



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Nombre del trabajo

Aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual
(TREC) desde una perspectiva feminista

Tipo de investigación

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Lilia Adriana Calzada Nuño

Director: Lic. Bárbara Brenda León Jurado

Vocal: Mtra. Brenda Elena Nafatte Ballesteros

Lic. Vanessa del Carmen González de la O

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 7 de junio 2023.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo a Fer, Javy y Jime

Hijos, este trabajo simboliza todo el esfuerzo, la dedicación, mis ganas de salir adelante, de crecer y ser más humana, pero sobre todo el alcanzar un sueño que tuve desde que era niña, se los dedico con todo mi amor, gracias por existir y ser quien son, estoy muy orgullosa de ustedes, quiero decirles que su mamá nunca se rindió y que ahora nada ni nadie me va a parar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 Terapia racional emotivo conductual (TREC).....	7
1.1.1. Origen y fundamentos de la Terapia Racional Emotiva Conductual.....	7
1.1.2. Modelo A B C	9
1.1.3. Creencias racionales e irracionales.....	10
1.1.4. Factor biológico de la TREC	11
Fases del proceso de intervención de la Terapia Racional Emotivo Conductual	11
1.1.5. Evaluación psicopatológica.....	12
1.1.6. Evaluación racional emotiva	12
1.1.7. Insight racional emotivo.....	12
1.1.8. Aprender una base de conocimiento racional	13
1.1.9. Aprender una nueva filosofía de vida	13
Estructura de las sesiones.....	13
Estilo terapéutico y relación con el/la cliente	14
Relación con el/la cliente	14
1.1.10. Aceptación incondicional	14
1.1.11. Empatía	15
1.1.12. Ser genuino/a.....	15
1.1.13. Tener sentido del humor	15
Estilo terapéutico informal.....	16
Principales técnicas de intervención	16
CAPÍTULO 2 ¿Por qué aplicar la perspectiva feminista en psicología?	18
2.1.1. Factores psicosociales	20
2.1.2. Neutralidad	22
2.1.3. La buena esposa y madre.....	23
2.1.4. Violencia de género vs violencia doméstica.....	24
2.1.5. Reproducción y Belleza.....	25
CAPÍTULO 3 Aplicando la TREC desde un perspectiva feminista	27
3.1.1. Evaluación psicopatológica.....	29
3.1.2. Evaluación Racional – Emotiva	30
3.1.3. Insight Racional – Emotivo.....	31
3.1.4. Aprender una base de conocimiento racional y aprender una nueva filosofía de vida.....	32

Estructuras de las sesiones.....	34
Estilo terapéutico	35
Relación con el cliente.....	36
Técnicas.....	38
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTA.....	39
REFERENCIAS	47
ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN

El presente manuscrito pretende dar una propuesta para la aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) desde una perspectiva feminista, ya que considero que tal como lo afirma Padilla (2014) el feminismo es un enfoque que va a la vanguardia en las profesiones que tienen que ver con la conducta humana. Según Pérez (2018) el feminismo es un movimiento que busca una transformación política, social y cultural, y que busca la igualdad entre hombres y mujeres.

La TREC según Ellis y Grieger (1990) es una terapia que ayuda alcanzar metas, y no sólo eso, también a vivir plenamente y felices, con el menor sufrimiento posible. Por su parte Bedolla y Méndez (s.f.) menciona que las revoluciones sociales que hemos vivido nos ofrecen la posibilidad de una transformación, hacia un mundo de equidad, libertad y respeto, donde podemos utilizar modelos de salud como la terapia feminista que evidencian rasgos negativos de la sociedad, y donde la libertad empieza donde ellas puedan distinguir cuáles son sus malestares y además lo que realmente quieren ser.

Mainieri (2015) la TREC considera a los trastornos emocionales como problemas en el sistema de creencias de la persona, donde las creencias o pensamientos irracionales producen consecuencias, tanto emocionales como conductuales, que no permiten la supervivencia y la felicidad de esa persona; entonces el enfoque

terapéutico se centra en rebatirlos, además de cambiarlos por unos más funcionales y adaptativos.

Es interesante lo que menciona Ellis y McLaren (2004) pues aunque tienen una teoría biológica, reconocen que las creencias irracionales y también las racionales son adquiridas por enseñanza social; así que considero que esta terapia puede ser eficaz en rebatir las creencias irracionales en las mujeres, derivadas de un sistema de dominación del hombre hacia la mujer llamado patriarcado Lerner (1990).

Lagarde (2005) critica desde el feminismo, el discurso médico de la psiquiatría y la psicología que concibe a la “locura” (problemas de salud mental de la mujer) como una enfermedad, entonces a partir de este discurso, ellos dictan lo que es normal y por supuesto lo que es anormal. La autora sigue diciendo que el modelo médico forma parte del sistema patriarcal, que además también dicta la norma de lo que es ser una buena mujer, buena madre y esposa.

Hooks (2017) por su parte menciona que este sistema es quien determina lo que es ser una mujer bella, con estándares demasiado altos o inalcanzables, y que esto es una de las bases para la locura de las mujeres; ya que por más que se esfuerzan por cumplir estos estándares o con su “deber ser” no lo logran.

A continuación analizaremos como se aplican las fases de la TREC, como es el estilo y la relación terapéutica y si podemos aplicarla desde la perspectiva

feminista, además hablaremos sobre aspectos importantes de este enfoque, entre otras cosas veremos por qué el feminismo establece que los malestares de las mujeres tienen un origen psicosocial, basado en la violencia ejercida hacia ella prácticamente desde que el mundo es mundo.

CAPÍTULO 1 Terapia racional emotivo conductual (TREC)

Objetivo: Conocer el origen y las principales características de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

1.1.1. Origen y fundamentos de la Terapia Racional Emotiva Conductual

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) forma parte de la segunda generación de terapias psicológicas, Pérez (2014) menciona que uno de los mayores méritos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es sin duda, su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos. Creo que entre otras cosas esta afirmación se deba al hecho de haber incorporado en esta segunda generación, como menciona el autor, el aspecto cognitivo a la terapia de conducta que caracterizó a la primera generación.

La siguiente definición me ha parecido que define de manera sencilla esta terapia:

“ La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por

otras más adaptativas para combatir sus problemas” (...) (Puerta y Padilla, 2011, p.252).

Así que este modelo de terapia que como dice Amador et al. (2021) está centrado en el problema de él o la paciente, no sólo ha resultado eficaz en el tratamiento de muchos trastornos psicológicos, sino que también goza de una gran evidencia empírica como nos recuerda Bianchi y Henao (2015).

Albert Ellis (1913-2007) fue pionero de la psicología cognitiva y creador de la TREC, Según Chávez (2015) Ellis es considerado de los psicoterapeutas que más han influido en la historia, desde niño desarrolló miedos muy fuertes que más tarde categorizó como fobias, estas fobias le causaron mucho sufrimiento, así que con el afán de superarlas y vivir feliz, leyó a los psicoterapeutas de su tiempo, sin embargo no lo logró del todo, entonces recurrió a la filosofía, en especial a los filósofos como Epicuro y Epicteto, y con la ayuda del trabajo de John Watson (1878-1985) al fin logró superarlas.

En este sentido Chávez (2015) nos sigue diciendo que el principal fundamento de su terapia lo toma de Epicteto cuya frase célebre: “ lo que turba a los hombres no son las cosas, sino las opiniones que de ellas se hacen” nos da a entender que son las personas las que se crean sus propios problemas emocionales, de acuerdo con la interpretación que hacen de lo que les pasa.

Ellis consideraba que son las creencias de las personas las que subyacen a los trastornos emocionales y que el cambio de creencias irracionales puede producir cambios en la conducta y en las emociones.

Díaz et al. (2012) menciona que según la TREC el ser humano es considerado un organismo complejo y biopsicosocial con una fuerte tendencia a establecer metas y propósitos. Ellis y Grieger (1990) señalan que este sistema de psicoterapia no sólo ayuda a la persona a vivir más, sino también a vivir sin tantos problemas emocionales, feliz y plenamente.

1.1.2. Modelo A B C

Mainieri (2015) dice que fue en 1958 cuando Ellis publica por primera vez este famoso modelo de terapia, y además menciona que en la TREC los trastornos son considerados como problemas en el sistema de creencias, así que en este modelo cognitivo conductual, los esfuerzos serán encaminados en el tratamiento de este sistema. Este modelo nos dice que:

(A) son los acontecimientos de la vida

(B) la percepción o interpretación, (creencias) sobre estos acontecimientos

(C) consecuencias que pueden ser cognitivas, emocionales o conductuales

Según este modelo, cuando la persona intenta alcanzar sus metas, se presentan acontecimientos de la vida que le pueden permitir o no el alcanzarlas, esto dependerá de cómo perciba o interprete este acontecimiento, según las

creencias, pensamientos, valores y conocimiento que tenga sobre este, en base a lo anterior se produce una respuesta o consecuencias que como menciona este autor pueden sabotear sus objetivos, causándole incomodidad y sufrimiento.

1.1.3. Creencias racionales e irracionales

La TREC nos dice que existen creencias racionales e irracionales, Rovira et al. (2020) nos ayuda a distinguir entre ambas: las ideas racionales se expresan con los “me gustaría”, estas ideas son empíricas y la respuesta emocional a estas creencias es funcional y adaptativa, por otro lado las creencias irracionales son absolutistas, se expresan con los “debería”, carecen de lógica y empirismo, además son inflexibles y la respuesta ante estas creencias es una emocionalidad y conducta desadaptativas y nada funcionales.

Ellis (1999) nos dice cuáles son las tres afirmaciones absolutistas básicas que generan este tipo de emociones y conductas:

1. El “deber” tener éxito en todo lo que se haga o en las relaciones que establezcamos; de no ser así, se pueden generar sensaciones de ansiedad grave, depresión , inutilidad, acciones de abandono, adicción, etc.
2. La gente “debe” tratarme con consideración, justicia, respeto y amabilidad; de lo contrario los sentimientos que se generan pueden ser: ira, furia, resentimiento, acciones de violencia, lucha, etc.

3. Mis condiciones de vida “deben” ser confortables, placenteras y valiosas; si no es así se generan sentimientos de autocompasión, ira, baja tolerancia a la frustración, acciones de abandono, queja y adicciones.

1.1.4. Factor biológico de la TREC

En Ellis y McLaren (2004), se plantea que las creencias se adquieren por enseñanza social, pero que además todos somos pensadores racionales e irracionales innatos, sin embargo, en el afán de mantenernos vivos también tenemos de nacimiento una capacidad de solucionar los problemas de manera creativa; de acuerdo con lo anterior, nacemos y nos criamos con un pensamiento irracional, pero de igual manera también nacemos con la capacidad de cambiar ese pensamiento por uno más racional para poder sobrevivir.

Entonces según esta hipótesis, los autores nos aconsejan que en terapia, animemos a nuestros/as pacientes haciéndoles saber que como seres humanos muy fácilmente y con frecuencia pensarán, sentirán y actuarán de forma derrotista, sin embargo, pueden cambiarse a sí mismos, trabajando y practicando mucho para reducir esa capacidad natural que todos tenemos de autosabotearnos. A propósito, a continuación veremos cómo se llevan a cabo las fases de este proceso terapéutico

Fases del proceso de intervención de la Terapia Racional Emotivo Conductual

Díaz, et al., (2012) nos muestra las siguientes fases como sigue:

1.1.5. Evaluación psicopatológica

Como las demás psicoterapias cognitivo conductuales, el primer paso es una exploración psicopatológica completa, se suelen aplicar los criterios diagnósticos estandarizados del DSM IV-R, y para analizar factores psicológicos y biológicos implicados, el uso de instrumentos como entrevistas clínicas, cuestionarios, test psicológicos autoinformes etc.

1.1.6. Evaluación racional emotiva

Se comienza elaborando una lista de los problemas que presenta el/la cliente y se clasifican como internos, externos, y si son primarios o secundarios, los problemas externos dependen de factores ambientales como la muerte de alguien cercano, cuando los hijos de van de casa etc. Los internos se producen a consecuencia de los externos, provocando reacciones emocionales intensas o conductas disfuncionales y en estos se centra la TREC; este análisis nos permitirá ir detectando creencias, opiniones o explicaciones que encierren exigencias absolutistas, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración o auto descalificación general.

Una vez establecidos los problemas se establece una primera aproximación del modelo A B C para cada uno y se fijan las metas globales según la teoría de la TREC.

1.1.7. Insight racional emotivo

Después de que se explican los principios teóricos de la TREC, también se explican los 3 insights que se deben alcanzar, principalmente que no son los

acontecimientos sino las creencias irracionales lo que nos está causando sufrimiento, y que al cambiarlas, el problema emocional cambiará, aquí se centra la responsabilidad del cambio en la persona, que debe tener presente que tener el deseo de cambiar no es suficiente, pues se tendrá que ser muy constante y trabajar muy duro para esperar un cambio real.

1.1.8. Aprender una base de conocimiento racional

En esta fase se enseña y entrena una base de conocimiento racional con el fin de que se puedan rebatir y refutar creencias irracionales con esto se generan o afianzan creencias racionales alternativas para eliminar los problemas y prevenirlos.

1.1.9. Aprender una nueva filosofía de vida

En esta fase se pretende: arraigar las creencias racionales y fortalecer el hábito de detectar, debatir y refutar creencias irracionales que se basen en exigencias absolutistas, catastrofismo, auto descalificación y baja tolerancia a la frustración.

Estructura de las sesiones

Díaz, et al., (2012) nos muestra que la estructura de cada sesión puede comenzar preguntando el problema que se quiere tratar, después se pasa a definir y acordar objetivos concretos, una vez hecho esto se lleva a cabo el proceso de evaluación de los A B C del problema y establecer conexiones entre estos. Debatir creencias irracionales específicas, tratando de adoptar creencias racionales alternativas y afianzando las que ya se tienen sería el siguiente paso, y por último revisar y

discutir tareas que se realizan entre sesiones, elegir, definir y acordar nuevas y trabajar los aspectos necesarios para facilitarlas.

Estilo terapéutico y relación con el/la cliente

En lo relacionado con el estilo terapéutico Ellis y McLaren (2004) apuntan a un estilo activo-directivo, y mencionan que un modo directivo ayuda a enseñar a él/la paciente buenos métodos de terapia, por otro lado el ser directivos/as da cuenta de la propia eficacia, así que este estilo les da confianza a los/las pacientes para lograr cosas que estaban convencidos que no podían realizar, algo muy interesante es que mencionan que el estilo directivo es incluso necesario, pues exige terapeutas que puedan forzar a sus pacientes que están pasando por casos de desórdenes graves de personalidad y limitaciones biológicas o adquiridas, a superar esas limitaciones.

Relación con el/la cliente

La relación con el/la cliente es fundamental, Díaz, et al.(2012) nos da la pauta para favorecer la alianza terapéutica y el proceso de cambio:

1.1.10. Aceptación incondicional

Aquí la incondicionalidad se entiende como la ausencia de juicios valor tanto positivos como negativos, los/las clientes son aceptados incondicionalmente como seres humanos que se equivocan; Ellis y Dryden (1987) dicen que los/las terapeutas dan aceptación incondicional más que cordialidad o aprobación, ya que aprobar y ser cordiales es un peligro, pues se puede animar de manera inconsciente a los/las clientes a consolidar la terrible necesidad de amor y

aprobación. Aceptar incondicionalmente a sus clientes, puede servir como modelo para que ellos mismos se acepten incondicionalmente.

1.1.11. Empatía

No es sólo hacerle sentir a él/la cliente que se comprenden sus sentimientos, los autores hablan de una empatía filosófica que es fundamental en la TREC, porque si él/la cliente no siente que su terapeuta entiende su filosofía de vida, puede pensar que sus creencias no son irracionales y que por ende no tendrían por qué estarle afectando, sino más bien pueden pensar que su terapeuta no les comprende y entonces no harán cambios en su pensamiento irracional.

1.1.12. Ser genuino/a

Ser abierto/a y accesible, incluso cuando se considere oportuno o conveniente el/la terapeuta puede hacer auto revelaciones, es decir puede ponerse como modelo y mostrar estrategias sobre cómo pudo superar dificultades en su propia vida.

1.1.13. Tener sentido del humor

Si bien el sentido del humor puede ser útil, hay que tener cuidado en utilizarlo ya que no siempre es adecuado aplicarlo, pues, no todos los y las pacientes lo entienden o les parece oportuno y no todos los y las terapeutas tienen el sentido del humor apropiado o no lo utilizan correctamente en el contexto de la terapia.

Se trata de reírnos con el/la cliente no de él o ella, reírnos juntos/as de su conducta o creencia y es ahí donde debemos de tener cuidado; pero de usarlo bien, puede resultar eficaz porque puede ayudar a ver lo ridículo de su pensamiento o comportamiento irracional, lo que le facilitará el pensar y actuar más racionalmente, dejando de tomarse demasiado en serio a sí mismos/as, a los otros/as y a los acontecimientos de la vida.

Estilo terapéutico informal

Solo en casos en los que no se considere pertinente, el estilo informal puede ayudarnos a ver como los y las terapeutas se aplican la filosofía de la TREC, como si se tomaran muy en serio su papel. El estilo informal también tiende a disminuir la distancia emocional entre ambos, claro, sin perder de vista que esta relación se ha establecido para ayudar a alcanzar los objetivos de la terapia, además de que se muestra quién es quien tiene mayor conocimiento profesional sobre cómo tratar los problemas emocionales, pero que como ser humano también se puede equivocar, por lo tanto tampoco merece juicios de valor sobre su valía personal.

Principales técnicas de intervención

Según Ellis y Dryden (1987) en la TREC existe un eclecticismo, es decir, las técnicas utilizadas pueden provenir de otros modelos terapéuticos, aunque tienen que ser consistentes con su teoría; se prefieren las técnicas que tengan un beneficio a largo plazo y se emplean técnicas cognitivas, emotivas y

conductuales, aunque como tal no existen técnicas puras, pues cada una de estas técnicas en sí, puede contener estos 3 elementos.

Por el momento, no nos detendremos a describir todas y cada una de las técnicas de intervención, a continuación presentaré las más importantes según Ellis y Dryden (1987), mediante una tabla que elaboré para este fin (véase Tabla 1).

Tabla 1. Principales técnicas utilizadas en la TREC

Cognitivas	Conductuales	Emotivas
<ul style="list-style-type: none"> • Refutación de creencias irracionales • Técnicas de definición • Técnicas referenciales • Técnicas de imaginación, racional emotiva • Técnicas de proyección en el tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Desensibilización en vivo • Inundación • Actividades de “quedarse allí” • Ejercicios de anti procrastinación • Recompensas y castigos • La terapia del rol fijo de Kelly • Entrenamiento en habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos humorísticos • Autodescubrimiento • Utilización de historietas, leyendas, parábolas, chistes, poemas, canciones etc. • Ejercicios de riesgo

Hasta el momento considero que contamos con los elementos suficientes para poder analizar la Terapia Racional Emotivo Conductual, así que podemos dar paso al siguiente capítulo donde conoceremos que es la perspectiva feminista, los aspectos fundamentales sobre este enfoque y porqué aplicarlo en Psicología.

CAPÍTULO 2 ¿Por qué aplicar la perspectiva feminista en psicología?

Objetivo: conocer que es la perspectiva feminista y porqué aplicarla en psicología.

Varela y Santolaya (2019) dice que cuando nos ponemos las gafas violetas, nuestra manera de mirar el mundo y la sociedad cambia, estas gafas nos permiten darnos cuenta de situaciones que sin ellas no hubiéramos podido ver, por ejemplo la discriminación que sufren las mujeres, el sexismo y el machismo, situaciones propias de la sociedad en la que vivimos; entonces, la mujer que se pone esas gafas ya no juzga su propia vida como antes lo hacía.

Al respecto Pérez (2019) menciona que esa expresión no le gusta demasiado, pues no le parece muy efectiva, ya que para ella, tomar conciencia feminista es como quitarse unas gafas sucias y feas, que no son de su talla y tampoco de su graduación, así que quitárselas le permite ver al mundo tal y como es, se empieza a ver más lejos y más claro, así con el campo de visión más amplio, se puede anticipar el peligro e identificar de donde viene.

Sea como fuere, el ponerse las gafas moradas o quitarse esas gafas sucias y feas, nos permite mirar el mundo de diferente manera, en el caso de la psicología, mirarla desde una perspectiva feminista, nos permite analizar si está cargada de machismo, discriminación o incluso violencia contra las mujeres.

Varela y Santolaya (2019) menciona que el feminismo como movimiento lleva 300 años, las autoras nos cuentan sobre las olas del feminismo, y como en todo el mundo las mujeres han luchado por sus derechos, en este sentido, Hooks (2017) habla sobre “los feminismos”; así que sería imposible en este momento hablar sobre la historia del feminismo, los diferentes feminismos y por qué luchan cada uno de ellos.

Ahora bien, me ha parecido interesante hablar un poco acerca de lo que menciona Lerner(1990) que hace un viaje muy interesante a través de la historia y nos habla sobre cómo, cuándo, dónde y porqué se ha dado la dominación del hombre sobre la mujer, ella habla sobre una postura tradicional, (androcéntrica por cierto), dicha postura establece que la dominación masculina es un fenómeno universal, que tiene un origen divino, es decir, creado por Dios, así que no se puede cambiar.

Esta postura está a favor de la “asimetría sexual” que es la atribución de actividades y roles diferentes por ser hombre o mujer, en este sentido el hecho de que las mujeres sean las que se embarazan, entonces su cometido en la sociedad es distinto.

La autora continúa diciendo que esta diferencia sexual de origen divino crea por ende, una división sexual del trabajo, es decir, factores biológicos propios del hombre como mayor fuerza física, el correr más rápido incluso el ser más “agresivos” los convierte en los que salen a cazar, los que llevan alimento a la tribu y los que cuidan de ella, así es que se convierten en seres honrados y valorados más que a las mujeres, que por sus características biológicas propias se dedican a tener y cuidar hijos, el principal objetivo en su vida.

Así que la dominación del hombre sobre la mujer “comenzó en la prehistoria” (Lerner, 1990. p.154) con la división sexual del trabajo; la autora señala que esta subordinación de la mujer debió haber durado siglos hasta que se consolidó, y se sigue aplicando en el presente, validándose el hecho de que la división sexual del trabajo que se basa en la superioridad del hombre por naturaleza es algo que no se puede cambiar y por lo cual no podemos culpar a nadie.

A continuación veremos que explicación les da el feminismo a los malestares psicológicos de las mujeres, y para continuar, creí necesario incluir algunas definiciones para comprender mejor la perspectiva feminista (véase Anexo 1).

2.1.1. Factores psicosociales

En el capítulo anterior hablábamos de la terapia cognitivo conductual, en especial de la TREC, como una de las terapias más eficaces en el tratamiento de problemas y trastornos que aquejan a las personas, pero ¿cómo podemos aplicar

esta terapia con una perspectiva feminista? ¿es posible hacerlo?, tomando en cuenta que nos encontramos inmersas en un sistema patriarcal, considero importante analizar hasta donde ha permeado el machismo, la misoginia y la violencia hacia las mujeres en una terapia que es de entrada, creada por un hombre.

De ninguna manera es por invalidar a la terapia cognitivo conductual, las palabras de Undurti (2002) plasman muy bien lo antes dicho, ella menciona que no se trata de que la perspectiva feminista niegue o ignore la importante aportación de la psicología en lo referente a comprender la salud mental de las mujeres.

Ahora bien, como sigue mencionando esta autora es que las feministas buscan conectar sus análisis psicológicos con una comprensión de un contexto social patriarcal, donde la distribución del poder no es igual para hombres que para mujeres, y cómo esos patrones que la sociedad ha estructurado para ambos y que culturalmente hemos sostenido, ha contribuido a los problemas de salud psicológica que afectan a las mujeres.

Esta comprensión desde mi punto de vista es muy importante, pues desde la psicología cognitivo conductual que está centrada en el problema Amador et al. (2021). (donde en este caso la mujer sería el problema), pone a la mujer una etiqueta de “enferma”; Busfield (1988, como se cita en Castillo,2019) reforzando la idea de que la opresión que experimentan las mujeres es lo que genera “las enfermedades mentales”, alude a este etiquetamiento como una demostración del

poder patriarcal; así que considero que eso no es algo positivo para una mujer que vive inmersa en un contexto social y cultural que la pone en desventaja.

En este sentido Undurti (2002) señala que la explicación que da el feminismo acerca de la construcción social del género le da sentido a la comprensión que se tiene sobre salud mental de las mujeres, entonces desde esta perspectiva el problema ya no sería la mujer, sino más bien, los problemas son causados en su mayoría por factores psicosociales, entre los factores que se mencionan están: condiciones laborales, bajos salarios, acoso laboral, violencia sexual, violencia en la familia, discriminación laboral, desigualdad en servicios de salud y alfabetización.

2.1.2. Neutralidad

En el capítulo anterior se hablaba de que la relación con el cliente debe estar libre de juicios valorativos, en una aceptación incondicional, Hernáez (2007) hablando de neutralidad en la psicoterapia menciona que es una cualidad del psicoterapeuta que muestra equidad y justicia además de desinterés personal y compromiso profesional, en este compromiso y mediante un juicio ayuda al consultante a distinguir lo bueno de lo malo, lo falso de lo cierto para que así pueda resolver situaciones conflictivas y actuar juiciosamente.

Ahora bien, Hernáez (2007) sigue diciendo de forma honesta que para ella, en la psicoterapia existen elementos de dudosa neutralidad; ella menciona que el psicólogo también tiene un compromiso social que exige conocer y tomar en

cuenta el contexto social de su consultante, lo que aportará imparcialidad y un mejor conocimiento de este.

Ahora bien, de acuerdo con lo anterior, ¿qué sucedería si el consultante, miembro de determinado grupo social tomara una decisión que para él o ella suponga lograr la felicidad, pero que esta decisión no encajara con los parámetros socialmente valorados? Es así como Undurti (2002) señala que bajo la frase “una salud mental libre de valores”, la psicología ha promovido ideas que han dominado, por ejemplo: cómo es la sociedad y qué significa ser normal, en este caso particular, ideas dominantes sobre lo que es apropiado o no acerca de la conducta de las mujeres, ideas a las que estas se tienen que alinear.

2.1.3. La buena esposa y madre

Dueñas (1999) menciona que durante el siglo XIX Juan Jacobo Rousseau advertía que con los cambios en la industria y en la política, les daban a los varones burgueses nuevas oportunidades, pero que al mismo tiempo, esto sería motivo de preocupación por la competencia salvaje de la ciudad, así que se necesitaba que el hogar fuera el oasis a donde ellos pudieran refugiarse emocionalmente de todo esto.

Dueñas (1999) dice que es justo en este momento en que el hombre y la mujer eran confinados a dos lugares distintos y diferenciados: el ámbito público (el mundo exterior) para los hombres y el privado para ellas, la mujer, la reina del hogar. Las actividades de ambos también diferenciadas, las de la mujer, eran las

propias para ser buena esposa y madre, se les reforzaba los valores que se asocian con la maternidad, la vida en familia etc.

Lagarde (2005) analiza varios cautiverios que el sistema patriarcal ha impuesto a las mujeres, uno de ellos es el cautiverio de la madre y relaciona el malestar mental con esta forma de misoginia y violencia machista. Es interesante lo que menciona en cuanto al discurso médico de la psiquiatría y la psicología que determina lo que es normal, las mujeres que no siguen el estereotipo impuesto son definidas entre otras cosas como enfermas.

2.1.4. Violencia de género vs violencia doméstica

Varela (2019) menciona que la violencia que padecen las mujeres tiene orígenes en la discriminación y la ausencia de derechos que a lo largo de la historia han sufrido las mujeres solo por el hecho de serlo, ella menciona lo vergonzoso de las cifras sobre mujeres maltratadas, víctimas de violación sexual, agredidas en su integridad, asesinadas o maltratadas psicológicamente por parte de los varones; es importante destacar que la violencia doméstica no es lo mismo que violencia de género, pues como su nombre lo indica esta se desarrolla en el hogar y como menciona la autora invisibiliza a la mujer y pone a hombres y mujeres en el mismo nivel.

En este sentido Undurti (2002) menciona que desde explicaciones psicológicas al hombre que ejerce violencia se le cataloga entre otras cosas como carente del control de sus impulsos, o lo justifican con una historia infantil desafortunada; a la

mujer que recibe los golpes y abusos, es etiquetada como masoquista, paranoica o deprimida, incluso que necesitan y consienten el maltrato.

A este respecto Deza (2012) analiza los factores por los cuales una mujer permanece en una relación conyugal violenta, ante todo menciona que ésta se encuentra inmersa en un ciclo de violencia, que va desde la acumulación de tensión a la luna de miel, por otro lado el amor romántico, es de los principales factores, otro factor que tiene que ver con el contexto social, es una baja autoestima producto de una crianza inadecuada para la mujer; la autora habla de conceptos muy interesantes como la indefensión aprendida o el síndrome de estrés post traumático por ejemplo, todos estos temas dignos de una consideración aparte.

2.1.5. Reproducción y Belleza

Reissmann (1983, como se cita en Undurti ,2002) reconoce que las mujeres al tratar de liberarse del control que sus propios procesos biológicos tienen sobre sus vidas refuerzan, al mismo tiempo el modelo biomédico, pues cuando acuden al médico y reciben atención a la sintomatología, las causas sociales de estos malestares se ignoran por completo.

Es por eso por lo que Undurti (2002) hablando del embarazo, la menstruación y la menopausia, menciona que se debe ir más allá del enfoque biomédico, que olvida la naturaleza psicosocial de estos problemas de salud, y no es que se quiera negar que por ejemplo el síndrome pre menstrual o la menstruación en sí causen

dolor, ni tampoco se puede dar la espalda a los descubrimientos que pueden aliviarlo.

Sin embargo, no solo en la menstruación, sino también en el peso de las mujeres, la anorexia y la bulimia, podemos ver que sin duda detrás de todo esto está el control social medico sobre las normas sociales de lo que es femenino.

Así que como ya se mencionó, se debe ir más allá del enfoque biomédico al hacer investigaciones sobre la relación de trastornos afectivos con los roles sociales, con las circunstancias en las que viven y estos procesos biológicos propios de las mujeres.

Retomando el problema de la bulimia y la anorexia Hooks (2017) dice que la lucha feminista trata de acabar con el tema de los trastornos alimentarios pues desafortunadamente, en su país tienen la obsesión de juzgar a las mujeres por su aspecto (y yo me atrevería a decir que no sólo en su país), pues como menciona la autora antes de la liberación femenina se nos socializaba con la idea sexista de que nuestro valor depende de nuestra apariencia, basada en modelos de mujeres jóvenes y delgadas.

Afortunadamente la lucha feminista desafió a la industria sexista de la moda, logrando cambios positivos y hoy por hoy las mujeres podemos vestirnos como mejor nos sintamos. Hooks (2017) sigue mencionando que hacer esto permitió que las mujeres examinaran los aspectos patológicos de la obsesión por la

aparición que pone en riesgo su propia vida, por razón de la alimentación compulsiva o por matarse de hambre.

Ahora que pudimos saber un poco más acerca de la perspectiva feminista, podemos entender la importancia del contexto psicosocial de la mujer, en lo que tiene que ver con los malestares que se derivan de un sistema que la oprime, a continuación veremos si podemos aplicar esta perspectiva a la Terapia Racional Emotiva Conductual para el tratamiento de estos malestares.

CAPÍTULO 3 Aplicando la TREC desde un perspectiva feminista

Objetivo: analizar las fases de la terapia racional emotiva conductual para proponer su aplicación desde la perspectiva feminista.

Retomando las fases de la terapia racional emotivo conductual que consideramos en el capítulo 1 y apoyándonos en lo que la perspectiva feminista ha aportado acerca de la práctica psicológica en terapia revisaremos como podemos aplicarla desde esta perspectiva.

Considero importante destacar que más que una crítica a la psicología tradicional, en lo relacionado con su aplicación en terapia, en este caso de la TREC, y por supuesto, reconociendo el importante aporte a la psicología de esta terapia de segunda generación y sobre todo porque fui formada desde la perspectiva

cognitivo conductual y mi deseo es la especialización en este modelo, es mi interés el poder aplicarla desde una perspectiva feminista.

Pero ¿por qué desde esta perspectiva? Pérez (2019) en su libro Feminismo para torpes, acerca de tomar conciencia feminista, menciona que es como quitarse unas gafas feas, pequeñas y sucias con el fin de ver la realidad tal y como es, y a pesar de que en una ocasión una maestra me dijo que el feminismo tampoco es la panacea, en lo personal quitarme esas gafas, me ha permitido ver la vida y ¿por qué no? mi vida misma de otra manera. Así que considero importante mirar más lejos, más claro, incluso identificar de donde viene el peligro como menciona esta autora.

El feminismo como se mencionó en el capítulo 2 señala al patriarcado como un sistema de dominación masculino no sólo sobre la mujer pues tiene el poder sobre ella y las instituciones, en este sentido Castillo (2019) dice que el movimiento feminista cuestiona, los estereotipos de género, a los medios de comunicación, el control que existe sobre el cuerpo de las mujeres, lo desigual del salario obtenido por un mismo trabajo, cómo el trabajo doméstico no se distribuye equitativamente, entre muchas cosas más; todo lo anterior producto de esa dominación.

A continuación se presentan las fases de la TREC y veremos si podemos aplicar esta perspectiva mediante teorías y prácticas feministas que de acuerdo con

Castillo (2019) mujeres profesionales, psicólogas y psiquiatras han aportado a la práctica terapéutica.

3.1.1. Evaluación psicopatológica

Díaz et al. (2012) hablando de trastornos emocionales clínicamente relevantes, señala a las estrategias diagnósticas como característica del modelo cognitivo conductual.

Al respecto, desde la ideología psiquiátrica, los sufrimientos, dolores o diferencias que las personas sufren, son síntomas o manifestaciones de que existe una enfermedad mental, la cual cataloga y determina el tratamiento a seguir, en otras palabras dicta la norma y lo que se aparte de eso se etiqueta, en este caso a las mujeres como “enfermas mentales”. A este respecto podemos entender lo que puede significar un “diagnóstico” para una mujer que se encuentra oprimida por un sistema que le impone roles de género que le generan altos niveles de frustración (Castillo, 2019; Lagarde, 2005).

Blanco y Sainz (2017) enfatiza que la utilización de métodos de evaluación y diagnóstico incluso de intervención solo se llevarán a cabo en casos estrictamente necesarios y que hayan sido validados por su efectividad en terapias con mujeres, además reconoce que existen vacíos al respecto, ya que estas metodologías de evaluación son las que se aplican en la terapia tradicional.

Por ejemplo, Dutton (1992, como se cita en Blanco y Sainz, 2017) propone que la evaluación en mujeres se lleve en los siguiente parámetros en situaciones de violencia:

- a) Tipo y patrón de violencia, abuso y control ejercido por el o los agresores
- b) Efectos psicológicos del abuso
- c) Estrategia que se han puesto en marcha para sobrevivir tanto activas como evitativas y/o pasivas
- d) Factores mediadores que pueden ser creencias de la paciente, recursos materiales, apoyo social , respuesta institucional etc.

Bosh, Ferrer et al., (2005) dice que podemos usar entrevistas estructuradas y semiestructuradas para recoger información importante del problema y de todas las áreas de la vida de la mujer, sin embargo tomado en cuenta que las mujeres pueden volver a experimentar el miedo, dolor y angustia que tuvieron que ver con lo que nos están contando, como terapeutas debemos mostrarnos sensibles además de facilitar la expresión y canalización de esas emociones mientras recogemos toda la información que necesitamos.

3.1.2. Evaluación Racional – Emotiva

A partir de este momento el tema de la neutralidad es muy importante pues en esta terapia se trata de identificar creencias irracionales, pero ¿irracionales según quién? En esta fase se hace una clasificación de los problemas de la consultante, si son internos, externos, primarios o secundarios (ya en el capítulo 1 describimos

cada uno de ellos), y se priorizan los problemas secundarios, después los primarios y al último los externos.

Considero de manera personal que al priorizar un problema primario o secundario como un miedo o una depresión por ejemplo, continuamos etiquetando a la mujer porque es depresiva, ansiosa, miedosa etc. desde la perspectiva feminista se prioriza el problema externo, un divorcio, un despido laboral por ejemplo, pues el problema proviene de un sistema de dominación masculina que como menciona García (2019) patologiza a las mujeres, entonces el malestar se aborda analizando las relaciones de poder de este sistema opresor.

Ahora bien, el modelo A B C si se puede aplicar para cada uno de los problemas que presente la paciente, considerando los acontecimientos activadores como importantes además de a las creencias irracionales.

3.1.3. Insight Racional – Emotivo

Lo que se pretende en esta fase es que la consultante, para llevar a cabo el proceso de cambio, alcance 3 insights, que podemos resumir como: no son los acontecimientos los causantes de su malestar, sino más bien son las creencias irracionales que se activan en cada caso, así que cambiando las creencias, el problema emocional cambia también.

Considero que se puede ayudar a la consultante a alcanzar el insight, pues se pueden trabajar estas creencias; ahora bien el que se le reste importancia a los

acontecimientos actuales o de su infancia y se diga que eso no es la causa del malestar, no es compatible con lo que escribió Weisstein (1968, como se cita en García, 2019), ella dice que la psicología no sabe nada sobre las mujeres, sobre lo que necesitan o lo que quieren y la razón es porque para ésta, todo tiene que ver con los rasgos internos, dejando a un lado el contexto social; así que para explicar por qué las mujeres se comportan de tal o cual manera es necesario la comprensión de las condiciones y expectativas sociales bajo las cuales viven.

3.1.4. Aprender una base de conocimiento racional y aprender una nueva filosofía de vida

En esta cuarta y quinta fase se enseña y entrena una base de conocimiento racional que le permita a la paciente a refutar y rebatir creencias irracionales , y al mismo tiempo a generar y afianzar creencias racionales alternativas, y por último conseguir que esto se arraigue en la vida de la paciente.

En este sentido Bosh et al. (2005) menciona que las creencias tradicionales deben de ser modificadas, pero ¿cuál podría ser esa base de conocimiento racional? ya que según las autoras la paciente es víctima no sólo de un sujeto violento, sino de una sociedad patriarcal que normaliza la violencia como un recurso legítimo del hombre y al mismo tiempo la obediencia y sumisión a este; así que no es de extrañar que la mujer interiorice estos supuestos y viva con sentimientos de fracaso y culpabilidad, justificando al agresor, buscando en ellas mismas las causas de la violencia; en este sentido será necesario entonces, una

transformación de creencias y guiones de vida como lo propone Blanco y Sainz, (2017).

Como ya hemos visto, desde el enfoque tradicional de la psicología y la psiquiatría los malestares de la mujer son considerados como una psicopatología y como menciona Bedolla y Méndez (s.f.) esto es porque ese malestar se interpreta como una dificultad de adaptación, al respecto, en una ocasión una maestra comentó: “no se trata de adaptarnos, se trata de descolocarnos de este sistema” entonces ese conocimiento racional tiene que estar basado en lo que siguen mencionando estas autoras:

- Criticar a la sociedad y al sexismo en los modelos médicos tradicionales y replantear la causa de los problemas de las mujeres debidos a factores externos: la sociedad, la cultura y la política.
- Involucrarlas en acciones sociales y políticas.
- La necesidad de que las mujeres estén conscientes de su condición social y política para que puedan solucionarla.
- Rechazar todo tipo de estereotipos que las sitúen en desventaja social respecto a los hombres y de esta manera fomentar el análisis de los roles de género tradicionales que la oprimen.
- Favorecer la independencia emocional y económica.
- Dar prioridad a sus necesidades, alentarlas a plantarse metas y objetivos que la beneficien a ella.

Y algo que mencionan Bosh et al. (2005) que me parece muy importante: que las mujeres ya no vean esa violencia de la que han sido víctimas como algo natural y que puedan visibilizarla, pues muchas ni siquiera han sido conscientes de ello; que entiendan que todo lo que han vivido no es normal y sobre todo que no ha sido su responsabilidad.

Es muy probable que las ideas irracionales de las mujeres tengan que ver con su posición en este sistema, así que como mencionan estas autoras lo que acabamos de mencionar les ayudarán a superar la situación por la que están pasando, a encontrar respuestas, a liberarse de los sentimientos de culpa y recuperar el control sobre ellas mismas, algo que sin duda les ayudarán a rebatir y refutar creencias tradicionales y afianzar creencias alternativas más funcionales para ellas.

Estructuras de las sesiones

Considero que en cuanto a la estructura de las sesiones se pueden llevar tal cual como nos dice la TREC. Respecto a la terapia feminista Bosh et al. (2005) comenta que el calendario de las sesiones se puede ir adecuando en cada caso determinado a las necesidades concretas de la paciente; algo similar se menciona en Blanco y Sainz, (2017).

Estilo terapéutico

Díaz et al. (2012) señala que en la TREC se pueden adoptar variaciones en el estilo terapéutico, justo por el carácter de esta terapia que es flexible, antidogmático y nada absolutista, sin embargo, se deben de respetar los principios teóricos de esta terapia; estas variaciones deben tomar en cuenta las características de ambos, cliente y terapeuta y su interacción, por ejemplo: evitar un estilo muy directivo en pacientes dependientes, o un estilo muy activo en personas pasivas, ser muy intelectuales y racionales con personas obsesivas etc.

Lo anterior me dio pie para creer que se puede adaptar un estilo terapéutico basado en la perspectiva feminista, sin embargo al parecer existen diferencias que no podríamos reconciliar considerando que Ellis y McLaren (2004) apuntan a un estilo directivo y por otro lado Blanco y Sainz (2017) mencionan que como terapeutas debemos transmitirles a las pacientes su posición de expertas en las relación terapéutica, además de que Barrera (2020) habla sobre lo principios éticos de la terapia feminista entre los que están la equidad y la horizontalidad en esta relación.

Otro punto que considero importante es lo que Díaz et al. (2012) señala en cuanto a que se debe evitar la catarsis, pues aunque alivia momentáneamente el malestar, después puede resultar perjudicial, pues puede reforzar creencias irracionales, mientras que Bosh et al. (2005) mencionan que durante la sesiones se debe facilitar la expresión de las emociones.

Relación con el cliente

Es interesante lo que menciona Díaz et al. (2012) en cuanto a la relación con el cliente, primeramente menciona que en la TREC se asumen los principios básicos señalados por Carl Rogers, de aceptación incondicional, empatía, respeto y autenticidad, no obstante no considera todas estas como necesarias, ni como suficientes; analizando cada una encontré puntos de encuentro, por ejemplo el ser genuino/a pues la TREC habla de la auto-revelación y de igual manera Blanco y Sainz (2017) menciona que esta manera de mostrarse transparente emocionalmente y auténtica como terapeuta puede fortalecer la alianza terapéutica.

Sobre lo anterior Lebow (2008, como se cita en Blanco y Sainz, 2017) menciona que como profesionales debemos ser conscientes de nuestra responsabilidad como psicólogas para saber mantener límites y así evitar el solapamiento de roles, algo parecido también menciona la TREC en cuanto a mantener un estilo informal que aunque suele disminuir la distancia emocional entre paciente y terapeuta, se debe dejar claro que esta relación se ha establecido para que se le ayude a alcanzar los objetivos de la terapia.

En cuanto a la aceptación incondicional Ellis y Dryden (1987) menciona que el terapeuta acepta incondicionalmente, pues considera que los seres humanos son falibles, además dicen que los y las terapeutas dan aceptación incondicional más que cordialidad o aprobación, ya que aprobar y ser cordiales es un peligro, pues

se puede animar de manera inconsciente a las y los clientes a consolidar la terrible necesidad de amor y aprobación.

Undurti (2002) señala que bajo la frase “una salud mental libre de valores”, la psicología ha promovido ideas que han dominado, por ejemplo: cómo es la sociedad y qué significa ser normal, en este caso particular, ideas dominantes sobre lo que es apropiado o no acerca de la conducta de las mujeres, así que considero que la verdadera aceptación incondicional, debe estar libre de esas ideas dominantes, sesgos de género e ideas machistas o sexistas.

De acuerdo con lo anterior ¿quién podría dar esa verdadera aceptación incondicional? En este caso considero que prestar atención al género es de suma importancia , pues Blanco y Sainz (2017) habla de estudios donde los profesionales pueden dar un trato diferencial dependiendo del sexo, y esto puede resultar en que en las mujeres que tienen terapeutas hombres se puedan reforzar los mandatos de género por ejemplo.

Es importante resaltar que no es suficiente con que la terapeuta tenga que ser mujer, indudablemente se necesita una formación con perspectiva de género, que las haga sensibles a estos temas y les de habilidades para la terapia con mujeres.

Blanco y Sainz (2017) siguen mencionando que después de una formación en género las psicoterapeutas desarrollan actitudes reflexivas y pensamiento crítico,

reducen sus creencias sobre sexismo benevolente que se refiere a la creencia de que las mujeres son débiles y que por lo tanto necesitan protección Ferraut et al. (2013, como se cita en Luna Y Laca, 2017); mayor capacidad de identificar patrones que se relacionan con el género, y una mejor comprensión de las injusticias sociales, todas estas características son imprescindibles pues las responsabiliza y las implica más en su práctica profesional.

De acuerdo con lo anterior Barrera (2020) menciona que este tipo de análisis no forma parte de la psicología tradicional. En este sentido, Rojas (2020) menciona que las terapias tradicionales idealizan la función paterna como figura de autoridad, además menciona que la terapia sistémica por ejemplo no problematiza los roles de género y al no observa las desigualdades y no analizar el papel del género y la identidad del terapeuta, puede afectar el proceso terapéutico.

Técnicas

Bedolla y Méndez (s.f.) hablan de técnicas utilizadas dentro de la terapia feminista y que son congruentes con sus principios éticos, por ejemplo: Análisis de rol de género, que consiste en tomar conciencia de como la sociedad, en el proceso de socialización, tiene expectativas diferentes tanto para hombres como para mujeres, o Análisis de poder que consiste en tomar conciencia de las diferencias de poder y como esto afecta en sus vidas.

Las autoras también mencionan otras técnicas que no son exclusivas de la terapia feministas y que se pueden adecuar bien, por ejemplo: entrenamiento de la asertividad, la biblioterapia, la reconceptualización, entre otras.

Considero que en general la TREC puede ser aplicada desde una perspectiva feminista, ahora bien existen algunas reservas, principalmente en el modelo A B C, la evaluación diagnóstica y la relación terapéutica, estos puntos se discutirán a continuación.

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTA

Discusión

El aplicar la perspectiva feminista a una terapia cognitivo conductual que desde este enfoque según Barrera (2020) se considera misógina y patriarcal, ha representado todo un desafío, primero porque no ha sido el fin de esta propuesta desvirtuar a la terapia racional emotiva cognitivo conductual, ahora bien no pude pasar de largo la crítica que existe hacia la psicología tradicional.

Bosh et al. (2005) menciona en el caso de la violencia de género, que el basarse exclusivamente en características internas en este caso de la mujer, y no tomar en cuenta que ella debe comprender los mecanismos sociales y culturales que están originando el problema, puede resultar en perjuicio, ya que pudieran estar repitiendo relaciones basadas en el abuso.

De acuerdo con lo anterior, en su investigación sobre la TREC y sentimiento de culpa Colop (2016) evidencia que los factores culturales y familiares son determinantes en el mantenimiento de una situación de violencia; esta misma autora sigue mencionando que las estrategias de control que ejerce el maltratador le generan a la mujer sentimientos y emociones como culpa, miedo, vergüenza y soledad, lo que determina si se prolonga o abandona esta situación de maltrato.

En el tercer capítulo mencioné que en el modelo A B C, al priorizar los problemas primarios o secundarios, se estaría etiquetando a la mujer, y como menciona García (2019) patologizando sus conflictos subjetivos y malestares, así que como tal, considero que si es posible aplicar la TREC desde una perspectiva feminista, ahora bien haciéndole saber a la consultante que si bien hay que cambiar las creencias irracionales (B) también es importante no restarle importancia a los acontecimientos activadores (A) ya que son los que están relacionados con la dominación masculina y los que provocan el malestar (C), y de esta manera el problema se aborda analizando las relaciones de poder sin patologizar a las mujeres como menciona esta misma autora.

En este sentido Colop (2016) reconoce el papel que juega tanto el agresor como las emociones que se generan en la mujer debido a la violencia y como la TREC, mediante el proceso de autoevaluación racional emotiva y reconociendo las creencias irracionales que se relacionan con la violencia que ha vivido pueden llevarla a tomar la decisión de ponerle fin a esa situación.

Es interesante como las investigaciones revisadas sobre la aplicación de la TREC en mujeres, reconocen los efectos de la violencia en ellas, lo que muestra la importancia del contexto social y cultural, por ejemplo Meneses (2022) menciona que la violencia psicológica repercute en las ideas irracionales, desarrollando alteraciones emocionales o problemas como depresión, ansiedad, estrés post traumático, trastornos de sueño, alteración en los patrones alimentarios hasta conductas suicidas.

Por su parte Mego, (2021) halló algunas relaciones significativas entre creencias irracionales y machismo. Vieyra (2008) habla de sentimientos de tristeza, soledad, descuido de los niños, de su arreglo personal, confusión etc. producto de la violencia física contra las mujeres.

En el capítulo 1 revisamos una fase muy importante de la aplicación de la TREC que es enseñar una base de conocimiento racional para que la paciente pueda rebatir y refutar creencias irracionales Díaz et al. (2012). En su investigación Vilca (2018) concluyó que entre más creencias irracionales tenga la mujer, tiene mayor probabilidad de ser víctima de violencia, las creencias irracionales que menciona tienen mucho que ver con los estereotipos tradicionales de género, por ejemplo: que sus parejas pueden golpearlas, porque ellas lo merecen, o porque los hombres son los fuertes y enérgicos, los jefes del hogar y saben lo que hacen.

Entre las ideas irracionales que encontró Vieyra (2008) en mujeres que son agredidas físicamente están “me pega porque me quiere”, “que voy a hacer si no tengo trabajo, no se hacer nada”, “me casé para toda la vida, como lo voy a dejar” “ya nadie me va a querer”.

Tomando en cuenta estas ideas irracionales y muchas más que tienen las mujeres violentadas, es necesario enseñar una base de conocimiento racional, una enseñanza llevada a cabo por una terapeuta feminista, que como menciona Bedolla y Méndez (s.f.) haga una crítica constructiva de los roles de género y que aliente a sus pacientes a explorar el origen de sus problemas. Además de que tenga una escucha activa y capacidad empática como lo menciona Bosh et al. (2005).

De acuerdo con lo anterior, considero que entonces, una buena relación terapéutica se llevaría mejor entre mujeres, pues quien mejor que una terapeuta para que ayude a comprender a la paciente que la violencia recibida no es su culpa, sino más bien responsabilidad del agresor y del patrón cultural y familiar donde fue criado, donde se le enseña a la mujer a ser sumisa y al hombre violento Colop (2016).

En cuanto al estilo terapéutico, la terapeuta desde esta perspectiva no se podría apegar al estilo directivo propio de la TREC, Ellis y McLaren (2004). En el capítulo 3 comentaba que el estilo de la terapeuta desde la perspectiva feminista no podría ser directivo, pues desde este enfoque según Blanco y Sainz (2017) las

expertas en sí mismas son las pacientes. Aunque Díaz et al. (2012) señala que la TREC al ser una terapia flexible se pueden adoptar variaciones en el estilo terapéutico.

Por último en lo relacionado con la evaluación, como lo revisamos en el capítulo 3, Blanco y Sainz (2017) reconocen que las metodologías de evaluación que se están utilizando son las que se aplican en la terapia tradicional, este es el caso de las investigaciones revisadas, así que como mencionan estas autoras se hace necesario crear métodos de evaluación creativos alejados de la investigación normativa, androcéntrica y patriarcal. De esta manera se evitaría el diagnóstico para poder centrarnos por ejemplo en los efectos psicológicos del abuso.

Conclusiones

De acuerdo con las investigaciones revisadas en el presente manuscrito, por ejemplo la de Colop (2016) donde menciona que la TREC puede ser aplicada a mujeres que son o han sido violentadas, violencias que causan desequilibrio que puede ser psicológico, emocional o conductual, concluimos que esta terapia se puede aplicar desde la perspectiva feminista. Ahora bien al centrarse en rasgos internos y restarle importancia al contexto sociocultural y político en el abordaje del problema Weisstein (1968, como se cita en García, 2019). Considero:

Que al explicar a la paciente el modelo A B C y enseñar una base de conocimiento racional no sólo se considere importante cambiar creencias irracionales, sino que al mismo tiempo analizar el sistema patriarcal en el que se encuentra inmersa, donde se puede originar el problema o incluso estar manteniéndose Bosh et al. (2005).

En cuanto a la relación terapéutica considero importante que sea una terapeuta, la que lleve a cabo la terapia y que como menciona Bedolla y Méndez (s.f.) que desde su posición de mujer haga una crítica constructiva de los roles de género y que aliente a sus pacientes a explorar el origen de sus problemas, liberándolas de emociones y sentimientos como culpa, miedo, vergüenza y soledad producto de la relación asimétrica que como nos recuerda Colop (2016) se vive en este sistema.

En el caso del estilo terapéutico que en la TREC es directivo, creo que no es propio de una relación que desde la perspectiva feminista se pretende equitativa y horizontal, donde se considera a la paciente como la experta en ella misma (Barrera, 2020; Blanco y Sainz, 2017). Sin embargo creo que al ser la terapeuta la que enseña conocimiento racional y ayuda a rebatir las ideas irracionales, pueda utilizar un estilo directivo, y al mismo tiempo como menciona Yontef (2015) que no exista una jerarquía que la terapeuta impulse o estimule.

En cuanto a la evaluación, desde la perspectiva feminista lo que se pretende es ya no patologizar a las mujeres García (2019); como vimos en el capítulo 3, según lo menciona Blanco y Sainz (2017) podemos usar el diagnóstico y la evaluación sólo

en casos estrictamente necesarios, reconociendo que existen vacíos, de ahí que exista la necesidad de crear métodos de evaluación creativos que se puedan aplicar desde esta perspectiva.

Después de presentar mi propuesta, entiendo que como psicóloga tengo una gran responsabilidad pues los y las psicólogas trabajamos con personas que están pasando por un malestar que muchas veces les ocasiona un gran sufrimiento, considero que entonces debo aplicar bien el conocimiento que he adquirido basado en la evidencia, que ha sido probado que es eficaz en el tratamiento de estos problemas.

Ahora bien algo que aprendí durante mi formación fue formarme un sentido crítico, fue por esto por lo que cuando tuve un acercamiento con el feminismo el semestre pasado, fue como quitarme las gafas sucias que no me permitían ver la realidad como realmente es; entiendo que las mujeres hemos sido violentadas de muchas maneras y que desde la psicología tradicional poco se toma en cuenta el contexto social, cultural, económico y político que generalmente es donde provienen nuestros malestares.

Opino de esta manera porque aunque como menciono en mi manuscrito la TREC si se puede aplicar desde una perspectiva feminista, encontré en algunos casos sesgos patriarcales en la aplicación de la terapia, por ejemplo: los diagnósticos, la importancia que se le da a los procesos internos de la mujer y el no reconocer que

los eventos activadores son realmente el problema, la relación con el/la cliente y el estilo directivo donde se evidencian las relaciones de poder.

Aun así considero que la TREC es una terapia idónea para rebatir y refutar ideas irracionales de las mujeres que en este caso se derivan del sistema patriarcal en el que todos/as vivimos, y que definitivamente yo la usaría en mi próxima práctica profesional.

REFERENCIAS

Amador, O.A., Trejos, C. A., Castro, H. Y., y Angulo, E. J. (2021). Psicoterapia online en tiempos de pandemia: Intervención cognitivo-conductual en pacientes colombianos con depresión. *Revista de ciencias sociales*, 27(4), 49-60.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145508>

Barrera, M.F. (2020). *Mundana Revista de terapia feminista*. Número de lanzamiento. Mundanas.

Bedolla, P., y Méndez, M. (s.f.) *La terapia feminista como una propuesta de atención contra la violencia de género*. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bianchi, J., y Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33(2), 69-80.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000200002&script=sci_arttext&tlng=en

Blanco, M., y Sainz, C. (2017). Investigación joven con perspectiva de género II. *Instituto de Estudios de Género*.

Bosch, E., Ferrer, V. A., & Alzamora, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*. N. 6; pp. 121-136.

https://www.researchgate.net/profile/Victoria-Ferrer-Perez/publication/39436904_Algunas_claves_para_una_psicoterapia_de_orientacion_feminista_en_mujeres_que_han_padecido_violencia_de_genero/

[inks/0912f50937f915f1c500000/Algunas-claves-para-una-psicoterapia-de-orientacion-feminista-en-mujeres-que-han-padecido-violencia-de-genero.pdf](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8FyvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=Casta%C3%B1eda,+M.+(2019).+El+machismo+invisible+&ots=PUBdwa2Noz&sig=TIXAwhfyddAUbccccNVTInjTxMQ#v=onepage&q&f=false)

Bosch, E., Ferrer, V., y Gili, M (1999). *Historia de la misoginia*. Anthropos.

Castañeda, M. (2019). *El machismo invisible*. Debolsillo.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8FyvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=Casta%C3%B1eda,+M.+\(2019\).+El+machismo+invisible+&ots=PUBdwa2Noz&sig=TIXAwhfyddAUbccccNVTInjTxMQ#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8FyvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=Casta%C3%B1eda,+M.+(2019).+El+machismo+invisible+&ots=PUBdwa2Noz&sig=TIXAwhfyddAUbccccNVTInjTxMQ#v=onepage&q&f=false)

Castillo, T. (2019). De la locura feminista al “feminismo loco”. Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. *Investigaciones feministas*, 10(2), 399-316.

Chávez, A. L. (2015). Albert Ellis (1913-2007): La vida y obra de un terapeuta cognitivo. *Revista de Psicología*, 5(1), 135-146.

<https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/32/33>

Colop, B. A. (2016). *Terapia racional emotiva-conductual y sentimiento de culpa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar.

<http://186.151.197.48/tesiseortiz/2016/05/42/Colop-Alejandra.pdf>

Díaz, M., Ruiz, M. D., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.

[https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/57149832/HISTORIA de la teapia cognitov o conductual cap 1-libre.pdf?1533677180=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria de la Terapia Cognitivo Conduct.pdf&Expires=1678157055&Signature=TAxN5Ut4PTVIYg-1ICyP9SB6fHjZAnOIRtidGpQufc-R8Otm7Yku3LBA8yNqCL5rJJdVgnQZZWYBuQsX-](https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/57149832/HISTORIA_de_la_teapia_cognitov_o_conductual_cap_1-libre.pdf?1533677180=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHistoria_de_la_Terapia_Cognitivo_Conduct.pdf&Expires=1678157055&Signature=TAxN5Ut4PTVIYg-1ICyP9SB6fHjZAnOIRtidGpQufc-R8Otm7Yku3LBA8yNqCL5rJJdVgnQZZWYBuQsX-)

[WZD8bC7n92A1XDHoGsrrGkHMGVMfXOz0RPspHMBazKn-7SLOGMFPj3k4PsfCAJHACuoTU~-FkxUM2QpbCjLLAu0ZovEA71odPM~y-WN8gJs-oZfAbaGQDfBbZy~VdlqWJCM8SLCJgg8G65E8L9K2OBxgUZDmp7tfyYJ4SwZIDzG0iCuVGPIacGMJnp7qk3ULroScq9rjup2hOBaQ-Y99d0fFt1YBweze47IkUyzL54AL0~2xWDpZuCffGZMj9IH3dMAAg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53025/labuenaesposa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Dueñas, G. (1999). La buena esposa: ideología de la domesticidad. *Teoría y pensamiento feminista*.

[repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53025/labuenaesposa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53025/labuenaesposa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. Paidós.

Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *Practica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer.

Ellis, A., Grieger, R., y Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva (Vol. 2)*. Desclée de Brouwer.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/60741039/Ellis-Manual-de-Terapia-Racional-Emotiva-Vol-2-pdf20190929-47033-tb4p3d.pdf?1569805552=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVolumen_2_MANUAL_DE_TERAPIA_RACIONAL_EMO.pdf&Expires=1681103327&Signature=PGVBTMcCduq9KMYL4Hs2M8gB88RORz9d1syshcfKsyXtZdZm34A9MOQI8gJRVmBHOeEMaaZuhBWWNSuulWZHn9-tFe1RTdLqL8PNmkA4V4IB2-SpwGbc-

[CHsC6DJeyLKsUQH-Xq9ObapkHUaUj9aXgqU1J7YP0NY8mJtjYtnAOtsXZ-
uaojWyVHrdHI-
QLEgedlwg4TRkjb8E2OdGOwaHtZz3dXPI4W4wF4JtR~Db9y~oelNoE0~T
2IFXqOwKvdSMr6rq-fZCCsRg8rmq33DV05bZJyMce-
nLoAojgvuoivOxSqmn3-ikqRK7fSmoll-vVeSlnrKlt6qK1yQrS-w &Key-Pair-
Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.academia.edu/36512628/ELLIS_Y_GRIEGER_Manual_de_terapia_racional_emotiva_Vol_I)

Ellis, A. y McLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás*. Terapia del Comportamiento Emotivo Racional. Océano.

https://www.academia.edu/36512628/ELLIS_Y_GRIEGER_Manual_de_terapia_racional_emotiva_Vol_I

García, S. (2019). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. *ATLÁNTICAS–Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 117-150.

González, A. (2013). Els conceptes de patriarcat i androcentrisme en l'estudi sociològic i antropològic de les societats de majoria musulmana. *Papers: revista de sociologia*, 98(3), 489-504.

https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2013m7-9v98n3/papers_a2013m7-9v98n3p489.pdf

Hernández (2007). La neutralidad terapéutica del psicólogo. *Persona y Bioética*, 11(2), 126-137.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222007000200003&script=sci_abstract&tlng=pt

Hooks, B. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Traficante de sueños.

Lagarde, M. (2005). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y monjas. Universidad Nacional Autónoma de México.

<https://desarmandolacultura.files.wordpress.com/2018/04/lagarde-marcela-los-cautiverios-de-las-mujeres-scan.pdf>

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica.

Luna, A. C. A., y Laca, F. A. (2017). Sexismo ambivalente y estilos de manejo de conflictos en estudiantes de bachillerato. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(15), 182-209.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672017000200182&script=sci_arttext

Mainieri, R. (2015). *El modelo de terapia cognitiva conductual*. 50-57.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50682327/Modelo_de_Terapia_Cognitivo_Conductual-libre.pdf?1480707772=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DELEMODELO_DE_TERAPIA_COGNITIVA_CONDUCTUA.pdf&Expires=1680920228&Signature=JpB0oLpQaqclzb4zqaQRzxWjOkApCnTF0wJyXskWrKQkgD0-hF2jumH3mxI5qIC-VIODOYL1sv3SP-RMaCFUL3Nx07RmJ5eWDQADfbqSh4AbnMjK26V2wdwx2904riKcp-A2NgX7~SsIDYPb1lgj5B8KTLlgETRY43hvxhAsOE5IntjPleOIXDtQ-YEWeKI5xKBX6swnycfbJY1HkytI3n3U3NMJZ7pmDLspahMfcmOtUZ8I6d6QAGJ3CJcE9JN~6Yn49~bG~tbekg6xggKLFc~yKA-nw76P6nF-G28tX3znLqhM4LGvdKzJJzI9qT2-9scVFEWX9OPE4nPB-ecADg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Mego, M. C. (2022). Creencias irracionales y machismo en estudiantes de secundaria de una IE de San Pablo de Pillao-Huánuco-2019.

<https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/7071>

Meneses, E. A. (2023). Violencia psicológica y creencias irracionales en mujeres con pareja que asisten a talleres de la municipalidad en Villa El Salvador. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Perú.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2348/Meneses%20Miranda%2c%20Estrella%20Aissa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Padilla, M. (2014). Enfoque feminista de consejería: perspectivas generales para abordar a la consejería profesional desde un entendimiento teórico-práctico. *Griot*, 7(1), 61-72.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7048890>

Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.

Pérez, J. (2018). *Historia del feminismo*. Los libros de la catarata.

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=WH56DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=la+historia+del+feminismo&ots=BkuIIWFuQ&sig=aoFGCtagImNN4wOWzdnpXEiLaqk#v=onepage&q=la%20historia%20del%20feminismo&f=false>

Pérez, N. (2019). *Feminismo para torpes*. Planeta.

Puerta, J., y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.

<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

Rojas, C. (2020). Terapia narrativa y perspectiva feminista: acertado encuentro para la atención de familias. *Trabajo social*, 22(2), 73-93.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2256-54932020000200073

Rovira, M., Lega, L., Suso-Ribera, C., y Orue, I. (2020). Creencias irracionales en mujeres españolas sobre el rol femenino tradicional. *Psicología Conductual*, 28 (2), 265-291

<https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/192417/71934.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Undurti, V. (2002). De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*. 2(16), 7-35.

<http://www.revistalaventana.cucsh.udg.mx/index.php/LV/article/view/634/641>

Varela, N., Santolaya, A. (2019). *Feminismo para principiantes*. Plena inclusión.

Vieyra, L. (2008). La aplicación de la terapia racional emotiva en mujeres violentadas físicamente por su pareja. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.

http://132.248.9.195/ptd2008/septiembre/0632603/0632603_A1.pdf

Vilca, M. L. (2018). Creencias irracionales y violencia doméstica en mujeres víctimas que acuden a los juzgados de familia de la Corte Superior de Justicia de Tacna. (Tesis de licenciatura). Universidad Alas Peruanas.

https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/8289/Tesis_Creencias_Violencia_Mujeres.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villanueva, D. (2012). ¿ Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? . *Avances en Psicología*, 20(1), 45-55.

<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1942>

Yontef, G. (2015). *Terapia gestáltica: Un método dialogal*. Tus psicólogos en CDMX: Irradia Terapia.

<https://psicologos.mx/terapia-gestaltica-metodo-dialogal.php>

ANEXOS

Anexo 1 Definiciones

Feminismo

Pérez (2018) dice que el feminismo es un movimiento que busca una transformación política, social y cultural, en este movimiento se busca la igualdad entre hombres y mujeres.

Género

Varela y Santolaya (2019) menciona que el género es una idea que crea nuestra sociedad y cultura sobre lo que debe y no debe de ser tanto un hombre como una mujer.

Patriarcado

Lerner(1990) señala que no sólo es la manifestación del dominio masculino sobre la mujer, sino que este dominio se extiende a la sociedad en general, donde el hombre tiene el poder sobre las instituciones importantes de esta y no deja que la mujer pueda acceder a ese poder.

Machismo

Castañeda (2019) dice que ser machista es considerar a lo masculino superior en todas aquellas áreas que se son importantes para los hombres.

Sexismo

Varela y Santolaya (2019) dice que ser sexista es cuando se piensa que se tienen habilidades y capacidades diferentes tan solo por ser hombres o mujeres.

Misoginia

Este término según Bosh et al. (1999) se refiere a odiar, despreciar y tener aversión hacia las mujeres, obviamente por parte de los hombres.

Androcentrismo

González (2013) puntualiza que no es sólo que el hombre o lo masculino sean la medida de todas las cosas; sino que también son considerados la primordial y única fuente de sabiduría y autoridad; o cuando las experiencias masculinas son superiores, normativas o dignas de imitar.

Violencia de género

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada (Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1994, como se cita en Bosh et al. 2005).