos de la pareja y no déficit de cada uno de sus miembros. (Bornstein y Bornstein, 1988; citados en Ochoa de Alda, 1976, p. 221)

El tratamiento se centra principalmente en entrenar a los cónyuges para que desarrollen habilidades adecuadas de comunicación, negociación y solución de problemas, mediante técnicas de modelado gradual. Se comienza con ensayos realizados en la entrevista bajo la supervisión del terapeuta, quien actúa como modelo y fuente de refuerzo, y se completan con tareas para casa muchas veces concretadas en registros conductuales. (Ochoa de Alda, 1976, p. 221)

### **3.3 Características del terapeuta**

De acuerdo a Keeney y Silverstein (1988) el terapeuta sistémico debe utilizar las comunicaciones de su cliente como medio de construir una manera de conocer las pautas de organización sistémica de orden superior, y de influir en éstas. En su mayor parte, las descripciones del cliente se encontrarán en el nivel de la descripción de una acción simple y de los significados que dicha persona asocie a esa acción. Por consiguiente estos marcos de orden simple deben luego ser transformados por el terapeuta en una concepción de las pautas de interacción y de coreografía. (Keeney y Silverstein, 1988; citados en Valdes Aguirre, 1998, pp. 22-23)

Un terapeuta de pareja debe estar dispuesto a abandonar los prejuicios frente a las interacciones entre los participantes, a los diferentes modos de convivencia (que pueden chocar con sus propios valores) e, incluso, a los motivos de consulta novedosos. Se debe ser respetuoso de los valores y creencias, al igual que tener especial sensibilidad con respecto a temas como la etnia y el sexo. (De la Espriella Guerrero, R., 2008, p. 181)

De ahí, que sea importante lo que menciona Andolfi (1977) en el sentido de que será misión del terapeuta crear un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo evitando asumir el rol de juez que debe pronunciar una sentencia, o el de aliado de alguno de los miembros de la pareja, o bien el rol paralizante de defensor del que parece débil (es decir, deberá conjurar un deslizamiento de contexto desde su primerísimo contacto con el sistema). (Adolfini, 1977; citado en Valdes Aguirre, 1998, p. 23)

- La coparticipación

Desde el comienzo el terapeuta de familia debe de tomar ciertas posiciones de liderazgo. En teoría, la familia y el terapeuta inician la terapia con las mismas metas. La presencia de la familia es un reconocimiento de que sus miembros desean asistencia y de que invitan al

terapeuta, un especialista a introducirse en su sistema y ayudarlos a modificar una situación que sustenta o produce tensión, malestar o sufrimiento. Pero en la práctica es posible, y frecuente, que los miembros de la familia y el terapeuta no entiendan de la misma manera la localización del sufrimiento, su causa y el proceso de la curación. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 42)

Minuchin y Fishman (2018) puntualizan que,

Coparticipar con una familia es más una actitud que una técnica y constituye la cobertura bajo la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Coparticipar con una familia es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Solo con esta protección puede la familia sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual, y cambiar. Esa participación es el pegamento que mantiene unido al sistema terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 45- 46)

¿Cómo se introduce el terapeuta en la familia? Lo mismo que los miembros de esta, él es «humano ante todo», para decirlo con una expresión de Harry Stack Sullivan. En algún punto de su interioridad esconde unas cuerdas capaces de resonar en respuesta a cualquier frecuencia humana. Para la formación del sistema terapéutico, tendrá que sacar a relucir aspectos de su personalidad que faciliten edificar un terreno compartido con los miembros de la familia. Y el terapeuta activará de manera deliberada segmentos de sí mismo congruentes con la familia. Pero coparticipará de un modo que le deje libertad para oponerse a los miembros de la familia. Se adaptará a esta, pero también le exigirá que se acomode a él. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 46)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

Puesto que el empleo que el terapeuta hace de sí mismo en el sistema terapéutico es el instrumento más poderoso para promover un proceso de cambio en la familia, aquel debe tener presente el alcance de sus repertorios de coparticipación. Para un terapeuta joven y de voz acariciante no será lo indicado establecer coparticipación en el papel de padre indignado, según lo hace Minuchin en ocasiones. Es importante que el terapeuta saque buen partido de sus recursos, no que imite bien al especialista de éxito. Otra regla de oro para una coparticipación lograda es trabajar con familias de cuyo estadio de desarrollo el terapeuta haya hecho experiencia. Y si tiene que enfrentar situaciones que no ha experimentado, una

buena maniobra de participación será introducirse desde una posición de modestia, pidiendo que lo ayuden a comprender; en efecto, esto da tiempo para que el sistema terapéutico y el terapeuta se desarrollen. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 46)

- Posición de cercanía

En una posición de proximidad el terapeuta puede entrar en connivencia con miembros de la familia, acaso coligándose con unos miembros contra otros. Probablemente el instrumento más útil para obtener esa connivencia sea la confirmación. El terapeuta valida la realidad de los holones en que coparticipa. Busca los aspectos positivos y se empeña en reconocerlos y premiarlos. También detecta sectores de sufrimiento, de dificultad o tensión y da a entender que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 47)

Minuchin y Fishman (2018) señalan que el terapeuta, cuando confirma los aspectos positivos de las personas, se convierte en fuente de autoestima para los miembros de la familia. Por otra parte, los demás contemplan a la persona confirmada nuevos ojos. El terapeuta incrementa su capacidad de maniobra instituyéndose en fuente de autoestima y el status de la familia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 47)

Minuchin y Fishman (2018) agrega que,

En muchos casos la confirmación no consiste más que en una respuesta simpática a la presentación afectiva de un miembro de la familia. Por ejemplo: «Se lo ve preocupado... deprimido... enojado... cansado... harto». La confirmación puede consistir en una mera descripción, que no tenga juicio alguno, de una interacción entre los miembros de la familia, por ejemplo: «Usted parece empeñado en una lucha continua» o «Cuando usted habla, el disiente, o guarda silencio, o se siente cuestionado». Este tipo de intervención no es una interpretación. Los miembros de la familia ya conocen lo que el terapeuta les dice. Su declaración no es más que un modo de dar a entender que ha recibido el mensaje y sea trabajar con ellos sobre el problema. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 48)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

Otro modo de confirmar es enunciar un rasgo a todas luces negativo de un miembro de la familia al tiempo que se «absuelve» a esa persona de toda responsabilidad por esa conducta.

El terapeuta puede decir a un niño «pareces demasiado infantil ¿Cómo hacen tus padres para mantenerte tan pequeñito?». A un adulto, le dirá: «En sus actos, se muestra muy dependiente de su esposa. ¿Cómo logra ella mantenerlo tan anulado?». En estas técnicas, el miembro de la familia se siente reconocido en campo de problemas sin que lo critiquen o lo hagan sentir culpable, y queda en condiciones de responder al terapeuta como si lo hubiera reafirmado en su persona. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 48)

Las intervenciones confirmatorias se producen durante toda la terapia. El terapeuta de continuo busca y destaca los modos de contemplar positivamente a los miembros de la familia, al tiempo que promueve sus propósitos de obtener un cambio estructural. El terapeuta es siempre una fuente de apoyo y de cuidados, así como el líder y directos de sistema terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 48)

- Posición intermedia

En la posición intermedia, el terapeuta coparticipa como un oyente activo, neutral. Asiste a la gente para que cuente lo que le pasa. Esta modalidad de coparticipación, que se llama rastreo, es la que instalan en el terapeuta las escuelas objetivas de la terapia dinámica. Es un buen método para recopilar datos. Pero nunca es tan neutral ni tan objetivo como creen quienes lo usan. También él puede restringir la libertad de movimiento del terapeuta. Si los miembros de la familia están posesionados relatando su historia, es posible que la atención del terapeuta quede prisionera del contenido. A veces le sucederá rastrear la comunicación de los miembros más locuaces de la familia, sin tomar nota de la vida familiar que se escenifica ante sus ojos ciegos. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 48-49)

- Posición distante

El terapeuta puede también coparticipar con familia desde una posición distante. En este caso se apoya en su condición de especialista para crear contextos terapéuticos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza de cambio. No hace el papel de actor, sino de director. El terapeuta percibe las pautas de la danza familiar y entonces dispone de secuencias de interacción; así promueve la escenificación de movimientos habituales o introduce novedades forzando a los miembros de la familia a empeñarse unos con otros en interacciones desacostumbradas. Estas técnicas sirven para producir cambios, pero son también métodos de coparticipación que aumentan el liderazgo

del terapeuta por el hecho mismo de que se lo experimenta como el árbitro de las reglas de la sesión. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 53)

Minuchin y Fishman (2018) puntualizan que,

En su condición de especialista, el terapeuta opera como verificador de la cosmovisión de la familia. Acepta y apoya determinados valores y mitos familiares. Evita o ignora deliberadamente otros. Aprende el modo en que los miembros de la familia encuadran su experiencia: «Somos la familia Smith; debemos comportarnos de esta manera». Presta atención a las pautas de comunicación que expresan y apoyan la experiencia familiar y toma nota de las frases que son significativas para la familia. Puede luego utilizarlas a modo de maniobra de coparticipación, sea para apoyar la realidad de la familia o para construir una cosmovisión más amplia, que admita flexibilidad y cambio. (Minuchin y Fishman, 2018, pp. 53-54)

### **3.4 Fases de la terapia de pareja**

Las fases de la terapia de pareja se pueden resumir en: evaluación, intervención y seguimientos.

#### **3.4.1 Evaluación**

La primera entrevista se centra en la creación de la relación de trabajo y de expectativas terapéuticas favorables. El objetivo es motivar a los integrantes de la pareja para que colaboren con el terapeuta y entre sí en el esfuerzo conjunto por mejorar su relación. Para ello, se permite que expresen sus emociones negativas acerca de los problemas conyugales y se evalúa la motivación de cada uno para salvar el matrimonio. Posteriormente, se adquiere información de la historia de relación matrimonial y del grado de satisfacción de cada uno con respecto a su matrimonio. (Ochoa de Alda, 1976, p. 222)

- Evaluar la motivación para salvar el matrimonio

Lieberman (1987; citado en Ochoa de Alda 1976), menciona que, “se pide a cada miembro por separado que puntúe en una escala de 0 a 10 su grado de motivación para «salvar» su matrimonio” (p. 222).

También se les pregunta individualmente si existen relaciones extramatrimoniales, en cuyo caso es preciso conseguir un compromiso de fidelidad mientras dure el tratamiento. Algunas veces, un entrenamiento en asertividad hace al cónyuge más atractivo y deseable para su esposo/a, llevando al abandono de la relación extramatrimonial (Lieberman, 1987; citado en Ochoa de Alda 1976, p. 222).

- Catarsis emocional

Al inicio de la primera entrevista se permite la expresión de emociones y comentarios negativos en torno a los problemas de relación de pareja individual y conjuntamente. Más adelante, el terapeuta no admitirá expresiones de este tipo y centrará la terapia en el logro de las metas terapéuticas. (Ochoa de Alda 1976, p. 222)

- Creación de expectativas terapéuticas favorables

Se debe dejar muy claro que el objetivo del tratamiento no es preservar el matrimonio o ayudar a la pareja a soportar el conflicto y la infidelidad, sino alcanzar una buena comunicación. Poseer buenas habilidades de comunicación constituye un requisito previo para lograr que los cónyuges sean capaces de resolver satisfactoriamente sus problemas. (Ochoa de Alda 1976, pp. 222-223)

- Evaluación de la historia y la relación matrimonial

De acuerdo a Ochoa de Alda (1976) en este momento de la evaluación, “el terapeuta recoge información sobre los mitos heredados de las familias de origen respectivas, los patrones de interacción predominantes y los tipos de respuestas emocionales negativas en la pareja” (p. 223).

Bornstein y Bornstein, agregan que,

Los patrones de interacción pueden basarse en la reciprocidad o en la coerción. En el primer caso se caracterizan por la sensibilidad a las peticiones del otro y el refuerzo mutuo de las conductas deseadas. Por el contrario, la coerción comprende acciones aversivas mutuas que intentan controlar la conducta de la otra persona. Las acciones aversivas se encadenan en una secuencia en la que cada petición adopta la forma de una demanda exigente, incluso amenazadora, y su incumplimiento se castiga con el aumento de conductas aversivas. La sensación desagradable, producida por las constantes amenazas, aumenta hasta que se consigue la sumisión de uno de los cónyuges. La conducta sumisa, al obtener un alivio



momentáneo, se convierte en un refuerzo de la conducta coercitiva y aparece una espiral, en la que por turnos cada esposo adopta el papel de víctima o de triunfador. (Bornstein y Bornstein, 1988; citados en Ochoa de Alda, 1976, p. 223)

Ochoa de Alda (1976) señala que,

Las respuestas emocionales negativas comprenden palabras, expresiones y actos desagradables que, aparentemente, son un castigo que distancia a la pareja y destruye su relación. Sin embargo, obtener esas respuestas es mejor que nada, por lo que constituyen un factor importante para mantener la unión de la pareja. (Ochoa de Alda, 1976, p. 223)

- Evaluación de la satisfacción matrimonial

Para recabar información sobre el grado de satisfacción matrimonial, se pregunta por el grado de complacencia para realizar actividades de ocio elegidas por el otro cónyuge; por el apoyo mutuo que se prestan en la educación de sus hijos o en presencia de otras personas; y por la frecuencia, iniciativa, sensaciones y capacidad de manifestar deseos en el área sexual. (Ochoa de Alda, 1976, p. 223-224)

### **3.4.2 Intervención**

El trabajo de las sesiones se dirige fundamentalmente a conseguir una buena comunicación verbal y no verbal entre los miembros de la pareja; aumentar los intercambios mutuamente reforzantes; disminuir las interacciones aversivas, y utilizar contratos para negociar la solución de problemas. (Ochoa de Alda, 1976, p. 224)

El procedimiento que debe seguir el terapeuta se inicia con una definición operativa de las metas que los clientes persiguen con el tratamiento. Las técnicas de intervención consisten en un modelado gradual que permite ensayar las conductas deseadas, en el cual el terapeuta actúa como modelo y a su vez refuerza los progresos alcanzados. Más adelante, se pretende generalizar las adquisiciones logradas al ambiente cotidiano, mediante tareas directas para practicar en casa. (Ochoa de Alda, 1976, p. 224)

- Lograr una comunicación eficaz

Liberman (1987; citado en Ochoa de Alda 1976), establece que, “La comunicación entre los miembros de la pareja abarca tres niveles: verbal, emocional y sexual. Se asume que a medida que mejore la comunicación verbal se producirán cambios positivos en los otros niveles” (p. 224).

Dentro de este enfoque se considera que una comunicación es adecuada cuando los efectos reales sobre el receptor coinciden con los efectos deseados por el emisor, razón por la cual es importante que la pareja comprenda que han de recibirse correctamente tanto los contenidos de fondo como también los sentimientos asociados al mensaje. (Ochoa de Alda, 1976, p. 224)

#### *Entrenamiento en comunicación no verbal*

El entrenamiento para la adquisición de habilidades de comunicación no verbal se basa principalmente en conseguir el tono y volumen de voz y el tipo de contacto visual con los que cada integrante de la pareja se encuentre cómodo.

Tono y volumen de voz. El procedimiento consiste en seleccionar un mensaje neutral e instruir a los cónyuges, mediante la técnica de modelado gradual, para que se miren y digan el mensaje de diversas formas. Así por ejemplo, el terapeuta les pide que transformen la afirmación en pregunta, en demanda, en reproche, en preocupación, en una invitación, o que lo digan con voz fuerte, con miedo, etc. Cuando un esposo dice la frase, se pregunta al otro sobre el mensaje no verbal recibido. Después se invierten los roles de emisor y receptor. Al finalizar se les pregunta con qué tono de voz se encuentran más a gusto y por qué. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 225-226)

Contacto visual. Para entrenarlos en lograr un buen contacto visual se selecciona una afirmación neutral y se les instruye para que digan -por tumos- el mensaje con voz neutral, variando el contacto visual. El terapeuta pide a cada uno que mire a los ojos del otro, que inicie un contacto ocular y después lo rompa; que no haga contacto y después lo inicie; que suavice la intensidad de la mirada; que mire levemente por encima del nivel de los ojos de su pareja, etc. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 225-226)

#### *Entrenamiento en comunicación verbal*

El objetivo es ayudar a la pareja a conversar libremente sobre temas neutrales, positivos, peticiones de cambio y temas delicados y negativos. El entrenamiento sigue el orden

mencionado, es decir, se inicia con temas neutrales y finaliza con los más delicados y negativos. En cada ensayo, una vez que un cónyuge expresa un breve mensaje de cinco o seis frases, el terapeuta pide al otro que lo repita hasta que el emisor quede satisfecho. A continuación deben expresarse directamente los sentimientos y confesarse sus emociones. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 226)

- Incrementar los intercambios mutuamente reforzantes

La meta es conseguir que los componentes de la pareja sean capaces de dar, agradecer y pedir gratificaciones. El procedimiento comienza adiestrándolos para que reconozcan palabras y acciones placenteras, es decir, gratificaciones. Nuevamente, el terapeuta actúa como modelo y pide a cada esposo por turno que ensaye. Cuando el ensayo es satisfactorio se asignan tareas para casa. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 226)

Las tareas para cada cónyuge incluyen:

1. Hacer individualmente una lista de las gratificaciones que cada uno da y una lista de las gratificaciones que recibe, para después leerlas en alto.
2. Mencionar dos o tres gratificaciones importantes que están ocurriendo.
3. Efectuar un registro diario de las gratificaciones recibidas que se muestra al cónyuge al final del día, lo cual sirve como refuerzo. Al principio de cada sesión, leen lo que el otro dijo o hizo que resultó agradable. Posteriormente, el terapeuta pregunta a cada esposo si el suceso agradable fue agradecido y cómo.
4. Se tienen en cuenta ocho áreas en las que las parejas pueden tener problemas: sexualidad, comunicación, educación de los hijos, dinero, actividades sociales y de tiempo libre, responsabilidades domésticas, trabajo e independencia-dependencia. Los cónyuges deben anotar, por separado, aquellos deseos fantaseados para mejorar su relación en todas las áreas. Después, cada uno escoge y pide en voz alta un deseo. El terapeuta ayuda a transformar y aproximar la fantasía a una acción real que pueda producir sentimientos positivos, concretando la frecuencia, duración, el tiempo y el lugar. Cuando se ha alcanzado un acuerdo, prescribe la tarea de intercambiar las fantasías. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 226)

- Disminuir las interacciones aversivas

Bornstein y Bornstein (1988; citados en Ochoa de Alda 1976), menciona que, “se ha observado que las parejas con éxito tienden a permitir una cierta cantidad de hostilidad sin tener que «devolvérsela» al otro” (p. 227).

Cuando se necesite expresar los sentimientos negativos hay que explicar qué conducta los ha producido, y describir esos sentimientos para terminar haciendo una petición que mejore la situación y los sentimientos (por ejemplo, cambiar palabras o conductas, o pedir tiempo para llegar a un compromiso o clarificación). (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

Se sugiere a la pareja que cuando el otro se muestre hostil o de mal humor, en lugar de responder como habitualmente han venido haciendo, elijan entre las siguientes posibilidades:

1. Ignorarlo. Sin embargo, cuando el clima emocional es muy intenso, ignorar a la otra persona se convierte en una provocación adicional, por lo que -en dicha situación- no es conveniente utilizar esta opción.

2. Desarmar al otro con gratificaciones, en vez de emplear las conductas aversivas esperadas.

3. Intentar poner en práctica una gratificación mutua.

4. Introducir el humor en la situación.

5. Ser empático y ponerse en el lugar del otro

6. «Tiempo fuera». Se puede permanecer un tiempo apartado para dejar que el cónyuge se calme y luego expresar los sentimientos propios de manera asertiva, pero sin crítica. Es importante que el esposo que se marcha diga al otro dónde va y cuándo volverá.

7. Intercambio de afecto físico. Por ejemplo, pueden empezar acariciándose la mano con el dedo pulgar, jugando a que los dedos son dos viejos amigos que se muestran su cariño. Más adelante seguirán con toda la mano. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

- Contratos para negociar la solución de problemas

El contrato se emplea como un instrumento de solución de problemas y su finalidad es especificar qué quieren el uno del otro y qué estarían dispuestos a dar. El paso final es la

negociación, el acuerdo y finalmente el compromiso con las respectivas peticiones. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 229)

En una primera fase, cada cónyuge elige una serie de conductas que desea que manifestara su compañero. Después leen en voz alta sus respectivas peticiones explicando por qué son importantes. Es conveniente que expresen cómo se sentirían si su pareja realizase las acciones descritas, y que se sitúen en el lugar del otro para comprobar la dificultad del cambio. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 229)

La segunda fase comprende la negociación de acuerdos y comienza estableciendo un orden de prioridades con respecto a las conductas que promuevan gratificaciones. Posteriormente, se pide a los cónyuges que lleguen a un consenso sobre la fecha en que empezarán a cumplir lo acordado. Es preciso subrayar que cada cónyuge debe comprometerse personalmente a cumplir los términos de su contrato, independientemente de que el otro lo haga o no. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

Cuando se consigue el compromiso sobre acuerdos claros se procede a la tercera fase, la ejecución de los mismos, para lo cual es recomendable empezar con conductas fáciles y, sólo tras obtener éxito en las mismas, continuar progresivamente hacia otras más difíciles. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

Una vez que se verifique una mejoría en la relación, constatando que han mantenido los acuerdos, el terapeuta inicia la cuarta fase. Les pide que nuevamente se pongan de acuerdo, en esta ocasión sobre el tipo de recompensas que cada uno va a recibir por haber realizado las conductas a las que se había comprometido. La obtención de recompensas obviamente actúa como refuerzo de los cambios adquiridos. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

El procedimiento continúa de la misma forma hasta alcanzarse la última de las conductas deseadas. La finalización del tratamiento incluye el establecimiento de metas a largo plazo, de modo que las medidas de seguimiento incluyan una evaluación de su consecución. (Ochoa de Alda, 1976, pp. 227)

### **3.4.3 Seguimiento**

La utilización de los seguimientos va más allá del control del éxito terapéutico, convirtiéndose en otra etapa más del tratamiento. En ellos el terapeuta revisa el cumplimiento de los objetivos propuestos en la última sesión y planifica otros nuevos y formas de conseguirlos. En general, se observa una gran dificultad para mantener y generalizar los aprendizajes efectuados durante el tratamiento en sí, muy vulnerables a acontecimientos ajenos a la propia pareja. Por tanto, los seguimientos representan una forma de prolongar la terapia, sin fomentar la dependencia hacia la misma (Jacobson, 1986; citado en Ochoa de Alda, 1976, p. 229)

### **3.5 Aspectos técnicos de la terapia sistémica de pareja**

#### Hipotetización

Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata (1980; citados en Jones y Asen 2004), mencionan que “antes de ver a una pareja por primera vez, y antes, durante y después de las subsiguientes sesiones, los terapeutas formulan y prueban sus hipótesis de trabajo” (p. 41)

Las hipótesis son intentos preliminares de explicar los síntomas presentes del paciente identificado PI en función de los contextos en los que ocurren e incluyen tanta información como emerge durante de la terapia: todos los participantes significativos, los acontecimientos conocidos y la relación en las interacciones que ofrecen una explicación y posibles soluciones. (Jones y Asen, 2004, pp. 41-42)

Jones y Asen (2004) menciona que,

La función central de enunciar hipótesis puede ser, en primer lugar, organizar el pensamiento del terapeuta y, en segundo lugar, mantener esta organización abierta a cambios y a nuevas posibilidades. El objetivo de la hipotetización es intentar comprender cómo los problemas de los clientes pueden conectar con su sistema relevante. Trabajar con hipótesis guía las conversaciones de los terapeutas en busca de la adecuada descripción de la situación de los clientes; las hipótesis sistémicas más detalladas permiten a los terapeutas y a los clientes enfocar aquello que necesitan cambiar. (Jones y Asen, 2004, pp. 42-43)

Unión y compromiso

La unión (o vinculación) es el proceso de acomodación entre el terapeuta y la pareja, la búsqueda de una acomodación suficientemente buena para permitir la introducción de diferencias por parte del terapeuta para explorar el problema en un entorno percibido como seguro. Puede ser descrita como la formación de la alianza terapéutica, el desarrollo de una buena relación, el ingrediente esencial no específico de toda terapia. A pesar de que un terapeuta puede ser más consciente del uso de las técnicas de unión al principio de la terapia, éste es un proceso continuo que debe de ser atendido durante todo el tiempo y que facilita a ambas partes el establecer un compromiso y el facilitar el cambio. La unión se establece mediante el uso de técnicas propias de cada terapeuta y que están relacionadas con su "Self". (Minuchin y Fishman, 1981; citados en Jones y Asen, 2004, p. 45).

#### Entrevista circular

En la práctica de la entrevista se sigue una pauta circular (o en espiral), donde la retroalimentación a las preguntas del terapeuta influirá y dará forma a la siguiente pregunta del terapeuta, y así sucesivamente. Éste es un tipo de entrevista intencionado y sensibilizante: intencionado porque el terapeuta ocupa una posición central como principal conductor de la sesión y como el que hace las preguntas, y sensibilizante porque hay una retroalimentación y una apertura hacia lo que la pareja nos ofrece; así, el terapeuta y la pareja juntos construyen una nueva manera de entender la situación. (Jones y Asen, 2004, p. 48)

El efecto de las preguntas circulares es:

Invitar a la curiosidad de la pareja, a interesarse sobre su historia, contexto y patrones de sus interacciones insatisfactorias, entre las que se incluyen los síntomas depresivos. Sólo cuando el terapeuta entiende cómo estas interacciones se ajustan entre ellas para acabar en una pauta de relación estresante para la pareja, ésta podrá ver su situación de forma diferente, hacer nuevas conexiones y ver nuevas opciones de cambio y flexibilidad. Desbaratar y perturbar los patrones de pensamiento y acción, actuando como un desafío intenso pero contenido en los antiguos puntos de vista de la pareja. (Jones y Asen, 2004, pp. 49-50)

#### Escenificación

La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena

interacciones disfuncionales entre miembros de la familia. Esta escenificación se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta. Al tiempo que la promueve, éste tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos hacia otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. Entonces el terapeuta puede intervenir en el proceso, sea para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia, indicar modos diferentes de interacción e introducir sondeos experimentales que proporcionaran información tanto al terapeuta como a la familia sobre la índole del problema, la flexibilidad de las interacciones familiares para la búsqueda de soluciones y la virtualidad de modalidades diferentes del desempeño dentro del marco terapéutico. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 90)

Minuchin y Fishman (2018) plantean que,

Cuando los miembros de la familia escenifican una interacción, las reglas habituales que gobiernan su conducta se imponen con una intensidad afectiva semejante a la manifestada en las interacciones corrientes en el hogar. Pero en una situación terapéutica, en que posee el control del contexto, el terapeuta puede verificar las reglas del sistema aliándose de manera diferencial con ciertos miembros de la familia o formando coaliciones contra otros miembros. También puede controlar la dimensión temporal. Por ejemplo, dirá a los miembros de la familia: «Prosigan esta interacción», o bloqueará los intentos de otros miembros de abreviar la escenificación. Con este proceso, intenta identificar y modificar de manera temporaria las alianzas entre los miembros de la familia, verificando la flexibilidad que muestra el sistema cuando el terapeuta «presiona». Esta maniobra procura información sobre la capacidad de la familia para cambiar dentro de determinado sistema terapéutico. La escenificación requiere de un terapeuta activo que se sienta cómodo participando y movilizándolo a personas cuyas respuestas no se pueden predecir. Es preciso que el terapeuta se sienta cómodo en situaciones abiertas, en que no solo promueve el despliegue de la información, sino que también la crea presionando sobre las personas y observando y vivenciando la realimentación frente a esa injerencia suya. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 91)

Minuchin y Fishman (2018) indican que,

La escenificación se puede considerar una danza en tres movimientos. En el primer movimiento, el terapeuta observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los



campos disfuncionales que conviene iluminar. En el segundo movimiento de escenificación, el terapeuta organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional en presencia de él. Y en el tercer movimiento, el terapeuta propone modalidades diferentes de interacción. Este último movimiento puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas a la familia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 92)

#### Solución de problemas

En momentos específicos de la terapia, puede estar indicado el abordaje mediante la técnica de Solución de Problemas. Para obtener una definición precisa del problema, el terapeuta tiene que seguir la pista de cómo ocurren los acontecimientos conflictivos. Se anima a la pareja a describir una secuencia de acontecimientos que acaben en conflicto. El terapeuta trata entonces de enmarcar los sucesos que preceden la situación descrita para encontrar el primer paso de la secuencia. Se pide a la pareja que identifique qué punto podía haber sido usado como escapatoria y se les pide que consideren de qué manera podrían “re-actuar” en una situación similar futura. (Jones y Asen, 2004, p. 53)

Se puede usar el siguiente modelo:

- Buscar un acuerdo sobre cuál es exactamente la secuencia del problema.
- Especificar los objetivos deseados.
- Listar las soluciones intentadas y falladas.
- Seguir la pista de secuencias de acontecimientos previos a la aparición del problema.
- Identificar las acciones resolutivas preventivas.
- Realizar un “brainstorming” (tormenta de ideas) sobre otras posibles soluciones, analizando las ventajas e inconvenientes de cada solución propuesta.
- Escoger una solución específica.
- Formular un plan detallado para implementar esta solución.
- Especular sobre las consecuencias de implementar un plan específico y discutir cómo revisar sus consecuencias. (Jones y Asen, 2004, pp. 53-54)

#### Técnicas de tiempo y espacio en la familia

La construcción de un genograma o un árbol genealógico es una buena forma de contextualizar los síntomas, el PI y la pareja. En este caso no es el resultado final, una elaboración exhaustiva del árbol, lo importante, sino el proceso de construcción y las cuestiones que guían a la pareja a

hacer nuevos descubrimientos y conexiones. (Burnham, 1986; McGoldrick y Gerson, 1985; citados en Jones y Asen, 2004, p. 55)

El método de los círculos de la familia (Geddes & Meway, 1977) es un ejercicio que se solicita a ambos miembros de la pareja simultáneamente. Se pide a cada uno que dibuje un gran círculo diciéndole: “Esta es tu vida, ahora pon a la gente y las cosas que son importantes en tu vida dentro de él. Dibuja un círculo para cada uno de ellos y no olvides ponerte a ti también”. La gente representará visualmente cómo se ven así mismos en relación con los demás, con el trabajo, las aficiones, etc. Una vez completada esta tarea, se presta a una gran variedad de intervenciones: la pareja puede comparar sus respectivos dibujos y cuestionarse el uno al otro, se puede comparar áreas de acuerdo y desacuerdo. Se pueden suscitar preguntas respecto a un cambio determinado considerando qué aspectos del/los círculo/s tendrían que ser cambiado/s, y cómo se reemplazarían, qué debería hacer uno para conseguir el cambio, y así sucesivamente. (Jones y Asen, 2004, p. 56)

Hay otras técnicas visuales que animan a los pacientes a hacer representaciones en diagramas de su vida pasada, presente y/o futura. Esas técnicas suelen animar a los clientes a hacer comentar el uno sobre el otro, desafiando así a las percepciones del otro y discutiendo cómo hacer las cosas de forma diferente en el futuro. (Jones y Asen, 2004, p. 56)

Tareas entre-sesiones (“Los deberes”)

Las tareas entre sesiones tienen el propósito de continuar en la situación del hogar del cliente con algunos de los trabajos iniciados en la sesión con la pareja; una de las consecuencias de estas tareas es el anclaje del cambio en la vida diaria de los clientes, proporcionándoles a la vez una mayor sensación de dominio y “propiedad” de este cambio. Las tareas crean una situación en la que la pareja es requerida para comportarse, señalando o dramatizando determinadas interacciones. (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli, Boscolo, Ceccin y Prata, 1977; citados en Jones y Asen, 2004, pp. 58)

Enfoque

Cuando observa a una familia, el clínico es inundado por los datos. Es preciso deslindar fronteras, poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias. El terapeuta seleccionará y organizará estos datos dentro de un esquema que les confiera sentido. Pero esta organización debe ser al propio tiempo un esquema terapéutico que promueva el

cambio. En consecuencia, el terapeuta organizará los hechos que percibe de manera que formen trabazón entre ellos y posean también pertinencia terapéutica. (Minuchin y Fishman, 2018)

#### Intensidad

Los miembros de la familia tienen una sensibilidad auditiva discriminatoria, que presenta campos de sordera selectiva regulados por su historia común. Además, todas las familias, aun las que se componen de personas muy motivadas, operan dentro de cierta frecuencia. Por ello, el mensaje del terapeuta puede no ser registrado o puede perder penetración. El terapeuta necesita hacer que la familia «oiga», y esto exige que su mensaje supere el umbral de la sordera de la familia. Puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero sin asimilarlo dentro de su esquema cognitivo como una información nueva. Esta última impone el reconocimiento de una «diferencia», pero los miembros pueden oír lo que el terapeuta les dice como si fuera idéntico o semejante a lo que siempre oyeron dentro de la familia. Pueden, en consecuencia, no oír, por más que el terapeuta haya conquistado su atención y por más que ellos escuchen. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 124)

Minuchin y Fishman (2018) indica que,

Las familias difieren unas de otras en el grado en que exigen lealtad a la realidad a la realidad familiar, y por fuerza la intensidad de mensaje del terapeuta habrá de variar según sea lo que cuestione. A veces, simples comunicaciones tienen la intensidad suficiente, mientras que otras situaciones requieren de crisis muy intensas. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 124)

#### Repetición del mensaje

El terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia. Es una técnica importante para el incremento de la intensidad. La repetición puede recaer tanto sobre el contenido como sobre la estructura. Por ejemplo, si el terapeuta insiste en que en que los padres se pongan de acuerdo sobre la hora en que el hijo se debe acostar, y ellos tienen dificultades para llegar a una decisión, el terapeuta puede repetir que es esencial que los padres se pongan de acuerdo (estructura) sobre determinada hora a que el hijo se debe acostar (contenido). (Minuchin y Fishman, 2018, p. 126)

#### Repetición de interacciones isomórficas

Minuchin y Fishman (2018) establecen que,

Otra variedad de repetición incluye mensajes que en la superficie parecen diversos (a diferencia del monótono «¿Por qué no se mudó?», pero que son idénticos a un nivel más profundo. Aunque su contenido es diferente, están dirigidos a interacciones isomórficas dentro de la estructura familiar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 130)

La estructura familiar se manifiesta en una diversidad de interacciones que respondan a un mismo sistema de reglas y que en consecuencia son equivalentes desde un punto de vista dinámico. El cuestionamiento de estas estructuras [morfos] equivalentes [iso] produce intensidad por la repetición de mensajes dentro de un proceso. Esta intervención puede enfocar interacciones que interesan a la terapia y reunir sucesos en apariencia desconectados en un significado orgánico único, con lo cual se acrecienta la experiencia que los miembros de la familia tienen de la regla familiar constreñidora. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 130)

#### Modificación del tiempo

Los miembros de la familia han elaborado un sistema de notación que regula el tiempo y el compás de su danza. Algunas de estas notas son transmitidas por P á g i n a 172 | 277 pequeñas señales no verbales que vehiculizan el mensaje «Hemos llegado a un umbral peligroso o a una senda desconocida o insólita. Cuidado, aminorar la marcha o detenerse». Este señalamiento es tan automático que los miembros de la familia sin advertir que han llegado a un territorio prohibido y son retenidos por las riendas del sistema familiar. Como un caballo dócil, obedecen antes que les tiren las riendas y por eso no sienten el freno en la boca. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 136)

#### Cambio de la distancia

Minuchin y Fishman (2018) señalan que, “los miembros de la familia elaboran en el curso de su vida el sentimiento de la distancia «adecuada» que deben mantener entre sí” (p. 144).

Minuchin y Fishman (2018) “El cambio de la distancia que se mantiene automáticamente puede producir un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico” (p. 145).

#### Resistencia a la presión de la familia

Minuchin y Fishman (2018) señalan que,

En ocasiones «no hacer» puede producir intensidad en la terapia. Esto es verdadero sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que el sistema familiar «desea que haga». De manera necesaria e inadvertida los terapeutas son absorbidos en el sistema familiar en su condición de miembros del sistema terapéutico. En ocasiones esta absorción contribuye a mantener una homeostasis disfuncional familiar. Con su resistencia a ser adsorbido por el sistema, el terapeuta introduce intensidad a la terapia. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 145)

La escenificación se asemeja a una conversación en que el terapeuta y la familia tratan de que el otro vea el mundo como él lo ve. La intensidad se puede comparar con un cotejo de gritos entre el terapeuta y una familia dura de oído. La eficacia terapéutica puede disminuir muchísimo si la orientación terapéutica hace creer un mensaje terapéutico se recibió porque fue emitido, y también a la causa de las reglas de etiqueta en virtud de las cuales la gente tiende a fingir comprensión para no parecer brusca. Es preciso que la familia oiga realmente el mensaje del terapeuta. Si son duros de oído, aquel tendrá que gritar. (Minuchin y Fishman, 2018, p. 147)

## 4 Metodología

*“Chicos, deben esforzarse por encontrar su propia voz. Porque cuanto más esperen para comenzar, es menos probable que lo encuentren. Thoreau dijo: “La mayoría de los hombres llevan vidas de silenciosa desesperación”. No te resignes a eso”.*

*La sociedad de los poetas muertos.*

### 4.1 Pregunta de Investigación

El presente trabajo consiste en una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja que busca mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja heterosexual en edad reproductiva, sin hijos en el que por alguna circunstancia médica un miembro de la pareja ha atravesado por una histerectomía.

La propuesta de investigación documental sugiere cuestionar:

¿Se puede realizar una propuesta de un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja heterosexual, en edad reproductiva, sin hijos que ha atravesado por una histerectomía?

### 4.2 Objetivos

#### 4.2.1 *Objetivo general:*

Desarrollar un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo que se da y se recibe entre los miembros de una pareja heterosexual en edad reproductiva, sin hijos, ante una histerectomía en un miembro de la pareja.

#### 4.2.2 *Objetivos específicos:*

1. Diseñar un programa psicoeducativo para parejas heterosexuales en edad reproductiva, sin hijos que han experimentado la histerectomía.
2. Evaluar la percepción del apoyo que se recibe y se da entre la pareja en forma de test-retest.

### 4.3 Hipótesis sugeridas

H1. Es posible que un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja mejore la percepción del apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja en edad reproductiva, sin hijos que ha atravesado por una histerectomía.

H0. No es posible que un programa psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja mejore la percepción del apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja en edad reproductiva, sin hijos que ha atravesado por una histerectomía.

#### **4.4 Definición teórica de variables**

**Histerectomía:** Toledo Mariño (2011) menciona que la histerotomía es “el procedimiento quirúrgico mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero” (p. 71).

**Apoyo:** Rhodes (1989) citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006) le define como “la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor” (p. 184).

#### **4.5 Definición operacional de variables**

**Histerectomía:** Intervención quirúrgica que tiene como objetivo retirar el útero de manera parcial o total. El útero es un órgano significativo para las mujeres y la sociedad, ya que culturalmente se encuentra asociado a características como femineidad, sexualidad, capacidad reproductiva y maternidad. La pérdida de este órgano puede generar inseguridades y preocupaciones respecto a las relaciones interpersonales de la mujer histerectomizada, principalmente en su relación de pareja, respecto a todo lo que se cree perder cuando se pierde el útero.

**Apoyo:** Conductas que realizan los miembros de una pareja que ha atravesado por una histerectomía, en donde se brindan sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor, para lograr una mejor adaptación del miembro histerectomizado y así mejorar la intimidad y la cercanía de la pareja.

#### **4.6 Tipo de investigación y metodología elegida**

Investigación de tipo cualitativa.

Para Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) el “enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p. 7).

De acuerdo con Maanen (1983; citado en Álvarez-Gayou Jurgenson, Camacho y López, Maldonado, Trejo Olguín y Pérez s.f.) el método cualitativo puede ser visto como “un término que

cubre una serie de métodos y técnicas con valor interpretativo que pretende describir, analizar, descodificar, traducir y sintetizar el significado, de hechos que se suscitan más o menos de manera natural” (p. 2)

Maanen citado en Álvarez-Gayou Jurgenson, Camacho y López, Maldonado, Trejo Olguín y Pérez (s. f.) Agrega que, “las metodologías cualitativas no son subjetivas ni objetivas, sino interpretativas, incluye la observación y el análisis de la información en ámbitos naturales para explorar los fenómenos, comprender los problemas y responder las preguntas” (p. 4).

El objetivo de la investigación cualitativa es explicar, predecir, describir o explorar el “porqué” o la naturaleza de los vínculos entre la información no estructurada. El objetivo de la investigación cualitativa es el proceso inductivo en lugar del resultado deductivo. Los datos objetivos de la investigación cualitativa proporcionan información no sobrecargada, por lo tanto, el investigador tiene que buscar patrones narrativos explicativos entre las variables de interés, y llevar a cabo la interpretación y descripción de dichos patrones. En lugar de comenzar con la hipótesis, teorías o nociones precisas que probar, la investigación cualitativa empieza con observaciones preliminares y culmina con hipótesis explicativas y una teoría fundamentada. (Creswell, 2007; citado en Álvarez-Gayou Jurgenson, Camacho y López, Maldonado, Trejo Olguín y Pérez, s. f., p. 4)

#### **4.7 Sujetos**

Parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, en la que uno de los miembros ha sido intervenido por una histerectomía.

##### **Criterios de inclusión:**

- Parejas casadas civilmente.
- Parejas heterosexuales.
- Ambos miembros deben de estar de acuerdo en participar.
- Parejas sin hijos.
- Miembros de la pareja en edad reproductiva en un rango de entre 25 a 45 años.

##### **Criterios de exclusión:**

- Parejas no casadas, en cohabitación, mujeres divorciadas.
- Parejas del mismo sexo (lesbianas).



- Uno de los miembros de la pareja no tenga la disposición de participar.
- Parejas con hijos o mujeres con histerectomía obstétrica que hayan tenido un hijo.
- Los miembros de la pareja son mayores de 45 años.

#### **4.8 Instrumento**

Evaluar la efectividad de la intervención del programa psicoeducativo por medio del Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAAP), en forma de test-retest , que nos permita medir si se ha desarrollado la mejora del apoyo que se da y se recibe entre los miembros de la pareja que ha atravesado por una histerectomía. El Inventario de Apoyo Para la Pareja se encuentra en el apéndice A: Reactivos e indicaciones.

Al respecto, Tornimbeni, Pérez y Olaz (2008; citado en Majluf Mendoza 2021) indican que el método test-retest, “consiste en administrar un test en dos oportunidades a la misma muestra de sujetos, con un determinado intervalo entre las dos administraciones, y calcular la correlación entre los puntajes obtenidos en la primera y segunda vez” (p. 242).

José Ventura-León en la Revista Educación Médica, señala que;

El término inventario denota una lista ordenada de bienes u objetos, que en el ámbito de la medición hace referencia a un listado de rasgos, actitudes, preferencias o habilidades personales de una conducta o personalidad, aunque su uso frecuente acontece en ambientes clínicos como un listado de síntomas o problemas que el individuo debe señalar que ocurren en él o no. (Ventura-León, 2020, p. 219)

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006), señalan que: “El inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP) se desarrolló como un instrumento corto, con oraciones sencillas, compuesto de una escala de respuestas de cinco opciones tipo Lickert” (p. 187).

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006) También mencionan que: El IAPP tiene como objetivo: “Evaluar la percepción del apoyo que se recibe y que se da entre la pareja” (p. 183).

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006) indican que el IAPP, “está conformado por 59 reactivos, de los cuales 36 se refieren al apoyo positivo, 15 al apoyo expresado y 8 al apoyo negativo o no apoyo” (p. 192).

Las definiciones de los factores del inventario son las siguientes:

**Apoyo positivo:**

Alude a aquellas conductas destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 192)

**Apoyo expresado:**

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006) mencionan que “se refiere a aquellas conductas destinadas a ayudar al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, expresándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto la comunicación entre ellos” (p. 192).

**Apoyo negativo:**

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio (2006) señalan que “se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviesa por un momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, critica, dureza, evitación, rechazo y/o indiferencia” (p. 193).

La validez de la prueba consistió en al análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron tres factores con valor Eigen o propio mayor que uno. Para el primer factor, denominado apoyo positivo, resultado del 22. 574; para el segundo, apoyo expresado, fue de 7.618, y para el tercero, apoyo negativo, fue de 6.400. La varianza acumulada fue de 56.28. Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach robustos. Para apoyo positivo (apoyo que me da mi pareja) fue de 0.9712, para apoyo expresado fue de 0.9637 y para apoyo negativo fue de 0.8211, que confirman la estabilidad teórica y empírica de los elementos que componen el “apoyo”. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio, 2006, p. 188)

La elección de un reactivo como perteneciente a un factor se basa en el criterio de carga factorial igual o mayor a 0.40; esta carga o peso indica que tenemos un buen nivel en la validez de lo que medimos. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio, 2006, p. 188)

Forma de calificación del instrumento: la prueba se evalúa de acuerdo con los siguientes criterios y categorías:

Para obtener la calificación es necesario:

- a. Seleccionar los reactivos que pertenecen a cada factor.
- b. Sumar la calificación de los puntajes (1, 2, 3, 4 o 5) dados por el sujeto.
- c. El puntaje obtenido es la calificación para ese factor.
- d. Comparar el puntaje con el punto medio o punto de corte, tomando en cuenta también el puntaje máximo que se puede obtener así como el mínimo. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio, 2006, p. 198)

Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio. (2006) mencionan que, “para saber si las respuestas a cada factor tienden a la definición de dicho factor, ha de obtenerse el punto medio de la calificación, también llamado punto de corte, que es diferente en cada factor” (p. 198).

El punto de corte o punto medio se obtienen multiplicando el número total de reactivos de cada factor por 3, que en la escala Likert es el puntaje medio. Por otro lado, para obtener el puntaje máximo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 5, que en la escala Likert es el puntaje más alto y para obtener el puntaje mínimo se multiplica el número total de reactivos de cada factor por 1, que en la escala Likert es el puntaje más bajo que se asigna. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio, 2006, p. 198)

#### **Factor 1: apoyo positivo**

Reactivos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44.

Total: 36 reactivos.      Todos en positivo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$36 \times 3 = 108$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 108 puntos indica grado de apoyo positivo. El máximo de puntaje a obtener es de 180 y el mínimo de 36. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio. 2006, p. 198)

**Factor 2: apoyo negativo**

Reactivos: 9, 14, 19, 27, 30, 35, 38, 39.

Total: 8 reactivos. Todos en negativo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$8 \times 3 = 24$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 24 puntos indica grado de apoyo negativo. El máximo de puntaje a obtener es de 40 y el mínimo de 8. A mayor puntaje, se califica como disfuncional esta área. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio. 2006, p. 199)

**Factor 3: apoyo expresado**

Reactivos: de 45 al 59

Total de reactivos: 15 reactivos. Todos en positivo.

Para calificar:

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$15 \times 3 = 45$  (punto de corte o punto medio).

La suma de los puntajes por arriba de 45 puntos indica grado de apoyo expresado. El máximo de puntaje a obtener es de 75 y el mínimo de 15. A mayor puntaje, se califica como funcional esta área. (Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar, Cruz Osorio. 2006, p. 199)

**5 Propuesta de un Programa Psicoeducativo con enfoque de terapia de pareja para mejorar el apoyo en parejas heterosexuales en edad reproductiva, sin hijos, que han atravesado por una histerectomía.**

*De los ojos que en vano ansían la luz, de los objetos  
Despreciables, de la lucha siempre renovada,  
De los malos resultados de todo, de las multitudes  
Afanosas y sórdidas que me rodean,  
De los años vacíos e inútiles de los demás,  
Yo entrelazado con los demás,  
La pregunta, ¡oh, mi yo!, la triste pregunta que  
Vuelve: "¿Qué hay de bueno en todo esto?"  
Y la respuesta:  
"Que estás aquí, que existen la vida y la identidad,  
Que prosigue el poderoso drama y que  
tú puedes contribuir a él con un verso".*

*Walt Whitman*

Sobre la psicoeducación,

Builes Correan y Bedoya Hernández (2006; citados en Lozada y Zavalía 2019), mencionan que, "la psicoeducación pretende enseñar o transmitir información para lograr en los sujetos una reflexión más profunda y adecuada acerca de la enfermedad (pp. 136-137).

Salorio, et al. (1999; citados en Lozada y Zavalía 2019), agregan que, "el abordaje psicoeducativo implica intervenciones sistemáticas que son estructuradas inicialmente a partir de las necesidades, conocimientos previos y atribuciones en relación con la enfermedad, así como a partir de las expectativas del paciente o de la familia (p. 137).

Davis, et al., 1997; Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010; citados en Lozada y Zavalía (2019) indican que, "la psicoeducación muestra resultados favorables ya que promueve el conocimiento de la patología, la expresión de temores y ansiedades, cambios de actitud y de creencias que le permiten al paciente una mejor adaptación a la enfermedad" (p. 137).

Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo (2010) describen dos objetivos específicos de la psicoeducación familiar: información y apoyo,

El primero está asociado a la toma de conciencia de la enfermedad y sus riesgos, así como al tratamiento y a la importancia del equipo multidisciplinario que pueda abordar el trastorno desde todos sus aspectos. El segundo objetivo pretende dar lugar a los sentimientos de ira,

culpa y hostilidad que se presentan en las familias cuando comienza el tratamiento, así como ayudarles a afrontar la angustia y el sentimiento de impotencia que genera la enfermedad. Estos objetivos procuran mantener la cohesión familiar, proporcionar apoyo y, desde allí, brindar estrategias y habilidades de resolución de problemas, promover el trabajo en equipo y aligerar el clima familiar en general. (Nicoletti Gonanza, Ferreira Modesto y Weisz Cobelo, 2010; citados en p. 139)

Salorio, et al (1999; citados en Lozada y Zavalía 2019), mencionan que, “el abordaje psicoeducativo intenta aportar a las [parejas] un sistema teórico y práctico para poder comprender con más profundidad [la histerectomía], así como para poder afrontar las consecuencias de este y las dificultades que se presentan” (p. 140).

El terapeuta familiar José Navarro Góngora en su libro “técnicas y programas en terapia familiar” señala que,

Los programas psicoeducativos son unos de los últimos desarrollos de la Terapia Familiar. La línea trazada por esta modalidad de terapia es la claridad conceptual, posibilidad de aplicación institucional, modelos de tratamiento breves bien sistematizados y focalizados en unos cuantos problemas bien definidos. Es lo más cercano que la Terapia Familiar a creado a la modificación de conducta, de ella parece haber heredado la claridad, la sistematicidad, la evaluación científica y la necesidad de informar a los clientes de forma exhaustiva del problema que le lleva a terapia, añadiendo un espíritu abierto a la innovación (sin dogmatismos) y la imaginación. (Navarro Góngora, 1992, p. 212)

## **5.1 Presentación**

El programa psicoeducativo está dirigido a parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, en un rango de edad de entre 25 a 45 años que han atravesado por una histerectomía.

Se pretende abordar los componentes educativo y emocional, brindando estrategias que permitan a los miembros de la pareja sobrellevar el proceso post histerectomía, con el objetivo de mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de la pareja, y de esta forma fortalecer la relación y mejorar la dinámica frente a las consecuencias de la histerectomía.

El programa está conformado por diez sesiones, se plantea realizar una sesión de forma semanal, que tendrá una duración de entre 60 a 90 minutos, dependiendo de las actividades a

realizar. Esta intervención será grupal, podrán participar entre tres a cinco parejas, en un horario convenido.

Para la ejecución de este programa psicoeducativo será necesario contar con una sala amplia con una dimensión aproximada de 10x10 metros cuadrados, este lugar debe de contar con una buena iluminación, ventilación y temperatura, además de contar con electricidad, sillas para los participantes, una mesa amplia y un proyector. Se acomodará a las parejas en forma de medio círculo en todas las sesiones.

## **5.2 Objetivo General del Programa Psicoeducativo**

- Mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de la pareja heterosexual, en edad reproductiva, sin hijos.

## **5.3 Objetivos específicos del Programa Psicoeducativo**

1. Informar a la pareja sobre las implicaciones del proceso de la histerectomía.
2. Crear un espacio de escucha y reflexión sobre lo que ha implicado la histerectomía en la vida de pareja.
3. Proporcionar a la pareja estrategias de comunicación y solución de conflictos que les permitan resolver los conflictos que se desarrollaron post-histerectomía.
4. Generar en la pareja una relación más positiva y mutuamente reforzante.
5. Desarrollar en la pareja un apoyo positivo.

## **5.4 Justificación del Programa**

AAGL (2011; citado en Secretaria de Salud, (2017) señala que, “la histerectomía, [es] definida como la extirpación quirúrgica del útero, es la cirugía ginecológica mayor [después de la cesárea] que con más frecuencia se realiza a nivel mundial por patología ginecológica benigna [en mujeres en edad reproductiva]” (p. 10).

La histerectomía ha sido asociada como una experiencia negativa para ambos miembros de la relación (Araya Gutiérrez, A., Urrutia Soto, M. T., Jara Suazo, D., Silvia Solovera, S., Lira Salas, M. J., Flores Espinoza, C., 2012, p. 1337). Se debe considerar que la histerectomía es un proceso muy complejo por el gran peso simbólico que socialmente se le ha atribuido a un órgano como el útero, y por ende a la importancia que tiene en la vida de la mujer y su pareja.

Al respecto, Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, (2012) señalan que, “la pérdida de este órgano no sólo impacta a las mujeres hysterectomizadas, sino que también a sus parejas” (p. 1335).

La paciente puede sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada, quizá experimente sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres. Puede aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, una perturbación en su imagen corporal, expresada de tener un hueco, un miedo al vacío. Situaciones como éstas afectan incluso el desarrollo de la vida en pareja. (Hernández Quintana, Reza Orozco, Castillo Ríos y Olivia Lara, 2006, p. 2)

Cuamatzi-Peña y Villela-Mamede (2009) indican que, “la hysterectomía realizada en la edad reproductiva, parece ser una situación de difícil aceptación por parte de las mujeres y asociado a este proceso los asuntos relacionados a su vida familiar y conyugal” (p. 11).

Gómez, Ruiz, Álvarez, Avilés, Pérez y Cañadas de la Fuente (2014; citados en Franco Carrero 2017), agregan que, “suelen ser más proclives a una buena recuperación las mujeres que ya tuvieron hijos” (p. 10).

Además, Reis, Engin, Ingec y Bag (2008; citados en Urrutia y Riquelme 2009) agrega que, “el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres” (p. 278).

Morales Castellón y Morales Duarte (2017), enfatizan que, “la hysterectomía; puede provocar un cambio en la relación de pareja o sexualidad” (p.17).

Los problemas con la pareja forman parte de las creencias asociadas a la extracción del útero como también a los miedos relacionados a las consecuencias de dicha cirugía. En un estudio brasileño, la relación conyugal fue descrita como un aspecto que causa dudas en la mujer, sobre todo en lo referente al ámbito sexual. (Urrutia y Cols., 2013, p. 266)

Las mujeres, cuyas parejas tienen una actitud negativa relacionada a la incapacidad para tener hijos o a la posible alteración en la sexualidad después de la hysterectomía, piensan que la cirugía puede afectar su relación de pareja e incluso podría llegar al término de ésta. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza, 2012, p. 1337)



Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) resaltan que, “ni los hombres ni las mujeres tienen conocimientos apropiados sobre sus cuerpos; por lo que pueden desarrollar percepciones incorrectas sobre ellos y las funciones del mismo” (p. 1337).

Díaz Guerrero señala que,

Cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos, busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobre todo en aquellas personas que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. (Díaz Guerrero, 1986; citado en Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio, 2006, p. 184)

Al respecto, Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, Jara Suazo, Silvia Solovera, Lira Salas y Flores Espinoza (2012) resaltan que, “el apoyo más significativo para una mujer histerectomizada es el de su pareja, buscando en él soporte emocional y consuelo, influyendo incluso en su recuperación postoperatoria” (p. 1338).

Es necesario integrar al proceso educativo a la mujer y su pareja, por la gran relevancia que el hombre tiene como soporte emocional. Si el hombre participa del proceso, muchos de los miedos pueden ser erradicados y las creencias de abandono ser descartadas. (Urrutia y cols., 2013, p. 266)

Falconier & Kuhn, 2019; Sánchez-Aragón (2016; citados en Sánchez-Aragón y Calleja 2021), mencionan que, “una vez que se generó la respuesta de apoyo de un miembro hacia el otro, el estrés es aliviado y con ello la diada desarrolla una forma sincronizada o compartida de afrontamiento” (p. 38).

## 5.5 Procedimiento

**Primera sesión:** Se realizará en la primera sesión una entrevista a la pareja en la que se establecerá el encuadre, se recolectarán los datos básicos sobre los miembros de la pareja, y se realizarán preguntas ya estructuradas para realizar la evaluación de la relación de la pareja, la satisfacción de la relación y aspectos para conocer el proceso de histerectomía por el que han atravesado. También se realizará la elaboración del genograma para conocer la estructura familiar de la pareja, su información y las relaciones que mantienen.

La entrevista se realizará por pareja, a cada pareja se le dará un horario determinado en el que deberá presentarse para poder llevar a cabo la entrevista, la entrevista no se realizará si solo se presenta un miembro de la pareja. La finalidad de este primer encuentro es conocer a la pareja y tener un panorama de la relación de cada pareja.

**Tabla 2.** Primera sesión.

<b>Sesión 1. Entrevista</b>			
<b>Objetivo:</b> Establecer los lineamientos de la primera sesión, dar la bienvenida, explicar el programa psicoeducativo, recabar información sobre los miembros de la pareja, su relación y el proceso de la histerectomía.			
<b>Tiempo:</b> 90 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Presentación, bienvenida y establecimiento del rapport.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, una mesa.	10 minutos
Ficha de Identificación	Recabar datos básicos de los miembros de la pareja.	Formato "Ficha de identificación". Apéndice A	5 minutos
Entrevista	Realizar las preguntas previamente estructuradas para conocer la relación y el proceso por el que atravesaron los miembros de la pareja.	Formato "Entrevista de pareja". Apéndice B	40 minutos
Genograma	Elaboración de genograma. El genograma se describe de forma amplia en el Apéndice C.	Lápiz y hojas de papel	20 minutos
Programa Psicoeducativo	Por medio de un cronograma se explicará el proceso del programa psicoeducativo.	Cronograma del Programa Psicoeducativo.	5 minutos
Cierre	Se finalizará la sesión y se resuelven dudas sobre el programa y la entrevista. Se dan las indicaciones para el segundo encuentro en que se aplicará el Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP)	Espacio físico, bien iluminado, sillas, una mesa.	10 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

**Aplicación del Inventario:** El Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP) será administrado a cada uno de los miembros de la pareja de forma individual en el segundo encuentro, para poder evaluar la percepción del apoyo que recibe y se da entre los miembros de la pareja. Los resultados de la primera aplicación del IAPP junto con los resultados de la segunda aplicación del IAPP, que se realizará después de finalizar el programa psicoeducativo, nos ayudarán a valorar la efectividad del programa psicoeducativo que se va a desarrollar.

**Tabla 3.** Segunda sesión.

<b>Sesión 2. Aplicación Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP).</b>			
<b>Objetivo:</b> Aplicación del Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP).			
<b>Tiempo:</b> 80 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a la pareja y dar la bienvenida.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Aplicación	Se presenta el instrumento y se informa sobre la finalidad de la aplicación a los participantes. Se dan las indicaciones generales sobre la aplicación y se aplicará el instrumento de forma individual, pero ambos miembros de la pareja se encontrarán en el mismo espacio.	Formato del Inventario de Apoyo de la Pareja (IAPP). Apéndice D y un lápiz por participante.	70 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión y se resuelven dudas sobre la aplicación. Se dan indicaciones generales sobre el tercer encuentro en el que dará inicio el programa psicoeducativo.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, una mesa.	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

**Tercera sesión:** El objetivo de esta sesión es informar a las parejas sobre las implicaciones del proceso de histerectomía, iniciando con la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, la conceptualización de la histerectomía, un breve recorrido por las estadísticas mundiales y nacionales, los tipos de histerectomía, los tipos de intervenciones quirúrgicas, las causas que generan la histerectomía y las complicaciones que se pueden generar a partir de este tipo de intervenciones. Se pretende que al finalizar esta sesión, después de responder cualquier duda que se presente, ambos miembros de la pareja comprendan qué fue lo que paso en el cuerpo de la mujer que atravesó por esta cirugía, debido a que por la falta de información preoperatoria y el gran impacto que la histerectomía genera, muchas parejas no logran comprender que es lo que pasa durante el proceso.

Siendo este el primer encuentro de todas las parejas participantes se dará un espacio para que los integrantes del grupo puedan presentarse y conocerse.

**Tabla 4.** Tercera sesión.

<b>Sesión 3. Aspectos generales de la histerectomía</b>			
<b>Objetivo:</b> Informar a las parejas sobre las implicaciones del proceso de la histerectomía.			
<b>Tiempo:</b> 90 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a las parejas y dar la bienvenida.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Presentación	Siendo este el primer encuentro de todas las parejas, se da un espacio para que cada pareja e individuo se presente con su nombre, edad, a qué se dedican, duración de su relación, etc. y lo que esperan lograr con el programa psicoeducativo.	Tarjetas con los nombres de cada integrante	10 minutos
Círculo de confianza	Se presenta a las parejas el “círculo de confianza” que está conformado por siete aspectos que serán la clave para el buen funcionamiento del programa: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mi participación es voluntaria.</li> <li>2. Hablo en primera persona.</li> <li>3. Mis ideas y mis emociones son válidas.</li> </ol>	Material audiovisual Apéndice E. Círculo de confianza. Proyector Mesa	10 minutos

	<p>4. Reconozco y respeto las ideas de los demás.</p> <p>5. Escucho atentamente a los demás.</p> <p>6. Digo directamente lo que siento y pienso.</p> <p>7. Lo que aquí se dice, aquí se queda.</p> <p>El círculo de confianza se describe en el apéndice E.</p>		
Aparato reproductor femenino	<p>Se presenta el aparato reproductor femenino mediante una presentación, los órganos que lo comprenden y la función de cada uno.</p> <p>Útero, ovarios, óvulos, trompas de Falopio, cuello uterino y vagina.</p>	<p>Material audiovisual</p> <p>Proyector</p> <p>Mesa</p>	15 minutos
Histerectomía	<p>Los temas que se abordarán en este aparatado serán, estadísticas mundiales y nacionales, causas, consecuencias, tipos de histerectomía, tipos de cirugía.</p>	<p>Material audiovisual</p> <p>Proyector</p> <p>Mesa</p>	35 minutos
Preguntas para reflexionar	<p>Al finalizar los temas se dará un espacio a los participantes para que puedan resolver sus dudas y de esta forma enriquecer la sesión.</p> <p>También se invitará a que las parejas compartan al grupo si lograron identificar cual fue el proceso que ellos vivenciaron en la cirugía.</p>	<p>Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.</p>	15 minutos
Cierre	<p>Se finaliza la sesión agradeciendo la participación de las parejas y se dan indicaciones sobre la cuarta sesión.</p>	<p>Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.</p>	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

**Cuarta sesión:** En esta sesión al igual que en la anterior se tiene la finalidad de informar, pero en este caso se abordaran la sexualidad, conceptualización de la sexualidad, su finalidad, órganos sexuales de la mujer y el hombre, la respuesta sexual de ambos miembros de la pareja, además de abordar algunos miedos que se tienen al iniciar el acercamiento sexual en las parejas post histerectomía.

**Tabla 5.** Cuarta sesión.

<b>Sesión 3. La sexualidad post histerectomía</b>			
<b>Objetivo:</b> Informar a las parejas sobre las implicaciones de la sexualidad en la pareja después de la histerectomía.			
<b>Tiempo:</b> 90 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a las parejas y dar la bienvenida.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
La sexualidad	Como actividad de inicio se pedirá a cada participante de forma individual que mencione y pase a escribir en la lamia de papel la primera palabra que se le venga a la mente cuando escuchan la palabra sexualidad y partiendo de esto se abre el espacio para hablar sobre la sexualidad.	Plumones o bolígrafos para cada participante Láminas de papel Cinta adhesiva	10 minutos
Órganos sexuales femenino y masculino	Se presenta los principales órganos sexuales externos del hombre y la mujer y su función.	Material audiovisual Proyector Mesa	25 minutos
Cierto o falso de la sexualidad post histerectomía	Los participantes depositarán en un recipiente la duda, miedo o mito que tenga sobre las relaciones sexuales con su pareja después de la histerectomía, depositaran su duda en el recipiente de forma anónima y en el grupo se discutirá la veracidad de dicha idea, se resolverán las dudas que se tengan sobre el tema en este espacio.	Hojas de papel Plumones o bolígrafos para cada participante Recipiente de plástico	20 minutos
Respuesta sexual	Se presenta la respuesta sexual masculina y femenina y se explica cómo está conformado y cuáles son sus características.	Material audiovisual Proyector Mesa	20 minutos

Cierre	Se finaliza la sesión realizando una reflexión respecto a las relaciones o contacto sexual post histerotomía.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	10 minutos
--------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	------------

(Navarro Góngora, 1992)

**Quinta sesión:** En esta sesión se tiene la finalidad de crear un espacio de escucha y reflexión sobre lo que ha implicado la histerectomía en la vida en pareja, se pretende que esta sesión sea un espacio seguro para cada uno de las parejas y por este medio puedan expresar todo aquello que se generó con la pérdida del útero, además de acompañarlos a repensar la idea que se tiene como pareja de que la finalidad de la relación es tener hijos para poder considerarse plenos y felices.

**Tabla 6.** Quinta sesión.

<b>Sesión 5. La histerectomía y mis emociones</b>			
<b>Objetivo:</b> Crear un espacio de escucha y reflexión sobre lo que ha implicado la histerectomía en la vida de pareja.			
<b>Tiempo:</b> 90 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a las parejas y dar la bienvenida.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Red semántica	Como actividad de inicio se pedirá a los participantes que cada uno mencione una emoción o sentimiento que la palabra "Histerectomía" y "Útero" les genera o les generó al escucharla por primera vez, partir de aquí se inicia una reflexión sobre lo que implica emocionalmente la pérdida del útero en la relación de pareja.	Plumones para cada participante Láminas de papel	20 minutos
¿Qué se pierde cuando se pierde el útero?	Se pedirá a cada pareja que describa alguna prioridad, plan o rutina que ha sido interrumpida por la histerectomía y lo que se han intentado hacer como pareja para solucionarlo, a continuación se pide apoyo a las otras parejas para plantear alternativas que puedan dar solución a ese inconveniente. Cada pareja tendrá su momento de	Plumones para cada participante Hojas o láminas de papel	40 minutos

	compartir su situación de forma voluntaria y el grupo apoyará proponiendo las alternativas.		
Repensar el matrimonio	<p>Mediante una lluvia de ideas se desarrolla el concepto de “matrimonio” a partir de eso se continua con la siguiente actividad. Se pedirá que de forma individual cada miembro la pareja reflexione acerca de los siguientes aspectos y realice sus anotaciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuáles son las expectativas que giran alrededor del matrimonio y que se habían creado al inicio de la relación.</li> <li>2. Preguntarnos si esas expectativas nos generan frustraciones frente a nuestra relación y situación en la actualidad.</li> <li>3. Preguntarnos si esas expectativas realmente son el fin último para sentirnos felices y plenos en nuestro matrimonio.</li> <li>4. Si hacemos a un lado las expectativas que tenemos o teníamos, cuáles pueden ser nuestras nuevas metas como pareja y qué poder hacer para llegar a ellos.</li> </ol> <p>Después de realizar la actividad de forma individual, se pide que ahora lo hagan en pareja y de forma voluntaria compartan su experiencia.</p>	Hojas de papel y plumones o bolígrafos para cada participante.	20 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión realizando una reflexión respecto al matrimonio, invitando a repensar la idea que se tiene sobre este concepto, tras la pérdida del útero.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)



**Sexta sesión:** En esta sesión se tiene el objetivo de conseguir una mejor comunicación en la relación de pareja, trabajando sobre una comunicación expresiva y una escucha activa mediante el entrenamiento en comunicación verbal y no verbal. Se tiene la intención de que estas prácticas se lleven a la acabo en la vida cotidiana con la pareja y se lleven más allá del programa psicoeducativo.

**Tabla 7.** Sexta sesión.

<b>Sesión 6. Comunicación</b>			
<b>Objetivo:</b> Proporcionar a la pareja estrategias de comunicación y solución de conflictos que les permitan resolver los conflictos que se desarrollaron post-histerectomía.			
<b>Tiempo:</b> 70 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a la pareja y dar la bienvenida	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Entrenamiento en comunicación no verbal	El entrenamiento para la adquisición de habilidades de comunicación no verbal se basa principalmente en conseguir el tono y volumen de voz y el tipo de contacto visual con los que cada integrante de la pareja se encuentre cómodo.	Apéndice F. Entrenamiento en comunicación no verbal y Entrenamiento en comunicación verbal	30 minutos
Entrenamiento en comunicación verbal	El objetivo es ayudar a la pareja a conversar libremente sobre temas neutrales, positivos, peticiones de cambio y temas delicados y negativos.	Apéndice F. Entrenamiento en comunicación no verbal y Entrenamiento en comunicación verbal	30 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión resolviendo dudas sobre las actividades.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

**Séptima sesión:** En esta sesión se pretende que la pareja mejore sus estrategias de solución de conflictos y negociación en este caso a través del contrato para negociar la solución de problemas que tiene la finalidad de especificar qué quieren el uno del otro y qué estarían dispuestos a dar.

**Tabla 8.** Séptima sesión

<b>Sesión 7. Solución de conflictos</b>			
<b>Objetivo:</b> Proporcionar a la pareja estrategias de comunicación y solución de conflictos que les permitan resolver los conflictos que se desarrollaron post-histerectomía.			
<b>Tiempo:</b> 50 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a la pareja y dar la bienvenida	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Contrato para negociar la solución de problemas	El contrato se emplea como un instrumento de solución de problemas y su finalidad es especificar qué quieren el uno del otro y qué estarían dispuestos a dar. El paso final es la negociación, el acuerdo y finalmente el compromiso con las respectivas peticiones.	Apéndice G. Contrato para negociar la solución de problemas	40 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión resolviendo las dudas que pudieran presentarse. Se dan indicaciones generales sobre la próxima sesión, se solicita el material para la siguiente sesión.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

**Octava sesión:** Después de la histerectomía la relación de pareja no tiende a ser lo mismo que fue antes de esta intervención, las parejas tienen la percepción de que algo se rompió, que algo falta... por este motivo esta sesión está destinada a invitar a la pareja a un reencuentro por medio de actividades que generen un acercamiento, de la misma forma fomenta la satisfacción y el placer en la relación de pareja.

**Tabla 9.** Octava sesión.

<b>Sesión 8. Re-encontramos</b>			
<b>Objetivo:</b> Generar en la pareja una relación más positiva y mutuamente reforzante. Desarrollar en la pareja un apoyo positivo.			
<b>Tiempo:</b> 80 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Recibir a la pareja y dar la bienvenida	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Nuestra historia	Con tiempo anticipado se habrán solicitado a las parejas fotografías que representen momentos significativos para ellos. Partiendo de su historia de pareja y retomando aquellos momentos significativos se reflexiona sobre su papel en la identidad que tienen ahora como pareja. Se puede finalizar con las siguientes preguntas: ¿Se dieron cuentas de algo que no habían observado? ¿Cambió de alguna manera la percepción que tenían de su historia al realizar esta actividad? ¿Qué palabras agregarían para	Fotografías Plumones o bolígrafos para cada participante Cinta adhesiva	30 minutos

	representar la historia de su relación?		
Nuestro Curriculum	Se invita a la pareja a realizar su Curriculum de pareja con la finalidad de que reflexionen sobre sus fortalezas y experiencias como pareja.	Apéndice H. Nuestro Curriculum Plumones o bolígrafos para cada participante	20 minutos
Lista de deseos	Cada miembro de la pareja realizara una lista de actividades placenteras que le gustaría realizar con su pareja, la finalidad es que busquen espacio en donde puedan compartir tiempo y llevar acabo esa lista de actividades. En la siguiente sesión se compartirá con los demás cuales fueron las actividades que lograron realizar, cuales no realizaron y como se sintieron con ello.	Apéndice I. Lista de deseos Plumones o bolígrafos para cada participante	20 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión pidiendo a las parejas una pequeña reflexión de la sesión. Se dan indicaciones generales y se solicita a las parejas material que se utilizará en la última sesión del programa.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

(Marcos Flores, 2022)

**Novena sesión:** Los proyectos del matrimonio antes de la histerectomía pudieron ser dejados a un lado después de esta cirugía, esta pudo haber generado un desorden en la organización que la pareja tenía. En esta sesión se tiene la finalidad de motivar a la pareja a desarrollar nuevos proyectos personales y como pareja para lograr fortalecer la relación.

**Tabla 10.** Novena sesión.

<b>Sesión 9. Nuestro nuevo proyecto de pareja (Cierre del programa)</b>			
<b>Objetivo:</b> Generar en la pareja una relación más positiva y mutuamente reforzante. Desarrollar en la pareja un apoyo positivo.			
<b>Tiempo:</b> 75 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Descripción</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Bienvenida	Se da la bienvenida y se recibe a las parejas	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Lista de deseos	Se da espacio a la actividad que se dejó en la sesión anterior "Lista de deseos". Se dará un espacio para platicar sobre las actividades que escribieron, cuales fueron posibles consolidar y cuales no y por qué se dio así.	Lista de deseos que se realizó en la sesión anterior: Apéndice I. Lista de deseos	10 minutos
¿Hacia dónde queremos llegar?	Esta actividad partirá de la pregunta: ¿Hacia dónde queremos llegar? Se invitará a cada pareja a realizar un nuevo proyecto de vida a través de una línea del tiempo, partiendo de la situación en la que se encuentran actualmente. La línea del tiempo se dividirá en tres periodos: uno, cinco y diez años. Se trabajarán sobre áreas personales y en	Plumones o bolígrafos para cada participante Apéndice J. Línea del tiempo	50 minutos

	<p>pareja.</p> <p>Personales: proyectos personales, metas, trabajo, edad, amistades, dinero, tiempo, libre, estudios o salud.</p> <p>En pareja: proyectos de pareja, viajes, vivienda, actividades de ocio, comunicación, convivencia, apoyo o repartición de roles.</p> <p>Al finalizar de forma voluntaria las parejas compartirán su nuevo proyecto de vida en pareja.</p>		
Cierre	<p>Se finaliza la sesión pidiendo a las parejas comentarios, reflexiones, aprendizajes que obtuvieron en el curso del programa psicoeducativo.</p> <p>Se dan las indicaciones para el último encuentro que será la aplicación del IAPP para poder valorar la efectividad del programa.</p> <p>Se agradece la participación de las parejas y se cierra la sesión.</p>	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	10 minutos

(Navarro Góngora, 1992)

(Marcos Flores, 2022)

**Retest del inventario:** Al finalizar la intervención psicoeducativa, el Inventario de Apoyo Para la Pareja será nuevamente administrado en la décima sesión a los miembros de la pareja con el objetivo de verificar si existen cambios que se puedan atribuir a la implementación del programa y establecer la efectividad de la intervención.

**Tabla 11.** Decima sesión.

<b>Sesión 10. Re-test del IAPP</b>			
<b>Objetivo:</b> Aplicación del Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP).			
<b>Tiempo:</b> 70 minutos			
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Material</b>	<b>Tiempo</b>
Indicaciones	Se dan las indicaciones generales sobre la aplicación, y acto seguido se aplica el instrumento.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos
Aplicación del IAPP	Se dan 60 minutos al participante para responder del IAAP.	Formato "Inventario de Apoyo de la Pareja (IAPP). Apéndice D. Un lápiz por individuo.	60 minutos
Cierre	Se finaliza la sesión, se resuelven dudas sobre la aplicación.	Espacio físico, bien iluminado, sillas, mesas.	5 minutos

**Tabla 12.** Cronograma del Programa Psicoeducativo.

Momentos del programa psicoeducativo	Duración del programa									
	Mes				Mes				Mes	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Entrevista	■									
Aplicación del IAAP		■								
Tercera sesión			■							
Cuarta sesión				■						
Quinta sesión					■					
Sexta sesión						■				
Séptima sesión							■			
Octava sesión								■		
Novena sesión									■	
Aplicación del retest del IAAP										■



## 6. Conclusiones, limitaciones y sugerencias

### 6.1. Conclusiones

La presente investigación es de carácter documental, se propone un programa psicoeducativo que tiene el objetivo de mejorar el apoyo que se recibe y se da entre los miembros de una pareja heterosexual, en edad reproductiva, sin hijos que han atravesado por una histerectomía. Se espera que dicho programa pueda ser aplicado en un tiempo futuro y poder conocer sus efectividad mediante la aplicación del retest del Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP) desarrollado por Brizuela Díaz, Ojeda García, Calderón Escobar y Cruz Osorio.

Por medio de este programa psicoeducativo para parejas se busca brindar un espacio que les de herramientas para afrontar la situación post histerectomía que han atravesado las parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, ya que es poco el apoyo que se les brinda a estas parejas en los hospitales públicos, privados y otras instancias de salud en los que son realizadas las histerectomías.

De acuerdo a la información revisada en este trabajo documental podemos llegar a la conclusión de que a pesar de que la histerectomía es la segunda cirugía más realizada en México y en el mundo no se encuentran estadísticas actualizadas que nos permitan dimensionar la magnitud del problema.

La histerectomía es un problema grave que implica consecuencias quirúrgicas, médicas y psicológicas en la mujer que atraviesa por este proceso, de acuerdo a esto podemos decir que la histerectomía afecta diferentes áreas en la vida de las pacientes y una de ellas es la vida conyugal, poniendo como énfasis que este proceso afecta también a las parejas de las mujeres, principalmente si estas parejas son jóvenes y sin hijos. Con la finalidad de tener un panorama más amplio respecto a lo que atraviesan las parejas post histerectomía y así poder llevar a cabo una intervención psicoeducativa que responda a su situación vital actual y que genere efectos positivos en la relación de pareja a través de la mejora del apoyo que se da y se recibe entre los miembros de la pareja que ha sido intervenida por esta cirugía.

En la actualidad la sexualidad sigue siendo un tema tabú, con varios mitos a su alrededor y estigmas que no permiten que se tenga placer sexual en las relaciones de pareja. En las parejas post

histerectomía la sexualidad es un componente importante que se ve afectado por dicha intervención quirúrgica, por la falta de información, el miedo y vergüenza que se tiene para abordar este tema.

Se debe señalar que es importante que el psicólogo general siga profesionalizándose para poder brindar atención psicológica más especializada a la población con la que trabaja y de esta forma poder brindar atención psicológica de manera responsable, ética y comprometida con la salud mental de la gente.

Respecto a la formación que se recibió en el Instituto Universitario Sor Juana, podemos establecer que fue ampliamente enriquecedor tanto profesional, como en el ámbito personal. A lo largo de la formación se recibieron conocimientos teóricos y prácticos, que contribuyeron a la elaboración de la presente propuesta de investigación.

## **6.2. Limitaciones**

Dentro de la propuesta del programa psicoeducativo para parejas, se prevé específicamente que en el momento de la aplicación del programa existan miedos, tabúes hacia la sexualidad y estigmas que giren en torno a la cirugía de histerectomía y que pesar de haber ya atravesado por este proceso, pudiera presentarse el caso de que algunos de los participantes tanto hombres como mujeres se nieguen a compartir, responder y realizar las actividades que conforman el programa psicoeducativo dada la vergüenza, la autopercepción empobrecida de sí mismos y las experiencias displacenteras asociadas a la situación que han atravesado como pareja.

Puede existir el caso, que en algunas de las parejas se tenga la idea de que la histerectomía es un proceso que solo involucra a las mujeres y no a los hombres. De acuerdo a la investigación realizada se puede señalar que el acompañamiento del hombre en este tipo de situaciones es fundamental no solo para la recuperación de la mujer histerectomizada, sino también de la relación de pareja.

## **6.3. Sugerencias**

Se sugiere llevar a cabo el programa psicoeducativo para mejorar el apoyo que se da y se recibe entre parejas heterosexuales, en edad reproductiva, sin hijos, que han atravesado por una histerectomía.

Se sugiere valorar la efectividad de la propuesta del programa psicoeducativo, por medio del test-retest, como se ha descrito en el diseño de la investigación.

Se sugiere llevar esta propuesta a la práctica clínica privada, instituciones gubernamentales, hospitales y clínicas privadas para así poder generar espacios para las parejas que atraviesan un periodo post histerectomía y poder brindarles atención.

## Referencias:

- Aguilar Peña, R. A. (2020). *Características Histopatológicas en mujeres mexicanas mayores de 40 años que se sometieron a histerectomía electiva, en el servicio de ginecología del hospital integral de la mujer del estado de Sonora en el periodo de enero 2017 a diciembre 2019*. Tesis de especialidad en ginecología y obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México.  
[https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/XGQUH618BMVLJHU1MJ9RUGJR8KFIUKGKBTDJACYE41IL3L DVTS-27853?func=full-set-set&set\\_number=059991&set\\_entry=000012&for](https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/XGQUH618BMVLJHU1MJ9RUGJR8KFIUKGKBTDJACYE41IL3L DVTS-27853?func=full-set-set&set_number=059991&set_entry=000012&for)
- Aguilar Villanueva, A. F., Zavala García, A. y Arredondo Merio, R. (2019). Comparación de tasas de complicaciones quirúrgicas entre histerectomía total por vía laparotomía y laparoscópica en un hospital privado de tercer nivel. *Acta médica Grupo Ángeles*, 17(4), pp. 336-339.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032019000400336&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032019000400336&script=sci_arttext)
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L., Camacho y López S. M., Maldonado, M., Trejo, C., A., Olguín, A. y Pérez, M. (s. f.) La investigación Cualitativa. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.  
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n3/e2.html>
- Aquino Bustos, F. J., Correa Gutiérrez, S., Reyes Anaya, C. y González Rodríguez, B. G. (2014). *Imagen corporal y aspectos psicosociales en mujeres histerectomizadas*. Salud Pública de México, 56(3), pp. 239-240. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000300005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300005&lng=es&tlng=es).
- Araya Gutiérrez, A., Urrutia Soto, M. T., Jara Suazo, D., Silvia Solovera, S., Lira Salas, M. J. y Flores Espinoza, C. (2012). El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. *Rev Esc Enferm USP*. 46(6), pp. 1334-1339.  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mK9mRgK6Xx7JyzmcgRMRGSn/?lang=es&format=pdf>  
(revista)
- Bernal Contreras, M. B. (2020). *Programa Cognitivo Conductual para reducción de ansiedad ante la histerectomía en mujeres*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Blandón-Hincapié, A. I. y López-Serna, L. M. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (1), pp. 505-517. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77344439034.pdf>
- Blümel, M., Binfá, E., Cataldo, A., Carrasco, V., Izaguirre, L. y Sarrá, C. (2004). Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 69 (2). pp. 118-125. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>
- Brizuela Díaz, V., Ojeda García, A., Calderón Escobar, A., Cruz Osorio, L. (2006). Inventario de Apoyo para la Pareja (IAPP). En Velasco Campos, M. L., Luna Portilla, M. R. (Comp). (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. Editorial Pax México, pp. 183-200.

- Bustos Solorio, S. M., López Ortiz T. A., Girón Sicars, G. T., Obregón Velasco, N. y Padrós Blázquez, F. (2021). ¿Los hombres y las mujeres tienen estilos de comunicación con sus parejas distintos? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24, (2), pp. 468-486. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol24num2/Vol24No2Art2.pdf>
- Carena, J. C. y Sutich, O. F. (2007). Psicología de la pareja humana y construcción de la familia. En Eguiluz Romo, L. L. (comp). (2007). *El baile de la pareja. Trabajo Terapéutico con parejas*. Editorial Pax México, pp. 57-77.
- Carranza Pérez, S. J., Juárez Jiménez, Y. K. y Tocto Chávez, J. K. (2015). "Afrontamiento de las mujeres frente a la histerectomía total de un hospital del Minsa-Chiclayo, 2015". Tesis de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo".
- Cerda C. P., Pino Ch. P. y Urrutia S, María Teresa. (2006). CALIDAD DE VIDA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71 (3), pp. 216-221. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262006000300012&lng=en&nrm=iso&tIng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262006000300012&lng=en&nrm=iso&tIng=en)
- Clarke-Pearson, D. L. y Geller, E. J. (2013) Complicaciones de la Histerectomía. *Obstetricia y Ginecología*, 121 (3), p 654-673. [https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013\\_ClarkePearsonCES\\_Translation.pdf](https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2013_ClarkePearsonCES_Translation.pdf)
- Clínicas abortos. (2022). Vulva. <https://www.clinicasabortos.mx/vulva>
- Córdova Osnaya, M. (2003). La formación de pareja. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 70-88.
- Cortés Flores, R., López Vera, E. A., Hortiales Laguna O. I., Ramírez Reyna J. L., González Díaz O.A., Ramírez Sánchez L. F. (2012). Histerectomía total laparoscópica: resultados en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecología y Obstetricia de México*. 80 (5), pp. 327-331. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom125d.pdf>
- Covarrubias, M. A. y Gómez Herrera, J. T. (1998). La autoestima materna y el desarrollo infantil. En Mureta, E. M., Arzate Robledo, R., Ruiz Carrillo, E., Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, C., Sapién López, J. S., Córdoba Basulto, D. I., Covarrubias Terán, M. A., Gómez Herrera, J. T., Cuevas Jiménez, A., Espinoza Salcido, M. R., González Montoya, C. S. y Eguiluz Romo, L. L. (1998). *Psicología de la familia*. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A. C., pp. 103-120.
- Crespi Asensio, E. (s/f.). *Terapia sexual en pareja*. Editorial Síntesis.

- Cuamatzi-Peña, M. T. y Villela-Mamede, M. (2009). *Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural*. Revista CONAMED, 14 (), pp. 11-14. [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista\\_oct-dic\\_2009\\_supl1.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2009_supl1.pdf)
- Cuenta conmigo. Diversidad Sexual Incluyente, A. C. (2020). Círculo de Confianza. <https://cuentaconmigo.org.mx/quienes-somos/>
- Cuevas, U. V., Díaz A. L., Espinoza M. F. y Garrido P. C. (2019). Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(3), pp. 245-256. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245>
- De la Espriella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), pp. 175-186. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420014>
- Díaz Ruiz, M. I. (2013). "Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía" (Estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el Hospital Nacional de Occidente San Juan de Dios de Quetzaltenango). Tesis de licenciatura en Psicología Clínica. Facultad de Humanidades. Universidad de Rafael Landívar. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Diaz-Maria.pdf>
- Díaz-Loving, R., Cienfuegos Martínez, Y. (2011). RED SOCIAL Y APOYO PERCIBIDO DE LA PAREJA Y OTROS SIGNIFICATIVOS: UNA VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), pp. 27-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215963003>
- Eguiluz Romo L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la Familia: Un Enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México.
- Eguiluz Romo, L. L. (2003). La familia con hijos pequeños. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 91-103.
- Eguiluz Romo, L. L. (2003). La familia. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 1-16.
- Eguiluz Romo, L. L. (comp). (2007). *El baile de la pareja. Trabajo Terapéutico con parejas*. Editorial Pax México.
- Espínola, I. S., Cambranis, A. O., Salazar, A. M., y Esteves, C. G. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, (29), pp. 7-22. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2017000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002)
- Estrada Inda, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. Penguin Random House Grupo Editorial.

- Fina Sanz (1995). *Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad de la terapia de Reencuentro*. Editorial Kairós.
- Flores Ledesma, K. M. y Márquez Córdova, C. A. (2022). *Análisis de las formas de violencia en la pareja adulta*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Latina.
- Franco Carrero, P. (2017). *Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería*. Tesis de licenciatura en Enfermería. Universidad de Salamanca. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133266/TFG\\_FrancoCarreroHisterectomiaAbordajeCuidadosEnfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133266/TFG_FrancoCarreroHisterectomiaAbordajeCuidadosEnfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Fundación Merck Salud, Fertypharm y Ambientch. (2022). *Educación sexual. La reproducción humana. El aparato reproductor femenino y masculino*. <https://ambientech.org/ambientech/spa/animation/educacion-sexual-la-reproduccion-humana>
- Gaitán, H. (Ed). (2003). *Las complicaciones en el ejercicio actual de la medicina en Colombia*. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 54 (4), pp. 209-212. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n4/v54n4a01.pdf>
- Gómez Urquiza, J. L., Ruiz Olivares, M., Álvarez Miró, E., Avilés Guzmán, A. M., Pérez Mármol, J. M., Cañadas de la Fuente, G. A. (2014). *Vivencias y experiencias de mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía*. *Revista Paraninfo Digital*, (20). <http://www.index-f.com/para/n20/238.php>
- Gómez Zapiain, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial, S. A.
- González Labrador, I. (2008). *Sexualidad femenina e histerectomía*. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 24 (4). Pp. 1-6. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi11408.pdf>
- Hernández Quintana, A., Reza Orozco, G., Castillo Ríos, E. y Olivia Lara, C. (2006). *Histerectomía Abdominal: Vivencias de 20 Mujeres*. *Index de Enfermería*, 15(52-53), pp. 11-15. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100003) (revista)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Ibarra Martínez, A. (2003). *La familia y sus creencias: relaciones y significados*. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 55-68.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2005). *El IMSS en Cifras. Las intervenciones quirúrgicas*. Revista Médica del IMMS. 43(6), pp. 512. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im056j.pdf>
- Jones, E, y Asen, E. (2004). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. España.
- Kilpatrick, C. C. (2021). Prolapso de órganos pélvicos (POP). <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/prolapso-de-%C3%B3rganos-p%C3%A9lvicos-pop/prolapso-de-%C3%B3rganos-p%C3%A9lvicos-pop#>
- Lagarde y de los Ríos (2014). *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.
- Liberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). *Manual de Terapia de Pareja. Un enfoque positivo para ayudar a las relaciones con problemas*. Editorial Desclée De Brouwer, S. A.
- Losada, A. V. y Zavalia, C. (2019). Programa psicoeducativo en trastornos de la conducta alimentaria. *Alternativas Psicológicas*. 41, pp. 131-146. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8864>
- Majluf Mendoza, F. H. (2021). *Los factores resilientes desarrollados en familias con consumidores de drogas en un centro de integración juvenil*. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- Manual MSD. (2021). Prolapso de órganos pélvicos (POP). *Trastornos del soporte pélvico*. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/prolapso-de-%C3%B3rganos-p%C3%A9lvicos-pop/prolapso-de-%C3%B3rganos-p%C3%A9lvicos-pop>
- Maureira Cid, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (1), pp. 321-332. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2022). Enfermedad Inflamatoria Pélvica. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pelvic-inflammatory-disease/symptoms-causes/syc-20352594>
- Médica capacitación. (2014). Anatomía de útero y ovarios. <https://diplomadomedico.com/anatomia-de-utero-y-ovarios/>
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa, S. A.



- Minuchin, S. (1974). Una familia en formación. En Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa, pp. 39-78.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (2018). *Técnicas y terapia Familiar*. Editorial Paidós.
- Morales Castellón, F. C. y Morales Duarte, E. M. (2017). *Prevalencia y factores asociados a los efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León en el período de Enero a Julio del 2017*. Licenciatura en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-León.  
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/7153/1/240570.pdf>
- Mureta, E. M., Arzate Robledo, R., Ruiz Carrillo, E., Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, C., Sapién López, J. S., Cordoba Basulto, D. I., Covarruivias Terán, M. A., Gómez Herrera, J. T., Cuevas Jiménez, A., Espinoza Salcido, M. R., González Montoya, C. S. y Eguiluz Romo, L. L. (1998). *Psicología de la familia*. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A. C.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Editorial Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder.
- Ochoa, A. (2001). *Mitos y realidades del sexo joven*. Santillana Ediciones Generales.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (s.f.). Depresión.  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). Relaciones íntimas y estilos de vida. En Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D. y Camp, C. J. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, p. 311-354.
- Patino-Peyrani, L., Jiménez-Baez y Pérez-Silva, S. (2014). Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. *Revista Salud Quintana Roo*, 7(28), pp. 10-14.  
<https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/28/2.pdf>
- Pérez Contreras, M. M. (2010). *Derecho de familia y sucesiones*. Nostra Ediciones.  
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3270/4.pdf>

- Real Academia Española. (2021). Complicación. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 9 de noviembre de 2022 de <https://dle.rae.es/complicaci%C3%B3n>
- Real Academia Española. (2022). Histerectomía. En *Diccionario de la lengua Española*. Recuperado el 08 de Octubre 2022 de <https://dle.rae.es/histerectom%C3%ADa>
- Romero Flores, M. I. (2022). Propuesta de intervención de terapia integrativa conductual de parejas para parejas en transición a la paternidad/maternidad. Tesis de Licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rosales Pérez, J. C. (2003). Comunicación y familia. En Eguiluz Romo, L. L. (Comp). (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México, pp. 35-53.
- Salud Mujer. (2020). Histerectomía: indicaciones y tipos. Servicio de Ginecología y Obstetricia - Hospital Clínico Universitario de Valencia. <https://saludmujerclinico.es/histerectomia-indicaciones-y-tipos/>
- Sánchez Aragón, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez-Aragón, R. y Calleja, N. (2021). Adaptación y validación de la Escala de Satisfacción con el Apoyo Recibido de la Pareja y diseño y validación de la Escala de Disposición a Recibir Apoyo Social. *Revista Costarricense de Psicología*, 40 (1), pp. 37-59. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v40n1/1659-2913-rcp-40-01-37.pdf>
- Sapién López, J. S. y Córdoba Basulto, D. I. (1998). Comportamiento reproductivo de la mujer: familia y sociedad. En Mureta, E. M., Arzate Robledo, R., Ruiz Carrillo, E., Córdoba Osnaya, M., Rosales Pérez, C., Sapién López, J. S., Córdoba Basulto, D. I., Covarruivias Terán, M. A., Gómez Herrera, J. T., Cuevas Jiménez, A., Espinoza Salcido, M. R., González Montoya, C. S. y Eguiluz Romo, L. L. (1998). *Psicología de la familia*, pp.79-101. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, A. C.
- Secretaría de Salud. (2017). Guía de práctica clínica: Indicaciones y contraindicaciones de la histerectomía en mujeres con patología benigna en el segundo nivel de atención. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. [ER.pdf \(cenetec-difusion.com\)](ER.pdf)
- Secretarías de Salud. (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2012\\_Li\\_Fajardo.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2012_Li_Fajardo.pdf)

- Shibley Hyde, J. y DeLamater, D. J. (2006). *Sexualidad humana*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A de C.V.
- Shibley Hyde, J. y Delamater, J. D. (2006). *Sexualidad Humana*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.
- Silva M., Ma. A. (2017). *Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literature*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), pp. 666-674. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600666>
- Sobral Portela, E. y Soto González, S. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1), pp. 25-32. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-sumario-vol-49-num-3-S0210573X22X00026-portada>
- Sobral Portela, E. y Soto González, M. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 42(1). pp. 25-32. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-problemas-sexuales-derivados-histerectomia-S0210573X14000306>
- Solà D. V., Ricci A. P., Pardo S. J. y Guiloff F. E. (2006). HISTERECTOMÍA: UNA MIRADA DESDE EL SUELO PÉLVICO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(5), 364-372. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500012>
- Toledo Mariño, G. (2011). Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. *Horizonte Médico*, 11(2), 70-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637122003>.
- Top Doctors. (2014). Tratamiento del Prolapso Genital. <https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/tratamiento-del-prolapso-genital#>
- Urrutia, M. T., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S. y Lira, M. J. (2013). *Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas*. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), pp. 262-268. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400004>
- Urrutia, M. T., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., y Lira, M. J. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), pp. 262-268. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004)
- Urrutia, S. y Riquelme, G. (2009). Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 74(5), p. 276-280. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500002&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000500002&script=sci_arttext)

- Valdes Aguirre, S. E. (1998). El papel del terapeuta sistémico en la terapia de pareja. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vásquez Cuevas, S. (2016). *Evaluación de la asertividad en mujeres que viven violencia psicológica por parte de su pareja*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología, UNAM.
- Ventura-León, J. (2020). Escalas, inventarios y cuestionarios: ¿son lo mismo? *Educación Médica*, 21, (3), 218-220. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-escalas-inventarios-cuestionarios-son-lo-S157518131930097X>
- Zepeda-Gocen, G. D. y Sánchez-Aragón R. (2021). Impacto de la cercanía, toque afectivo y satisfacción con el apoyo de la pareja en los comportamientos saludables. *Psicogente*, 24, (45), pp. 1-22. <https://www.redalyc.org/journal/4975/497570254001/html/>

## Apéndices

### Apéndice A. Ficha de identificación

Día	Mes	Año

INDIVIDUAL		
Nombre		
Sexo		
Edad		
Escolaridad		
Ocupación		
Celular		
Domicilio		

INDIVIDUAL		
Nombre		
Sexo		
Edad		
Escolaridad		
Ocupación		
Celular		
Domicilio		

EN PAREJA	
Persona que contacta	
Estado civil	
Duración de la relación	
Hace cuanto viven juntos	
Hace cuanto se dio la histerectomía	

**Apéndice B. Entrevista a la Pareja**

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

¿Cuál es el motivo que los trajo al programa?

---

---

¿Cómo fue la relación antes de convertirse en pareja?

---

---

¿Cómo empezó su relación?

---

---

¿Qué características les parecieron atractivas del otro?

---

---

¿Qué actividades realizan en su tiempo libre?

---

---

¿Cuánto tiempo pasan juntos a la semana y cuanto de ese tiempo consideran que es de calidad?

---

---

¿De qué manera suelen expresar afecto a su pareja?

---

---

Del 1 al 10 como calificarían el apoyo recibido de su pareja actualmente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

¿Cómo se dio la histerectomía (tiempo, motivo, situación en la que encontraban como pareja)?

---

---

---

---

---

---

¿Recibieron algún tipo de orientación antes o después de la histerectomía?

---

---

¿Qué cambios se dieron en la relación después de la histerectomía?

---

---

¿Cómo describirían su relación de pareja en la actualidad?

---

---

¿Les gustaría continuar con la relación?

---

---

¿Han buscado alguna otra alternativa para sobrellevar esta situación?

---

---

Expectativas sobre el Programa Psicoeducativo:

---

(Romero Flores, 2022)

## Apéndice C. Genograma

Para Garibay Rivas (2013) el genograma,

es una representación gráfica del mapa familiar en él se registra la información relacionada con los miembros de una familia y sus vínculos, cuando menos de tres generaciones. Puede ser de gran utilidad para el trabajo terapéutico individual, grupal, de pareja o familiar. (Garibay Rivas, 2013, citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 259)

El genograma puede emplearse de formas diferentes. Además del uso ya mencionado, tiene utilidad para incorporar a la familia, de preferencia a la mayor parte de sus miembros. De forma inicial, esto puede resultar una experiencia para todos los participantes, al mismo tiempo gratificante y enriquecedora dado que se crea un espacio para narrar y compartir historias, opiniones y puntos de vista de interés común; de esa manera se reconstruye su propia historia familiar desde diversas perspectivas. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 259)

Trazado del genograma en sus tres niveles.

Nivel 1: trazado de la estructura familiar

Se inicia con la familia nuclear. Se recomienda poner al padre en el lado izquierdo y a la madre en el lado derecho; sus elementos se grafican con un cuadro para el hombre y un círculo para la mujer; se unen mediante una línea continua, cuando están o estuvieron unidos por matrimonio, o por una serie de líneas discontinuas si se trata de unión libre. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 263)

Garibay Rivas (2013) indica que,

A partir de esta línea que une a los padres se traza una línea vertical, para luego trazar otra horizontal en la cual se representa a los hijos de este matrimonio. Se recomienda iniciar con el mayor y terminar con el menor, en orden de izquierda a derecha. De la misma manera, para representar a los varones se utiliza el cuadro y para las mujeres el círculo. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 263)



Las figuras que representan a los miembros de la familia se conectan por líneas que indican el tipo de relación que sostienen, sea biológica o legal. [...] Cuando ha habido separación o divorcio, se indica por medio de barras inclinadas, una para la separación y dos barras para el divorcio. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 263)

Garibay Rivas (2013) puntualiza que,

En caso de existir varios matrimonios, se recomienda graficarlos en orden de izquierda a derecha, colocando el matrimonio más reciente en el último lugar. En el caso de que ambos conyugues estuvieran ya casados varias veces, entonces se aconseja colocar a la pareja actual en el centro y a los excónyuges a los costados de cada uno, con los respectivos hijos de sus matrimonios previos. Para las relaciones no formalizadas por el matrimonio, los trazos se indican con líneas punteadas. (McGoldrick & Randy, 1993; citado en Majluf Mendoza, 2021, p. 51). p. 263)

Garibay Rivas (2013; citado en Majluf Mendoza 2021), indica que, “Los hijos biológicos se conectan por una línea horizontal continua que pende de la que conecta a la pareja; en el caso de hijos adoptivos, la línea debe puntearse.” (p. 263)

Garibay Rivas (2013; citado en Majluf Mendoza 2021), mencionan que, “En el caso de los mellizos se utilizan dos líneas convergentes a la línea de los padres. Se emplea una línea punteada alrededor de todos los miembros que viven actualmente en el hogar.” (p. 263)

Nivel 2: registro de la información sobre la familia

Una vez elaborada la estructura de la familia (el esqueleto de la familia) se agrega la información de los integrantes: nombres, edades, algunas características sobresalientes, fechas de nacimientos y fallecimientos, estudios y ocupaciones. En seguida se incluyen datos relacionados con el funcionamiento de la familia como: enfermedades, problemas, logros, registros médicos, emocionales y conductuales de los distintos miembros de la familia. Se incluyen datos como el ausentismo en el trabajo o el alcoholismo, así como signos de éxito, y se consignan junto al símbolo de la persona correspondiente en el genograma. También se añaden los datos relacionados con los sucesos familiares críticos, como transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos, éxitos y mudanzas. Estos datos pueden escribirse al margen de la hoja en que se realiza el genograma o una hoja anexa; se pueden enlistar en orden cronológico los hechos más importantes con posible incidencia en el

individuo. Cuando los miembros de la familia no están seguros acerca de las fechas, se deben anotar fechas aproximadas precedidas por un signo de interrogación. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, pp. 264)

### Nivel 3: delineado de las relaciones familiares

Garibay Rivas (2013) indica que este tercer nivel es,

fundamental en la creación de un genograma, debido a que en él se representan los datos vinculados con el funcionamiento de una familia; cuando se omite este punto, los usos del genograma quedan bastante limitados porque debe recordarse que en el trabajo sistémico con familias uno de los ejes se refiere a las pautas, y éstas son las que se incluyen en este punto. En ellas se expresan los tipos de relaciones observadas entre los miembros, se infieren los triángulos relacionales, se detectan isomorfismos y las formas que sigue una familia para adaptarse a determinados problemas o crisis. Esta información se debe basar tanto en los datos que proporciona la familia como en las observaciones directas que realice el terapeuta durante las sesiones. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, pp. 264)

En este punto se registran los diferentes tipos de relaciones existentes entre dos tipos de miembros de una familia y se grafican de la siguiente manera: se unen dos miembros de una familia con tres líneas cuando sostiene una relación muy estrecha, esto es, cuando cada uno de ellos es demasiado dependiente del otro. Una variante de este tipo de vínculo es el caso de las relaciones demasiado apegadas y quizá conflictivas, en cuyo caso se le agregan a las tres líneas una más quebrada; si el tipo de relación es más bien conflictivo, se utiliza tan sólo la línea quebrada para unir a estas dos personas. Cuando una relación es buena, sin ser muy apegada, se une por medio de dos líneas, una relación distante o “fría” se señala uniendo a las dos personas por medio de una línea punteada. Si una relación es muy distante, se grafica por medio de dos líneas cortadas en medio con otras dos pequeñas líneas en forma vertical. (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, pp. 264-265)

Garibay Rivas (2013; citado en Majluf Mendoza 2021), señala que, “dichas pautas pueden ser difíciles de definir, ya que se interpretan en ocasiones desde diferentes puntos de vista, por lo que no será fácil encontrar siempre una definición única.” (p. 265)

Garibay Rivas (2013; citado en Majluf Mendoza 2021) considera que, “la información de la familia, para que se la pueda representar mediante el genograma, se desarrolla a través de una o

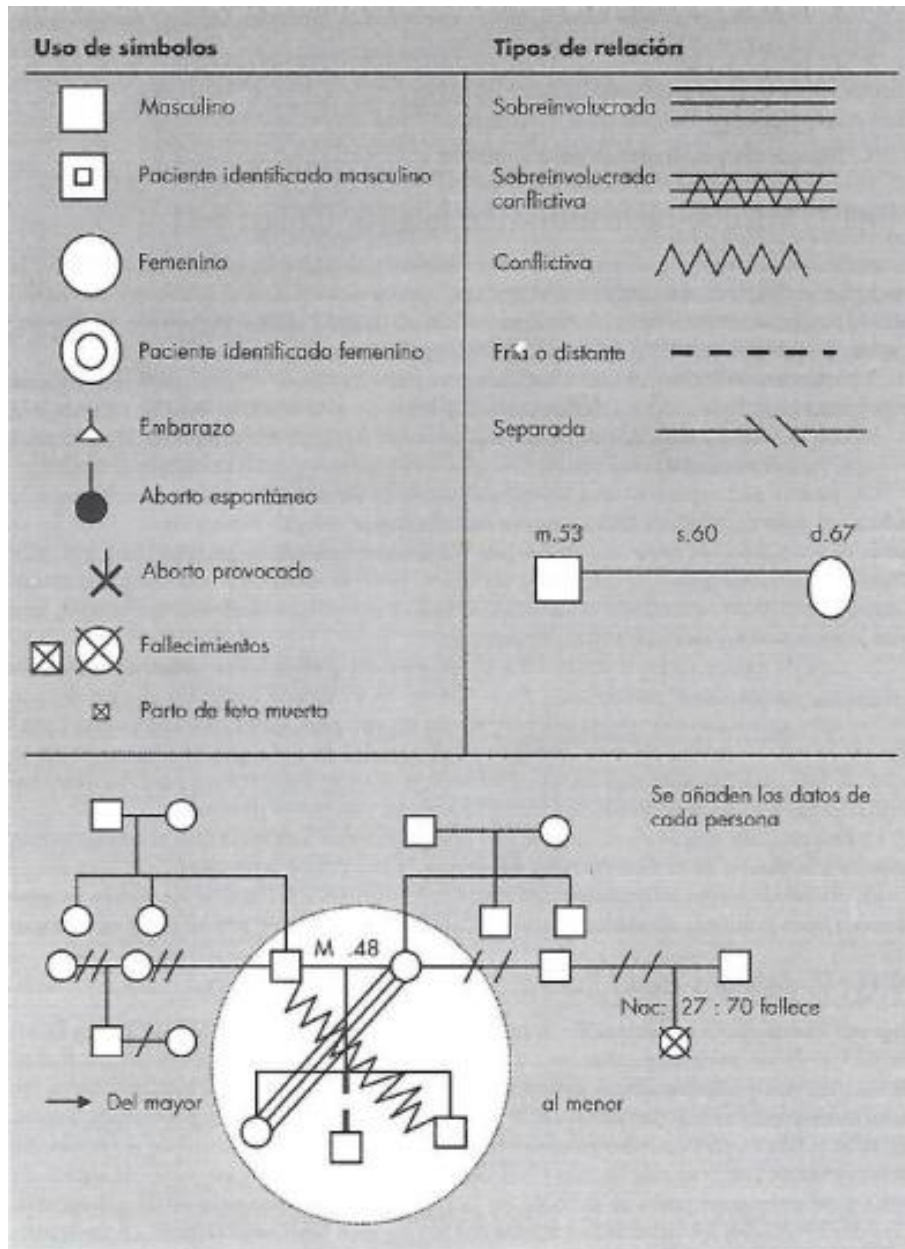
varias entrevistas realizadas a los miembros de una familia en conjunto, cuando éstos se encuentran disponibles y accesibles.” (p. 265)

Se sugiere indagar sobre la familia de la siguiente manera:

- Del problema actual al contexto mayor del problema.
- De la familia inmediata a la anexa o contextos más amplios.
- De la situación actual a la cronología histórica.
- De lo más fácil a lo más complejo.
- De los hechos a los juicios.

Se pueden formular las siguientes preguntas del problema presentado y el hogar inmediato: ¿quién vive en casa?, ¿cómo se relaciona cada una de las personas o cuál es el tipo de relación observada?, ¿en dónde viven otros miembros de la familia?, ¿cuáles miembros de la familia conocen el problema?, ¿cómo lo ve cada uno, qué es lo que piensan y cómo respondió cada uno de ellos?, ¿alguien de la familia tuvo un problema similar?, ¿qué soluciones se intentaron y quiénes las intentaron en dichas situaciones? (Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, 2021, pp. 265)

Figura 8. Ejemplo de genograma.



(Garibay Rivas, 2013; citado en Majluf Mendoza, p. 265)

**Apéndice D. Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP).**

Marque con una **X** el número que mejor representa la forma como su pareja responde ante una problemática suya. Por favor, sea lo más honesto/a posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje contestar ninguna. De antemano, gracias.

Siempre lo hace (5)
Muchas veces lo hace (4)
Algunas veces lo hace (3)
Rara vez lo hace (2)
Nunca lo hace (1)

1. Mi pareja, con su amistad, me brinda apoyo	1	2	3	4	5
2. Ante mis problemas mi pareja se muestra compasivo (a)	1	2	3	4	5
3. Mi pareja escucha mis problemas	1	2	3	4	5
4. Ante mis problemas personales, mi pareja me orienta	1	2	3	4	5
5. Ante un problema mío, mi pareja me apoya cooperando en lo que está a su alcance.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja me apoya protegiéndome ante cualquier dificultad	1	2	3	4	5
7. Ante mis conflictos personales, mi pareja me brinda sostén emocional.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja es solidaria (o) ante cualquier decisión que tome respecto a mis problemas personales	1	2	3	4	5
9. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me evita	1	2	3	4	5
10. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella se preocupa	1	2	3	4	5
11. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, él o ella me hace ver los pros y los contras de ellos	1	2	3	4	5
12. Ante mis problemas, mi pareja me dice que está conmigo	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me ayuda a solucionar mis problemas	1	2	3	4	5
14. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me condena	1	2	3	4	5

15. Mi pareja me apoya dándome amor	1	2	3	4	5
16. Mi pareja me brinda tranquilidad en momentos difíciles	1	2	3	4	5
17. Ante una dificultad mi pareja me dice que “yo puedo resolver cualquier problema personal”	1	2	3	4	5
18. Ante un problema, mi pareja me confirma que me quiere	1	2	3	4	5
19. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me juzga	1	2	3	4	5
20. Mi pareja permanece cerca de mi cuando tengo problemas	1	2	3	4	5
21. Ante mis problemas, mi pareja muestra entendimiento.	1	2	3	4	5
22. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me aconsejan	1	2	3	4	5
23. Ante un problema, mi pareja me orienta en su solución	1	2	3	4	5
24. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dice qué debo hacer y qué no	1	2	3	4	5
25. Mi pareja me da confianza para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
26. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me cree	1	2	3	4	5
27. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él se comporta hostil conmigo	1	2	3	4	5
28. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me acompañan en mi preocupación	1	2	3	4	5
29. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me dirige en la solución de aquellos	1	2	3	4	5
30. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él me critica	1	2	3	4	5
31. Mi pareja me da seguridad para resolver cualquier problema	1	2	3	4	5
32. Ante mis conflictos, mi pareja se une a mis preocupaciones	1	2	3	4	5
33. Mi pareja me ayuda cuando se lo pido	1	2	3	4	5
34. Cuando tengo un problema, mi pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución	1	2	3	4	5

35. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él es duro (a) conmigo	1	2	3	4	5
36. Mi pareja me respalda en mis decisiones	1	2	3	4	5
37. Ante un problema, mi pareja me da soporte emocional	1	2	3	4	5
38. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él rechaza mi opción de solución	1	2	3	4	5
39. Ante mis dificultades, mi pareja prefiere que yo me responsabilice de solucionarlas	1	2	3	4	5
40. Cuando tengo un problema, mi pareja me consuela	1	2	3	4	5
41. Cuando le platico mis problemas a mi pareja, ella o él participa en una nueva reformulación de solución al conflicto	1	2	3	4	5
42. Ante mis problemas, mi pareja respeta mis decisiones	1	2	3	4	5
43. Ante una dificultad, mi pareja me guía en su solución	1	2	3	4	5
44. Cuando tengo un problema, mi pareja me ayuda a buscarles una solución responsable	1	2	3	4	5

En esta segunda parte marque con una **X** el número que mejor representa la forma de como usted comunica a su pareja sus conflictos. Por favor, sea lo más honesto(a) posible, dé una sola respuesta por pregunta y no deje de contestar ninguna. Gracias.

<p>Totalmente de acuerdo (5)  De acuerdo (4)  Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)  En desacuerdo (2)  Totalmente en desacuerdo (1)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

45. A mi pareja le expreso mi forma de pensar sobre algún problema mí	1	2	3	4	5
46. A mi pareja le hago saber lo bien que me hacen sus palabras	1	2	3	4	5
47. Comparto mis problemas con mi pareja	1	2	3	4	5

48. Soy capaz de confiarle mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
49. Cuando tengo un problema, directamente pido a mi pareja su opinión	1	2	3	4	5
50. A mi pareja le expreso mi opinión sobre algún conflicto mío	1	2	3	4	5
51. Comunico mis problemas a mi pareja	1	2	3	4	5
52. Confió en mi pareja para contarle cualquier preocupación mía	1	2	3	4	5
53. Me gusta enterar a mi pareja de mis problemas	1	2	3	4	5
54. Ante mis problemas, prefiero que mi pareja se mantenga al margen	1	2	3	4	5
55. A mi pareja le agradezco cuando me escucha	1	2	3	4	5
56. Ante un conflicto personal, busco el consuelo de mi pareja	1	2	3	4	5
57. Prefiero reservarme mis problemas personales que confiárselos a mi pareja	1	2	3	4	5
58. Comparto mis conflictos con mi pareja	1	2	3	4	5
59. Le pido a mi pareja que me ayude a resolver mis conflictos	1	2	3	4	5



Apéndice E. Círculo de confianza.



(Cuenta Conmigo. Diversidad Sexual Incluyente, A. C., 2020)

## **CIRCULO DE CONFIANZA (Me veo, te veo)**

### Descripción

La **confianza** es una sensación de seguridad que experimentamos con algo o alguien. El **respeto** es el reconocimiento del valor que tenemos y abre la posibilidad de mirarnos sin juicio y de saber que todas las personas merecemos ser bien tratados.

**1. Mi participación es voluntaria.**

Se trata de reconocer que estoy aquí porque es mi decisión. Cada persona decide qué y cuánto comparte en esta reunión.

**2. Hablo en primera persona.**

Hablar en primera persona favorece la comunicación ya que me permite decir claramente que las ideas y sensaciones expresadas son mías, así evito generalizar y me responsabilizo de lo que pienso y digo.

Yo pienso, yo opino, no estoy de acuerdo, me sucede que, percibo que... con frases que ayudan a hablar en primera persona.

**3. Mis ideas y mis emociones son válidas.**

Lo que pienso y siento es válido por el simple hecho de sentirlo y pensarlo. El asunto no es si tengo o no razón; se trata de validar las creencias y emociones, después se evalúa si se está en lo correcto o no.

**4. Reconozco y respeto las ideas de los demás.**

Si reconozco y respeto mis ideas y emociones, entonces puedo respetar las ideas y emociones de los demás y no hago juicios sobre ellas, no las descalifico; también les doy un lugar.

**5. Escucho atentamente a los y las demás.**

Escuchar con atención permite no dar un significado distinto al que la persona presenta y en su caso si no comprendo lo que la otra persona expresa, puedo preguntar para evitar malos entendidos.

**6. Digo directamente lo que siento y pienso.**

Decir directamente mis ideas y emociones aporta claridad a mis conversaciones, evita que otras personas interpreten lo que digo. Se trata de expresar de manera concreta lo que quiero compartir en esta reunión.

**7. Lo que aquí se dice, aquí se queda.**

Quien comparte algo personal en la reunión lo hace porque siente confianza y decide compartirlo aquí. Guardar este secreto grupal es fundamental para compartir con libertad. (Cuenta Conmigo. Diversidad Sexual Incluyente, A. C., 2020)

## Apéndice F. Entrenamiento en comunicación no verbal y Entrenamiento en comunicación verbal

### Entrenamiento en comunicación no verbal

#### a. Tono y volumen de voz

Seleccionar un mensaje muy neutral, tal como: «Hoy hace un tiempo agradable» o «Hay flores en el parque» o «El verde es un color bonito». Es importante que el mensaje sea una simple afirmación, no una pregunta que requiera una respuesta o una orden que espera una reacción. Las afirmaciones deben ser breves para que puedan recordarse fácilmente y, lo que es más importante, el mensaje no debe de hacer referencia a nada personal. (Lieberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T., 1987, p. 56)

Después de que se ha seleccionado un mensaje determinado, se le pregunta a la/s pareja/s si hay alguna connotación personal en esta afirmación o si es realmente una frase neutral. Después de que se llega a un acuerdo sobre una afirmación verdaderamente neutral, se dan instrucciones a la pareja para que se miren uno al otro y se digan la frase seleccionada de diversas formas según les vayamos indicando. Cada vez que un esposo dice la frase de una forma determinada, se le pregunta al otro sobre el mensaje no verbal que ha recibido. Después se invierten los roles, el esposo B dice la afirmación y el esposo A transforma el mensaje no verbal en palabras. (Lieberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T., 1987, p. 56)

Las instrucciones sobre el tono y volumen de voz se pueden dar de forma oral para que los dos esposos sepan lo que se espera, o si lo preferimos, se pueden escribir en trozos pequeños de papel para que exista un elemento de sorpresa. Las instrucciones pueden incluir:

1. Use un tono neutral de voz.
2. Transforme la afirmación en pregunta.
3. Haga una demanda.
4. Pronúnciela como un reproche.
5. Dígalo con voz fuerte.
6. ¡Más fuerte todavía!
7. Gritelo. 8. Susurre el mensaje.
8. Dígalo como si fuera tímido.
9. Imite el tono de tener miedo.

10. Intente expresarlo como una invitación.
11. Que suene muy casual.
12. Ahora intentando ser indiferente.
13. Expresar preocupación, interés. (Liberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T., 1987, p. 56)

Se puede añadir más variaciones; de hecho, cuantos más matices de tono y volumen de voz se experimenten, tanto mejor será para el emisor y el receptor. Algunos clientes tienen problemas al expresar las sutiles diferencias de intención, pero esto se puede modelar siendo muy paciente con los progresos. Es mejor hacer pensar a la pareja que la tarea es difícil que dar la sensación de fracaso. Asegurarse de que ellos están tratando siempre con una afirmación neutral y que las variaciones en el significado se deben al volumen y a la entonación de la voz. Después del ejercicio, se les pregunta con qué tono de voz se encuentran más a gusto y que indiquen por qué; por ejemplo, «Eso hace que me sienta importante», o «Ahora siento que me aprecia». Detener cualquier comentario que se refiera a experiencias negativas anteriores, como «Nunca pensé que podías tener una voz agradable» o «Si hicieras eso en casa, ¡pero allí sólo gritas!». (Liberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T., 1987, p. 56)

#### **b. Contacto visual o mirada**

Se selecciona otra afirmación neutral, y se pide a los compañeros de la pareja que se digan esta nueva afirmación mutuamente manteniendo, en lo posible, un tono de voz neutral pero variando el contacto visual de acuerdo con la lista de instrucciones que se citan a continuación, y teniendo en cuenta que el otro compañero tiene que dar feedback:

1. Mire fijamente a los ojos del otro.
2. Mire lejos.
3. Primero inicie un contacto ocular y después rómpalo.
4. Primero no haga contacto ocular y después inícielo.
5. Mire fijamente, demandado.
6. Suavice la intensidad de sus ojos.
7. Mire al suelo.
8. Mire levemente por encima del nivel de los ojos de su compañero.
9. Gire la cabeza, pero mantenga contacto visual.

10. Haga varios contactos visuales breves. (Liberman, R. P., Wheeler, E. G., De Visser, L. A. J. M, Kuehnel, J. y Kuehnel, T., 1987, p. 56)

### **Entrenamiento en comunicación verbal**

El objetivo es ayudar a la pareja a conversar libremente sobre temas neutrales, positivos, peticiones de cambio y temas delicados y negativos. El entrenamiento sigue el orden mencionado, es decir, se inicia con temas neutrales y finaliza con los más delicados y negativos. (Ochoa de Alda, 1976, p. 226)

En cada ensayo, una vez que un cónyuge expresa un breve mensaje de cinco o seis frases, el terapeuta pide al otro que lo repita hasta que el emisor quede satisfecho. A continuación deben expresarse directamente los sentimientos y confesarse sus emociones. (Ochoa de Alda, 1976, p. 226)

## **Apéndice G. Contrato para negociar la solución de problemas**

(Ochoa De Alda, 1976)

Se tienen en cuenta seis áreas en las que las parejas que participan en el programa pueden tener problemas: sexualidad, comunicación, dinero, actividades sociales y de tiempo libre, responsabilidades domésticas, trabajo.

1. En una primera fase, se pide a los participantes que de forma individual realicen una lista en donde anoten los problemas que tienen como pareja en las diferentes áreas y elige una serie de conductas que desea que manifieste su compañero para resolver los problemas mencionados. Los participantes deben elegir al menos tres conductas que desea que su cónyuge realice para resolver el problema, cada uno lee en voz alta sus respectivas peticiones explicando por qué son importantes. Es conveniente que expresen cómo se sentirían si su pareja realizase las acciones descritas, y que se sitúen en el lugar del otro para comprobar la dificultad del cambio.
2. La segunda fase comprende la negociación de acuerdos y comienza estableciendo un orden de prioridades con respecto a las conductas deseadas. Posteriormente, se pide a los cónyuges que lleguen a un consenso sobre la fecha en que empezarán a cumplir lo acordado. Es preciso subrayar que cada cónyuge debe comprometerse personalmente a cumplir los términos de su contrato, independientemente de que el otro lo haga o no.
3. Cuando se consigue el compromiso sobre acuerdos claros se procede a la tercera fase, la ejecución de los mismos.

## CONTRATO PARA NEGOCIAR LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre:

Nombre del Cónyuge:

### Lista de conductas deseadas

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Términos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de los involucrados

\_\_\_\_\_







¿QUIÉNES SOMOS?

## NUESTRO CURRICULUM

\_\_\_\_\_  
**Nombres:**

➤ NUESTRAS FORTALEZAS

➤ NUESTRA EXPERIENCIA

➤ UNA HISTORIA DE ÉXITO

## LISTA DE DESEOS

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_

**Apéndice J. Línea del tiempo**

<b>NUESTRO NUEVO PROYECTO DE PAREJA</b>		
<b>LÍNEA DEL TIEMPO</b>		
<b>En</b>	<b>Individualmente</b>	<b>En Pareja</b>
<b>UN AÑO</b>		
<b>CINCO AÑOS</b>		
<b>DIEZ AÑOS</b>		