



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**VIOLENCIA DE GÉNERO
CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JESÚS OSWALDO HERRERA RAMOS

Director:

Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

Comité Tutorial:

Dra. Noemí Díaz Marroquín

Dra. Luciana Ramos Lira

Mtra. Nora Rentería Cobos

Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés

México, D. F., Octubre 2013



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

Antes que nada agradezco a la UNAM, *la mejor de las universidades posibles*, el brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en su casa de estudios. Deseo expresar mi agradecimiento a las maestras Silvia Vite, Nora Rentería y Miriam Zavala, también a los maestros Gerardo Reséndiz y Jorge Molina; así como a las doctoras Noemí Díaz, Luciana Ramos, Dolores Mercado, Luz María Rocha, Nazira Calleja y Alma Martín. Especialmente mi agradecimiento es para la doctora Noemí Díaz Marroquín quien ha sido, para mi formación profesional, la persona más significativa. Gracias a ella, principalmente, desarrollé mi interés en el estudio de la violencia de género, y me incliné a estudiar la maestría en terapia familiar.

Quiero agradecer profundamente a Itzel, mi pareja, por ser cariñosa, paciente y comprensiva conmigo; asimismo, gracias a mi familia por todo su apoyo. Además agradezco a todas las consultantes y familias que compartieron sus historias conmigo, y me permiten seguir aprendiendo. Mi deuda, también, es para con mis compañeras de maestría, quienes compartieron conmigo sus inquietudes, conocimientos y habilidades.

ÍNDICE

Capítulo I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados	2
1.1 Características del campo psicosocial	2
1.2 Principales problemas que presentan las familias	5
1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	8

Capítulo II

MARCO TEÓRICO	12
2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna, que sustentan los casos presentados	12
2.1.1 Modelo estratégico	12
2.1.2 Enfoques posmodernos	
La terapia familiar posmoderna y socio-construccionista	16
2.1.2.1 Enfoque narrativo	18
2.1.2.2 Enfoque colaborativo	22
2.1.2.3 Enfoque reflexivo	26
2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados	30

Capítulo III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	35
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas	35
3.1.1 Casos atendidos	35
3.1.2 Integración de dos expedientes de trabajo clínico por familia en las que se atendió como terapeuta	36
3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas	52
3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico	55

3.2	Habilidades de investigación	57
3.2.1.	Reporte de investigaciones	57
3.2.1.1	Metodología cuantitativa	57
3.2.1.2	Metodología cualitativa	73
3.3	Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria	82
3.3.1	Productos tecnológicos	82
3.3.2	Programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.)	84
3.3.3	Presentación del trabajo realizado (clínico o de investigación) en foros académicos	86
3.4.	Habilidades de compromiso y ética profesional	88
3.4.1	Consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	88
Capítulo IV		
CONSIDERACIONES FINALES		90
4.1	Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	90
4.2	Reflexión y análisis de la experiencia	91
4.3	Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	92
REFERENCIAS		93
ANEXOS		108

Capítulo I

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La institución de la familia se define de distintas formas a través del tiempo. Las familias son espacios primarios e íntimos de convivencia, basados en valores, expectativas y creencias, donde se establecen relaciones de género y entre generaciones, cargadas de ambivalencia, solidaridades y conflictos; además, la familia, en tanto institución social, cristaliza el conjunto de normas que pautan los modos “adecuados” de interacción entre individuos unidos por lazos de parentesco (Oliveira, Eternod & López, 1999). Otras definiciones (Ariza, 2004) conceptualizan a las familias fundadas en relaciones de parentesco, formación de valores y afectividad, que se conforman por grupos residenciales de personas que comparten la vivienda, un presupuesto común y una serie de actividades imprescindibles para la reproducción cotidiana, y puede estar unida por lazos de sangre. Ravazzola (1997) define a las familias como aquellos grupos de convivencia en los que interactúan quienes asumen roles de cuidadores primarios para con personas menos autónomas, en un marco de interdependencia.

Minuchin y Fishman (1984) caracterizan a la familia como un grupo cuyas pautas de interacción forman la estructura familiar, que a su vez rigen su funcionamiento; de esta forma, la familia necesita tanto apoyar la individuación de sus miembros como proporcionar un sentimiento de pertenencia, esto con el fin de desempeñar sus tareas. No obstante, estas caracterizaciones positivas representan el estado ideal de la familia, y no siempre sucede así; cuando una familia atraviesa por una transición que considera problemática o peligrosa y es incapaz de adaptarse a dicha transición, es frecuente la aparición de síntomas en uno o más miembros de la familia como resistencia al cambio (Hoffman, 1987; Minuchin, 1986).

En los últimos decenios, se han venido transformando de manera radical las distintas conceptualizaciones que la sociedad sostiene sobre la familia; ya no se habla de la familia como si existiera una sola composición familiar que fuera la deseable, la realidad es que hay muchos tipos de familias que responden a diferentes circunstancias y necesidades (Díaz-Marroquín, 2010; Tuirán, 1998; White, 2002). La familia adquiere gran valor como institución social, ya que es en ésta donde, principalmente, el individuo aprende a socializar, donde construye su identidad, y donde adquiere los roles de género. Es así que la familia es el espacio, por excelencia, donde se reproducen los modelos culturales, las pautas de comportamiento y los estereotipos de género vigentes en la cultura y la sociedad.

1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que inciden los casos presentados

Considerando que las familias cumplen insustituibles tareas y funciones en la sociedad, el análisis del contexto psicosocial y de las problemáticas que enfrentan las familias en México nos permitirá comprender el papel tan relevante de los y las terapeutas familiares en particular, y de los servicios de salud mental en general, así como determinar en qué áreas o problemáticas es necesario incidir.

1.1 Características del campo psicosocial

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011) refiere la siguiente clasificación de los hogares:

- 1) *hogares familiares*, cuando por lo menos uno de los miembros está emparentado con el miembro jefe del hogar; se clasifica en:
 - a) *hogares nucleares*, formados por el miembro jefe, su cónyuge y al menos un hijo/a, por el miembro jefe y su cónyuge, o por el miembro jefe y uno o más hijos/as, constituyen el 65.4% de los hogares del país;
 - b) *hogares ampliados*, hogar nuclear más personas emparentadas con el miembro jefe, constituyen el 23.9% de los hogares, y
 - c) *hogares compuestos*, hogar nuclear o ampliado más personas no emparentadas con el miembro jefe.
- 2) *hogares no familiares*, no existen lazos de parentesco entre los residentes: unipersonales y corresidentes.

Según Chávez (2008), hay otras muchas composiciones familiares, como la familia reconstituida que se forma por el allegamiento de un varón y/o una mujer provenientes de una familia que ha pasado por una separación conyugal donde hubo o no hijos/as.

En la actualidad, con las sucesivas transformaciones que han venido experimentando las familias, hay problemáticas sociales emergentes que cobran relevancia: 1) la presencia creciente de adultos/as mayores; 2) la prolongación de la permanencia de los hijos/as en su familia de origen; 3) el aumento de las madres adolescentes, y 4) la dificultad de las familias para satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros (Ordaz, Monroy & López, 2010).

En las familias, en México y en el Distrito Federal, se han estado operando distintas transformaciones: 1) diversificación de las estructuras y arreglos familiares; 2) incremento de los hogares de doble ingreso; 3) constante crecimiento de los hogares con jefatura femenina; 4) reducción del tamaño promedio de las familias, y 5) transformaciones de los roles de género.

Respecto de las transformaciones en los roles y las relaciones de género, en las familias, se destacan los siguientes cambios: 1) mayor aceptación del aporte económico de las mujeres; 2) diferencias significativas en los roles de género; 3) nuevas formas de ejercer el paternaje; 4) cambios en la relación de autoridad entre progenitores e hijos/as, y 5) cambios en los ciclos vitales de las familias (Ordaz *et al.*, 2010).

Las estructuras familiares en México han sufrido cambios en las últimas décadas, producto, en parte, de la crisis económica, así como también de las transformaciones de los valores, del concepto de familia y de las identidades y relaciones de género (Schmukler, 2000). Sin embargo, según la misma autora, tales cambios en las identidades de género de las mujeres no se acompañan siempre por cambios en los roles y conductas de los hombres, lo cual nos habla de una crisis en las relaciones de género que, muchas veces, se resuelve insatisfactoriamente con la doble o triple carga sobre las mujeres como resultado de su creciente incursión al ámbito público.

La participación económica de las mujeres no se ha acompañado de cambios significativos en la división intrafamiliar del trabajo, de manera que hombres y mujeres compartan responsabilidades equitativas en las labores domésticas y la crianza de los hijos (Salles & Tuirán, 1998). Esta doble carga sobre las mujeres es la doble jornada, que representa una nueva realidad social producto de diferentes fenómenos históricos, sociales, culturales y económicos, los cuales han ocasionado que las mujeres incursionen cada vez en mayor medida al trabajo remunerado; cuestionando así las ideologías de género dominantes en la historia (Palomar, 1997; Salles & Tuirán, 1998).

Existen tres hogares con jefatura masculina por cada hogar con jefatura femenina. En su mayor parte (88%), los jefes varones de hogar están casados o viven en unión libre, mientras que 6 de cada 10 jefas de hogar son mujeres separadas, divorciadas o viudas. Entre 2005 y 2009, la proporción de hogares con jefatura femenina aumentó de 23.1 a 25.2 por ciento; esto se debe al aumento de las disoluciones conyugales, la viudez femenina, así como la migración de hombres y mujeres a zonas urbanas, donde se concentra el mayor porcentaje de hogares con jefa (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2011).

En México, la proporción de mujeres que son las principales proveedoras de la familia aumentó de 21.7% a 26.5%, y la proporción de familias con jefatura femenina ascendió de 14.8% a 20.0%, entre 1994 y 2002; esta diferencia, en porcentaje, entre las familias con jefatura femenina y las familias donde las mujeres son las principales proveedoras, se explica porque la definición de jefatura de familia está mediada por normas sociales que moldean los roles masculinos como proveedores económicos, y los femeninos como responsables de la crianza de los hijos. Además, en las familias con jefatura femenina predominan las mujeres como proveedoras económicas; por el contrario, en las familias con jefatura masculina destacan los proveedores de ambos sexos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005).

En relación con las jefaturas femeninas, más allá de transformar las condiciones económicas relacionadas con la estructura familiar, los cambios también han de verificarse en las esferas social y cultural; donde la premisa básica es que la autoridad del jefe de familia no se sustenta exclusivamente en el rol de proveedor, sino que tiene como base un código moral sexual donde la mujer, por su condición de género, está en una posición secundaria, de colaboración, y donde el hombre es el responsable de la imagen externa de la familia (Sarti, 1993).

Las transformaciones demográficas y sociales facilitan la aparición de una mayor diversidad de arreglos familiares diferentes del modelo tradicional nuclear. Actualmente es cada vez más frecuente que las personas retrasen la fecundación, que haya un mayor periodo entre los nacimientos y que tengan dos o menos hijos al final de su vida reproductiva. Estos cambios reconfiguran los papeles familiares de las personas a lo largo de su ciclo vital (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2010).

El aumento de las mujeres, en la población económicamente activa, se ha visto favorecida por varios factores: la transformación de las condiciones sociales, el mayor acceso a la educación, el descenso de la fecundidad, la postergación de la edad al matrimonio, el menor número de años que las madres dedican a la crianza, el aumento de las separaciones y divorcios, entre otros factores (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2011).

Los cambios descritos tienen que considerar que las mujeres aprenden roles básicamente familiares y reproductivos, caracterizados por lazos personales y afectivos; mientras los hombres aprenden fundamentalmente roles extra-familiares y productivos. Aunque los hombres se interesan por ser padres y esposos, la masculinidad se asienta más en el ámbito extra-familiar y laboral (Burín & Meler, 1998; Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1991). En oposición al modelo patriarcal dominante de la familia, Walters *et al.* (1991) proponen el modelo feminista de la familia, caracterizado por la "simetría de los roles", en la cual mujeres y hombres realizan actividades y tareas tanto instrumentales como expresivas, en lo laboral y en lo familiar, en lo público y en lo privado. Dicho modelo manifiesta una posición equitativa del poder entre mujeres y varones, y una postura más democrática en la crianza de los hijos y en la toma de decisiones al interior de las familias.

Sin embargo, aunque los varones mexicanos acepten la participación económica de la mujer, es común que lo sientan como una competencia y amenaza. Su justificación más utilizada para mantener a las mujeres en casa es la necesidad de cuidar a los hijos/as, que se deja en manos de las madres; es decir, las mujeres deben cumplir primero sus responsabilidades tradicionales y después considerar realizar otras actividades fuera del hogar. Los varones cumplen con el rol de jefe de familia, pero difícilmente aceptan otras conductas y roles, especialmente si son tradicionalmente femeninos (Palomar, 1997).

El empoderamiento de las mujeres en México, en términos de su poder de decisión en la familia y su autonomía, puede exponer a las mujeres a ambientes conflictivos con sus parejas. Dicho aumento de la conflictividad puede atribuirse al cuestionamiento de los roles atribuidos a las mujeres y a los hombres, así como a desafíos y amenazas a la supremacía masculina (Casique, 2008). Es necesario considerar que el empoderamiento de las mujeres no nada más hace referencia a que tengan un trabajo, sino que éste sea digno y bien remunerado. A lo anterior se debe aunar la promoción de una división equitativa de las responsabilidades familiares, ya que las mujeres continúan siendo consideradas como las responsables de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos, además de que deben cumplir con trabajos remunerados. De hecho, esta doble situación laboral las pone en mayor riesgo de violencia (Ramos & Saltijeral, 2008).

La cultura latinoamericana, particularmente la cultura mexicana, se destaca por darle prioridad a valores como el colectivismo y el familismo, mismos que en otras culturas se les resta importancia a favor de valores individualistas (Magaña, 1999; Pinto & Coltrane, 2009). En las familias donde hay altos niveles de cohesión familiar y cooperación –familismo- también se ha descubierto que se rigen por actitudes tradicionales de género (Coltrane, Parke & Adams, 2004). Hare-Mustin y Marecek (1990b) llaman la atención sobre la forma en que las necesidades de algunos miembros de la familia, especialmente de las mujeres, están subordinadas a las necesidades de los miembros dominantes en el nombre de la lealtad familiar.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

La familia es el espacio donde se gestan los roles de género y surgen las desigualdades de género que tan presentes están, también, en los espacios públicos (Goodrich, Rampage, Ellman & Halstead, 1989). Para Jelin (1994), la familia tiende a transmitir y reforzar patrones de desigualdades existentes. La familia puede ser tanto un grupo que posibilita el crecimiento y desarrollo de las capacidades y habilidades de sus miembros, como un espacio que dé lugar a sufrimientos, marginación, opresión, violencia y abusos; es en este marco donde la violencia tiene más posibilidades de surgir (Mendi, 2004; Perrone & Nannini, 2007).

La familia, como institución, ha funcionado como espacio de legitimación de la violencia que, a su vez, ha servido como vía de control social, gracias a su privilegiada función en la conformación de nuestra identidad social (Mejía, 2006). En las familias, como en las relaciones de pareja o cualquier otro vínculo, las relaciones de poder tienden a ser asimétricas; es decir, las relaciones familiares se definen como relaciones de poder asimétricas, en las que las esposas y los hijos e hijas son más proclives a ocupar posiciones de subordinación (Chávez, 2008; Oliveira *et al.*, 1999).

Dicha asimetría de poder se traduce, para las mujeres, en la distribución no equitativa de las labores domésticas, y en el acceso desigual a los recursos familiares y su falta de control; además repercute negativamente en el grado de su autonomía y en la toma de decisiones de su sexualidad y maternidad (Camarena, 2003; García & Oliveira, 2006). En palabras de Vania Salles y Rodolfo Tuirán (1998): “el arquetipo de la familia nuclear conyugal se sustenta en una división sexual del trabajo que mantiene la hegemonía formal del sexo masculino sobre el femenino”. De esta manera, la familia es el espacio donde aparece el tipo más puro de poder, y éste se presenta en la forma del dominio patriarcal (Rivera & Díaz-Loving, 2002).

Esto significa que es común que los varones, jefes de familia, impongan su autoridad a las mujeres, y que los padres y las madres hagan lo mismo con los hijos; es decir, en las interacciones familiares es frecuente el uso de la violencia física, psicológica o de otras índoles (Oliveira *et al.*, 1999). Paradójicamente, cuando las mujeres reportan mayor involucramiento en su relación de pareja, también señalan tener menos poder en la relación (Sprecher & Felmlee, 1997).

En el seno de la familia, la mujer queda posicionada en desventaja cuando se le vincula a un conjunto de roles que le fueron asignados naturalmente. Esta definición de la mujer, a través del modelo dominante de masculinidad, hace invisible la iniquidad, tanto desde las identidades como desde las relaciones de género (Hare-Mustin & Marecek, 1990a; Olavarría, 2004). A través de la socialización y la cultura, la familia y otros grupos –escuela, religión, medios de comunicación, etc. – transmiten a las nuevas generaciones cuáles son las premisas y expectativas de la manera en que se llevan a cabo las relaciones humanas en general (Bustos, 2001; Díaz-Loving, 2010).

Lo anterior significa que mientras a los hombres se les asigna autonomía, con el consiguiente poder y la desvinculación emocional, a las mujeres se les asigna dependencia, con la resultante vinculación emocional y la falta de poder (Bustos, 2001). La concepción rígida de familia como una estructura que debe ser preservada a toda costa por las mujeres, conduce a éstas a no conceptualizar otras alternativas fuera de este ámbito (Díaz-Marroquín, 2008). En otras palabras, la familia es valuada tradicionalmente como el dominio de las mujeres (Goodrich *et al.*, 1989). Por lo tanto, las relaciones familiares actuales contribuyen al empobrecimiento de las mujeres (Bruce & Buvinic, 1998).

De acuerdo con el modelo sistémico, la familia, además de constituir el eje central del desarrollo psicosocial de sus integrantes, también debe adaptarse a la sociedad en la cual se inserta y facilitar la continuidad con la propia cultura (Minuchin, 1986). Sin embargo, debemos cuestionarnos lo conveniente de que las familias reproduzcan la cultura dominante y sean agentes de socialización que faciliten la continuidad de la cultura patriarcal.

De esta forma, sólo si se tiene en cuenta a la familia tradicional como el espacio que origina y sustenta las condiciones de desigualdad, discriminación, exclusión social y desvalorización que

afectan a las mujeres en su relación con los hombres, es posible comprender la situación como un asunto de género (Oliveira *et al.*, 1999). Y esto es así porque “la familia como institución social reproduce en su espacio privado las reglas que rigen la sociedad en el espacio público” (Chávez, 2008: 7). Una familia democrática, según Schmukler (2000), necesita que las mujeres sean más autónomas, que la sociedad reconozca sus intereses y deseos, que tengan derecho al control de recursos propios y grupales, y que participen igualitariamente con los hombres en la toma de decisiones que afectan al ámbito familiar. Es así que la familia no siempre representa el espacio ideal de armonía y estabilidad que los individuos necesitan para su crecimiento y desarrollo personal (Díaz-Marroquín, Rodríguez, Flores & Rubio, 2008).

Violencia: problemática social y de salud pública

La violencia es un fenómeno social observado en diferentes ámbitos, niveles y expresiones. En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2003), se habla de que cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia auto-infligida, interpersonal o colectiva; vista en su máxima expresión, la violencia es una de las principales causas de muerte, en todo el mundo, para la población de 15 a 44 años de edad.

La violencia contra la pareja es un problema de salud pública ya que es una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres por su frecuencia, gravedad de sus consecuencias y gasto en atención a las víctimas. En las relaciones de pareja se manifiesta la ideología que justifica, mantiene y reproduce las condiciones de dominio-sumisión que caracterizan el ejercicio de la violencia masculina (Mercado-Corona, Somarriba-Rocha, Cuevas-Renaud, Astudillo-García & Sánchez-Estrada, 2011).

Es importante señalar que la violencia puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de las mujeres; muchas mujeres experimentan múltiples episodios violentos durante sus vidas, ya sea a manos de uno o más agresores, lo cual tiene consecuencias devastadoras sobre su salud; donde, en algunos de los casos, estas experiencias conllevan el peligro de muerte y tienen resultados fatales como el suicidio o el feminicidio a manos de sus parejas (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En las estadísticas se ve reflejado un claro problema de salud pública: 3 de cada 10 mujeres sufren de violencia de pareja actual, 4 de cada 10 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida, 6 de cada 10 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; en relación a la prevalencia para cada uno de los tipos de violencia actual se reportaron los siguientes porcentajes: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42% (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009).

Se observa una asociación entre, por una parte, nulos o bajos ingresos y niveles educativos inferiores, y, por otra parte, mujeres violentadas con mayor severidad. El ingreso económico no es un factor tan útil como lo es la educación, al tratar de detener la violencia. Un mayor nivel educativo ayuda a las mujeres a visibilizar que son violentadas (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007).

Existe una alta incidencia de violencia severa entre las mujeres que presentan las siguientes características: viven en unión libre con su pareja, son económicamente activas, no tienen instrucción o no terminaron la primaria, tienen más de cinco hijos, y el ingreso mensual de ella y su pareja es de tres salarios mínimos o menos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007).

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que persiste en todos los países del mundo. Contrariamente a lo que se cree, el hogar no es un lugar seguro para las mujeres, éstas corren mayores riesgos de sufrir violencia en sus relaciones íntimas que en cualquier otro lugar, peor aún, muchas mujeres aceptan esa violencia como “normal” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La violencia que se genera en el interior de las familias tiene una incidencia que supera, por mucho, la de cualquier otro tipo de delito (Azaola, 2006). La violencia contra las mujeres es tanto la consecuencia como la causa de la desigualdad de género. La violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos que debe eliminarse mediante la voluntad política y las actuaciones judiciales y civiles en todos los sectores de la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La mayoría de los casos de violencia sexual, en nuestro país, son contra las mujeres, las niñas y los niños. Estos casos suceden en el interior del propio hogar y son perpetrados por familiares (padres, padrastros, hermanos, tíos, primos), hombres conocidos o amigos (Gasman, Villa, Moreno & Billings, 2006).

1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

Los modelos sistémicos, aunque consideran el contexto de la persona, por sus premisas cibernéticas no son los más adecuados para intervenir en la violencia de género, ya que consideran que mujeres y hombres participan, por igual, en el circuito de la violencia. Los enfoques posmodernos y la terapia familiar feminista se ajustan a las perspectivas feministas. Otros enfoques, como el modelo cognitivo-conductual, que colocan la responsabilidad de la violencia en el individuo que la ejerce y no en la interacción (premisa básica para el feminismo), no consideran

a profundidad la influencia de la sociedad y la cultura en las condiciones de iniquidad que existen entre mujeres y hombres.

Las terapeutas feministas nos señalan que la psicoterapia es un acto político y es inseparable de los aspectos socio-culturales en que están insertas las familias (Walters *et al.*, 1991). Michael White (2002) coincide en enfatizar que la gran mayoría de los modelos de psicología y de psicoterapia reproducen la cultura patriarcal. Como ejemplo, basta con considerar el vínculo entre la misoginia y la culpabilización de las madres en la psicoterapia.

Entre las principales ideas de las teorías feministas y de género al estudio de las familias encontramos que: 1) en el espacio doméstico se gesta principalmente la subordinación de las mujeres; 2) no existe una sola forma funcional de arreglo familiar, la familia nuclear conyugal, por el contrario, existen diversas composiciones familiares que satisfacen las necesidades materiales y emocionales de sus miembros; 3) las familias no son espacios idealizados de armonía y solidaridad, sino que en éstas coexisten conflictos, tensiones e iniquidades; 4) no existen rasgos esencialistas y naturalistas sobre lo femenino y masculino, éstos son significados socialmente contruidos; 5) el trabajo doméstico restringe a las mujeres en sus actividades económicas y políticas fuera del hogar (Ordaz *et al.*, 2010).

En el marco de los enfoques posmodernos, al contrario de los modelos sistémicos, la violencia está relacionada como una forma de ejercicio de poder y con la manera en que se configura dentro de los diferentes escenarios históricos y culturales que la contextualizan. Los enfoques posmodernos ofrecen la posibilidad de relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, en las familias y otros contextos (Trujano & Limón, 2005); esto a través de narrativas liberadoras que facilitan a las consultantes pensar de otra manera y hacer cosas diferentes, y que les obstaculizan dejarse atrapar por formas de pensar y actuar excluyentes, abusivas e intolerantes (Limón, 2012). Además, en la problemática de la violencia, la terapeuta tiene la responsabilidad, no sólo de considerar las necesidades del consultante, sino también de ser sensible a las necesidades de aquellas personas víctimas del comportamiento abusivo del consultante (Jenkins, 1990).

Según Walters *et al.* (1991), uno de los presupuestos del modelo patriarcal predominante de la familia es el de la “complementariedad de los roles”, en el que las tareas instrumentales, como trabajar fuera de casa y proveer económicamente a la familia, son asignadas a los hombres; mientras que las tareas emocionales, como desarrollar y mantener las relaciones familiares y sociales, y criar a los hijos, corresponden a las mujeres. En este modelo, el poder está fundamentado en la jerarquía masculina. Siguiendo con los planteamientos de las autoras anteriores y de Rivera, Díaz-Loving, García-Méndez, Montero y Villanueva (2010), el modelo patriarcal de la familia está siendo cuestionado y está perdiendo rigidez, con lo cual han sido posibles algunos cambios dentro de la estructura tradicional de la familia. No obstante, tales

cambios se restringen en su mayoría a la incursión de las mujeres en el mercado laboral y su participación económica en la familia; sin haber cambios trascendentales en la participación de los varones en la organización familiar o en la modificación significativa de los roles tradicionalmente masculinos.

Por otra parte, los programas de intervención en el área de terapia familiar frecuentemente son costosos, pero hay evidencias de que pueden ser eficaces para mejorar el funcionamiento familiar y reducir los problemas de comportamiento de los hijos e hijas. Resulta conveniente que los programas sobre la violencia contra la pareja se integren con otros programas, como los que combaten la violencia juvenil, el embarazo en las adolescentes, el abuso de sustancias psicoactivas y otras formas de violencia familiar, como el maltrato infantil. Aún más importante es que se deben invertir más esfuerzos y recursos en la prevención primaria de la violencia contra la pareja (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Desafortunadamente, parece haber pocas intervenciones de terceros en las víctimas de la violencia familiar, particularmente en los niños y niñas víctimas o testigos de violencia familiar. Las madres violentadas, a través de programas de asistencia familiar, pueden convertirse en el elemento más importante para reducir y prevenir la violencia que sufren los y las hijas (Caballero & Ramos, 2004). El sistema de salud tiene la responsabilidad de capacitar y sensibilizar al personal de salud que atienden a los individuos y las familias para detectar e intervenir ante los casos de violencia familiar; además de prevenir oportunamente, en la medida de lo posible, la problemática de dicha violencia (Ramos *et al.*, 2001).

Terapia familiar feminista

La terapia familiar feminista ofrece una alternativa para abordar, en terapia, la violencia de género. Esto porque visibiliza la forma en que los roles y estereotipos de género afectan negativamente a 1) los integrantes de la familia, 2) las relaciones entre los integrantes, 3) las relaciones entre la familia y la sociedad, y 4) las relaciones entre la familia y la terapeuta (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

La terapia familiar feminista asume una postura crítica y reflexiva sobre las implicaciones, en la práctica terapéutica, del uso indiscriminado y rígido de los conceptos sistémicos de circularidad, complementariedad, neutralidad, jerarquía, entre otros. La utilización de tales conceptos, por parte del/a terapeuta, perpetúa las desigualdades de poder en los miembros de las familias intervenidas, especialmente en las parejas (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

Las terapeutas feministas han visibilizado los efectos dañinos que traen, sobre las mujeres, el que los/as terapeutas apliquen, con rigor, el concepto de la circularidad. Esto porque suponemos, como terapeutas, que todas las conductas son del mismo orden de importancia y que todas las interacciones son igualmente recíprocas, creyendo que todos los miembros de la familia son igualmente responsables de todo lo que pasa. El error de lo anterior estriba en que las mujeres no tienen el mismo poder ni los recursos, comparadas con sus parejas, para ejercer la misma influencia que éstos en la vida familiar (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

En lo que respecta a la complementariedad, Goodrich *et al.* (1989) nos advierten los riesgos de aplicar, de forma rígida, dicho concepto a las interacciones de pareja, ya que puede ocultar la opresión que sufren las mujeres y las desigualdades de poder al interior de la pareja. Aún más, dicho concepto es útil para intervenir cuando los roles, las funciones y las características emocionales de los miembros de la pareja son mutuamente benéficos, intercambiables y temporales.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y/o posmoderna, que sustentan los casos presentados.

2.1.1 Modelo estratégico

Antecedentes e introducción

El modelo estratégico se nutre del enfoque sistémico; este enfoque, a su vez, tiene su origen en distintas corrientes teóricas: a) la cibernética, b) la teoría general de los sistemas (T.G.S.), y c) la teoría de la comunicación (Eguiluz, 2001). Los principales representantes de la escuela estratégica son Jay Haley y Cloé Madanes. Sin embargo, Milton Erickson ha sido fuente de inspiración esencial para el enfoque estratégico, encargándose Haley de sistematizar su teoría y práctica clínicas.

Haley dice que “una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema” (1980: 7). El terapeuta asume, entonces, la responsabilidad de influir en las personas a través de directivas.

Postulados rectores

El enfoque estratégico enfatiza una concepción cibernética; es decir, se observa que las conductas de uno de los integrantes de la familia ejercen influencia sobre los otros integrantes, y que el cambio de la conducta de un integrante provoca respuestas en los demás; los miembros de la familia interactúan entre sí, de tal forma que es posible describir su interacción en términos de procesos auto-correctivos del sistema total; estos procesos, a su vez, establecen las reglas del sistema familiar. No existe, entonces, un único regulador del sistema, sino que cada integrante regula a los demás, y así se mantiene el sistema (Haley, 1989).

Haley (2008) asevera que la manifestación de síntomas por parte de una persona es señal de que la organización en que vive tiene jerarquías invertidas o incongruentes; una organización peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos.

El síntoma es, en sí mismo, una metáfora; esto significa que alrededor del síntoma surge un sistema de interacción que se transforma en una analogía de otros conflictos que no se pueden resolver tampoco. Además, la forma en que se enfrenta el síntoma constituye una metáfora sistémica de otros tipos de interacción que se sostienen en otras áreas de la vida (Madanes, 1984). Si una las funciones de las metáforas es comunicar (Madanes, 1994), entonces las personas se comunican a través de sus síntomas y problemas. Si el terapeuta logra que el paciente cambie aunque sea un solo aspecto del síntoma, está en condiciones de modificar otros aspectos, lo cual puede generar la resolución del problema o eliminación del síntoma (O'Hanlon, 1993).

Las familias, aunque se comuniquen a través de su síntomas o problemas, no pueden considerarse como patológicas o enfermas en su conjunto, ya que las familias no existen como existen los individuos, son solamente construcciones sociales que aluden a ciertas interacciones (Madanes, 2000). Entonces son las interacciones, no los individuos en sí, las que hay que modificar.

Conceptos básicos

Para Milton Erickson, la transición a cualquier etapa del ciclo vital de la familia representa un "salto cuántico" en el desarrollo de cada integrante familiar y de la familia entera. Por ello, el terapeuta familiar tiene la obligación de conocer los procesos de desarrollo de la familia, así como los puntos nodales donde surgen las crisis evolutivas que caracterizan a la mayoría de las familias (Haley, 1980).

De acuerdo con Haley (2008), la existencia de una jerarquía es inevitable, está en la naturaleza misma de la organización. Aún más, la jerarquía es mantenida por todos los integrantes de una organización familiar. Toda familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más estatus y poder, y quiénes ocuparan un nivel secundario. Así, una jerarquía puede dibujarse observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una organización; una secuencia rígida y repetitiva, dentro de límites estrechos, es la que determina el caso patológico.

Es tarea del terapeuta identificar el patrón o pauta que se vincula con el síntoma, y encontrar un modo de cambiarlo (Papp, 1988). El síntoma se define como algo involuntario, frente a lo cual un paciente no puede hacer nada para evitarlo; sin embargo, para Haley y Richeport-Haley (2006), al permitir que aparezca el síntoma en un contexto distinto, el terapeuta puede controlarlo y eliminarlo.

Sin embargo, según Papp (1988), el cambio en los individuos y las familias representa un dilema que se traduce en un costo para los involucrados, y hace necesario preguntarnos cuáles serán las repercusiones para el resto del sistema; es decir, cómo funcionará la familia sin el síntoma, y cuál o cuáles miembros de la familia habrán de pagarlo, además de si la familia funcionará o no mejor sin los síntomas.

Las relaciones difíciles no conducen siempre a síntomas ni son necesariamente patológicas, se convierten así cuando una de las personas, en una relación de pareja o familiar, se comporta para limitar la conducta de otra u otras personas, sin reconocerlo o simulando que hace lo contrario. Entonces, surge la comunicación que llamamos paradoja; ésta refleja una comunicación que califica de forma conflictiva a otra comunicación, ya sea al mismo tiempo o en un momento distinto (Haley, 1989).

La paradoja, que está detrás de la técnica de utilización, se utiliza cuando el terapeuta le dice al paciente que le asistirá en la resolución de su problema, y luego le estimula a manifestar ese mismo problema. Las técnicas directivas ponen al paciente en una posición paradójica, que no le es posible resolver al mismo tiempo que manifiesta sus síntomas; éstos, en vez de darle una ventaja para el control de la relación terapéutica, lo colocan en desventaja mientras se manifiestan (Haley, 1989).

Se asume, como parte del enfoque estratégico, la resistencia al cambio. La resistencia por parte del paciente se ve fuertemente afectada por la forma en que el terapeuta responde a éste; entonces cuando surge la resistencia, el terapeuta cambia las estrategias adoptadas (Miller & Rollnick, 1999).

Técnicas

Las técnicas del modelo estratégico son esencialmente directivas; hacer que los pacientes hagan algo o dejen de hacer algo. La terapia estratégica se centra en la modificación de un problema a través de intervenciones; es una premisa del modelo que sólo conversar sobre un problema no lo solucionará. A veces, las directivas se efectúan sin que el paciente se dé cuenta de las sugerencias hechas por el terapeuta. El *insight* se produce después del cambio terapéutico (Haley, 1994). Para resolver un problema presentado, el terapeuta se valdrá de una serie de técnicas (véase tabla 2).

Tabla 2.
Técnicas de la terapia estratégica, según Milton Erickson (Haley, 1980).

Técnicas	Definiciones
Aliento de la resistencia	Resistencia se redefine como cooperación; luego se desvía hacia una nueva conducta.
Ofrecimiento de una alternativa peor (ordalía)	Plantear un escenario en el que sea más difícil conservar el problema que renunciar a él.
Cambio mediante metáforas	Es difícil soportar una sugestión de cuya recepción uno/a no es consciente.
Aliento de una recaída	Prescribir una recaída es útil cuando un/a paciente está mejorando demasiado rápido.
Énfasis en lo positivo	Se redefine y connota como positivo lo que la gente hace.
Siembra de ideas	Se establecen ciertas ideas, para después construir algo sobre ellas.
Ampliación de una desviación	Se trata de alcanzar un pequeña cambio, luego se amplía hasta lograr la meta.

Consideraciones finales

Una de las características del modelo estratégico, según Haley y Richeport-Haley (2006), es considerar las conductas inadaptadas de las personas como una respuesta a una situación social y no como producto de un trastorno de personalidad o psicopatología. Algunas limitaciones de dicho modelo, en opinión de Hoffman (1987), son que el terapeuta no se interesa por otros comportamientos disfuncionales si no son presentados, por la familia, como problemáticos, además de que se corre el riesgo de ofrecer, para los terapeutas principiantes, formulas aparentemente simplistas para cambiar ciertas pautas; es decir, estos terapeutas no indagan a profundidad la estructura de las familias. Sin embargo, según la misma autora, si bien es cierto que los terapeutas estratégicos expertos no se preocupan por indagar la estructura de las familias es porque ya las conocen.

También hay que tener presente que no existe un modelo único que se adecue a todas las familias, personas y situaciones; la figura del terapeuta debe tener la flexibilidad para elegir entre varios enfoques para abordar cualquier problemática y así encontrar la solución más creativa (Papp, 1988). Además de lo anterior, hay que considerar que existen ciertas problemáticas en las cuales no es pertinente el abordaje estratégico, como las situaciones de abuso sexual o físico, y la sintomatología psicótica crónica (Haley, 1994). Aunado a esto hay que considerar que la estructura familiar no necesariamente ha de ser jerárquica para realizar sus funciones, como lo propone el

modelo estratégico; en contraste, la estructura familiar puede ser democrática, sensible y consensual (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

La relevancia del pensamiento y la obra de Haley radica en concebir el proceso terapéutico como un cambio, paso a paso, en la forma en que se organiza la familia, de forma que al pasar a una organización más “normal”, el síntoma se hace innecesario (Hoffman, 1987). Solamente modificando el contexto social de un problema podemos resolver dicho problema; la familia constituye, por excelencia, el contexto social de los problemas (Madanes, 1994). En palabras de Haley y Richeport-Haley (2006), “el cambio requiere que se actúe”.

2.1.2 Enfoques posmodernos

La terapia familiar posmoderna y socio-construccionista

En diversos momentos históricos, la psicoterapia ha estado influida por corrientes derivadas de otras áreas del conocimiento, tal es el caso del modelo médico; sin embargo, con la corriente posmoderna, la psicoterapia da un giro conceptual y epistemológico que cuestiona los fundamentos y postulados anteriores (Limón, 2005b). Pero ese salto *khuntiano*, del modelo médico o psicodinámico al posmodernismo, no se dio directamente; antes llegaron los teóricos sistémicos con su bagaje cibernético, de la teoría de la comunicación y de la teoría general de sistemas, a estudiar a las personas dentro de su hábitat familiar.

Según Hoffman (1987), la terapia familiar empezó cuando se observaron personas con comportamientos sintomáticos en su contexto familiar. De esta forma, la terapia familiar colocó al paciente y a su problemática dentro de un sistema, la familia, en el que adquiriría sentido; se empezó a hablar de comunicación y de relaciones e interacciones, en lugar de energía y del individuo como foco de la patología (Limón, 2005b). La terapeuta pensará en los problemas como historias que las personas se han formado sobre determinados aspectos de sus vidas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

No obstante la postura del modelo sistémico, los enfoques posmodernos aseveran que “una familia no es un sistema; una familia es lo que una familia es”; por lo que el papel del/a terapeuta es alterar las visiones de la realidad familiar, proponer distintos corolarios y generar diferentes moralejas de la historia familiar (Sluzki, 1985: 53).

Otras premisas, dentro del marco posmoderno, es que el papel del/a terapeuta no será el del experto ni de quien establece diagnósticos o planifica los tratamientos; asimismo, se cuestiona la terapia orientada hacia el/la terapeuta y construida jerárquicamente (Lax, 1996). Aunque la persona terapeuta, al igual que los/as consultantes, trae a las sesiones sus propias visiones de la

realidad social, el reto terapéutico consiste en la co-construcción de visiones factibles y sostenibles que se ajusten a las personas o a las familias, dentro de los marcos aceptados por la cultura (Cecchin, 1996). Por lo tanto, el concepto *verdadero* se ha sustituido, por lo menos en el contexto terapéutico, por el concepto *verosímil*, creíble y realizable (Wainstein, 2000).

Para Tom Andersen (1996), la búsqueda de nuevos significados y de un nuevo lenguaje implica también buscar un *yo* con el que nos sintamos más cómodos, como consultantes y como terapeutas. Es así que en los enfoques posmodernos se trabaja con las construcciones sociales de los consultantes; la premisa es que los puntos de vista que los consultantes sostienen, en relación a su situación, son construcciones sociales susceptibles de transformarse en la conversación y la interacción social, y ser sustituidas por otras construcciones más útiles (Beyebach, 1999).

En términos de Gergen y Kaye (1996), los enfoques posmodernos se pueden considerar como un proceso donde se construyen significados dentro del contexto del discurso cooperativo; un proceso durante el cual, el significado de la experiencia se transforma, se elaboran distintas formas de interpretar la experiencia. La psicoterapia, para Lax (1996), es un proceso que consiste en desplazar el discurso “problemático” del/a consultante hacia otro discurso que permita una amplia variedad de opciones e interacciones. Para los enfoques posmodernos, no hay significados ocultos en las historias, no hay *esencias* a descubrir en los consultantes (Hoffman, 1996)

Los enfoques posmodernos constituyen un proceso en el que los/as consultantes modifican sus premisas o cambian sus narraciones; es decir, las premisas, las narraciones y las conversaciones forman el contexto dentro del cual se presenta el problema (Fruggeri, 1996). El reto terapéutico radica en de-construir las viejas historias rígidas, y co-construir nuevas historias que permitan nuevas posibilidades para los/as consultantes (Cecchin, 1996). Nos da la oportunidad de generar nuevas y diferentes narraciones que posibilitan un amplio abanico de alternativas para *dissolver* el problema (Anderson & Goolishian, 1996). Las formas narrativas, a diferencia de otras formas del saber, admiten una pluralidad de juegos de lenguaje (Lyotard, 1990).

Sylvia London (2003) destaca que los enfoques posmodernos brindan la posibilidad de generar conversaciones fuera del sistema social que constituye al grupo, ya que la terapeuta enriquece la conversación terapéutica con ideas que derivan de marcos conceptuales distintos de los consultantes, ideas que permiten posibilidades de cambio al generar otras opciones que los consultantes no habían pensado o experimentado en su sistema social.

No obstante todo lo anterior, los enfoques posmodernos no resuelven de forma satisfactoria todos los problemas de las personas en todas las áreas de su vida (Limón, 2012); por lo que debemos evitar verla como la panacea en psicoterapia. Una de las críticas más fuertes que se le hace a este tipo de enfoques es que enfatizan la epistemología en perjuicio del desarrollo de técnicas y

estrategias terapéuticas, con una incapacidad de pasar del nivel teórico al nivel interventivo (Nardone & Salvini, 2000).

Además, en el posmodernismo difícilmente se sostiene expresamente la continuidad de valores y creencias (Harvey, 2008), lo que nos plantea problemas para la construcción de una ética terapéutica. Roa (1995) nos advierte que en la ética posmodernista, interesa sólo la casuística, resolver de acuerdo con la opinión mayoritaria. Por último, si “el modernismo es dominante, pero está muerto” (Habermas, 2008: 24), ¿sucede lo mismo con las terapias modernas?

2.1.2.1 Enfoque narrativo

Introducción y antecedentes

El enfoque narrativo tiene sus orígenes en las ideas del construccionismo social. Según Limón (2005a), la orientación socio-construccionista le da un nuevo giro conceptual a la psicoterapia, al enfatizar las relaciones sociales y los sistemas de significado que nos permitan ayudar a las personas con los problemas de su vida.

El enfoque socio-construccionista de la terapia no propone definir una nueva narración, sino superar la realidad narrativa; Si nos adaptamos a una narración singular, limitamos la exploración de otras alternativas y posibilidades, y quedamos atrapados nuevamente en intercambios dolorosos con otras personas; entonces el/la consultante puede modificar o descartar narraciones anteriores no porque sean inexactas, sino porque no son funcionales dentro de sus circunstancias (Gergen, 2006).

En el marco de la postura narrativa, son dos sus figuras principales: Michael White, de Australia, y David Epston, de Nueva Zelanda (Suárez, 2004). Dentro de las influencias que recibió Michael White, en el enfoque narrativo, hay que destacar a Bateson y a Foucault; Bateson, por aplicar la cibernética a las ciencias sociales y por sus aportes epistemológicos; Foucault, por examinar cómo los sistemas de conocimiento se convierten en sistemas opresivos (Tomm, 1994); de ahí la idea foucaultiana de *conocimiento es poder*.

La influencia de Bateson en el trabajo de White se plasmó en el uso del concepto de restricciones, el cual consiste en creencias que obstaculizan que las personas sean conscientes de aspectos de su experiencia que no se ajustan a la versión saturada de problemas que la persona ha elaborado (Durrant & Kowalski, 1993). Es decir, las/os consultantes emplean ciertas soluciones porque hay restricciones que les impiden descubrir otras soluciones. Cuando el/la terapeuta examina las soluciones fallidas y, por tanto, las restricciones, puede entender la red de supuestos –marco de referencia– de las consultantes (White, 2002).

Premisas básicas

No conocemos las cosas directamente, sólo conocemos el mundo a través de nuestra experiencia de él; lo único que tenemos y podemos conocer son nuestras experiencias. Por eso, la empatía es fundamental para comprender las experiencias de otras personas (Epston, White & Murray, 1996). Como personas, vivimos en relación con otros y de ahí surge el mundo de los significados, es decir, nuestra forma de conocer y actuar en el mundo (Ibarra, 2003). Lo anterior quiere decir que la causa de las acciones humanas se encuentra en la búsqueda de significados dentro de la cultura (Bruner, 1990).

Es una premisa del enfoque narrativo que las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados, y al hacerlo así mantienen el problema (Suárez, 2004). El reto radica en de-construir las viejas historias rígidas, y co-construir nuevas historias que permitan nuevas posibilidades para las consultantes (Cecchin, 1996). La de-construcción, en psicoterapia, subvierte “realidades” y prácticas que se han dado por supuestas en las familias y en los individuos (White, 1994).

Una narración es una lente a través de la cual interpretamos el mundo; es decir, las personas construyen un marco narrativo a través del cual ven y comprenden su mundo (Gergen & Kaye, 1996). La psicoterapia, para Lax (1996), es un proceso que consiste en desplazar el discurso “problemático” de la consultante hacia otro discurso que le permita una amplia variedad de opciones e interacciones. El lenguaje y las narrativas desempeñan una relevante función en la legitimación de una construcción o visión de la realidad; es decir, determinadas narrativas (dominantes) predominan sobre narrativas alternativas, las primeras de las cuales son impuestas a personas de culturas o narrativas marginales (Rodríguez, 2001).

Los seres humanos, entonces, somos seres interpretativos, interpretamos constantemente nuestras experiencias; para interpretarlas recurrimos a marcos narrativos o relatos que posibilitan atribuirles significados; es decir, vivimos a través de las historias que elaboramos sobre nuestras vidas, dichas historias le dan forma a nuestras vidas. La vida es multi-relatada, no mono-relatada, y siempre existen sub-relatos al alcance (White, 2002). Los significados que las personas atribuyen a sus experiencias son los que determinan sus vidas. La metáfora narrativa nos dice que las personas viven sus vidas a través de historias, son las historias las que tienen efectos reales en sus vidas, no las experiencias en sí mismas; las historias determinan la estructura de la vida (White, 1994).

Los relatos o historias que generamos de nuestra experiencia determinan el significado que otorgamos a nuestra experiencia; estos relatos determinan qué aspectos de la experiencia seleccionamos y cómo los expresamos, además de los efectos en nuestras vidas y relaciones. A

través de nuevas historias le damos el sentido de cambio a nuestras vidas; nuestras vidas están formadas por varias historias que están indeterminadas (Epston, White & Murray, 1996). Es decir, las historias presentan lagunas, ambigüedades, inconsistencias y contradicciones, siendo esto lo que hace que las personas se esfuercen en encontrar un significado único.

Por eso, las personas experimentan dificultades y problemas en su vida cuando están paralizadas en determinada narrativa dominante; el enfoque narrativo busca generar o ampliar narrativas alternativas que sean más funcionales para las personas y que no les generen sentimientos penosos (Lax, 1997). Las terapeutas narrativas creen que para que las personas entiendan su vida, la experiencia debe relatarse, ya que narrar la propia vida determinará el significado que será atribuido a la experiencia (Limón, 2005b). No por esto el enfoque narrativo soslaya la experiencia emocional de las consultantes; al privilegiar y revivir determinados aspectos de la experiencia, las respuestas emotivas de las consultantes surgen (White, 2002).

El enfoque narrativo promueve la participación activa de la consultante en la generación de alternativas y en la búsqueda de soluciones; en lugar de que la terapeuta se dedique a diagnosticar y prescribir. La terapeuta narrativa vincula las creencias y las conductas de la consultante con las demás experiencias e influencias, incluyendo los roles y estereotipos de género, para facilitar que la consultante elabore una perspectiva alternativa de sí misma, de los demás y de sus relaciones; se trata de una versión alternativa de sí misma que incluya ideas tales como ser capaz de afrontar los problemas, hacerse responsable de los propios actos, pensar por sí misma, afrontar las emociones y ser capaz de comprender a los demás (Elms, 1993).

Es decir, se trata de generar, en la consultante o la familia, otra versión o imagen de sí misma que le permita acceder a sus propios recursos, distinta de la versión patológica dominante de sí misma, saturada del problema; para esto, las familias o las consultantes tienen que situarse a sí mismas en versiones que incluyan el contexto de su experiencia, y asignarles nuevos significados a su situación (Kamsler, 1993; Laing & Kamsler, 1993). Dentro del enfoque narrativo, en el trabajo con las consultantes, son útiles las siguientes prácticas.

Prácticas preferidas

En la externalización del problema se realiza una separación de las ideas, las actitudes, las creencias, los hábitos y los estilos de vida problemáticos, y se los distingue de la identificación dominante de la consultante, sin que se proyecte en otra persona o se excluya la responsabilidad personal. El resultado de una conversación externalizadora es una conversación de-constructiva (Tomm, 1994; White, 2002). El enfoque narrativo considera los problemas como separados de las

personas, y asume que éstas tienen habilidades, capacidades, creencias, valores y compromisos que les ayudarán a minimizar la influencia de los problemas en sus vidas (Morgan, 2000).

Las preguntas de influencia relativa buscan que las consultantes describan, por una parte, qué influencia tiene el problema en sus vidas, y, por otra parte, qué influencia tienen ellas en la persistencia del problema mismo; dichas preguntas constituyen una descripción externalizada (White, 1994). A través de preguntas y la conversación terapéutica, la terapeuta trabaja con las consultantes para explorar las ideas y prácticas que sustentan el problema, con el fin de definir las, cuestionarlas, desmontarlas y rastrear su historia, es decir, de-construir dichas creencias y prácticas; de-construir consiste, entonces, en explorar y desmontar las *verdades* para que emerjan historias alternativas que les permitan conectarse más con estilos de vida más funcionales, y que les permitan liberarse de la culpa al darse cuenta que el problema no es parte de su identidad (Morgan, 2000).

Explorar la historia de un problema, en la vida de una consultante, permite la apertura de otros espacios que generen o amplíen historias alternativas acerca del problema. Además, puede preguntarse cuándo tomó forma la historia del problema, y cómo y por quién fue apoyada. Por otro lado, si el problema es contextualizado, se aprecia como cambiante y facilita identificar momentos de mayor o menor influencia sobre él; los momentos de menor influencia pueden ser eventos extraordinarios (Morgan, 2000).

Un objetivo central del enfoque narrativo debe ser la búsqueda de “eventos extraordinarios” – también conocidos como “logros aislados” o “excepciones”– del comportamiento problemático, ya que, con frecuencia, las consultantes atribuyen a factores externos estas excepciones; es decir, descubrir y explicar las ocasiones en que no se generaron conductas problemáticas constituye un proceso de de-construcción de la imagen saturada de problemas, ya que sugiere, para la consultante, una nueva imagen de sí misma (Durrant & Kowalski, 1993; Elms, 1993). A través de los eventos extraordinarios se producen historias alternativas (White, 2002).

Las terapeutas narrativas rechazan la idea de posicionarse como “expertas” ante las consultantes; buscan, al contrario, saber qué interacciones terapéuticas son útiles para las consultantes y cuáles no, a través de la retroalimentación (White, 1994). El enfoque narrativo considera tratar a la consultante como asesora de sí misma, ya que cuando se hace de esta manera, las consultantes se sienten con mayor control sobre sus vidas, sus problemas y sus situaciones; además, lo que la consultante se lleve de la psicoterapia es más duradero y efectivo que el conocimiento “experto” de la terapeuta (Epston & White, 1994). Lo anterior puede obtenerse a través de rituales y celebraciones, uso de documentos terapéuticos, cartas terapéuticas, ceremonias de definición, etc. (Morgan, 2000).

Consideraciones finales

El construccionismo social nos lleva a reflexionar sobre la diversidad familiar y social, y facilita la expresión de esa diversidad. Es decir, nuestra tarea como terapeutas no es reproducir la cultura dominante, sino adecuarnos a los relatos alternativos, fruto de la diversidad (White, 2002). Sin embargo, los significados que se generen con el enfoque narrativo tienen límites; la experiencia siempre superará a la reflexión (Suárez, 2004). Las limitaciones de este enfoque tienen que ver con las limitaciones del/a terapeuta, en cuanto a sus limitaciones personales, como los prejuicios del terapeuta. Pese a sus limitaciones terapéuticas, el enfoque narrativo se define mejor como una visión del mundo (White, 2002).

2.1.2.2 Enfoque colaborativo

Introducción y antecedentes

Actualmente, la terapia familiar se desarrolla con conceptos del construccionismo social y la hermenéutica; familia y terapeuta participan activamente en la conversación y colaboran en co-construir nuevos significados (Minuchin, Nichols & Wai-Yung, 2011). Las creencias de las personas construyen “realidades” y las “realidades” se sostienen a través de las relaciones, lo que, a su vez, confirma las creencias que se originan socialmente, generándose así un círculo hermenéutico de interpretación-acción (Fruggeri, 1996).

El enfoque colaborativo, al igual que otros enfoques posmodernos, tiene sus fuentes de inspiración en la orientación socio-construccionista; dicha orientación posibilita “ver la realidad” desde múltiples perspectivas que nos permiten elaborar otros discursos e interpretaciones, y a su vez generar otras posibilidades (Limón, 2005a). Dentro de la perspectiva hermenéutica, la construcción social enfatiza el aspecto relacional en la creación de significados (Anderson, 2005a). Además, el enfoque retomó, de la cibernética de segundo orden, la noción de que un sistema está determinado por el observador. El enfoque colaborativo está fielmente representado por Harlene Anderson y Harold Goolishian, quienes lo establecieron en 1977 con la fundación del *Galveston Family Institute* (Beltrán, 2004).

Conversaciones, diálogos y voces

La psicoterapia consiste en de-construir la historia problemática y generar una nueva historia, construida en colaboración con la consultante, que genere nuevas posibilidades para ésta (Cecchin, 1996). En nuestro interior hay muchas voces que nos pertenecen; cada yo contiene una

multiplicidad de “otros”, cuyas voces no siempre armonizan (Gergen, 1991). El instrumento fundamental de la psicoterapia es la conversación (Hoffman, 1996).

El enfoque colaborativo nos brinda la oportunidad de generar nuevas y diferentes narraciones que posibilitan un amplio abanico de alternativas para *disolver* el problema (Anderson & Goolishian, 1996). Es decir, convivimos en un mundo de narraciones conversacionales, y nos entendemos a nosotros mismos y entre nosotros por medios de historias y auto-descripciones cambiantes (Anderson & Goolishian, 1988). La conversación dialógica, antes monológica, constituye una experiencia interna que produce cambios en nuestra conversación con otras personas (Penn & Frankfurt, 2005).

En términos de Epston, White y Murray (1996), la diferencia entre un proceso dialogal y uno monologal es que, en el primero, uno se refleja en los ojos del otro, mientras que en el segundo el auditorio es la misma persona. La conversación dialógica, en contraste con el monólogo, incluye muchas voces; es abierta, invitante, relativa e infinita. Por eso, voz y acción no pueden separarse; ambas se forman en el lenguaje. (Penn & Frankfurt, 2005). Es decir, el monólogo de una persona (una sola voz) se transforma al invitar a la conversación a otra voz que le brinda una visión más positiva de sí misma. La conversación dialógica, antes monológica, constituye una experiencia interna que produce cambios en nuestra conversación con otras personas. Para la creación del espacio dialógico, se debe reconocer al otro como alguien diferente y separado; este reconocimiento es la “personificación empática”, donde es necesario simular ser “como el otro” para entenderlo (Penn & Frankfurt, 2005). Sin embargo, hay que tener cuidado que la conversación no sea demasiado diferente o similar a la forma de interactuar y de comprender de la consultante, ya que puede interrumpirse la conversación (Anderson, 1996; Lax, 1996).

Para Harlene Anderson (2005b), la consecuencia lógica y natural de una conversación dialógica es la transformación, es por medio de la conversación que se posibilitan otras alternativas y éstas se multiplican; lo significativo de la conversación es el proceso de diálogo, no su contenido. Es decir, el significado y los sistemas sociales son creados en y a través del diálogo. La comunicación y el discurso definen la realidad social, y dicha realidad es un producto del diálogo cambiante (Anderson & Goolishian, 1988).

Premisas básicas

Anderson y Goolishian (1988, 1996) plantearon una serie de premisas del trabajo colaborativo:

- 1) Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y de significado, son sistemas lingüísticos; por lo tanto, todo sistema terapéutico es un sistema lingüístico.

- 2) Los significados y la comprensión se construyen socialmente. En el sistema terapéutico la comunicación es central para el intercambio en el diálogo.
- 3) El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del mismo.
- 4) La terapia tiene lugar dentro de la conversación terapéutica. Dicha conversación busca desarrollar nuevos significados hacia la resolución/disolución del problema.
- 5) La terapeuta es una participante-observadora y una participante-facilitadora de la conversación terapéutica.
- 6) La terapeuta desarrolla esta conversación a través de preguntas conversacionales o terapéuticas; estas preguntas son el principal instrumento de la terapia.
- 7) Los problemas existen en el dominio del lenguaje; son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
- 8) Las personas entienden su vida a través de las identidades narrativas que desarrollan en la conversación.

Postura filosófica

El enfoque colaborativo no es un modelo terapéutico en sí: no dispone de una serie de técnicas ni de ciertos pasos a seguir (Tarragona, 2006). Es una postura terapéutica que invita a la consultante a nuevas perspectivas, las cuales no pueden ser determinadas por la terapeuta, sino que se van configurando durante la conversación terapéutica; ésta busca generar posibilidades que le den a la consultante la sensación de creatividad, de afrontamiento sobre sus problemas, y de capacidad de dirigir su propia vida (Rentería, 2011).

Para Harlene Anderson (2005b), el enfoque colaborativo equivale a una postura filosófica en la que se incluyen los siguientes elementos: 1) una forma de pensar en los otros, de conducirnos con ellos y de hablar con ellos; 2) una actitud que comunica a la consultante que es un ser humano único digno de escucharse; 3) una forma de interactuar auténtica y espontánea en la relación; y 4) una postura que es distinta para cada persona, sus necesidades y circunstancias. Además, para Anderson (2005a), esta posición filosófica integra varios conceptos: el no saber, el cliente-como-experto, la alianza conversacional, la indagación mutua y compartida, la apertura del diálogo interno del terapeuta, la incertidumbre y una visión de la terapia como parte de la vida común y corriente.

Las preguntas conversacionales acerca de un problema, principal habilidad de la terapeuta, generan el desarrollo de nuevos significados; la terapeuta plantea preguntas desde la postura de no-saber (Beltrán, 2004; Limón, 2005b). La curiosidad alienta la polifonía, la multiplicidad de voces; siendo curiosos cuestionamos nuestras premisas y las de las familias (Cecchin, 1987). Una parte

del no-saber tiene que ver con la incertidumbre. Desde la perspectiva colaborativa, nunca podemos saber de antemano a dónde nos va a llevar una conversación, dónde acabará una sesión (Tarragona, 2006). Además, la terapeuta debe hacer transparente (público) su diálogo interno con la consultante; lo que significa compartir el diálogo interno, pero hacerlo de una forma respetuosa con el fin de participar en la conversación, no para dirigirla o guiarla (Anderson, 2005a).

Las sesiones constituyen conversaciones terapéuticas en las que se busca “ver” más lados de las cosas, vislumbrar múltiples perspectivas; el terapeuta se adentra en el diálogo terapéutico para construir colaborativamente con la familia otras descripciones, historias y significados (Sluzki, 1987). En última instancia, es la consultante quien decide de lo que se debe hablar y de qué manera. Las participaciones del terapeuta no se generan a partir de hipótesis o teorías preconcebidas, ni se dirigen a definir un problema (Beltrán, 2004). La psicoterapia es una actividad lingüística en la cual mantener una conversación sobre un problema es un proceso de desarrollo de nuevos significados y comprensiones (Anderson & Goolishian, 1988), ya que las personas tienen muchas identidades, repertorios y modos de ser (Anderson, 2005a).

Consideraciones finales

En opinión de Limón (2012), no se trata de cambiar la forma de pensar de los consultantes por nuestra forma de pensar. Los terapeutas llevan consigo un conjunto de creencias y de valores, que no pueden rechazar, pero sí estar conscientes de cómo afecta eso la conversación terapéutica, y cómo, a la vez, se ven afectados por la misma conversación; es decir, la conversación ejerce influencia en ambos sentidos. De hecho, Bertrando (2011) nos dice que el/la terapeuta puede volverse consciente de prejuicios, posiciones y emociones que no comprendía por completo durante el diálogo terapéutico.

Como dice Lynn Hoffman (1987), la nueva generación de terapeutas no pretende imponer sus propias ideas a la familia de cómo deben comportarse, en lugar de eso las mismas familias pueden generar soluciones mucho más valiosas y válidas que las nuestras. Nos advierte Hoffman (1989) que el término “terapia” está perdiendo significado, como arreglar algo que está roto o que no funciona. Ya no se intenta ser objetivo, ni controlar o dirigir al paciente; ahora tiene más sentido hablar de múltiples perspectivas, de pluralidad. Ya no es tan útil la noción de sistema familiar.

Si la construcción de la realidad solamente existiera a través del proceso del monólogo no nos quedaría otra opción epistemológica que el solipsismo. Al contrario de esto, necesitamos escuchar otras voces, otras conciencias, a las cuales les reconozcamos algún valor. Lo mismo puede decirse en psicoterapia, el terapeuta no puede tener la verdad en sus manos, lo más que puede hacer es co-construir la “realidad” al lado del paciente.

2.1.2.3 Enfoque reflexivo

Introducción

El equipo reflexivo fue desarrollado, en un primer momento, por el noruego Tom Andersen durante los años 1984 y 1985. Andersen venía experimentando sobre la versión de los equipos de Milán, pero imprimiendo originalidad a esta nueva modalidad terapéutica (Beltrán, 2004; Limón, 2005a). El equipo reflexivo primero observa a la familia, detrás del espejo; después, entra con la familia para emitir sus reflexiones con ella. La familia, en un primer momento, no participa de las reflexiones, sólo escucha; más adelante, puede reflexionar sobre las reflexiones del equipo (Hoffman, 1989; Limón, 2005a).

En las posturas terapéuticas posmodernas, la supervisión incluye la multiplicidad de voces y perspectivas; el equipo reflexivo ofrece un claro ejemplo de ello. Además de los alcances terapéuticos con las consultantes, el equipo reflexivo constituye una forma muy útil de supervisión en la que un miembro del equipo entrevista a la terapeuta y los demás emiten sus reflexiones (Tarragona, 1999).

El equipo reflexivo tiene su punto de partida en la postura socio-construccionista, que enfatiza la relevancia del lenguaje en la construcción de diferentes versiones de la realidad y aprecia las múltiples voces y perspectivas. No es la meta, en los equipos reflexivos, llegar a una conclusión al final de la sesión, se dejan abiertas distintas ideas y posibilidades para las consultantes en las conversaciones reflexivas (Fernández, London & Tarragona, 2003).

Antecedentes

Los primeros antecedentes, en el trabajo con equipos reflexivos, se encuentran en los enfoques sistémicos. Una parte de los primeros trabajos, desarrollados con características que después adoptarían los equipos reflexivos, se deben a las intervenciones del modelo de Milán y del modelo estratégico, particularmente del *Instituto Ackerman*, de Nueva York (White, 2002).

Con respecto al equipo de Milán, el equipo terapéutico escucha la entrevista del terapeuta con la familia. Primero, el terapeuta se reúne con el equipo para discutir hipótesis clínicas y diferentes interpretaciones de la familia; luego, el terapeuta regresa con la familia para transmitirles la interpretación sistémica (Andersen, 1996). En contraste, el equipo reflexivo evita la formulación de hipótesis e intervenciones sistémicas, debido a que la familia puede creer que nuestra intervención

es mejor que la que ellos mismos han elaborado (Andersen, 1987). La autonomía y el anonimato de aquellos equipos sistémicos plantean diversas cuestiones éticas y políticas (White, 2002).

Los antecedentes del equipo reflexivo, en el modelo estratégico, se concentran particularmente en Peggy Papp (1984), quien utilizó el grupo de consulta que denominó *coro griego*: la terapeuta, antes de finalizar la sesión, consulta con el equipo (atrás de la cámara) y lleva el mensaje a la familia, que predice el curso futuro de las conductas de la familia; esto sin permitirle a los miembros de la familia discutir el mensaje. El *debate terapéutico*, por otra parte, es una técnica que pretende reflejar a la familia, a manera de espejo, los dilemas que conlleva el cambio, con el fin de modificar la percepción del problema. En una etapa posterior de este proyecto, el equipo debatía delante de la familia, permitiendo la participación activa de la familia en el debate; esta última técnica también fue desarrollada por Papp (1994).

Por supuesto, dichas técnicas entran todavía en el marco sistémico, con sus nociones de autoridad, objetividad y experticia clínica, y carecen de las virtudes del equipo reflexivo. En contraste, Andersen (1987) comenta que el equipo reflexivo comunica la idea de que el problema tiene muchos aspectos y es multifacético; en lugar de explicaciones del tipo “o...o”, el equipo genera versiones del tipo “ambos... y”, debido a que una versión estimula a otra versión a ampliarse.

Andersen distingue claramente entre los mensajes sistémicos y los mensajes del equipo reflexivo. El primer tipo de mensajes supone que el equipo es un “experto”, que conoce mejor a la familia, y que sabe la mejor manera de resolver el problema presentado; en contraste, el equipo reflexivo desecha la “experticia” como valor de cambio, generando reflexiones que buscan ampliar las alternativas de ser y de pensar de la familia, sin considerar que hay una mejor, o única forma, de resolver los problemas (Limón, 2012).

En 1985, a Tom Andersen (1996) le surgió la inquietud, por parte del equipo terapéutico, de proponerle a la familia y al terapeuta entrevistador que escucharan la conversación que el equipo había generado atrás del espejo; a esto bautizó como “equipo reflexivo”.

Premisas básicas

La idea de horizontalidad terapéutica, tan presente en los enfoques posmodernos, no es ajena a los planteamientos de Tom Andersen. Reducir el estatus de la terapeuta tiene el efecto de alentar, en las consultantes, la participación y la invención. El hecho de que la terapeuta no ocupe más una posición superior en la psicoterapia, cambia todo el esquema terapéutico (Hoffman, 1996).

Relaciones más igualitarias u horizontales son posibles en este enfoque gracias a las conversaciones abiertas que constituyen los procesos de reflexión. Para las terapeutas que trabajan con este enfoque, las preguntas son herramientas de trabajo clínico más útiles que las interpretaciones y las opiniones (Andersen, 1996). Otra de las premisas de este tipo de equipos es la creencia de que cada uno de los miembros del equipo reflexivo tiene su propia versión de la realidad presentada por la familia; dichas versiones van cambiando a lo largo de las sesiones, y todas son igualmente válidas, no hay una que sea mejor a otra (Limón, 2005b).

Promover los procesos reflexivos genera confianza y participación de las consultantes; frecuentemente se les pregunta si lo que se conversa está siendo significativo para ellas, de qué forma, y qué es lo que está siendo significativo (Rentería, 2011). Es decir, las reflexiones compartidas por el equipo tienen los propósitos de validar los conocimientos y las experiencias de las consultantes, recuperar su idiosincrasia, y reconocer lo relacional y discursivo del encuentro terapéutico (Beltrán, 2004).

Lo importante con la modalidad de los equipos reflexivos no es el equipo sino los procesos de reflexión; de hecho, Andersen (1996) habla de que en ocasiones no es factible trabajar con un equipo, y el terapeuta lo que hace es conversar con uno de los consultantes, mientras los otros escuchan, preguntándoles después a los otros que pensaban mientras escuchaban, y volviendo, eventualmente, con el primer consultante; todo esto mientras genera desplazamientos entre conversaciones “interiores” y “exteriores”. La modalidad de trabajo clínico con los equipos de reflexión, nos dice Andersen, propicia un desplazamiento del lenguaje psicológico hacia el lenguaje cotidiano.

Reglas o normas de acción

En el trabajo con los equipos reflexivos, Andersen (1996) fue produciendo cambios en los procedimientos:

- 1) Las reflexiones que el equipo vertiera debían relacionarse con cuestiones expresadas durante la conversación, no en cosas sacadas fuera de contexto.
- 2) Los integrantes del equipo no transmitirían connotaciones negativas, no emitirían juicios ni críticas.
- 3) Al momento de verter sus reflexiones, los integrantes se dirigirían sólo entre ellos, lo que facilita que las consultantes tengan la libertad de no *escuchar*.

En relación con la última norma, otras variantes de los equipos reflexivo han reconsiderado la posibilidad de compartir sus reflexiones “cara a cara” con las consultantes, si es que ellas así lo desean (Beltrán, 2004).

Por su parte, Michael White (2002) expone ciertas reglas que los miembros del equipo reflexivo tendrán en cuenta antes de emitir sus reflexiones:

- 1) Reconocer las experiencias que tienen las personas sobre los problemas por los cuales buscan ayuda.
- 2) Provocar el interés de las personas por algunos de los aspectos más negados de sus vidas.
- 3) Colocar sus reflexiones dentro del contexto de su propia experiencia personal.

Variantes del equipo reflexivo

La técnica del “como si”, originaria de Harlene Anderson, consiste en asignar a pequeños grupos de consultantes o terapeutas la tarea de ser ‘escuchas’ desde la postura de uno de los personajes de la historia que relata la consultante; esto con el fin de reflexionar y discutir, lo que permite abrir nuevas posibilidades desde las cuales escuchar otras personas que rodean a la consultante e incorporar puntos de vista alternativos sobre ellas (Fernández, London & Tarragona, 2003).

Otra variante del equipo reflexivo son los grupos de *testigos externos*. Estos grupos están constituidos por dos o más personas, conocidos o desconocidos por la consultante; pueden ser otros terapeutas, miembros de la familia, amigos u otros que puedan ofrecer sus conocimientos y experiencias a la consultante. Una vez que los *testigos externos* comparten sus narraciones, la consultante o familia comenta sobre las re-narraciones. Al final, todos los involucrados se unen y reflexionan sobre lo que se ha dicho (Morgan, 2000; White, 2002).

Consideraciones finales

Lo valioso de los equipos reflexivos es que las consultantes entren en contacto con otras perspectivas sobre sus pensamientos, emociones y conductas, lo que facilita que se vean a sí mismas y a sus relaciones de forma diferente; abriendo posibilidades y ampliando sus márgenes de libertad (Limón, 2012). Sin embargo, aunque las consultantes necesitan algo diferente en sus vidas, ese algo no debe ser demasiado distinto o similar a lo que ya vienen haciendo (Andersen, 1996). Ya que las consultantes generalmente piensan que sólo hay una versión o manera correcta de entender una situación o problema, la modalidad con que trabajan los equipos reflexivos

pretende generar la mayor cantidad posible de versiones en las consultantes. Por eso es útil “conversar acerca de cómo deberíamos conversar” (Andersen, 1996).

White (2002) considera que las prácticas del equipo reflexivo son isomórficas con las prácticas del enfoque narrativo, ya que ambas ayudan a la terapeuta a apartarse de los discursos patologizantes, cuestionan los conocimientos “expertos”, privilegian las alternativas y confrontan las estructuras e ideologías de la cultura dominante. La modalidad del equipo reflexivo nos hace sentir que somos participantes en un proceso en el que evitamos la verticalidad con nuestros consultantes; dificultando que podamos o debamos controlar la terapia (Andersen, 1987).

2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados

En los dos casos clínicos, que se presentaran, la problemática principal estuvo asociada con la violencia de género.

Género y violencia

Cuando se discute sobre la problemática de la violencia de los hombres contra las mujeres no se puede dejar de hacerlo desde una perspectiva de género. De no hacerlo así incurriríamos en un grave error: soslayar el contexto y reducir el problema a circunstancias de índole individual. Peor aún acabaríamos por culpabilizar a la víctima de su situación y colocando a ambos, víctima y victimario, en el mismo nivel de responsabilidad.

Para empezar, el género es una categoría social asignada a un cuerpo sexuado; es también una manera de diferenciar los roles sociales asignados a mujeres y hombres. (Scott, 1990). El sistema sexo/género establece las pautas que rigen las relaciones sociales entre hombres y mujeres, las cuales generalmente colocan en desventaja a las mujeres, definen lo masculino y lo femenino y constituyen modelos de conducta para cada sexo en los diferentes espacios de la realidad social (García, Camarena & Salas, 1999; Lamas, 2002).

La diferencia, entonces, se traduce en desigualdad, se jerarquizan las diferencias sexuales. Dicho proceso convierte al género en el fundamento de la subordinación social de las mujeres (Lamas, 2007). Incluso, la cultura es el resultado de la manera en que la sociedad interpreta las diferencias entre mujeres y varones (Lamas, 2002). Es así que el género estructura el modo en que perciben los sujetos sociales y moldea la forma en que se organiza la vida social.

La violencia de género alude a los mecanismos a través de los cuales se intenta mantener el sistema de jerarquías impuesto por el patriarcado; uno de los obstáculos principales para la comprensión de la violencia de género contra las mujeres ha sido estructurada a partir de dos ejes fundamentales: la invisibilización y la naturalización (Corsi, 2003). Debemos considerar necesariamente la ideología patriarcal al hablar de la violencia de los hombres contra las mujeres (White, 1994).

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013: 2) define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público”.

Existen tres supuestos centrales sobre los roles tradicionales de género: 1) los hombres creen tener el derecho de controlar la vida de las mujeres; 2) las mujeres creen que son responsables del malestar en una relación de pareja, y 3) las mujeres creen que los hombres son indispensables para su bienestar. Estos supuestos derivan en otras muchas creencias que propician los problemas de los hombres con las mujeres en general, y en la relación de pareja en particular (Goodrich *et al.*, 1989). Para poner en evidencia la cuestión del sexismo es necesario construir dentro de la sociedad otras ideas alternativas acerca de la familia y de las concepciones de género, esto con la finalidad de una mayor equidad de género en la vida social y familiar (Ravazzola, 1997).

Crítica al abordaje sistémico de la violencia

Según algunos autores, la mujer participa y es responsable en la recepción y emisión de la violencia de pareja; es decir, en las relaciones de violencia hay una responsabilidad en cada miembro de la pareja, aunque un miembro sólo sea receptor: Cada uno de los miembros de la pareja hace algo para generar o recibir la violencia; más aún, para finalizar la violencia se tiene que modificar una pauta interaccional, no un cambio en las creencias y conductas de la persona que genera violencia (Vargas, Pozos, López & Díaz-Loving, 2010).

Los enfoques sistémicos, a través de sus hipótesis circulares, establecen que la responsabilidad y participación de las conductas en una familia recaen en todos los miembros; la violencia no es la excepción. Perrone y Nannini (2007: 25) nos dicen que “lo característico de la violencia es que cada uno de los participantes rehúsa considerarse responsable de lo que ocurre, y culpa al otro”. Es claro como dejan ver que todos son responsables y partícipes de la violencia, aunque estén en un papel de receptores; hacen de la relación abusiva –los abusos sexuales– una excepción, como si la violencia no constituyera en sí misma una relación abusiva.

Una crítica ha considerado como riesgosa la aplicación de la teoría sistémica a la problemática de la violencia familiar, ya que puede eximir, parcialmente, de responsabilidad al victimario (Aurón & Maldonado, 2003). Es decir, la relación de poder y de violencia es una relación asimétrica de desigualdad y se explica como una causalidad lineal entre un agresor y una víctima, que necesita la intervención de un control social que detenga la situación de violencia (Boscolo & Bertrando, 2008).

Además, el que una víctima asuma responsabilidades respecto de su victimario, como lo expresa Cristina Ravazzola (1997), es muy diferente a suponer que víctima y victimario son ambos responsables de la violencia. Una persona ubicada como terapeuta feminista tendrá que colocarse en la crítica constructiva de los roles tradicionales de género, alentando a sus consultantes o pacientes a explorar tanto externa como internamente el origen de sus problemas (Méndez & Bedolla, 2003).

Entonces, el modelo cibernético con su noción de *feedback* resta importancia al concepto de poder y lo cataloga dentro de la causalidad circular y la complementariedad. El riesgo terapéutico que esto implica es soslayar experiencias de violencia y abuso; además, los modelos sistémicos omitieron el contexto cultural y socio-político de dichas experiencias. Fueron las feministas quienes visibilizaron los temas de género y poder en la terapia familiar (Rodríguez, 2001). Recordemos que el posmodernismo ofreció a las feministas otra postura desde la cual realizar sus investigaciones.

Al abordar el problema de la violencia contra las mujeres en la relación de pareja, no debemos soslayar el contexto. De lo contrario, corremos el riesgo de reducir la búsqueda de explicaciones a los atributos individuales de las mujeres y, a veces, de sus parejas, pero perdiendo de vista las características sociológicas del contexto del que son parte tales mujeres y hombres (Castro & Casique, 2006).

Aunque no podemos abordar sistémicamente la problemática de la violencia, entendiendo por esto la interacción familiar o de pareja, la comprensión de la violencia, como fenómeno social, sí será sistémica, es decir, involucrando el contexto sociológico. Para el modelo ecológico, una premisa básica de la teoría de sistemas ecológicos es que el desarrollo de las personas está en función de las fuerzas que emanan de múltiples configuraciones y sistemas, y de las relaciones entre estos sistemas (Bronfenbrenner & Morris, 2006). En el desarrollo humano no sólo interviene el microsistema, no se reduce a la interacción entre dos o más personas en el mismo lugar, incluye otros ambientes más allá de la situación inmediata. Es decir, en el desarrollo humano participa la interacción entre los cuatro ambientes ecológicos: microsistema, exosistema, mesosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 1977).

Violencia de género: expresión misógina que vulnera los derechos humanos de las mujeres

No es posible hablar de actos y comportamientos violentos contra las mujeres exclusivamente como psicopatologías individuales, sino principalmente como trastornos sociales del sistema patriarcal dominante, o como desórdenes estructurales de la sociedad hegemónica. Los actos y conductas misóginas de violencia contra las mujeres que ejercen los hombres maltratadores no se pueden reducir sólo a actos individuales o psicopatológicos, sin ocultar, al mismo tiempo, la relación de poder patriarcal que sustenta el orden de género. Teresa Ordorika (2009) enfatiza que la salud mental está estrechamente vinculada con las condiciones de vida de las personas.

Tales actos y conductas violentas contra las mujeres se deben visibilizar como una expresión misógina que atenta contra los derechos humanos de las mujeres (Lagarde, 2008). La misoginia, como pilar básico de la violencia de género, alude a una mezcla de temor, rechazo y odio contra las mujeres, a la estructura fundamental del dominio masculino (Cazés, 2005). Esta perspectiva de género es fundamental, ya que uno de los componentes relevantes de la misoginia es una relación de poder y control (Minello, 2005). En las sociedades patriarcales, en distintos grados y modalidades, la violencia de género sigue siendo relativamente aceptada y tolerada como forma legítima de resolver los conflictos. Dentro de este marco de tolerancia, la violencia se dirige principalmente contra las mujeres debido a la relación de desigualdad que conserva frente a los hombres, producto de la socialización de género (Lagarde, 2008; Saldivar, Ramos & Saltijeral, 2004). Marcela Lagarde refiere que:

La violencia feminicida se produce por la organización social genérica patriarcal, jerárquica, de supremacía e inferioridad, que crea desigualdad de género entre mujeres y hombres. Se produce, también, por la aceptación y la tolerancia, que evidencian múltiples complicidades entre hombres supremacistas, machistas y misóginos, incluso por el silencio social en torno a quienes delinquen y no son sancionados (2008: 232-233).

La violencia contra las mujeres constituye el verdadero malestar en la cultura. Nos resulta difícil aceptar y tolerar que vivamos en una sociedad sexista y misógina, pero solamente este reconocimiento explícito posibilita otras muchas condiciones que, a su vez, permitan la transformación de estructuras sociales, culturales, políticas y legales que sustentan el patriarcado.

Repercusiones psicológicas de la violencia

Los niños y niñas que atestiguan la violencia en sus padres tienen mayores probabilidades de reproducir, cuando llegan a adultos, los patrones de violencia que existían dentro de su propia

familia. Es decir, la violencia o el abandono en la familia de origen es un poderoso factor de riesgo en la violencia de género contra la pareja (Azaola, 2006; Organización Panamericana de la Salud, 2003). Contrariamente a lo que se cree, no sólo ser víctima de violencia, en la niñez, impacta negativamente a los y las niñas, sino que ser testigos de violencia tiene repercusiones psicológicas de gran alcance en la futura vida adulta de los y las niñas.

La violencia contra las mujeres, en la relación de pareja, se caracteriza no solamente por el uso de la fuerza física, sino por seguir un patrón de comportamientos que pretende generar un clima intimidatorio, de devaluación, de hostilidad y de miedo, incluso de terror. En ocasiones, las actitudes y conductas cariñosas se alteran con el maltrato y así se puede desarrollar un «apego paradójico» hacia el maltratador, que dificulta nombrar y reconocer la propia experiencia de violencia. Sin embargo, en otros casos prevalece una dinámica de violencia cíclica (Ramos & Saltijeral, 2008).

La violencia psicológica constituye un tipo de violencia sutil, más difícil de desnaturalizar y más difícil de “ver” por otros, se corresponde con códigos de comunicación en la pareja, incluye humillaciones, descalificaciones, amenazas, celotipia; no deja una marca en el cuerpo, y en la mayoría de los casos ni los propios actores la identifican (Díaz-Marroquín, 2010). La violencia psicológica, puede ser resultado de diversas actitudes por parte del maltratador: hostilidad, en forma de reproches, insultos y amenazas; desvalorización, un desprecio de las opiniones, de las actividades o hasta del propio cuerpo de la víctima, e indiferencia, una falta de consideración a las necesidades afectivas y a los estados de ánimo de la pareja (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua & Zubizarreta., 2001). La violencia emocional o psicológica es la más difícil de visibilizar.

La violencia contra las mujeres tiene repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima, es un importante factor de riesgo para la mala salud de las mujeres. Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los niños (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Además de lo anterior, existe en las mujeres una fuerte interacción entre interiorizar las creencias sexistas y establecer en un futuro relaciones de dependencia y desequilibrio de poder frente a los hombres, de forma particular en las relaciones de pareja. El desequilibrio de poder es, entonces, la condición previa para que se detone la conducta violenta o de abuso por parte de los hombres; dichas conductas son el medio para ejercer el dominio (Recio, Cuadrado & Ramos, 2007).

La problemática de la violencia de género nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de establecer políticas públicas estructurales que enfrenten este grave problema y que no se centren sólo en causas individuales (Vives-Cases, Álvarez-Dardet, Carrasco-Portiño, y Torrubiano-Domínguez, 2007).

Capítulo III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas y terapéuticas

3.1.1 Casos atendidos

A continuación se presenta un cuadro que muestra las familias y consultantes con quienes trabajé como terapeuta a lo largo de la formación en la maestría:

Caso	Modelo	Sede y supervisora	Rol	No. de sesiones	Motivo de consulta	Proceso
Individual: Ema	Enfoques posmodernos	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Mtra. Nora Rentería	Terapeuta	17	Violencia de pareja	Alta
Pareja: Manuel y Ana	Modelo estratégico	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Dra. Luz María Rocha	Co-terapeuta	6	Problemas de pareja	Alta
Familiar: Sierra Ortega	Modelo de Milán	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Mtra. Carolina Díaz-Walls	Co-terapeuta	32	Paternaje deficiente	Alta
Pareja: Nadia y Ernesto	Modelo dinámico, sistémico integrativo	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Dr. Raymundo Macías	Co-terapeuta	8	Violencia de pareja	Alta
Individual: Carlos	Enfoque narrativo	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro" Dr. Ignacio Ramos	Terapeuta	8	Infidelidad	Alta
Individual: Lizeth Colosio	Modelo de Soluciones	Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" Mtra. Miriam Zavala	Terapeuta de relevo	8	Superar la separación de la pareja	Alta
Pareja: Leonardo y Camila	Práctica clínica supervisada	Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro" Dra. Noemí Díaz Marroquín	Co-terapeuta	17	Violencia de pareja	en terapia
Familiar: Adriana Mendoza	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	28	Abuso sexual	Alta
Individual: Mariana Celis	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	11	Violencia familiar	Alta
Familiar: Ramiro Zamora	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	10	Violencia familiar	en terapia
Familiar: Miriam Ramírez	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	13	Violencia familiar	en terapia
Familiar: Héctor Moncada	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	9	Déficit de atención	Baja
Familiar: Blanca Ortiz	Práctica clínica supervisada	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" Dra. Alma Martín	Terapeuta	7	Violencia familiar	Baja

3.1.2 Integración de los expedientes de trabajo clínico con familias

El desarrollo de las habilidades clínicas terapéuticas supone la adquisición de conocimientos y competencias, con el objetivo de realizar las diferentes etapas de un proceso terapéutico. De acuerdo con esto, se presenta la integración de dos expedientes clínicos, los cuales corresponden al trabajo clínico realizado con algunas de las familias con quienes se intervino terapéuticamente durante la formación académica.

Los expedientes presentados a continuación contienen los datos de las familias¹, motivo de consulta, familiograma, resumen de la intervención terapéutica, evaluación del proceso, además de comentarios y reflexiones.

EMA SOTO

Datos generales

Terapeuta: Oswaldo Herrera

Supervisora: Mtra. Nora Rentería

Modelo: Enfoques posmodernos

No. de sesiones: 17 (equipos reflexivos, 14)

RESUMEN

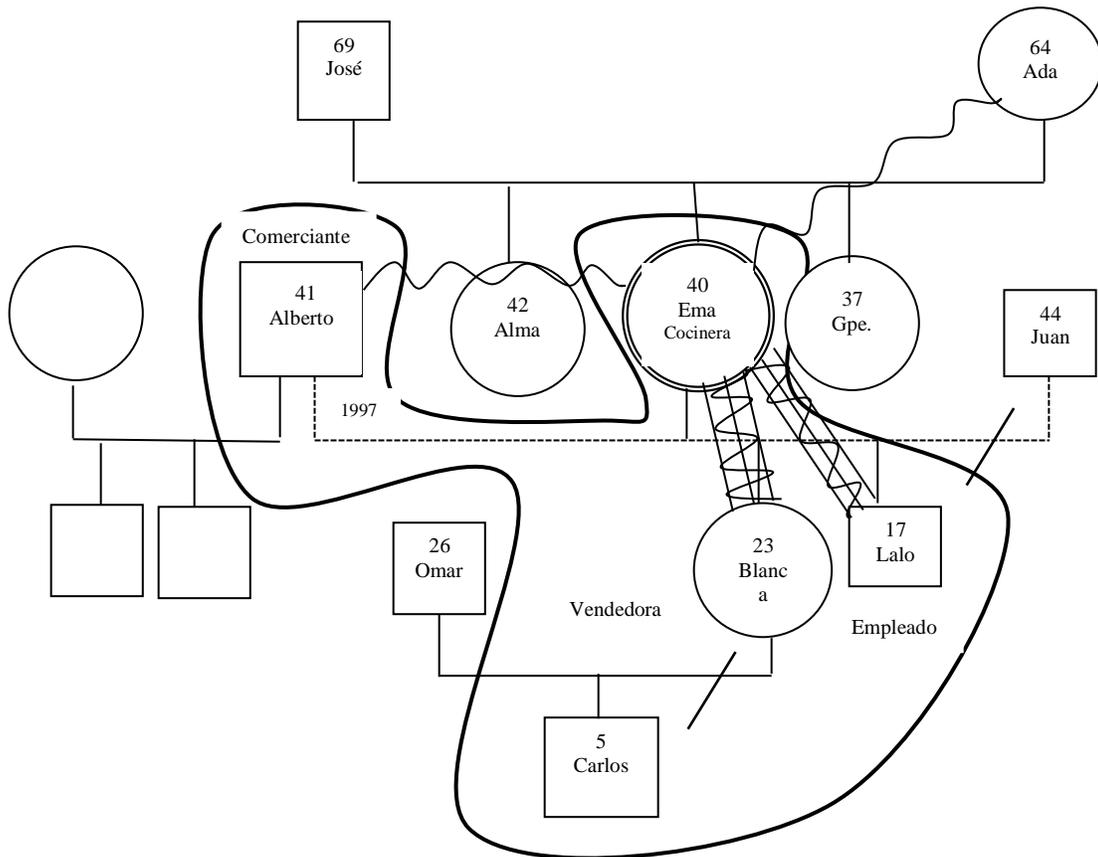
La Sra. Ema solicitó atención en el Centro de Servicios Psicológicos. Manifestaba sentir mucha ansiedad por la relación con su pareja; además emergieron otras problemáticas que también le generaban malestar: la relación con sus dos hijos, y la hostilidad hacia ellos, así como la necesidad de independencia económica. Trabajamos con Ema desde los enfoques posmodernos: narrativo, colaborativo y reflexivo, durante 16 sesiones sola y una sesión adicional acompañada de su hija. Al término del proceso terapéutico, Ema reportaba mejorías notables en su relación de pareja, en la relación madre-hija, informaba sentirse mucho menos ansiosa y deprimida; aunque hasta ese momento no había conseguido trabajo, esto ya no le preocupaba ni le generaba ansiedad.

¹ Los nombres y otros datos de identificación han sido modificados para salvaguardar la confidencialidad de los integrantes de las familias.

MOTIVO DE CONSULTA

Ema solicitó terapia debido a que quería terminar su relación de pareja, en la que llevaba 16 años; relación caracterizada por maltrato psicológico de parte de su pareja. Asimismo, informó tener problemas con el control de la ira, especialmente hacia sus hijos. Ema inició la terapia comentando que un psiquiatra le había diagnosticado 'trastorno bipolar', aunque otro lo descartó, diagnosticándole solo 'episodios depresivos'; incluso antes y durante el proceso psicoterapéutico consumía fármacos psicotrópicos por prescripción psiquiátrica. Manifestó no gustarle como vive, ni lo que hace. Habló de una dependencia económica hacia su pareja; aunque dijo no amarlo, le costaba mucho dejar la relación. Las actitudes y conductas de Blanca, su hija, le resultaban intolerantes. Aunque reconoció que es una buena hija, dijo no saber que le molesta de ella. Describió la relación madre-hija como dependiente; a ambos hijos los describió como una carga.

FAMILIOGRAMA



RESUMEN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Ema habló de lo difícil que le resulta enfrentarse a su mamá, quien vive con ella; aludió a los abusos sexuales que sufrió por parte de su padrastro y cómo vivió la desprotección de la madre, quien ante el temor que tenía de perder su relación de pareja, no hizo nada para proteger a su hija. Habló de la agresión de su madre hacia sus nietos y bisnieto. Se preguntaba cómo ponerle un límite a su mamá. Decía que toda su vida había tenido que callar lo que ella siente y opina. Le gustaría hablar con su mamá y decirle que las dos no pueden estar juntas, que su mamá no se adapta a las reglas de su casa. Como terapeuta, hice la analogía de que parecería que Ema escuchaba dos voces, una voz chiquita que le dice que se siente mala hija y una voz grande que le dice que primero es ella. Dijo que ya no permite que se oiga la voz chiquita, mientras la voz grande la identifica como “la cordura”. En una sesión posterior, aclaró que habló con su mamá en buenos términos y ésta se fue del departamento a vivir con una de sus hermanas, quedando de ir a visitarla.

Indagué si lo que hizo con su mamá podría serle útil para establecer límites con otras personas, para “no dejar que el dolor entre a su vida”, por ejemplo con Alberto. Respondió que sí cree que le pueda ser útil, de hecho dijo que ha decidido sacar a Alberto de su vida. Para esto, necesita encontrar un trabajo, ir tomando decisiones y decidirse a definir qué es lo que quiere y lo que no quiere. Dijo querer una relación de respeto, dejar fuera el maltrato de su vida. Relató las conductas violentas del padre de sus hijos para con ella, y cómo para salirse de dicha relación se involucró con Alberto; describiendo la situación como “era lo mejor que había en ese momento”. Describió a Alberto como muy controlador, como alguien que se aprovechó de su necesidad económica y emocional.

Ema hablaba de que, por una parte, sentía que su relación se acabó, se decía a sí misma que ya no tiene necesidad de la relación; pero, por otra parte, a veces cuando hablaba con él, éste le prometía cosas que la hacen dudar de su decisión. Le pregunté cuál voz es más fuerte y por qué lo cree así; ella dice que la primera porque es permanente, y la otra no. Normalicé esta ambigüedad, porque también hubo momentos buenos y agradables.

Se preguntaba porque permitió que sus miedos le robaran su voluntad; le regresé un comentario suyo, diciéndole que tal vez fue porque no tenía otra salida; no tenía otra opción en ese momento. Ahora se daba cuenta de que Alberto era el “grandote” y ella era la “chiquita”. Le pregunté qué es lo que la mantiene en esa relación; ella contesta que sus miedos: los miedos a trabajar, a sentir que no vale, por esos miedos aprendió a someterse, y Alberto se aprovechó de sus miedos. Comentó que todo lo que había pasado ha sido muy difícil y entendía que el haber atravesado una relación de pareja donde hubo violencia es porque no veía otra opción. Le comenté que me parecía que estaba dentro de un laberinto, donde no veía la salida. Reflexionó sobre el hecho de

que una mujer no puede tolerar una relación violenta aunque esté en juego la estabilidad de los hijos. La escuché decir que está decidiendo cosas, aunque Alberto seguía ahí; por ejemplo, ponía límites en la relación de pareja, como no estar a la disposición de su pareja.

Ema sacó a colación la mala situación que debe estar pasando la esposa de Alberto. Le pregunté qué le diría a esa mujer para ayudarla a salir de dicha situación; le diría “no le permitas a este hombre que siga destruyendo tu vida, todas las mujeres aguantamos por miedo, libérate de él, te ayudo”. Al invitarla a reflexionar sobre otras mujeres, ella toma distancia y puede hablar de la situación de las mujeres.

Comentó que los cambios en su relación de pareja –Alberto se ha acercado más a ella y se ha comportado de manera respetuosa y afectuosa– la han detenido a dejar la relación. Considerando estos cambios, formulé algunas interrogantes: “¿puedes seguir con la relación de pareja sin perder de vista tus proyectos individuales?” Respondió que podría seguir con Alberto sin dejar de lado sus necesidades e intereses individuales. “Si tu te visualizas trabajando, ¿cómo sería la relación de pareja?”, pregunté; creía que se saldría de la relación, porque ya no necesitaría en lo económico de Alberto.

Habló, también, de que se sentía libre con respecto a la relación de pareja, de que en cualquier momento podía dejarla. Pero temía que si entrara a trabajar, dejaría la relación; quisiera darse una oportunidad para estar juntos, ya que ahora se llevaban muy bien. Indagué: “si pudieras salirte de ti misma, ¿qué te dirías a ti misma respecto de tu relación con Alberto?” Respondió que se preguntaría a sí misma: “¿de qué te sirve esa relación, por qué no te sales?”, ¿es por comodidad, por no trabajar?, ¿qué te falta?”. Creía que no sale a buscar trabajo porque perdería a Alberto, sin embargo admitió a través del diálogo que es posible ambas cosas: trabajar y mantener la relación. Le pregunté: “si te sientes bien ahora con Alberto, ¿por qué no quedarse en la relación?”. Dijo que mientras las cosas sigan así, ella seguirá con Alberto.

Con respecto a la relación con sus hijos, había pasado de pensar que debía separarse físicamente de sus hijos y vivir sola, a creer que sería buena idea que los tres (ella y sus dos hijos, sin Alberto) se salieran juntos del departamento a vivir a otro lugar. Cuando le pregunté qué le llevó a considerar esto, dijo que ahora tolera más a los dos, especialmente a Blanca, dialoga con ella, la siente más madura y responsable de sí misma y de su hijo, más independiente; todo esto la hace sentir con menos carga. Expresó que no quiere que Blanca se independice, ya que ahora funciona mejor la relación madre-hija. Hablamos de que gracias a los propios cambios de ella, Blanca, como consecuencia, también ha cambiado. Destacamos algunos cambios positivos en la relación madre-hijos, cambios que tienen relación con platicar las cosas entre los tres, planear cosas a futuro, respetar las decisiones entre ellos, etc.

Destaqué dos cambios que la han ayudado a mejorar la relación con su hija: por una parte, el cambio de actitud sobre Blanca, verla más fortalecida, independiente y decidida, la percibe como una madre más competente, ya no como niña e inmadura; por otra parte, en no pensar que la causa de su enojo tiene que ver con lo que hace o deja de hacer Blanca, sino con las propias actitudes y creencias, de ahí que el cambio tenga que ver no con Blanca, sino con Ema; es decir la relación ha mejorado porque ésta ha cambiado su percepción sobre Blanca y porque ha hecho cosas por mejorarla.

Expresó, en algunas ocasiones, que tuvo discusiones con Blanca, pero no perdía el control ante el enojo; ante estos eventos extraordinarios, le pregunté cómo le hizo para no perder el control, respondió que Blanca tiene derecho a enojarse y que ahora ella (Ema) tiene más control de sus emociones. Le pregunté qué le dice de sí misma que esté manejando su enojo; ella dijo que puede enojarse, pero no agredir a otra persona, además de que a ella le hace daño. Habló de que su enojo depende de “que tanto yo le permito al enojo hacer en mí misma”. Enfaticé que hace cosas para manejar el enojo, como reconocer sus sensaciones corporales, para dejar la idea que ella está en control de su enojo.

Enfaticé que hay cosas y emociones que le roban la voluntad; cosas como el cigarro, y emociones como el miedo, el enojo y la tristeza. Le pregunté cómo le hizo para no permitir que sus miedos le robaran su voluntad. Respondió que tomando decisiones y enfrentando las cosas. Le pregunté cuáles miedos se han ido. Respondió: “el miedo a trabajar, a creer que no puedo, a enfrentar la vida, a sentir que no valgo”. De haberse dado cuenta que podía mantenerse sola, que no necesitaba de Alberto, dijo, se hubiese ahorrado mucho sufrimiento; por ese miedo empezaba a someterse, y eso le ocasionaba más sufrimiento. Manifesté curiosidad ante cómo le hizo para luchar contra ese miedo; dijo que reconocer que antes ha dejado que el dolor entrara en su vida, le ha servido para no permitir que vuelva a suceder.

Pregunté si quizá no fue Ema la que permitió todo el dolor que trajo Alberto, sino fueron los miedos los que permitieron que el dolor entrara en su vida; estuvo de acuerdo: “fueron mis miedos los que me mantenían atada a la relación, sometida”. Se dio cuenta de que no le gustaba esa relación, “nadie que esté atravesando por algo así tolera eso, son los miedos”. Comentó que la confusión no le permitía ver las cosas como las ve ahora.

Otra cosa que inquirí es de dónde venía esa angustia y ansiedad que sentía últimamente, si no venía de que no estaba haciendo las cosas que deseaba hacer, de que está postergando sus proyectos personales. Le pregunté qué le decía la voz que la ayudaba a luchar contra la tristeza; ella aclaró que decía: “levántate, no tienes que depender de ese hombre, tú vas a estar bien”. Comenté que me parecía que cuando la tristeza entraba en Ema es cuando ella no hacía las cosas que deseaba, no atendía sus necesidades, cuando las cosas de otros eran prioridad y no las

suyas; por otra parte, el enojo entraba cuando los demás no hacían las cosas como ella quería que fuesen hechas.

Dijo que oírse a sí misma le es más útil que el que otras personas le digan “tú tienes que hacer esto o aquello”; le hace preguntarse porqué tiene que hacer lo que otros dicen; se permitía ahora darle mayor valor a su opinión que a la de los demás. Cuando habló de los líderes de la congregación (en las primeras sesiones iba mucho al templo y dicha comunidad era muy significativa en su vida), que quieren saber todo lo que ella hace, inquirí si esta es una forma de control para ella, y si tiene relación con lo que Alberto hacía; responde que son muy parecidas las conductas. Distinguió algunas semejanzas entre lo que hace Alberto y los líderes, como que ambos juzgaban sus conductas y le decían lo que tiene que hacer.

Comentó que sentía muchos deseos de irse sola y dejar a sus hijos en el departamento. La interrogué sobre qué la detenía para hacer esto; respondió que sentiría que es mala madre. Indagué de dónde venía esa voz que le dice mala madre, dijo que los líderes de la congregación son quienes le decían cómo debe ser como madre, la hacían sentir culpa por no ser “buena” madre. A través del diálogo, empezó a describir a los líderes como humanos con defectos y virtudes que le decían lo que tiene que hacer, y le generaban la sensación de que la quieren controlar. Le pregunté qué pasaría si ella dejara de dar valor a las voces de la congregación y le diera más peso a su propia voz; creía que si se escucha a sí misma, a su voz, dejaría de hacer lo que otros quieren. Le pregunté, también, qué buscaran los líderes al dar esos consejos de no dejar sola a Blanca. Comentó que no buscaban el bienestar de Blanca ni el de sí misma, sino que se buscaban su propia satisfacción y conveniencia. Esta pregunta estuvo destinada a descalificar la voz de la culpa al sugerirle a Ema que quienes le dicen qué hacer quizá no buscan el bienestar de Blanca ni el de sí misma.

Comentó que, a raíz de la terapia, tiene muy claro las cosas que quiere que sucedan en su vida, cosas opuestas a lo que le dicen otras personas (miembros de la congregación, por ejemplo). Se preguntó: “por qué tengo que hacer lo que otros dicen?, ¿por qué lo marca la sociedad?, ¿por qué tengo que seguir los planes de otras personas? Pensar esto me hace sentir liberada. En mi vida mando yo.” Le pregunté si saber que otros no le pueden decir lo que tiene que hacer, la hace ser más tolerante respecto a sus hijos, no imponerles cosas, darles márgenes de libertad; responde que sí, que no quiere ser una madre intolerante. Relató un episodio donde puso límites con su hijo, y no respondió con ira.

Le pregunté qué personas conocidas se asombrarían más de los cambios de ella; respondió que sus hijos y sus amigas, que su vida ahora era diferente, se sentía bien. Dijo que le gusta mucho esta terapia porque le hacía ver claras las cosas; ya no sentía vivir angustiada.

Blanca, la hija de Ema, nos acompañó, en la penúltima sesión. Buscando destacar más efectos de los logros de Ema, le pregunté a Blanca cómo ha cambiado la relación con su mamá, en qué ha cambiado la mamá. Dijo que ahora su mamá respetaba sus decisiones, no se alteraba fácilmente; ahora se llevaba muy bien con su mamá, no quería que se separaran físicamente. También inquirí porqué cree que su mamá no ha podido salirse del departamento; dijo que se trata de una relación de muchos años y no es nada fácil. Otras interrogantes que planteé: “¿qué crees que sería más fácil para tú mamá primero trabajar o salirse del departamento?” Dice que trabajar porque de esta forma se sentiría independiente, autosuficiente y tendría recursos para hacer otras cosas, como a Blanca le pasó, y en cambio salirse primero la haría sentirse triste y le dificultaría conseguir trabajo, incluso podría quedarse en la relación de pareja si ella quisiera, una vez que trabajara, pero ahora sería sin la dependencia económica.

Ema creía que no dejaba vivir a Blanca, decía que no quería meterse en la vida de Blanca. Le pregunté a Blanca si sentía que su mamá no la está dejando vivir su vida; dijo que no, que ella estaba viviendo su vida. Le pregunté a Ema cómo la hacía sentir la respuesta de Blanca, dijo sentirse menos culpable porque sentía que la estaba limitando.

En la última sesión recapitulamos los cambios de Ema a raíz del proceso terapéutico, cambios que incidieron en una mejor relación con su pareja, su madre, sus hijos y su nieto. Otros cambios estaban relacionados con un mayor control de la ira y un menor nivel de ansiedad y tristeza. Además de que ahora se visualiza con algunos proyectos individuales como trabajar a corto plazo y poner un negocio propio a largo plazo.

LOS PROCESOS REFLEXIVOS DURANTE LAS SESIONES

Desde las primeras sesiones, el equipo reflexivo reconoció, en Ema, muchas fortalezas que le habían permitido superar adversidades, particularmente con respecto a relaciones de maltrato. Se comentó que el hecho de que haya estado en crisis puede representar una oportunidad para que ella anteponga sus intereses y necesidades. En sesiones subsiguientes, algunos miembros del equipo reflexivo expresaron lo difícil, pero sabio, que habían sido las decisiones que ha ido tomando, como irse alejando de las personas que la lastiman. Compartieron que es una mujer que sabe lo que quiere hacer, y lo que necesita. También se dijo que es una mujer que estaba luchando por evitar repetir, hacia su hija, lo que su propia madre hacía con Ema (el maltrato físico). Se dijo que para proteger a sus hijos, primero se tiene que proteger a sí misma. Algunos se preguntaron si ahora Ema tiene otras “miradas” positivas, que le dicen quién es y cómo es ella; dijeron que en la medida en que esas “miradas” se reconozcan, y se dé más valor, las otras “miradas” tendrán menos influencia.

Mostraron su admiración ante los avances que ha obtenido: que está luchando contra sus miedos, que es una mujer con muchos recursos, los cuales está utilizando. El equipo también comentó que ya ha estado tomando muchas decisiones: dejar el cigarro, pedirle a su mamá que se fuera de la casa, ir a terapia, incluso ya decidió dejar a Alberto; afirmaron que se trata de una gran decisión compuesta de pequeñas decisiones. Ema comentó, en esas sesiones, que haber escuchado al equipo reflexivo le sirvió para reconocer que es una persona que actúa con fortaleza, darse cuenta que es una mujer que vale la pena, que puede hacer las cosas, que puede dejar de depender de otros y dejar de permitir que sus miedos le roben la voluntad.

Comentaron que, en el pasado de Ema donde hubo violencia contra ella, quizá no pudo hacer cosas para salirse de su relación de pareja, porque necesitaba protegerse a sí misma y a sus hijos, y para ella no había otras opciones; pero ahora puede hacer uso de sus recursos y tomar decisiones que le beneficien. De forma particular, cuando el equipo abordaba problemáticas de violencia, Ema comentaba que le hacía mucho sentido.

Ante la prisa de Ema por no realizar los cambios grandes en su vida, comentaron que los cambios que está haciendo involucran un proceso, una serie de pasos, y que ya está ella haciendo cosas, está construyendo la vida que quiere, de forma distinta a como venía viviendo, se está deshaciendo de sus miedos. También recalcaron que está dando pasos en dirección a sus metas, además de que ahora logra controlar más su enojo. En estos pasos, dijeron, todos –Ema y sus hijos– trabajan en la misma dirección, como un equipo con metas en común.

Aunque frecuentemente se preguntaban cómo se ve ahora Ema a sí misma, uno de ellos utilizó la figura de los testigos externos al preguntarse: cómo ven los hijos a su mamá, qué dirían ahora sus amigas de ella. Otro se preguntó qué es lo que sus amigas ven en ella para que quieran seguir siendo sus amigas.

Buscando que Ema se viera a sí misma de forma diferente como madre, se preguntaron hasta qué punto las madres son responsables de los hijos, sobre todo si son mayores, como sus hijos. Comentaron que hay distintas formas de cuidar y diferentes formas de ser mamá. Otra cuestión sobre la que reflexionaron es la fantasía que tienen las madres de controlar la vida de los hijos; dijeron que no se puede tener control total sobre la vida de los hijos, menos cuando se están independizando.

También se formularon interrogantes sobre el futuro de Ema. Se preguntaron que otras cosas hacen falta, además de las que ya ha venido haciendo, para que tenga un espacio para sí misma, para sus necesidades y deseos; la invitaron a visualizarse a sí misma haciendo esas cosas. El equipo se preguntó, considerando el futuro, qué va a pasar, cómo va a ser la vida de Ema, qué va a estar haciendo, qué va a dejar de hacer, cómo va a ver las cosas diferentes, qué la van a ver sus hijos haciendo diferente.

En las últimas sesiones, se destacó que Ema hace oídos sordos a todas las voces que le dicen lo que tiene que hacer con su vida, y no concuerdan con su proyecto de vida. Comentaron que le podría ser útil distanciarse de las voces que le dicen lo que tiene que hacer, cuando estas voces contradicen o se oponen a lo que ella misma desea o necesita. Otros comentaron que, si en otros momentos ella había estado confundida, ahora ha aprendido a escuchar su propia voz, sus propias necesidades y deseos. Se expresaron, de ella, en términos de tenacidad, valentía, capacidad de tomar decisiones y flexibilidad. Con el objetivo de que se llevé las voces del equipo cuando la terapia finalice, se comentó que cuando tenga problemas, en el futuro, tal vez le pueda ser útil que se pregunte qué le hubieran dicho los miembros del equipo terapéutico o su terapeuta. En la última sesión con el equipo, todos los miembros le entregaron cartas donde expresaban lo que pensaban y sentían de Ema, esto con la finalidad de que pudiera llevarse con ella las voces del equipo, y leyera las cartas cada vez que se preguntara a sí misma que le diría el equipo ante determinada situación.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Para Ema, las diversas reflexiones del equipo la ayudaron a tener otras perspectivas sobre sí misma, perspectivas que tienen relación con los aspectos más positivos de sí misma y que le costaba esfuerzo reconocer. Los comentarios y preguntas vertidos por el equipo reflexivo le permitieron reflexionar sobre su persona, tuvieron el efecto de que se conociera mejor a sí misma, particularmente sobre aquellos aspectos de su persona no valorados. Ema expresó en varias sesiones que le gustaba mucho esta terapia porque le hace ver “claras” las cosas; ya no sentía que vivía angustiada. Los comentarios del equipo reconocieron los esfuerzos y experiencia de Ema como persona, como madre y como mujer.

En síntesis, incluir una amplia variedad de voces, del equipo reflexivo le fue útil a Ema para incorporar otros puntos de vista, reflexionar sobre sus acciones y sobre sí misma, abrir nuevas posibilidades en su futuro. Para mí, como terapeuta, fue útil ya que potencializó el efecto de las conversaciones terapéuticas. Ema es quien decidió de qué se debía hablar y de qué manera. Frecuentemente le pregunté si lo que se conversaba está siendo significativo para ella, de qué forma, y qué es lo que estaba siendo significativo.

En la última sesión con el equipo, se le preguntó a Ema: “¿qué sensaciones te dejan hoy las sesiones terapéuticas?” Respondió que la sensación de ser valiosa para otras personas, que el hecho de que tenga momentos de tristeza no significa que siempre va a ser así, que depende más de las circunstancias; también comentó que la han ayudado a desarrollar una mejor relación con sus hijos, creía que no amaba a sus hijos, y esa creencia ha cambiado, ha aprendido a tolerar a sus hijos. Le pregunté qué ha logrado en la terapia; comenta que la buena relación con sus hijos, el

mayor control que tiene sobre su ira, la capacidad de ir decidiendo sobre su propia vida, organizando sus prioridades, ir perdiendo sus miedos e inseguridades, irse fortaleciendo y ganar confianza, fortalecer su autoestima, creer que merece más de lo que la vida le ha dado, darse cuenta que depende de ella dejar la relación, y no de Alberto.

En resumen, Ema se encontraba, en el inicio de la terapia, teniendo una relación de dependencia con su pareja, una relación hostil con los hijos, la pareja y su propia madre, queriendo separarse física y emocionalmente de los hijos, y sintiéndose ansiosa y deprimida la mayor parte del tiempo. Al final del proceso terapéutico se siente bien consigo misma, empoderada, tiene una relación mucho más armoniosa con los hijos, la pareja y la propia madre, y está decidida a buscar empleo.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Uno de los retos del proceso terapéutico fue incrementar la agencia personal de Ema. Teníamos en mente, como equipo, que si Ema no podía salirse de la situación que la hacía sufrir, se veía a sí misma como víctima; si le resultaba difícil acceder a sus propios recursos y capacidades, no podría actuar los cambios que necesitaba en su vida. Cobb (1997) asevera que las mujeres que consolidan su identidad como víctimas adoptan una narrativa que obstaculiza que se construyan a sí mismas como agentes, es decir, la identidad de víctima es paradójica: por una parte, libera a las mujeres de patrones de violencia, por otra parte, se construyen a sí mismas en función del accionar de otros, y en lugar de apropiarse de su propia agencia, la declinan.

Al inicio del proceso, Ema presentaba una versión disfuncional de sí misma, en función del diagnóstico de “trastorno bipolar”. Como nos recuerdan Boscolo y Bertrando (2008), el diagnóstico no es algo que deba aceptarse sin discusión, pero tampoco una idea que se deba combatir, es uno de los posibles “tanteos” de la realidad; está, al igual que las hipótesis, en constante movimiento. Sin aceptar ni refutar dicho diagnóstico, el equipo reflexivo y terapeuta construimos, junto con Ema, otra imagen de sí misma que le permitiera acceder a sus propios recursos, distinta de la versión patológica dominante de sí misma; es decir, una mujer fuerte, que sabe lo que quiere en su vida y lo que no, que toma decisiones, que ha desarrollado una red de apoyo familiar y social, que ha sabido superar las adversidades, que sabe escuchar su propia voz.

También observamos, especialmente al final del proceso, que los problemas que Ema presentaba al principio de la terapia –cómo dejar su relación de pareja, trabajar, separarse físicamente de sus hijos y vivir sola– no se resolvieron, sino que se “disolvieron” en la terapia. A través del diálogo terapéutico entre Ema, equipo y terapeuta, se transformaron las premisas y creencias que llevaron a “disolver” los problemas de Ema. Es decir, no es el sistema el que crea el problema, sino el problema el que crea el sistema; el problema no existe independientemente del sistema de

observadores que los definen (Anderson & Goolishian, 1996; Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1989).

El proceso terapéutico tuvo efectos en mí como persona y terapeuta. Por un lado, representó todo un reto asesorar a Ema en sus dificultades con el control de la ira, ya que aunque había sido una víctima, en distintos ámbitos, eso no la justificaba para agredir a sus hijos. Para mí el uso de la violencia es inadmisibles y cuando escuchaba a Ema hablar de la pérdida de control sobre su enojo, tenía que ser muy prudente para no aceptar sus conductas ni actitudes, pero sí validar sus emociones y su persona. Los diálogos con Ema significaron para mí un gran aprendizaje que me permite adquirir nuevos recursos atendiendo a mujeres que han sido víctimas, pero también tienen problemas con el control de la ira.

PAREJA MANUEL Y ANA

Datos generales

Terapeutas: Oswaldo Herrera y Lizet Virgen

Supervisora: Dra. Luz María Rocha

Modelo: Estratégico

No. de sesiones: 6

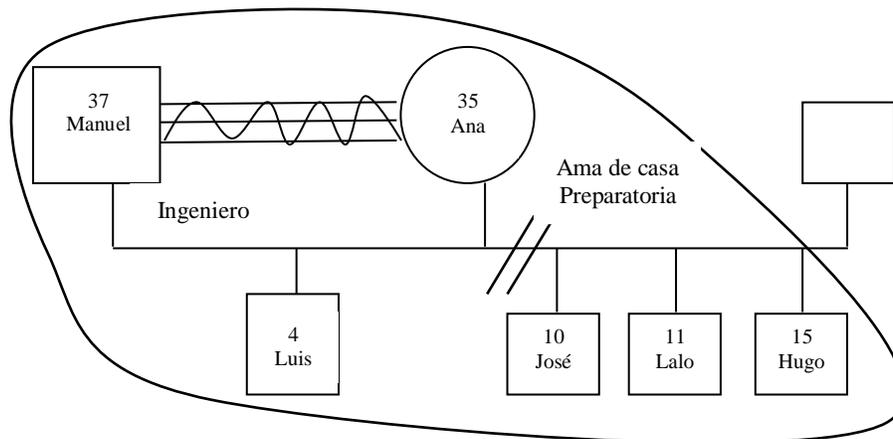
MOTIVO DE CONSULTA

Problemas de pareja, posibilidad de divorcio planteada por ambos en distintos momentos. Reciente separación física durante aproximadamente dos meses. Hace tres semanas regresan a vivir juntos. Manuel planteaba interés en mejorar la comunicación, la relación de pareja y que se entendieran mejor. Las demandas que surgieron, por parte de Manuel, fueron: mayor tiempo para estar con Ana en actividades de pareja, sólo ellos dos; que Ana lo incluyera en la toma de decisiones y participación en el cuidado y educación de los tres hijos del primer matrimonio de Ana; que Ana no omitiera u ocultara información respecto a los hijos o con quien sale; Manuel muestra celos sobre un excompañero de la escuela de Ana. Por otra parte, las demandas de Ana se centran en tener mayor libertad y autonomía en el uso de su tiempo, y mayor comprensión por parte de Manuel en los intereses particulares que Ana muestra fuera de la familia y trabajo.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Ana manifestó sentirse muy limitada y controlada por su pareja, habló de sentirse como la hija rebelde, y que él se comporta como el papá; tiene que pedir permiso para salir con amigos. Cuando ella le cuenta algo a Manuel, éste frecuentemente le cuestiona. Ana habla de querer continuar la relación, pero necesita que él respete su espacio personal. En esta pareja se presenta una pauta que genera problemas a Ana: Manuel demanda mucho tiempo y atención a ella; cada vez que él se acerca insistentemente a ella, ésta se aleja, se siente presionada por él; él no respeta y restringe el espacio personal de ella. Además, de manifestar celos cuando Ana sale con amigos o compañeros de estudios (Ana está terminando la preparatoria en sistema abierto). Todas estas características de control y restricción de libertad de parte de Manuel hacia Ana implican actitudes y conductas de violencia psicológica. Dohmen (1995) asevera que los celos y la necesidad de mantener la posesión de la mujer, llevan a los hombres a controlar las conductas de su pareja.

FAMILIOGRAMA



OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Fortalecimiento de los subsistemas familiares, especialmente el de pareja y de los subsistemas individuales. Concretar actividades para crear un espacio de relación para la díada Manuel y Ana; por otro lado, desarrollar espacios de relación de cada padre con los hijos, por separado. Brindar nuevas formas de intercambio entre los miembros de la pareja que no involucren violencia psicológica.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Después de la fase social y del planteamiento del problema, en el proceso terapéutico fueron habituales las asignaciones de tareas. En la primera sesión dejamos la actividad, a cada uno de los miembros, de reflexionar y escribir qué demandaba específicamente cada uno del otro miembro, dado que Manuel pedía más tiempo con su pareja, mientras Ana demandaba mayor autonomía. En otra sesión le pedimos a Manuel que saliera a divertirse con una amiga, esto con el objetivo de invertir la pauta-problema y de que Manuel desarrolle su propio espacio individual, ya que todo su tiempo libre lo ocupaba con sus hijos o demandando atención de Ana, lo que hacía que ésta se sintiera presionada. Para connotar esto último de manera positiva, los terapeutas enfatizamos que, por el bienestar de la pareja, cada uno de ellos, especialmente Manuel, necesita de un espacio individual donde pueda dedicar tiempo a su persona y crecer como individuo, para la pareja no pierda la admiración por él.

Con la finalidad de tomar en cuenta las demandas de Manuel, también le asignamos a la pareja la tarea de salir dos veces a la semana; uno de ellos decidiría la actividad una vez, y el otro decidiría el otro día; esto último se connotó como una cita de novios. Otra de las tareas asignadas fue pedirle a la pareja que, cada uno por separado, escribiera en una libreta todas las recriminaciones que tiene hacia el otro, para que después lo quemaran. Esto último se hizo pensando que, en el ámbito de la pareja, es necesario dejar fluir y canalizar la rabia y los sentimientos de culpa, ya que dichos sentimientos pueden convertirse en un recurso útil para hacer que renazcan sentimientos positivos (Nardone & Castelnovo, 2007).

Una vez que la pareja dejó claro cuáles han sido sus intentos de solución –en un principio, las amenazas de separación de Manuel y, después de la separación temporal, los acercamientos de Manuel–, los terapeutas enfatizamos, en varias ocasiones, que dichos intentos han sido infructuosos. Esto considerando que el terapeuta estratégico detecta las soluciones intentadas que hacen que el problema persista (Nardone & Castelnovo, 2007) y se lo hace evidente al individuo o a la pareja.

Los terapeutas planteamos preguntas como las siguientes: “¿cómo te darías cuenta, Manuel, de que tienen una comunicación efectiva?, ¿cómo puedes demostrar, Manuel, que confías en ella?, ¿cómo te darías cuenta, Ana, de que eres más autónoma?, ¿Ana, cómo puedes demostrar a Manuel que eres honesta con él cuando sales con tus amigos(as)?, ¿cómo se darían cuenta, los dos, de que están logrando lo que cada uno quiere?” Estas preguntas tuvieron la finalidad de que los cambios, que cada uno de los miembros de la pareja deseaban, se expresaran en la forma más concreta y conductual posible.

Desde la segunda sesión, planteamos la siguiente hipótesis: cuando Manuel se acerca insistentemente a Ana, ella se aleja de él; por el contrario, las pocas veces que éste se alejaba, ella se acercaba. Esta hipótesis se sostuvo a lo largo de todas las sesiones. Cuando los terapeutas exploramos los momentos en que se ha dado la pauta contraria –cuando él se aleja, ella se acerca–, aprovechamos la confirmación de estos momentos para prescribir la pauta contraria. Hacia la mitad del número de sesiones, la pareja informó que habían asistido a un encuentro matrimonial (de índole católica) que, según ellos, les estaba ayudando a comunicarse de forma más eficaz.

También hicimos uso de metáforas para introducir información que se apreciaba era difícil hablar directamente. Por ejemplo, se usó la metáfora del “jabón mojado”: al ser presionado se resbala fuera de las manos; esta metáfora se dirigió a Manuel cuando Ana hablaba de que se sentía controlada emocionalmente por su pareja. También se usó la metáfora del “postre” y de la “liga”; la primera se usó para dar a entender, a Manuel, que cuando se pasa mucho tiempo con la pareja, sin contar con un espacio individual propio, termina uno con hastío, al igual que el postre favorito que se come todos los días pierde su sabor; la segunda metáfora, la de la “liga”, se utilizó con el fin de transmitir la idea, a Manuel, que cuando se presiona una relación, ésta al igual que una liga se termina rompiendo.

Debido a problemas de salud, Ana se sometió a una intervención quirúrgica en la nariz; esto retrasó varias semanas la penúltima sesión y modificó la dinámica de pareja. No se presentaron, desde entonces, conflictos de pareja. El equipo planteó tres conjeturas en torno a esto: 1) el efecto de la terapia; 2) las pláticas del encuentro matrimonial, y/o 3) la convalecencia de Ana en casa ha evitado que ella esté fuera de casa, y la necesidad de tener un cuidador (Manuel) que la atienda, por lo que la pauta, en este momento de convalecencia, no representa un problema. Cabe aclarar que no es necesario que sólo una de ellas explique los cambios, sino que pudieran ser las tres.

Le preguntamos a Ana qué va a pasar cuando ella esté restablecida, además de que le comunicamos a la pareja la desconfianza que sentía el equipo por la súbita ausencia de conflictos en la pareja, y el temor que, como pareja, tengan una recaída. En la última sesión, le preguntamos a la pareja cuáles habían sido los cambios experimentados; ella dijo que él mostraba más confianza hacia ella, no le exige como antes, no la cuestiona, tienen más tiempo como pareja y espacio personal, además cuando él la percibe enojada, le da su espacio; él dijo que ella lo ha escuchado más, lo busca más. Cuando les preguntamos sobre cómo ven su relación a futuro; ambos coinciden en que están mejor que como llegaron la primera vez; ella dice que tiene la confianza de decirle lo que piensa y lo que quiere hacer; él dice que se imagina mejorando aún más la comunicación de pareja.

Al final del proceso terapéutico volvimos a prescribir la recaída, connotándolo como el hecho de que las parejas atraviesan por momentos de calma, como ellos en este momento, pero que más adelante surgirán problemas; al mismo tiempo, le reconocimos a la pareja los cambios obtenidos en el proceso.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

A lo largo del proceso se plantearon varias hipótesis, en el equipo, que, no solo guiaron las sesiones, sino que nos permitieron evaluar el problema y la dinámica de pareja. Desde la primera sesión, se planteó la hipótesis de que, en la pareja, existía una lucha de poder, una relación caracterizada por la escalada simétrica. Sin embargo, desde la segunda sesión, se planteó la hipótesis de que Ana ya no quería continuar la relación de pareja, en parte por los celos y el control que percibe de Manuel.

Los celos constituyen, para Manuel, un mecanismo de control sobre las conductas de Ana, y necesidad de posesión de su pareja. Aquel percibe que la causa de sus celos está en las acciones de Ana, y no coloca la responsabilidad en su propia persona. Se muestra incapaz de reconocer que sus celos están en función de sus propias actitudes.

La supervisora y el equipo terapéutico coinciden en que los movimientos de la pareja exhiben una escalada simétrica; Ana, por una parte, se encuentra en una posición subordinada al no contar con el mismo nivel educativo e ingresos que su pareja, pero, en este momento de la relación, la decisión de querer terminar la relación por parte de ella, nivela el juego de poder entre ellos; es decir, Ana tiene el control de la relación en un nivel, mientras Manuel se coloca en posición de víctima para poder controlar las conductas de Ana.

Esto nos remite a que, desde el modelo estratégico, toda pareja se debate con el problema que significa compartir el poder y el manejo de la jerarquía; puede que uno de los miembros de la pareja esté en una posición simultáneamente superior e inferior; es decir, cada cónyuge puede encontrarse en una posición superior o inferior alternadamente y en diferentes áreas de su vida (Madanes, 1984).

Al final del proceso terapéutico, el problema principal de la pareja, el control de Manuel sobre las conductas de Ana, se modificó. El uso de metáforas, tareas, metacomunicación tuvo la finalidad de reorganizar los espacios que cada uno destinaba a lo individual, de pareja y familiar, y que el mayor espacio individual le permitiera a los dos, especialmente a Ana, mayores libertades. Además, la comunicación clara y directa en la pareja le ha permitido a cada uno expresar sus necesidades y deseos, sin necesidad de hacerlo por medio de los celos.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES

Durante las sesiones, se comentó, en el equipo, la necesidad de citar a Ana sola para explorar el deseo de continuar la relación; sin embargo, debido a eventos como una intervención quirúrgica no pudo asistir sola, y cuando se citó solo a Manuel alegaba o tener que acompañar a Ana al médico o tener que trabajar. La necesidad de esta exploración obedecía a la hipótesis, del equipo terapéutico, de que Ana no quisiera continuar debido a los intentos de control de Manuel sobre ella.

Al final del proceso terapéutico, los miembros del equipo terapéutico expresaron la opinión de que les parecía que las mejorías y avances, reportados por la pareja, eran algo superficial y pasajero; que, en el fondo, no se han modificado los conflictos conyugales. Sin embargo, no necesariamente es así, tal vez en este momento de la relación, a este sistema conyugal le funcionan los pequeños cambios. Al final de la última sesión, se les dejó abierta la posibilidad de retomar el proceso terapéutico si los problemas de pareja reaparecían y no los pueden resolver por sí mismos; cabe mencionar que no han vuelto a comunicarse con los terapeutas, hasta la fecha.

Aunque, desde el modelo estratégico, el terapeuta se considera responsable del cambio, desde otros modelos no se asume este supuesto. Según Cecchin, Lane y Ray (1993: 12), “el terapeuta irreverente no está interesado en saber qué es lo que realmente produce el cambio; lo que le interesa es que se dé”. Además, no podemos saber con certeza si los cambios en el sistema se debieron exclusiva o principalmente a las intervenciones terapéuticas, sólo podemos observar que se generaron ciertos cambios (Boscolo, Cecchin, Campbell & Draper, 1985).

Este proceso terapéutico representó para mí muchas más dificultades que el caso anterior. El trabajar en co-terapia, con Lizet, me ayudó muchísimo a sentirme apoyado y respaldado en las sesiones. Sin embargo, trabajar en co-terapia, cuando estás en formación y no tienes mucha experiencia, significa armonizar muchos aspectos que dificultan más el proceso terapéutico. Por otra parte, aprecié que, en terapia de pareja, la co-terapia equilibra las alianzas y coaliciones que pudieran surgir en el proceso.

3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las dos familias elegidas

En el proceso terapéutico, con Ema, buscamos abordar algunos de los aspectos menos reconocidos en su vida. Algunos miembros del equipo reflexivo mostraron su admiración por los avances que había obtenido, por los pequeños y grandes cambios que estaba haciendo en su vida y que le costaba trabajo reconocer. Las reflexiones emitidas por el equipo reconocieron las experiencias que había tenido sobre sus problemas. Se preguntaron por la forma en qué Ema se venía “mirando” a sí misma con las decisiones tomadas y cambios logrados, también se preguntaron cómo las personas cercanas a ella la “miraban” ahora. Las reflexiones del equipo también se concentraron en el futuro.

Con la finalidad de que se viera a sí misma de forma diferente como madre, algunos miembros del equipo comentaron que se socializa y enseña a las mujeres para cuidar a los demás, para cuidar las relaciones, lo cual puede ser un peso excesivo ya que no son las únicas que están en la relación. Además, al invitarla a reflexionar sobre otras mujeres, ella tomó distancia y pudo hablar de la situación de las mujeres: opresión, violencia económica, falta de oportunidades, etc. Invitarla a que siga pensando esto es seguir de-construyendo, en terapia, ideas culturales del lugar de la mujer y del hombre. Esto facilitó que Ema desarrollara una perspectiva alternativa de sí misma, de los demás y de sus relaciones.

A raíz de los cambios obtenidos en su relación de pareja y con su alejamiento de Alberto, éste se había acercado más a Ema y se había comportado de forma distinta, ahora sin violencia ni control, y de forma respetuosa y afectuosa. Aunque algunos miembros del equipo tenían la inquietud, adentro y afuera de la sesión, de que Ema estaría mejor sin su pareja, como terapeuta evité sugerir esto, ya que decirle lo que creíamos mejor para ella está en contra de su agencia personal. Al finalizar el proceso, la consultante decidió quedarse en la relación de pareja, ya que para ella la relación representa ahora una relación de respeto, de buen trato y de amor.

Con respecto a la relación con los hijos, pasó de pensar en separarse de los hijos a seguir compartiendo el espacio físico. Enfatiqué que a través de los propios cambios de Ema, Blanca, como consecuencia, también ha cambiado. Hablamos sobre algunos cambios favorables en la relación con sus hijos, es decir buscamos eventos extraordinarios de la relación conflictiva. Asimismo, busqué eventos extraordinarios en que no perdiera el control de la ira. Y pregunté que le dice esto de sí misma, como persona. A lo largo de las sesiones, Ema adquirió mayor control sobre su ira, atribuyendo el enojo a factores internos, no externos.

Ante el sentimiento de culpa por sus acciones como madre, de sentir que era una “mala” madre por querer separarse de sus hijos, se exploró de dónde venía ese sentimiento, en este caso de la “voz” de los líderes de su congregación. A través del diálogo, de reconocer la “voz de la culpa” se logró

cuestionar a la “culpa” y darle más peso a su propia voz. Como también sentía culpa por los golpes infligidos a sus hijos, se buscó un mayor control de sus actos y de la ira, y un reconocimiento de los efectos de sus conductas violentas en sus hijos y en ella misma.

Para invitarla a que no sacara conclusiones negativas de su identidad, seguí en las sesiones con la externalización, subrayando que hay emociones que le roban la voluntad, como el miedo, el enojo y la tristeza. Le pregunté cómo le hizo para no permitir que sus miedos le robaran su voluntad. Se relacionaron la ansiedad y la tristeza con el hecho de que postergara sus necesidades y proyectos individuales.

Evité colocarme en un papel de “experto”. Traté a Ema como asesora de sí misma, con la finalidad de que obtuviera mayor control sobre su vida, sus problemas y sus situaciones. Lo que buscamos, en el equipo, era generar posibilidades para que reconociera su capacidad de afrontar sus problemas, y la dirección sobre propia vida, es decir, agencia personal.

Buscando validar diferentes “miradas” de sí misma, desde una óptica narrativa, le pregunté quién de la gente que la conoce se asombraría más de los cambios de ella. La intención detrás de las preguntas circulares es predominantemente exploratoria (Tomm, 1988); o sea una forma en que el terapeuta trae a los miembros ausentes a la sesión y explora relaciones con la consultante y otros integrantes. Además, haciendo uso de las figuras de testigos externos, Blanca nos acompañó, en la penúltima sesión. Exploramos cómo ha cambiado la relación madre-hija y cómo ha cambiado la mamá.

Por otra parte, en el caso clínico con Manuel y Ana, los terapeutas adoptamos, como lo plantea el modelo estratégico una postura directiva en nuestras intervenciones. Fueron habituales las asignaciones de tareas. Estas tareas tuvieron el objetivo de que cada uno de los miembros de la pareja dispusiera de un tiempo y espacio individuales. Cada vez que asignábamos una tarea, usamos la connotación positiva; es decir, subrayamos que, por el bien de la pareja, cada uno de ellos, en particular Manuel, necesita de un espacio individual donde pueda dedicar tiempo a su persona y crecer como individuo.

Como se trabajó con una pareja en la que se percibían problemas de comunicación, la supervisora hizo hincapié que los terapeutas usaran entre ellos, en las sesiones, la técnica del modelado, especialmente en la comunicación y en el trato respetuoso, para fungir como ejemplo ante la pareja. Esto se acompañó de la comunicación, que los terapeutas hicieron, sobre la comunicación de la pareja –meta-comunicación–; redefiniendo como positivo lo que cada miembro de la pareja hacía. Boscolo y Bertrando (2008) enfatizan que la meta-comunicación es un factor básico de la terapia, que permite que cada participante logre darse cuenta de la percepción del otro.

Las preguntas que se formularon durante el proceso tuvieron la finalidad de reunir información, confirmar o refutar hipótesis, además de poner de manifiesto conexiones entre los miembros de la pareja, sus acciones, percepciones, sentimientos y contextos; es una meta-comunicación sobre la conducta de ellos (Ochoa, 1995). Es decir, cuando se introduce alguna información, aunque los miembros de la familia sientan que sus percepciones son individuales, al responder a preguntas se les “obliga” a experimentar la circularidad de su sistema familiar y a abandonar posiciones lineales o causales (Penn, 1982).

A lo largo del proceso se fueron planteando varias hipótesis que, no solo guiaron las sesiones, sino que nos permitieron realizar intervenciones. Una de la hipótesis de mayor fuerza era que cuando Manuel se acerca insistentemente a Ana, ella se aleja de él; por el contrario, las pocas veces que éste se alejaba, ella se acercaba. Cuando exploramos los momentos en que se ha dado la pauta contraria prescribimos esa misma pauta, connotando dicha prescripción como un medio de que Manuel consiga lo que desea de su pareja.

A lo largo del proceso, también se utilizaron metáforas para introducir, en otro nivel, informaciones que ya se habían tratado en las primeras sesiones, pero que se observaba difícil hablar directamente, información relacionada con el control sobre las conductas de Ana, el espacio individual y la pauta-problema.

Al final del proceso terapéutico se prescribió, a la pareja, la recaída. En la última sesión, se preguntó a la pareja por los cambios experimentados y se le reconoció los cambios obtenidos en el proceso, cambios relacionados con una mayor confianza de él hacia ella, mayor espacio y tiempo individual para ella.

Los cambios que reporta la pareja parecen ser insuficientes y superficiales para el equipo terapéutico; sin embargo, si partimos desde el modelo estratégico, consideramos, en términos de Milton Erikson, que de lo que se trata es alcanzar un pequeño cambio y luego éste se amplía hasta lograr la meta (Haley, 1980). Las intervenciones, en el proceso terapéutico, estuvieron caracterizadas por la asignación de tareas, el uso de metáforas, el énfasis en lo positivo y la prescripción de la recaída.

No hubo una sesión de seguimiento con la pareja, no sabemos si los cambios obtenidos durante el proceso terapéutico se mantienen actualmente. Además, desconocemos cuáles fueron los costos del cambio para la pareja, especialmente para Ana. Según Papp (1988), el cambio en los individuos y las familias representa un dilema que se traduce en un costo para los involucrados, y hace necesario preguntarnos cuáles serán las repercusiones para el resto del sistema.

3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

El trabajo terapéutico realizado en los diferentes escenarios clínicos se llevó a cabo con la participación del sistema terapéutico total. La supervisión de los terapeutas en formación tiene el propósito de desarrollar habilidades y competencias profesionales, tanto del terapeuta responsable como de los miembros del equipo, además de poner en práctica los conocimientos teóricos de los distintos modelos.

El sistema terapéutico total está conformado por la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor. El equipo de terapeutas, el terapeuta y el supervisor analizan el caso presentado, proponen hipótesis y discuten las intervenciones a realizar. El supervisor estimula a todo el equipo a proponer hipótesis relacionadas al caso presentado y está muy atento a observar las respuestas emocionales y el impacto en los terapeutas del equipo (Desatnik, Franklin & Rubli, 1999).

Desde la cibernética de segundo orden, que sostiene que el observador es parte del fenómeno observado, asumimos que el supervisor está incluido en el sistema terapéutico total (Desatnik *et al.*, 1999). Si la cibernética de primer orden se basa en estudiar la realidad externa, sin importar la actividad cognoscitiva que lo hace posible, la cibernética de segundo orden estudia el papel del observador que construye –e influye en– la realidad observada, de manera que esta cibernética trata de las pautas de relación que se dan en los procesos; toda descripción resulta ser autorreferencial (Feixas & Villegas, 2000). En términos sencillos, si se eliminan las propiedades del sujeto que observa no quedan observaciones, ni descripciones ni explicaciones (Foerster, 2000).

Esto quiere decir que si en la cibernética de primer orden, el sujeto que observa está fuera de las cosas observadas, en la cibernética de segundo orden el sujeto que observa está dentro de las cosas observadas; he aquí el salto cuántico. También significa que los alcances de la cibernética de segundo orden trastocan los conceptos “sagrados” de causalidad lineal, realidad ontológica, verdad absoluta y objetividad, ya que este último concepto distingue entre observador y observado. Si el hecho de observar influye y altera lo observado, cómo puede haber una realidad externa y objetiva. Además, según Feixas y Villegas (2000), si se acepta que el observador influye en aquello que observa, incluso cuando observa a otro sujeto, se aceptará también que los procesos cognoscitivos de ambos sujetos se afectan mutuamente continua y recursivamente, particularmente en la relación terapéutica.

Retomando los anteriores conceptos de la cibernética de segundo orden, me di cuenta de lo importante que era para mí la supervisión, ya que los terapeutas tenemos tanto prejuicios clínicos como prejuicios personales. No podemos ser una *tabula rasa* antes de entrar en la sesión terapéutica, nuestros prejuicios se filtran inevitablemente en el proceso terapéutico. Lo relevante es

que algunos prejuicios son más útiles que otros, ya que las acciones del terapeuta son resultado de sus prejuicios, tanto que la terapia resulta de la interacción de los prejuicios del terapeuta y del consultante (Cecchin, Lane & Wendel, 1997). Por eso para Cecchin (1994), nuestra única forma de ver el mundo es a través de nuestros prejuicios, que son nuestras lentes construidas a través de la experiencia interaccional con otras personas. De hecho, Bertrando (2011) nos dice que él terapeuta puede volverse consciente de prejuicios, posiciones y emociones que no comprendía por completo durante el diálogo terapéutico.

Por lo anterior, contar, en sesión, con mis compañeras (co-terapeuta cuando lo había) y supervisora me hizo sentir más tranquilo, en el sentido de saber que ellas podían ampliar mi mirada terapéutica y discriminar, con más facilidad, mis prejuicios. Las relaciones con las familias (o individuos), la supervisora y las compañeras, que constituían el sistema terapéutico total, me permitieron reflexionar sobre cómo mis creencias, valores y premisas estaban permeando el proceso terapéutico, a veces obstaculizándolo. Durante la formación cínica participé de distintas maneras en los equipos terapéuticos: como terapeuta responsable, como co-terapeuta, como miembro del equipo terapéutico y como miembro de los equipos reflexivos.

Como terapeuta novel creía que el cambio, en las creencias o conductas, corresponde sólo a la familia o al individuo. Sin embargo, la supervisión me enseñó que cuando la familia no se “mueve”, no genera ningún cambio y no ve las cosas desde otro ángulo, entonces es la persona del terapeuta quien se tiene que “mover”, quien tiene que ver la situación desde un ángulo distinto.

Sin la participación en un sistema terapéutico total no habría adquirido las habilidades y competencias necesarias para el trabajo terapéutico con las familias. Y aunque sea difícil seguir contando con la participación de un equipo terapéutico, siempre está la posibilidad de formular las siguientes preguntas: “si el equipo estuviera presente aquí, ¿que hipótesis compartiría?, si la terapeutas supervisora estuviera aquí, ¿qué preguntas o intervenciones hubiera sugerido?”. Aunque otros terapeutas no puedan acompañarnos en sesión, sus voces, a través de estas preguntas, sí pueden hacerlo.

Este espacio de supervisión significó para mí una oportunidad de analizar, tanto teórica como metodológicamente, las premisas de los modelos puestos en práctica, y de reflexionar sobre los presupuestos de mis preguntas e intervenciones, así como mis prejuicios tanto clínicos como personales. Participar en un equipo terapéutico facilita pensar e intervenir de forma sistémica. A través de muchas voces es más factible la construcción de hipótesis e intervenciones terapéuticas.

3.2 Habilidades de investigación

3.2.1 Reporte de investigaciones

3.2.1.1 Reporte de investigación cuantitativa

Autores: Oswaldo Herrera Ramos y Selene Flores Pacheco

Perfil de actitudes de hombres generadores de violencia contra las mujeres en su pareja (PAHVIM)

RESUMEN

Se desarrolló una escala para medir, en hombres, creencias vinculadas con la violencia contra las mujeres en la relación de pareja. Una primera versión con 128 reactivos con formato de respuesta tipo *Likert* se aplicó a 307 participantes; 98 de ellos asistían a grupos terapéuticos del CIVA (PGJDF); 176 eran operarios de transporte público de la Cd. de México, y 33 solicitaron psicoterapia en la Facultad de Psicología, de la UNAM. La estructura factorial agrupó 44 reactivos en 6 factores que explicaron 31.99% de la varianza. El alfa de *Cronbach* fue de 0.932. Los factores que produjeron diferencias entre grupos fueron: *control/supremacía masculina, complementariedad, estereotipos de género y percepción de vulnerabilidad*. Los hombres que recibían psicoterapia expresaron menos creencias vinculadas con la violencia masculina que aquellos que no recibían psicoterapia. En la validez concurrente se observaron correlaciones significativas entre los factores de la escala y los del otro instrumento. Los factores diferenciaron los grupos de acuerdo con los criterios de tener o no pareja, vivir o no con la pareja, estado civil, número de hijos, consumo de alcohol y nivel educativo. La escala mostró validez teórica, factorial, de criterio, concurrente y confiabilidad; se sugieren estudios posteriores para mejorar su validez.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la pareja es un problema de salud pública ya que es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer por su frecuencia, gravedad de sus consecuencias y gasto en atención a las víctimas (Mercado-Corona, Somarriba-Rocha, Cuevas-Renaud, Astudillo-García & Sánchez-Estrada, 2011). Es importante señalar que la violencia puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de las mujeres; muchas mujeres experimentan múltiples episodios violentos durante sus vidas, ya sea a manos de uno o más agresores, lo cual tiene consecuencias devastadoras sobre su salud; donde, en algunos de los casos, estas experiencias conllevan el peligro de muerte y tienen resultados fatales como el suicidio o el feminicidio a manos de sus parejas (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En las estadísticas se ve reflejado un claro problema de salud pública: 3 de cada 10 mujeres sufren de violencia de pareja actual, 4 de cada 10 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida, 6 de cada 10 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; en relación a la prevalencia para cada uno de los tipos de violencia actual se reportaron los siguientes porcentajes: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42% (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009). La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013: 2) define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público”.

Para Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro (2006), los varones con actitudes de rol de género tradicionales son más propensos a presentar actitudes positivas hacia la violencia contra las mujeres en la relación de pareja, en comparación con los hombres con actitudes de rol de género igualitarias. Se ha hipotetizado que la violencia contra las mujeres en la pareja es un fenómeno multicausal en cuyo origen tienen un papel central las creencias y actitudes sexistas, y tolerantes con el uso de la violencia (Ferrer, Bosch, Ramis & Navarro, 2006).

Contextualizado así el sexismo, puede dimensionarse su relación con la violencia de género, ya que ésta se manifiesta por medio de actitudes y conductas fundamentadas en un sistema de creencias sexista, que se trasmite a través de la socialización y educación, y que tiende a maximizar las diferencias entre hombres y mujeres apoyándose en los estereotipos de género; entonces, toda forma de discriminación contra las mujeres, en distintos niveles, y tanto en el ámbito público como en el privado, constituyen violencia de género; es así como la ideología de género o sexismo legitima la violencia contra las mujeres (Corsi, 2003; Moya & Expósito, 2005).

No obstante, no se debe olvidar que, pese a la ayuda y asistencia que solicitan las mujeres receptoras de violencia, una gran proporción de ellas regresan al mismo contexto en el que se encuentra el generador de violencia, es decir, la pareja. De manera que al estudiar a los agresores

como causa del conflicto se conocerá mejor la naturaleza del problema y se desarrollarán intervenciones basadas en evidencias científicas, tanto preventivas como de tratamiento. (Carrasco-Portiño, Vives-Cases, Gil-González & Álvarez-Dardet, 2007).

El presente estudio se enfocó en la violencia de género contra la pareja, la cual se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a la mujer en una relación de pareja. La justificación para dicho estudio radica en que, al estudiar el fenómeno de la violencia contra las mujeres en la pareja, se ha observado una marcada tendencia a estudiar la situación de las mujeres afectadas en la relación de pareja, prestando poca atención a los hombres generadores de violencia. El instrumento desarrollado en este estudio tiene la finalidad de detectar la violencia masculina contra la pareja.

Construcción del instrumento

Se desarrolló un instrumento para medir violencia que generan los hombres contra las mujeres en su relación de pareja; el sustento de dicho instrumento se encuentra en la teoría cognitivo-conductual, en la que se identifica un perfil de los hombres maltratadores, caracterizado por tres dimensiones: cognitivo, emocional y conductual; para desarrollar el sistema de evaluación, se eligió el aspecto cognitivo, ya que en la literatura sobre el tema se reporta el papel central que tienen las creencias y actitudes sexistas en la violencia que generan, contra su pareja, los hombres.

Al llevar a cabo la revisión de la teoría se seleccionaron cinco dimensiones: *sexismo, legitimación de la violencia, atribución externa de la responsabilidad, control de la pareja y percepción de vulnerabilidad de la víctima*. A partir de estos factores se desarrollaron 128 reactivos; cuidando que dichos reactivos fueran claros, breves, sencillos, que expresaran una sola idea, que no expresaran estereotipos y procurando disminuir la deseabilidad social.

Respecto al formato se eligió presentar las respuestas en un formato tipo Likert, cuyas opciones de respuesta son seis y que reflejan el grado de acuerdo: *totalmente en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, levemente en desacuerdo, levemente de acuerdo, moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo*.

Objetivo del estudio

Conocer la confiabilidad y la validez del instrumento "Perfil de actitudes de los hombres que generan violencia contra las mujeres en su pareja (PAHVIM)".

MÉTODO

El objetivo de la presente investigación es psicométrico: la construcción y la validación de un instrumento que mida, en los hombres, creencias vinculadas con la violencia contra las mujeres en la relación de pareja.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 307 participantes, con edades entre los 18 y 67 años ($M=36$; $DE=11.69$); 98 de los participantes formaban parte de los grupos terapéuticos del Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (CIVA); 176 eran operarios de transporte público de la ciudad de México y 33 de los participantes eran hombres que solicitaron atención psicológica del Centro de Atención Psicología “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, de la UNAM. *Validez de criterio.* En el presente estudio se empleará como criterio externo de validez, los grupos de hombres que asisten a terapia, en CIVA, para el manejo de su violencia en su relación de pareja.

Instrumentos

Se construyó un instrumento para medir creencias asociadas con la violencia masculina contra la pareja; se desarrolló a partir de la teoría cognitivo-conductual y la teoría de género. El instrumento se sometió a prueba de claridad y validez teórica o de *facie*.

El instrumento se compuso originalmente de 128 reactivos; el formato de respuesta es de tipo Likert con seis opciones (*totalmente en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, levemente en desacuerdo, levemente de acuerdo, moderadamente de acuerdo y totalmente de acuerdo*). Se incluyó algunas preguntas relativas a variables sociodemográficos.

La escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), *Inventario de Pensamientos distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia*, consta de 29 ítems de respuesta binaria (sí y no), 13 ítems relativos a “pensamientos distorsionados sobre las mujeres” y 16 relativos a “la violencia como forma aceptable de resolver conflictos”. Este inventario se aplicó a 60 hombres generadores de violencia, con el fin de obtener la validez concurrente de PAHVIM. Los autores del inventario no informan sobre las características psicométricas de este instrumento que emplean en la práctica clínica (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998). Para obtener más información se reconvirtió la escala original a una escala Likert con 6 opciones (las mismas de PAHVIM).

Procedimiento

Para llevar a cabo las aplicaciones del Instrumento se solicitó el apoyo de dos instituciones públicas (Centro de Investigación Victimológica y de Apoyo de la Procuraduría General de Justicia

del Distrito Federal y el Centro de Atención Psicología “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM) y una asociación civil, CENFES, “Centro para el Fomento de la Educación y la Salud”, de los Operarios de Transporte Público de la ciudad de México; en los tres casos se estableció contacto vía telefónica y correo electrónico para solicitar una cita, presentar el proyecto por escrito, así como proporcionar una carta de solicitud formal para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios.

Una vez que fue otorgado el ingreso a las instalaciones de las instituciones, se les solicitó colaboración a las personas para responder el instrumento, acotando que su participación era voluntaria y anónima. La aplicación fue de forma grupal; se les dio el instrumento y se le explicó brevemente en que consistía: “es un cuestionario cuya finalidad es identificar algunos aspectos de las relaciones de pareja”; haciendo hincapié en que ante alguna duda o dificultad preguntaran a los aplicadores responsables. No hubo restricción de tiempo para el llenado del cuestionario, el promedio de tiempo empleado fue de 25 minutos.

RESULTADOS

1. Discriminación de reactivos

Para conocer la calidad discriminativa de los reactivos se analizaron los reactivos uno por uno, primero a través de una prueba *t* de *Student*, y segundo a través de una distribución de frecuencias.

Primero, a través de una distribución de frecuencias, se obtuvieron los percentiles 27 y 73 de las puntuaciones totales. Se formaron dos grupos; el primero, desde el percentil 1 al 27; el segundo, desde el percentil 73 al 100. Se realizó, entonces, una prueba *t* de *Student* de cada uno de los reactivos con respecto a las puntuaciones más altas (percentil 73 al 100) y las puntuaciones más bajas (percentil 1 al 27). Por cada reactivo se compararon las puntuaciones altas con las puntuaciones bajas, y se eliminaron los reactivos que no mostraron una diferencia significativa entre dichas puntuaciones.

Después se llevó a cabo una distribución de frecuencias de cada uno de los 128 reactivos; fueron eliminados aquellos reactivos que concentraban más del 60% en una opción de respuesta. En total, fueron eliminados 58 reactivos con base en los dos criterios, quedando 70 reactivos que sí discriminan.

2. Análisis factorial

Para conocer la estructura factorial de la escala, esto es determinar los factores y cargas factoriales de los reactivos que corresponden a cada factor, se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación *varimax*. Para realizar este procedimiento se eligieron

solamente aquellos reactivos que cumplieran dos criterios: a) reactivos con cargas factoriales mayores o iguales a .40 y b) reactivos con valores *Eigen* iguales o mayores a 1. Este procedimiento agrupó a 44 reactivos en 6 factores, que explican el 31.99% de la varianza total; los resultados se muestran en la tabla 1. Después se procedió a darles nombres a cada uno de los factores de acuerdo con el contenido de los reactivos. (Véase tabla 2).

Tabla 1

Resultados de la estructura factorial de PAHVIM

Factor 1: Control/Supremacía masculina; varianza explicada=8.53%	
Reactivos	Carga factorial
Las mujeres deben obedecer a su pareja.	.724
El hombre tiene derecho a saber todo lo que hace su pareja.	.655
El hombre tiene derecho a saber todo lo que piensa su pareja.	.630
La mujer debe buscar la aprobación de su pareja.	.587
El hombre es el indicado para manejar el dinero en la familia.	.586
La mujer debe ser dócil al hombre.	.558
El hombre debe tomar las decisiones importantes.	.541
El honor de la familia depende de la conducta de las mujeres.	.518
Un hombre debe controlar a su pareja para evitar que ella le sea infiel.	.485
Los hombres son indispensables para el bienestar de las mujeres.	.475
La mujer debe seguir los consejos de su pareja.	.473
Los hombres son los responsables de proveer económicamente a la pareja.	.404
En una pareja, quien debe tener el control es el hombre.	.400
Factor 2: Legitimación de la violencia; varianza explicada: 6.09%.	
Reactivos	Carga factorial
Cuando un hombre trata mal a su pareja es porque ella lo provoca.	.645
Cuando el hombre trata mal a su pareja, la mujer también es culpable.	.638
Un hombre maltrata a su pareja porque ella antes lo maltrató.	.600
Mi pareja tiene la culpa cuando me enoja con ella.	.597
La mujer provoca que el hombre la agreda.	.540
Cuando ofendo a mi pareja se debe a que ella me provoca.	.534
Para que deje de enojarme es necesario que mi pareja cambie.	.441
Factor 3: Atribución externa del enojo; varianza explicada: 5.66%.	
Reactivos	Carga factorial
La desorganización en mi hogar hace que me moleste con mi pareja.	.684
Solamente si me enoja, mi pareja cumple con sus obligaciones.	.644
Lo que hace mi pareja es la causa de algunos de mis problemas.	.624
Me enoja con mi pareja cuando siento que ella tiene intención de lastimarme.	.518
Mi enojo con mi pareja se debe a las cosas que ella hace o deja de hacer.	.494
Los problemas de pareja se deben a que las mujeres NO cumplen con su deber.	.427
Soy hostil hacia mi pareja cuando creo que ella me ataca.	.424
Si NO se controla a las mujeres, hacen lo que quieren.	.412

Tabla 1 (continuación)

Factor 4: Complementariedad; varianza explicada: 4.53%.	
Reactivos	Carga factorial
Un hombre debe tener una mujer a quien amar.	.766
Mujer y hombre deben ser muy apegados uno del otro.	.667
La mujer debe entregarse por completo a su pareja.	.610
Un hombre está incompleto sin una mujer.	.602
El hombre es el responsable de proteger a su pareja.	.470
Factor 5: Estereotipos de género; varianza explicada: 3.61%.	
Reactivos	Carga factorial
Los hombres son infieles por naturaleza.	.698
Las mujeres deben ocuparse, principalmente, de la crianza de los hijos.	.492
Es natural que los hombres pierdan el control.	.457
La bondad en las mujeres las hace débiles.	.430
Los hombres son, por naturaleza, más agresivos que las mujeres.	.406
La fragilidad de las mujeres facilita que las maltraten.	.403
Factor 6: Percepción de vulnerabilidad; varianza explicada: 3.57%.	
Reactivos	Carga factorial
A las mujeres les falta carácter para detener una agresión en su contra.	.751
A las mujeres les falta decisión para defenderse de los malos tratos.	.664
El hombre es racional y la mujer emocional.	.422
La ternura hace débiles a los hombres.	.414
Es más fácil que una mujer sin padre y hermanos que la protejan sea maltratada.	.408

Tabla 2

<i>Definiciones de los factores</i>	
Factores de PAHVIM	Definición
Control/Supremacía masculina	Describe las conductas de sumisión que se esperan de las mujeres y que posicionan a los hombres como dominantes.
Legitimación de la violencia	Alude a la provocación como justificación de la violencia.
Atribución externa del enojo	Coloca la responsabilidad del enojo sobre las acciones de la pareja.
Complementariedad	Se refiere a la necesidad de los hombres de una entrega absoluta por parte de su pareja.
Estereotipos de género	Constituyen imágenes rígidas de lo que se espera de mujeres y hombres en la sociedad.
Percepción de vulnerabilidad	Actitudes en los hombres que connotan de vulnerables las conductas de las mujeres, lo que facilita la descarga de ira de los hombres en ellas.

Los seis factores que resultaron del análisis factorial son casi los mismos que los cinco factores originales al momento de elaborar los reactivos. Los factores *control*, *legitimación de la violencia*, *atribución externa del enojo* y *percepción de vulnerabilidad*, que se consideraron al inicio de la investigación, permanecen al final; el factor original de *sexismo* se dividió, tras el análisis factorial, en dos: *complementariedad* y *estereotipos de género*. Los reactivos que sobrevivieron al análisis factorial no siempre se quedaron en su factor original, en especial los reactivos del factor original *sexismo*, que se distribuyeron en otros factores tras el análisis factorial.

3. Análisis de consistencia interna

Para conocer la confiabilidad se realizaron análisis de consistencia interna de la escala total y de cada uno de los seis factores. El coeficiente *alpha* de *Cronbach* de la escala total es de .932. Los coeficientes *alpha* de *Cronbach* para cada uno de los factores se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

<i>Coefficientes alpha de Cronbach para los factores de PAHVIM</i>		
Factores de PAHVIM	Alpha	de
	<i>Cronbach</i>	
Control/Supremacía masculina	.876	
Legitimación de la violencia	.795	
Atribución externa del enojo	.789	
Complementariedad	.733	
Estereotipos de género	.715	
Percepción de vulnerabilidad	.647	
Escala total	.932	

Se puede observar que el coeficiente de confiabilidad de la escala total es bastante alto, y que los coeficientes de confiabilidad para cada uno de los seis factores de la escala son aceptables, excepto para el factor *percepción de vulnerabilidad*; lo cual está relacionado con que este factor está conformado con tan sólo cinco reactivos. Asimismo, la razón por la que no se eliminó el factor *percepción de vulnerabilidad* consiste en que el contenido de sus reactivos describe una parte fundamental del perfil de los hombres que generan violencia contra su pareja.

4. Análisis descriptivo de la escala

Para conocer las estadísticas descriptivas se realizó un análisis de medias de los factores obtenidos. Los resultados mostraron que el factor *complementariedad* fue el único que puntuó por arriba de la media teórica; por otra parte, *legitimación de la violencia* fue el factor que puntuó más por debajo de la media teórica (se calificaron las opciones de respuesta del 1 al 6). (Véase tabla 4).

Tabla 4

Estadísticas descriptivas de los factores de PAHVIM

Factores de PAHVIM	Media	Desviación estándar	Media teórica
Control / Supremacía masculina	2.723	.518	3.5
Legitimación de la violencia	2.278	.764	3.5
Atribución externa del enojo	2.693	.384	3.5
Complementariedad	4.174	.552	3.5
Estereotipos de género	2.543	.681	3.5
Percepción de vulnerabilidad	3.089	.170	3.5

Se observa que el factor *complementariedad* es el único que puntúa por arriba de la media teórica, posiblemente relacionado con el hecho de los reactivos que lo conforman constituyen afirmaciones “aceptables” del sexismo, que describen una visión “romántica” de las relaciones de pareja.

5. Validez concurrente

Para conocer la validez concurrente de la escala se correlacionaron los factores de PAHVIM con los factores de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), esto se realizó a través de una correlación producto-momento de *Pearson*; los resultados se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

Correlaciones de Pearson entre factores de PAHVIM y la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998)

<i>Factores de PAHVIM</i>	<i>Factores de escala de Echeburúa</i>	
	Pensamientos sobre la inferioridad de las mujeres	Legitimación de la violencia
Control/Supremacía masculina	.706*	.650*
Legitimación de la violencia	.649*	.545*
Atribución externa del enojo	.622*	.526*
Complementariedad	.506*	.440*
Estereotipos de género	.707*	.713*
Percepción de vulnerabilidad	.707*	.547*

* $p \leq 0.01$

Los resultados mostraron correlaciones tanto altas como significativas entre los 6 factores de PAHVIM y los 2 factores de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), lo que fundamenta la validez concurrente de la escala. Como se observa en los resultados, las correlaciones significativas más altas se obtuvieron entre el factor *estereotipos de género* y los factores *pensamientos sobre la inferioridad de las mujeres* y *legitimación de la violencia*, mientras que la correlación más baja se dio entre *complementariedad* y *legitimación de la violencia*.

Decíamos anteriormente que los reactivos del factor *complementariedad* describen una visión “romántica” y “protectora” de las relaciones de pareja, lo cual puede explicar la baja correlación entre este factor y el factor *legitimación de la violencia*. Por otro lado, el que las correlaciones significativas más altas de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) hayan sido con el factor *estereotipos de género* puede explicarse debido a que los reactivos de este factor constituyen creencias rígidas muy difíciles de modificar en cuanto a las expectativas de mujeres y hombres en la sociedad.

6. Validez de criterio

Para obtener la validez de criterio se compararon las puntuaciones de PAHVIM con una variable externa o criterio que se sabe o se considera que mide el atributo que se estudia: grupos de hombres que reciben psicoterapia por motivo de violencia de género contra la pareja.

Para obtener la validez de criterio se realizó en los factores de PAHVIM un análisis de las diferencias, a través de la prueba *t* de *Student*, entre el grupo de hombres que recibían psicoterapia por motivo de violencia generada contra su pareja, y el grupo de hombres que no recibían psicoterapia (véase tabla 6).

Tabla 6

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre el grupo terapéutico y el grupo no terapéutico

Factores de PAHVIM	medias terapia	medias no terapia	t	p
Control/Supremacía masculina	33.00	36.59	-1.915	0.54
Legitimación de la violencia	17.00	15.46	1.420	.158
Atribución externa del enojo	22.36	21.15	1.011	.314
Complementariedad	19.08	21.74	-3.110	.002
Estereotipos de género	13.89	15.89	-2.271	.024
Percepción de vulnerabilidad	13.48	16.48	-3.733	.000

Los resultados mostraron que hay diferencias significativas en 4 de los 6 factores; los hombres que recibían psicoterapia expresaron menos creencias vinculadas con la violencia masculina que aquellos que no estaban sometidos a terapia; los factores *legitimación de la violencia* y *atribución externa del enojo* no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Por lo anterior, la escala también tiene validez de criterio. Con base en los resultados podemos afirmar que el hecho de recibir psicoterapia grupal posiblemente tiene, en los hombres, el efecto de cuestionarse algunas creencias vinculadas con la violencia masculina y que se expresen menos creencias de este tipo.

7. Análisis de diferencias entre factores y algunas variables sociodemográficas

Se realizaron pruebas *t* de *Student* entre los factores y las variables sociodemográficas de *estado civil*, *número de hijos*, *tiene pareja*, *vive con su pareja* y *consumo de alcohol*, y se encontraron diferencias significativas (véanse tablas 7 a la 11).

Tabla 7

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre solteros y casados

Factores de PAHVIM	medias solteros	medias casados	t	p
Control/Supremacía masculina	32.4444	36.9815	-2.445	.015
Legitimación de la violencia	15.9895	15.6313	.374	.709
Atribución externa del enojo	21.4063	21.3550	.045	.964
Complementariedad	18.4851	21.9832	-4.203	.000
Estereotipos de género	13.9792	15.8785	-2.160	.032
Percepción de vulnerabilidad	14.9247	15.7184	-.940	.348

Se observa en los resultados que los solteros expresan actitudes menos rígidas en los factores *control*, *complementariedad* y *estereotipos de género* que los casados; esto puede deberse a que los solteros no estando comprometidos a vivir en pareja tienen menos necesidad y/o posibilidad de controlar que los hombres casados.

Tabla 8

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que no tienen hijos/as y los que tienen 3 ó más

Factores de PAHVIM	medias sin hijos/as	medias 3 ó más hijos/as	t	p
Control/Supremacía masculina	33.1633	36.9692	-1.636	.104
Legitimación de la violencia	15.1875	17.8472	-2.075	.040
Atribución externa del enojo	20.3404	23.1528	-2.079	.039
Complementariedad	20.1531	22.2267	-2.060	.041
Estereotipos de género	14.5500	15.5205	-.917	.361
Percepción de vulnerabilidad	15.7474	14.9861	.711	.478

Se observa en la tabla 10 que los hombres que tienen 3 ó más hijos/as expresan actitudes más acordes a la violencia masculina en los factores de *legitimación de la violencia*, *atribución externa del enojo* y *complementariedad*; lo cual puede deberse a que con la llegada de los hijos/as la relación de pareja se consolida más en su ciclo vital y se hace necesario expresar más exigencias y presiones sobre la pareja para evitar la autonomía de ésta.

Tabla 9

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que tienen pareja y los que no tienen

Factores de PAHVIM	medias con pareja	medias sin pareja	t	p
Control/Supremacía masculina	36.4518	32.5811	1.957	.050
Legitimación de la violencia	15.7336	16.5775	-.764	.447
Atribución externa del enojo	21.3058	22.2286	-.752	.452
Complementariedad	21.5207	18.9452	2.959	.003
Estereotipos de género	15.7972	13.6056	2.309	.022
Percepción de vulnerabilidad	15.5144	15.2535	.290	.772

Como se muestra en los resultados, observamos que los hombres que tienen pareja presentan actitudes más favorables a la violencia contra la pareja en los factores de control, complementariedad y estereotipos de género; es de notar que los factores que presentan diferencias significativas en esta variable son exactamente los mismos factores que presentan diferencias significativas en la variable estado civil.

Tabla 10

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que viven con pareja y los que no cohabitan

Factores de PAHVIM	medias cohabita	medias no cohabita	t	p
Control/Supremacía masculina	36.7338	33.6325	1.740	.083
Legitimación de la violencia	15.1598	17.0862	-2.037	.043
Atribución externa del enojo	20.8313	22.5172	-1.535	.126
Complementariedad	21.6199	19.7983	2.293	.023
Estereotipos de género	15.8613	14.3478	1.806	.072
Percepción de vulnerabilidad	15.6748	15.1293	.687	.492

Como se muestra en la tabla anterior, sólo en los factores *legitimación de la violencia* y *atribución externa del enojo*, hay diferencias significativas entre los hombres que viven con pareja y los que no cohabitan.

Tabla 11

Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que consumen alcohol y los que no consumen

Factores de PAHVIM	medias consumo alcohol	medias no consumo alcohol	t	p
Control/Supremacía masculina	35.6478	35.0357	.340	.734
Legitimación de la violencia	16.6585	14.9752	1.850	.065
Atribución externa del enojo	22.4540	20.2212	2.072	.039
Complementariedad	20.9649	20.7395	.289	.773
Estereotipos de género	16.1190	14.0500	2.498	.013
Percepción de vulnerabilidad	15.8679	14.8917	1.238	.217

Se observa en los resultados que los factores en los que se aprecian diferencias significativas en cuanto al consumo de alcohol son *atribución externa del enojo* y *estereotipos de género*.

Se realizaron, también, análisis de varianza (ANOVA) entre los factores y las variables sociodemográficas de *edad*, *número de hijos* y *tiempo con la pareja*, y no se encontraron diferencias significativas. Previamente, estas variables se agruparon en rangos: *edad*, en rangos

de 18-29, 30-36, 37-46 y 47-67; *número de hijos*, en rangos de 0, 1 y 2 hijos, y 3 ó más hijos; *tiempo con la pareja*, en rangos de 1-36 meses, 37-120, 121-240 y 241 meses en adelante. Tampoco se encontraron diferencias significativas, al realizarse una prueba *t* de *Student*, entre los factores de PAHVIM y la variable *trabaja actualmente*.

DISCUSIÓN

Se presenta la primera etapa de la construcción y validación de un instrumento (PAHVIM) para medir, en los hombres, creencias sexistas asociadas con la violencia masculina en la relación de pareja. En esta etapa se mostró que el instrumento tiene índices aceptables de confiabilidad, validez factorial, de criterio y concurrente.

PAHVIM está compuesto por 44 reactivos (se agregaron 6 reactivos más, sin valor psicométrico, para evitar las respuestas socialmente deseables) agrupados en 6 factores: *control/supremacía masculina*, *legitimación de la violencia*, *atribución externa del enojo*, *complementariedad*, *estereotipos de género* y *percepción de vulnerabilidad*, que concuerdan con investigaciones que explican la actitud de hostilidad contra la pareja como el resultado de estereotipos sexuales en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, la percepción de vulnerabilidad de la pareja y la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998); dichos estudios revelan que la ira no controlada es un precursor de la violencia, y la distorsión cognitiva y los pensamientos irracionales estimulan la violencia (Welland & Wexler, 2007).

El factor *atribución externa del enojo* tiene un considerable peso en el perfil actitudinal de los hombres agresores, ya que en el fenómeno de la externalización de la culpa, el agresor deposita la culpa en la pareja, responsabilizándola a ella por el enojo que siente y la violencia que genera; señala a su pareja como “provocadora” de dichas situaciones; además, los hombres aprenden a negar, justificar y minimizar sus conductas violentas a través de atribuir a su pareja la provocación de tales conductas (Dohmen, 1995).

Por otra parte, *complementariedad* es un factor aparentemente positivo y protector del sexismo. Glick y Fiske (1996) definen el sexismo benévolo como aquellas actitudes hacia las mujeres por medio de las cuales las consideran limitadas a ciertos roles, pero con sentimientos positivos por parte del perceptor que provoca en él conductas de ayuda y de búsqueda de intimidad. Estas actitudes que conducen, en los hombres, a la búsqueda de intimidad con las mujeres pueden explicar porque *complementariedad* fue el único factor que produjo puntuaciones por arriba de la media teórica.

Asimismo, en los resultados de la validez concurrente se observaron correlaciones significativas entre los seis factores de PAHVIM y los dos factores de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), lo que se fundamenta en investigaciones que reportan que los maltratadores tienen ideas distorsionadas que favorecen percibir de forma inferior a las mujeres y que consideran a la violencia como una forma legítima de resolver los conflictos (Echeburúa, Amor & Corral, 2009).

Es de notar que la correlación más baja se dio entre *complementariedad* y *legitimación de la violencia*. Los reactivos del factor *complementariedad* describen una visión “romántica” y “protectora” de las relaciones de pareja, lo cual puede explicarse con otros estudios que destacan del machismo o sexismo aspectos positivos, como el énfasis en la responsabilidad por proteger y proveer soporte a la familia, especialmente a las madres, niñas y niños (Torres, Solberg & Carlstrom, 2002; Coltrane, Parke & Adams, 2004). De esta forma, es difícil legitimar la violencia cuando se asume la responsabilidad por proteger a otra persona. Sin embargo, el sexismo benévolo o protector sigue siendo sexismo ya que su fundamento es la dominación tradicional del varón y la restricción de la mujer a determinados roles y ámbitos (Glick & Fiske, 1996).

Con respecto a los resultados de la validez de criterio, se observó que el hecho de recibir psicoterapia grupal posiblemente tiene, en los hombres, el efecto de cuestionarse algunas creencias vinculadas con la violencia masculina y que se expresen menos creencias de este tipo. Los programas terapéuticos, con enfoque de género, parecen generar resultados positivos en cuanto a la reestructuración y rehabilitación de los hombres generadores de violencia (Echauri, Romero & Rodríguez, 2005; Expósito & Ruiz, 2010). También existe la posibilidad de que los participantes que han asistido a terapia para varones agresores hayan aprendido la verbalización “socialmente aceptable”.

Con respecto a las diferencias entre los factores de PAHVIM y algunas variables sociodemográficas, las diferencias significativas, entre el *consumo de alcohol* y las creencias asociadas con la violencia masculina, están en la misma dirección que lo encontrado en la investigación llevada a cabo por Blitchein-Winicki y Reyes-Solari (2012), en la que se destaca que un factor que se asocia de forma consistente con la violencia contra las mujeres es el consumo excesivo de alcohol, la cual es una característica relacionada con roles sociales masculinos; hallazgo que también es apoyado por Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral (1994), quienes afirman que la relación entre alcohol y violencia domestica es relevante; al respecto informan que la incidencia de maridos violentos es de un 7% en los abstemios y de un 19% en los alcohólicos. Lo que sugiere que el alcohol aumenta la probabilidad de interacciones violentas y está asociado con la inhabilidad para resolver problemas, ya que afecta la ejecución de funciones asociadas con la corteza cerebral (Medina-Mora, Berenzon & Natera, 1999); estos hallazgos apoyan los resultados de la presente investigación. Lo que sugiere que la presencia del alcohol no sólo influye en el momento de la agresión sino en las creencias sexistas que este instrumento mida.

Con respecto a la variable *estado civil y tiene pareja*, estudios nacionales e internacionales han documentado una mayor tasa de violencia física de la pareja contra la mujer si son convivientes en lugar de estar casadas (Blitchtein- Winicki & Reyes-Solari, 2012; Brownridge & Halli, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007; Vandello & Cohen, 2003); lo cual difiere con los resultados obtenidos en la presente investigación, respecto a estado civil, en donde se ubica que los hombres casados son los que presentan mayores actitudes de violencia hacia las mujeres en su relación de pareja.

En la presente investigación, se encontró que a mayor número de hijos/as, mayores creencias vinculadas con la violencia masculina, lo que concuerda con otros estudios que dicen que vivir con la pareja y tener mayor número de hijos/as parecen relacionarse con creencias y actitudes más conservadoras; el menor número de hijos/as involucra menor compromiso y dependencia económica, mayor facilidad para salir adelante y probablemente menor aceptación de los roles de género tradicionales (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007; Mercado *et al.*, 2011). Pudiera ser que las condiciones ambientales de una familia más numerosa, que involucra mayores compromisos, así como creencias relacionadas con un vínculo formal de deberes y derechos, estén asociados con mayores creencias y actitudes sexistas.

La violencia contra la pareja es un problema social y de salud pública que se exagera aún más en los hombres con clase social media-baja o baja, los cuales carecen de estudios especializados y desempeñan profesiones poco cualificadas o se encuentran desempleados; esta circunstancia, carecer de actividad laboral, aumenta la probabilidad de agresiones en el seno de la pareja (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2005). La menor escolaridad es una característica que se asocia con creencias y actitudes más conservadoras (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2007; Mercado-Corona *et al.*, 2011; Organización Mundial de la Salud, 2005). Lo cual apoya nuestros resultados respecto a que una menor escolaridad está vinculada con mayores creencias asociadas con la violencia masculina.

Esta investigación reporta datos útiles que nos proporciona información valiosa en torno a los hombres violentos que han recibido psicoterapia, que nos ofrece hallazgos sobre las creencias sexistas que fundamentan la violencia de género. Aunque dicho instrumento se concentra en las creencias de los hombres generadores de violencia contra las mujeres en su relación de pareja, soslaya aspectos afectivos y conductuales que son fundamentales para entender a cabalidad el perfil de los hombres agresores, por lo que son necesarios otros instrumentos que evalúen dichas dimensiones. Los hallazgos que arroja esta investigación sólo pueden generalizarse a poblaciones con características similares a las de las muestras aplicadas. Para aumentar la confiabilidad y validez factorial y de criterio, serán necesarias otras aplicaciones a diversas muestras.

3.2.1.2 Reporte de investigación cualitativa

Autor: Oswaldo Herrera Ramos

De-construyendo, con el enfoque narrativo, las creencias asociadas con la infidelidad masculina

RESUMEN

La infidelidad masculina presenta características diferentes a la infidelidad femenina. Generalmente, la infidelidad masculina se fundamenta en creencias y roles de género tradicionales; dichas creencias y roles de género fomentan un conjunto de prácticas que constituyen la violencia masculina

En las prácticas terapéuticas posmodernas, estas creencias de género tradicionales, que fundamentan las conductas de violencia masculina, se cuestionan y de-construyen, develando las prácticas culturales del patriarcado que están vinculadas con dichas creencias. Tales creencias se relacionan con la masculinidad hegemónica, en el sentido de considerar que los hombres sentimos la necesidad de compararnos con otros hombres y estar compitiendo con respecto a la vida sexual; además es creencia típica del patriarcado la noción de que las mujeres son objetos para la satisfacción sexual de los hombres. De-construyendo estas creencias, en el espacio terapéutico, podemos de-construir otras creencias ligadas a la violencia masculina, como los celos o el control sobre la pareja.

El objetivo del presente trabajo fue aplicar, para un caso de infidelidad masculina, una intervención terapéutica basada en un enfoque narrativo. Se trabajó con un solo individuo durante 8 sesiones. Los resultados del proceso terapéutico permiten confirmar que, en el consultante, se aprecian cambios de significados y de atribución de responsabilidad en relación con la infidelidad, así como cambios en relación con otras conductas como los celos y la inseguridad propios.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Carlos tiene 41 años de edad; es ingeniero de profesión. Solicitó terapia de pareja. Vive solo; se divorció hace 3 años. Su pareja, Alma, se dedica a la actuación; tiene un hijo, César, de 9 años, de su anterior matrimonio. Alma y Carlos están esperando una bebé, hace 7 meses. El consultante presentó como motivo de consulta problemas en su relación de pareja; con relación a su persona alude celos, inseguridades e infidelidad por parte de él. La terapia fue en formato individual, con enfoque narrativo; abarcó un conjunto de 7 sesiones.

EVALUACIÓN

Desde el primer contacto, la entrevista telefónica, se evaluó si el consultante genera violencia psicológica contra su pareja; después se procedió a realizar una evaluación de una sesión acerca de las variables que intervienen en la situación de violencia. En la primera sesión, Carlos, el consultante, habla de condicionamientos que le gustaría cambiar: “no me puedo arraigar cuando siento presión de mi pareja (Alma), pero quiero arraigarme”; “me encelo con el hijo de mi pareja, yo soy también como un niño”; “tengo un ego muy grande; estoy trabajando con eso”; “no quiero ser un padre ausente”.

El terapeuta preguntó por el momento que vivía el consultante en el momento de solicitar una terapia de pareja; responde que a raíz del embarazo se “movieron” muchas cosas, él no quería tener hijos/as, quería tener una “mamá” (pareja) para él solo. Habla de que tenía la idea de que cuando llega un hijo a una pareja, el hombre se va al “rincón”. Cree que no sólo se pone celoso del niño, sino de la expareja (padre del niño) de su actual pareja. Ahora habla de que no quiere ponerse celoso del bebé, quiere ser buen padre y buena pareja.

INTRODUCCIÓN

Generalmente, los hombres muestran una identidad basada en la amplia aceptación de la infidelidad masculina, ocasional o permanente, que autoriza su proceder oculto para su pareja. Este elemento de identidad hegemónico hace que ellos lo presenten en una escala de valores muy diferente al correspondiente a la infidelidad femenina (Pineda, 2008). La identidad de género representa la forma en que un individuo se ve a sí mismo como masculino o femenino, basado en aspectos que, históricamente, han ido conformando culturalmente a las dos categorías sexuales; significa comportarse de acuerdo con los cánones sociales establecidos para hombres y mujeres (Valenzuela, 1998).

Las infidelidades pueden o no generar heridas de apego, más bien depende del contexto de la aventura y de la importancia que se le asigne al apego (Johnson, 2008). Aunque, en general, la infidelidad es experimentada como una amenaza a la relación de pareja y socava la estabilidad de dicha relación (Johnson, 2005). Una infidelidad puede hacer surgir sentimientos de abandono o traición en momentos cuando la pareja infiel no responde a las necesidades de la persona engañada; estos momentos se exacerbaban durante periodos de transición, pérdidas, enfermedades e incertidumbre por el estado de la relación (Johnson, 2001).

Crawley y Grant (2010) aseveran que es esencial analizar el significado del engaño, tanto para la relación como para cada uno de los miembros de la pareja. Biscotti (2006) afirma que la infidelidad pertenece al nivel de los engaños y los secretos, los cuales están fuertemente influenciados por mandatos de género. Este autor coincide en señalar que es útil explorar los significados familiares y culturales de la infidelidad para que surjan mayores alternativas.

La función del terapeuta, en los casos de violencia masculina, es doble: por una parte, debe contener y aceptar la concepción que el otro tiene de sí mismo, de su relación y de lo que trae, y por otra debe confrontar los mecanismos de negación, minimización y justificación respecto de la violencia ejercida. Se debe cuidar el no confrontar inmediatamente, pues esto aumenta la defensividad del otro y con ello dificulta el desarrollo de un vínculo terapéutico útil (Ibaceta, 2004).

En la conversación externalizadora se indaga, junto con el consultante, cómo éste incorporó creencias y actitudes que favorecían, en él, el control y moldearon sus relaciones con otras personas, en especial con sus parejas (White, 2002). El terapeuta narrativo busca vincular las creencias y las conductas del consultante con las demás experiencias e influencias, incluyendo los roles y estereotipos de género. La manera de formular preguntas es significativo en el proceso terapéutico, ya que facilita que el consultante elabore una perspectiva alternativa de sí mismo, de los demás y de las relaciones; se trata de una definición alternativa de la masculinidad que incluya ideas tales como ser capaz de afrontar los problemas, hacerse responsable de los propios actos, pensar por sí mismo, afrontar las emociones y ser capaz de comprender a los demás (Elms, 1993).

Un objetivo central de la terapia narrativa debe ser la búsqueda de “eventos extraordinarios” – también conocidos como “logros aislados” o “excepciones”– del comportamiento problemático, ya que, con frecuencia, los consultantes atribuyen a factores externos estas excepciones; es decir, descubrir y explicar las ocasiones en que no se generaron conductas problemáticas constituye un proceso de de-construcción de la imagen saturada de problemas, ya que sugieren, para el consultante, una nueva imagen de sí misma (Durrant & Kowalski, 1993; Elms, 1993). La búsqueda de excepciones nos proporciona un marco positivo para el consultante al orientarlo a descubrir sus propias competencias y habilidades para el cambio, en lugar de centrarnos en las patologías (Jenkins, 1990).

RESUMEN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Carlos habla de que cuando le dan libertad, se queda en una relación; cuando lo presionan, se sale de la relación. Esto en referencia a cuando su pareja le comentó que estaban esperando un bebé, y ella no le exigió nada; eso lo hizo sentirse más libre y menos presionado. Habla de que “cuando ‘fluye’ el sexo, me siento muy feliz y muy pleno, me siento amado; cuando no es así, me siento muy inseguro, rechazado e ignorado, y surgen fácilmente los conflictos de pareja, y empiezo a tratar de ‘compensar’ eso con infidelidades”. Habla de su necesidad de sentirse muy querido y aceptado. Además, cree que ha desarrollado un patrón: relacionarse con dos mujeres a la vez, cosa que hizo en su primer matrimonio y que se repitió con su actual pareja.

Como terapeuta, indago cómo le hace para no seguir el impulso de la infidelidad; Carlos comenta que sólo siente dicho impulso cuando siente rechazo de su pareja al no querer tener relaciones sexuales. Comenta que, a lo largo de más de un año y medio, estuvo sosteniendo una relación extramarital. Él no se sentía cómodo con dos relaciones; prefiriendo, en última instancia, la relación actual. No le gustó no ser honesto, repetir lo mismo. Le pregunté cómo se sentiría Alma, su pareja, de enterarse de las infidelidades; responde que se sentiría lastimada y traicionada; saber lo de las infidelidades repercutiría en su autoestima y en la confianza hacia él. Comenta, también, que sintió mucha culpa por haber traicionado la confianza de su esposa.

Además, ambas relaciones están demandando un compromiso mayor. Compromiso que Carlos no estaba dispuesto a dar en la relación extramarital. No obstante su historial de infidelidades, el consultante refiere que no ha cometido infidelidades desde hace poco más de 8 meses. Preguntándole cómo le hizo para detener la ansiedad que se le detonaba cuando sentía el impulso de ser infiel, refiere que había idealizado a su otra pareja, y darse cuenta de eso, lo hizo más fácil; además de que lo único que lo enganchaba a dicha relación era el sexo. Sin embargo, lo más importante es que no se sentía cómodo con la relación extramarital.

Jenkins (1999) asevera que es muy útil en el trabajo terapéutico con los hombres generadores de violencia invitarlos a comentar sobre las percepciones y sentimientos de sus parejas como reacción a las conductas de aquellos. Esta clase de interrogatorio circular propicia una mayor sensibilidad y empatía en los hombres hacia sus parejas. White (2002) nos habla de la importancia de que los hombres observen los efectos y consecuencias de las experiencias de maltrato en las personas significativas para ellos, ya que pueden darse cuenta del impacto de la violencia que infligieron a otras personas.

Distingo, con Carlos, entre razones internas y externas para no ser infiel: razones internas, como que no se sentía cómodo no siendo honesto, estaba sintiendo que traicionaba a su pareja, y se

siente muy a gusto con Alma; y razones externas, como que no sentía presión de su pareja y que su pareja confía en él. Carlos refiere que son trampas de su mente para ser infiel las que le generan ansiedad. Yo enfatizo que él ha sabido salirse muchas veces de esas trampas de la mente. Comenta que cuando siente problemas en su relación de pareja, saca su “comodín” (infidelidades). En esta sesión, fue muy importante que el propio consultante elaborara los motivos para no ser infiel, ya que, según Miller y Rollnick (1999), hacer que el propio consultante sea quien genere los motivos que tiene para cambiar, en lugar del terapeuta, incrementa la motivación.

Hablo de las comparaciones, y lo que han significado para Carlos; éste dice que “uno siempre quiere tener control de las cosas, quiere tener más cosas. Yo soy más que los demás, tengo que hacer más cosas para ser como otros; uno se esta comparando con otros todo el tiempo”. Carlos dice que cada vez le importa menos compararse, competir y rivalizar con otros hombres, no le gusta seguir las reglas de la antigua masculinidad. De acuerdo con Kaufman (1994), una gran parte de lo que las personas asocian con masculinidad gira sobre la capacidad de los hombres de ejercer poder y control.

Le pregunto cómo le hizo para haber dejado de comportarse infielmente en los últimos meses, considerando que anteriormente había tenido un historial de infidelidad; además, de qué dice eso de él como hombre y como pareja. Carlos responde que cuando se siente pleno con alguien, cuando está cómodo y se siente amado, se tranquiliza y no tiene necesidad de actuar de manera infiel. Son los problemas lo que hace que se siente ansioso. Cuando siente que pierde libertad es cuando le entra la ansiedad. Además, responde que ahora le gusta la idea de tener un hijo/a, que le agrada también estabilizarse en una relación de pareja, desasirse de la idea de que con la llegada del hijo/a, él iba a pasar a segundo plano. Le comento que, en última instancia, todo lo que recibe de sus relaciones extramaritales lo tiene con su pareja, sólo que es la ansiedad que se le “destapa” cuando siente que hay conflictos de pareja y cuando no hay sexo.

Debido a que siente nostalgia por su relación anterior, le preguntó cómo cree él que hubiera sido la relación si estuviera hoy con su pareja anterior; responde que no sabe si él se engaña, ya que por una parte dice que no tendría que cargar con un hijo que no es suyo, pero por otra parte no tendría lo que tiene con Alma. Le pregunto qué no tenía con su expareja, que sí tiene con Alma; responde que Alma es más tranquila, su expareja es más “explosiva”. Dice que no le gustó tener dos parejas a la vez, quiere estar estable en la relación de pareja.

Indago si Carlos se imagina a sí mismo, dentro de 10 años, en una relación con su expareja. Responde que es difícil imaginarlo, ya que después de semanas de convivencia quería terminar la relación. Le externo que me parece que Carlos está idealizando su anterior relación de pareja; que él no la conocía lo suficiente. Le pregunto si la intimidad que ha logrado con su pareja actual la ha tenido con relaciones extramaritales; responde que no. Le planteo la siguiente interrogante:

“¿cómo crees que te sentirás cuando el bebé nazca y quizá ya no sientas la misma libertad de antes, y haya nuevos cambios en la vida de pareja?”; él dice que lo ha hablado con Alma y ella le dice que él no va a pasar a segundo plano, lo cual era uno de sus temores.

Comparo las dos voces que confrontan a Carlos con el problema de la infidelidad: por una parte, la voz del “ego” que le dice que tiene que aprovechar el tiempo y buscar otras mujeres para aliviar su ansiedad; por otra parte, la voz que le dice que no necesita estar con otras mujeres, que está a gusto con su pareja, que no quiere lastimarla, que le gusta la intimidad emocional”. Jenkins (1990) asevera que es útil externalizar sentimientos que están asociados con las conductas violentas de los hombres, sentimientos como “miedo”, “inseguridad” o “frustración”; esto sin que se evite responsabilizar a los hombres por su comportamiento violento, ya que una de las metas principales de la psicoterapia es que los hombres que manifiestan conductas violentas asuman las responsabilidades de sus conductas (Díaz-Marroquín, 2012).

Le expongo que me parece que la voz que le dice a Carlos que no necesita estar con otras mujeres es más fuerte que la voz del “ego”, porque se ha logrado imponer a ésta, y que para esto le ha ayudado sopesar ventajas contra desventajas de no actuar infiel, desventajas que, según Carlos, se van haciendo más “chiquitas” y no están bien fundamentadas. De acuerdo con Miller y Rollnick (1999), el consultante llega a la terapia con ambivalencia; la tarea del terapeuta es motivar al paciente, es decir, aumentar la probabilidad de que éste haga cosas que lo preparen para el cambio.

Le pregunto cuáles son las ventajas de estar con Alma; dice que le gusta físicamente cómo es, que se comunica muy bien con ella, que no es “explosiva”, que tienen proyectos en común. Escuchar respetuosamente las explicaciones del consultante le revelan al terapeuta y al mismo consultante el deseo de ser diferente (Milner & Jessop, 2003).

También pregunto qué le dice a Carlos las cosas nuevas que hace y el “diseño” de esta nueva etapa de su vida; dice que se permite aventurarse a hacer cosas nuevas, aprender cosas nuevas, cuidarse a sí mismo, a confiar más en sí mismo y en otras personas, no estar compitiendo siempre, permitirse expresar más sus emociones y sentimientos, su amor, e incluso sus miedos; abrirse emocionalmente a miembros de su familia. Esta intervención se explica considerando que el trabajo con los hombres generadores de violencia incluye identificar algunos aspectos de sus relaciones o algunos aspectos de sus deseos que contradigan las maneras opresivas de la masculinidad tradicional (White, 2002).

El terapeuta pregunta dónde están las inseguridades que el consultante hablaba la primera vez; responde que están en un proceso de “sumergirse”, como sus anteriores miedos, donde éstos tienen cada vez menos influencia. La inseguridad que tenía de perder su libertad no es la misma, refiere, ya que su libertad es suya, no la puede perder; dice que era una idea falsa, una actitud

egoísta. Dice que no le sirve decirse a sí mismo “yo no sirvo para el compromiso. Tengo miedo a perder mi libertad”, son ideas que se cumplen cuando se creen, son profecías auto-cumplidas.

También se explora cómo los miedos relacionados con la pareja –miedo a la intimidad, al compromiso, a la paternidad– tienen que ver con la cultura, con lo aprendido entre hombres; distinto de lo que se enseña a las mujeres. Esto es relevante, ya que en la terapia con hombres generadores de violencia se les incita a explicar sus creencias sobre el uso de la violencia, y se les pregunta sobre los aprendizajes de ser hombre en la cultura (Milner & Jessop, 2003).

Indago, junto con Carlos, cómo se ve él mismo en el futuro, en dos años; responde que se ve a sí mismo, a su pareja, a César y a la bebé (para este momento, ya sabe que es niña), viviendo todos juntos; además, haciéndose responsable de cuidar y convivir con su hija, dándole su espacio a Alma, dividiendo las responsabilidades domésticas entre él y su pareja. Enfatizo que Carlos ha venido “desmantelando” sus viejos esquemas como el miedo a la paternidad, el miedo al compromiso, la necesidad de estar compitiendo con otros hombres, etc. Siguiendo a Miller y Rollnick (1999), visualizar el futuro puede ayudar a los consultantes a mantener un cambio presente, o a imaginar un cambio futuro y motivarse (Miller & Rollnick, 1999).

Hacia el final del proceso, expresé más mis opiniones. Una de ellas está relacionada en cómo percibo a Carlos en este proceso de cambio: un Carlos mucho menos preocupado por el trabajo, por la competencia, por la rivalidad, que reconoce el valor de la intimidad, de vivir en pareja, que reconoce el dolor propio y que se abre a sus emociones y sus sentimientos. Según Miller y Rollnick (1999), las experiencias emocionales también son parte importante de la motivación para el cambio. Enfatizo que lo que parece ayudar mucho a Carlos a luchar contra sus miedos es hablarlos. El hecho de hablar, con Alma, del miedo que tenía a sentirse desplazado en el mundo afectivo de ella, lo ha ayudado a de-construir esos miedos, a ver esos miedos de otra manera.

Carlos vuelve a hablar de que cuando no tiene sexo, se siente él como si no se sintiera amado. Exploro de qué otras formas se siente amado Carlos, además de cuando tiene relaciones sexuales; éste responde que cuando Alma lo abraza, cuando se bañan juntos, cuando ella cocina para él, cuando realizan actividades juntos, como ver una película. Carlos reflexiona que todas esas cosas lo hacen sentir pleno, “lleno”, que se da cuenta que Alma demuestra su amor sirviendo a los demás. Lo anterior tiene sentido si consideramos que no ser capaz de expresar sus propias necesidades en una relación se traduce en un déficit para escuchar y respetar las necesidades de la pareja (Milner & Jessop, 2003).

Exploro si le funcionaría a Carlos hablar con su pareja de lo importante que es para él sentirse amado y de las otras formas en que se siente así, considerando que la comunicación entre la pareja es satisfactoria. Incluso, le sugiero a Carlos preguntarle a su pareja qué cosas que hace él le hacen sentir amada a ella; dice que el hecho de que él la escuche es muy importante para ella.

COMENTARIOS Y REFLEXIONES FINALES

La infidelidad, en las sociedades patriarcales, constituye una conducta típicamente masculina, una conducta violenta que lesiona y vulnera los derechos humanos de las mujeres. Según la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013), la infidelidad se define como una conducta que genera violencia psicológica de los hombres contra las mujeres.

La crisis, detonada por una infidelidad, puede ser productiva si en el proceso el individuo o la pareja reconoce que hay otros problemas en la relación y se enfocan a tratarlos, además, de reparar el daño a la persona engañada y reconstruir la confianza en la relación (Scheinkman, 2005). Aunque es difícil trabajar con estas problemáticas, el reto terapéutico consiste en reencuadrar, de forma positiva, las infidelidades de tal forma que el individuo o la pareja vaya asimilando gradualmente las redefiniciones (Crawley & Grant, 2010).

Para los hombres que asumen actitudes y roles de género tradicionales, es fácil que la infidelidad se vuelva parte de su identidad de género. En las terapias de corte narrativo se trabaja con la identidad de las personas, ya que se considera que ésta está en constante modificación, sujeta a los cambios en las creencias y conductas de las personas. Se trata, en última instancia, de devolverles a las personas una nueva imagen de sí mismas que sea más funcional para ellas.

A través de preguntas y la conversación terapéutica, el terapeuta trabaja con los hombres generadores de violencia para explorar las ideas y prácticas que sustentan la violencia, con el fin de definir las, cuestionarlas, desmontarlas y rastrear su historia, es decir, de-construir dichas creencias y prácticas patriarcales; de-construir consiste, entonces, en explorar y desmontar las verdades para que emerjan historias alternativas (Morgan, 2000).

En el caso que nos ocupa, se trabajó terapéuticamente con las creencias del consultante, es decir, lo que para él significa la infidelidad, sus consecuencias y lo que él cree que la motiva. Lo que se realizó fue re-significar estas creencias; crear, en colaboración con el consultante, una historia alternativa que le permita a éste asumir una identidad diferente de la masculinidad tradicional, una nueva imagen de sí mismo como hombre y como pareja, que le facilite el sentirse bien con respecto a su relación de pareja y consigo mismo.

La empatía, en la relación terapéutica, es un elemento esencial que facilita la motivación para el cambio. A través de la escucha reflexiva, el terapeuta intenta comprender los sentimientos y opiniones del consultante sin juzgar, criticar o culpabilizar (Miller & Rollnick, 1999). El principal agente del cambio es la motivación para el mismo. Para aumentar la motivación, la actitud empática del terapeuta es clave (Díaz-Marroquín, 2012).

Durante el proceso no se juzgó o culpabilizó al consultante, aunque se mostrara desacuerdo con las conductas de éste; tampoco se confrontaron directamente las actitudes y conductas del consultante, aunque hay que considerar que éstas no suponían riesgo para su pareja. Esto último porque dependiendo de cómo nos aproximemos al consultante, crearemos un ambiente que propicie ya la “resistencia” o la cooperación; es decir, mis actitudes e intenciones, como terapeuta, son instrumentales en co-crear resultados clínicos (Lipchik & Kubicki, 1996). Además, la confrontación directa puede volverse contraproducente para que los consultantes asuman responsabilidad por sus conductas (August-Scott & Dankwort, 2002)

Por último, aun cuando la pareja del consultante no estuvo presente físicamente en las sesiones, a través de preguntas circulares se le planteaba al consultante cómo se sentiría o qué pensaría su pareja ante determinados cambios de conducta de él. Dentro de los objetivos de la terapia también estuvieron presentes las necesidades emocionales de la pareja del consultante. Es decir, el terapeuta tiene una responsabilidad, no sólo en considerar las necesidades del hombre generador de violencia, sino también de asegurar que la terapia es sensible a las necesidades de las parejas de estos hombres (Jenkins, 1990). Si creemos que un hombre generador de violencia tiene pocas razones para cambiar, esto puede dirigirnos al pesimismo sobre si el cambio es posible (August-Scott & Dankwort, 2002).

3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria

3.3.1 Productos tecnológicos

Cursos inter-semestrales:

- 1) *Violencia de género y salud mental*. Periodo: 16 al 20 de enero de 2012; duración: 15 horas. Facultad de Psicología, UNAM.

- 2) *Mujeres receptoras de violencia: abordaje terapéutico*. Periodo: 11 al 15 de junio de 2012; duración: 20 horas. Facultad de Psicología, UNAM.

La violencia contra las mujeres es un grave problema social y de salud pública; requiere que las terapeutas en formación adquieran habilidades y competencias en las áreas de prevención, detección, evaluación e intervención, que coadyuve en un tratamiento psicológico eficaz contra la violencia de género. Considerando lo anterior, se diseñaron, desarrollaron y presentaron dos cursos inter-semestrales: 1) *Violencia de género y salud mental*, y 2) *Mujeres receptoras de violencia: abordaje terapéutico*. El primero con una duración de 15 horas; el segundo, 20 horas. Estos cursos estuvieron dirigidos a los estudiantes de licenciatura de la Facultad de Psicología. Los dos cursos tienen un denominador común: la violencia de género contra las mujeres en su relación de pareja.

La justificación de impartir estos cursos está en que, siendo la violencia un fenómeno que se presenta de forma alarmante en los individuos, parejas y familias que solicitan terapia psicológica, los estudiantes necesitan adquirir los conocimientos y herramientas que les permitan el manejo terapéutico en los individuos y familias, cuando en uno de sus miembros se presenten conductas de violencia en perjuicio de los demás. Los cursos impartidos sobre violencia de género tienen la finalidad de contribuir a la formación clínica de los estudiantes.

Al final de cada curso, cada uno de los asistentes emitió una reflexión por escrito en la que vertían su opinión del curso. En general, las reflexiones apuntaban a describir la utilidad del curso en cuanto a lo siguiente: 1) tomar conciencia del impacto de la violencia en sus vidas, 2) reconocer los tipos de violencia; 3) aprender herramientas sobre el manejo terapéutico de la violencia; 4) deconstruir mitos en torno a la violencia; 5) entender la violencia como un grave problema social y público que repercute psicológicamente en los individuos, parejas y familias. A continuación se describen brevemente las temáticas abordadas en cada uno de estos cursos:

Curso: "Violencia de género y salud mental"

1. Género y violencia
 - 1.1 Perspectiva de género y socialización
 - 1.2 Roles y estereotipos de género
 - 1.3 Mitos y realidades sobre la violencia de género
- 2 Violencia contra la pareja
 - 2.1 Conceptualización
 - 2.2 Tipos de violencia contra la pareja
 - 2.3 Datos epidemiológicos
- 3 Diagnóstico de la violencia contra la pareja
 - 3.1 Repercusiones psicológicas en las mujeres receptoras de violencia
 - 3.2 Perfil del hombre que genera violencia
 - 3.3 Síndrome de *Estocolmo* doméstico

Curso: "Mujeres receptoras de violencia en su relación de pareja"

1. Género y violencia
 - 1.1 Factores psicosociales que predisponen a la violencia de género
2. Diagnóstico
 - 2.1 Tipos y modalidades de violencia (LGAMVLV)
 - 2.2 Ciclo de la violencia
 - 2.3 Repercusiones psicológicas en las mujeres receptoras de violencia
 - 2.4 Características de la relación violenta
3. Ética profesional y atención en crisis
 - 3.1 Ética del/a terapeuta
 - 3.2 Ruta crítica (atención en crisis)
4. Modelos de atención psicológica
 - 4.1 Terapia familiar feminista
 - 4.2 Enfoque humanista
 - 4.3 Enfoque narrativo
 - 4.4 Terapia de re-encuentro
5. Análisis de casos

3.3.2 Programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.)

El trabajo que realiza un/a terapeuta familiar no se limita a las intervenciones clínicas y a los escenarios familiares; debe difundir sus conocimientos en la comunidad, aplicando sus habilidades y competencias en la prevención de los problemas que aquejan a ésta. Para esta finalidad, se ofreció un taller, junto con otros dos compañeros, en el centro comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”. El taller estuvo dirigido a parejas que presentaran problemas de comunicación y de negociación. El taller se tituló “entendiéndome con mi pareja”, y estuvo conformado por dos sesiones de 4 horas cada una. A la primera sesión asistieron 12 parejas; a la segunda, 4 parejas.

La justificación de impartir este taller obedece a que la comunicación en pareja hace posible la interacción. La vida en pareja implica siempre conflictos, los cuales traen consecuencias negativas a la vida individual y de pareja. La comunicación, la sexualidad, el amor, los roles y poder son componentes importantes en la relación de pareja que si bien son fuente de satisfacción marital, también pueden ocasionar conflictos e insatisfacción. La negociación tiene que ver con una buena comunicación y el manejo del poder compartido.

El taller tuvo el objetivo general de que los/as participantes adquirieran habilidades de comunicación y de negociación que les permitieran relacionarse de forma más efectiva con su pareja. Algunos de los objetivos particulares fueron los siguientes: 1) reflexionar sobre cómo los roles de género tradicionales afectan las formas de relacionarse en pareja; 2) aplicar algunas reglas básicas de la negociación; 3) distinguir algunos obstáculos comunes en la comunicación entre la pareja, y 4) diferenciar entre momentos efectivos de comunicación y momentos inefectivos. Los contenidos que se abordaron, en las dos sesiones del taller, fueron los siguientes:

- 1.1 Presentación del taller y de los facilitadores.
- 1.2 Cambiando la queja por la descripción.
- 1.3 Observándome y observando a mi pareja. Colocando los problemas en la interacción.
- 1.4 ¿Mujeres de Venus, y hombres de Marte? Roles de género
- 1.5 Identificar y elegir un problema para trabajar
- 1.6 Encontrar la pauta-problema
- 2.1 Reconocimiento emocional
- 2.2 Puntos de la negociación y límites
- 2.3 Reglas y obstáculos de la comunicación
- 2.4 Rompiendo la pauta e ideando nuevas alternativas.
- 2.5 Evaluación y reflexiones del taller

Entre las reflexiones que emitieron los participantes dijeron, por una parte, sentirse muy incómodos estando en un salón tan reducido la primera sesión, lo que podría explicar que más de la mitad de las parejas no asistieran a la segunda sesión. La reducción en el número de participantes permitió que se revisara un poco más a fondo la forma en que la información del taller se aplicaba para las parejas participantes. Los participantes reportaron sentirse satisfechos del taller, así nos lo hicieron saber en los cuestionarios de evaluación.

Entre los aspectos a mejorar les hubieran gustado más sesiones de este taller; por lo que sugirieron una continuidad del taller o incluso terapia grupal. Se refieren a los ponentes como profesionales que generan confianza, son empáticos, reflexivos y amables; destacan su apertura para escuchar y explicar, y la atención y dedicación que pusieron al taller.

Como parte de mis reflexiones personales, me di cuenta que el tratar temas y problemáticas de comunicación y negociación, en un taller, inevitablemente trae otras problemáticas, como la confianza en la pareja, el perdón y la violencia. Aunque no sea parte de la programación de un taller, el o los terapeutas deben incluir temas y problemáticas que los participantes traigan a la sesión.

Creo que un taller, sin ser terapia grupal, ofrece algunos elementos terapéuticos similares a un proceso terapéutico grupal; en ese sentido, fue todo un reto para nosotros atender algunas demandas de los participantes. Mi participación en este taller me ofreció un espacio de aprendizaje para tratar con dinámicas grupales que han sido muy enriquecedoras en mi experiencia como psicoterapeuta.

El haber planeado y realizado, junto con mis compañeros, un taller con las temáticas de comunicación y negociación en la pareja me brindó mucha satisfacción en lo personal, ya que son temáticas y problemáticas que creo que afectan a todas las relaciones de pareja. Considero que en las relaciones personales siempre existen los conflictos, pero lo que hace la diferencia es la forma en que se resuelven. Además, la comunicación es el mejor medio para que surja la resolución del conflicto y así se eleve la satisfacción en la pareja. Una comunicación clara y objetiva es primordial para el intercambio y solución de problemas en todo grupo social.

3.3.3 Presentación del trabajo realizado (clínico o de investigación) en foros académicos

Ponencia: “De-construyendo, con el enfoque narrativo, las creencias vinculadas con la infidelidad masculina”.²

Foro académico: Repensando la psicología. Segundo coloquio estudiantil.

Fecha: 06 al 08 de febrero de 2013

Lugar: México, D.F.

Resumen:

La infidelidad masculina presenta características diferentes a la infidelidad femenina. Generalmente, la infidelidad masculina se fundamenta en creencias y roles de género tradicionales; dichas creencias y roles de género fomentan un conjunto de prácticas que constituyen la violencia masculina

En las prácticas terapéuticas posmodernas, estas creencias de género tradicionales, que fundamentan las conductas de violencia masculina, se cuestionan y de-construyen, develando las prácticas culturales del patriarcado que están vinculadas con dichas creencias. Tales creencias se relacionan con la masculinidad hegemónica, en el sentido de considerar que los hombres sentimos la necesidad de compararnos con otros hombres y estar compitiendo con respecto a la vida sexual; además es creencia típica del patriarcado la noción de que las mujeres son objetos para la satisfacción sexual de los hombres. De-construyendo estas creencias, en el espacio terapéutico, podemos de-construir otras creencias ligadas a la violencia masculina, como los celos o el control sobre la pareja.

Ponencia: “Perfil de actitudes de los hombres generadores de violencia contra las mujeres en su relación de pareja”.³

Foro académico: XIII Congreso de Asociación Mexicana de Terapia Familiar.

Fecha: 14 al 17 de febrero de 2013.

Lugar: Acapulco, Guerrero.

² Este estudio se presenta, en detalle, en el apartado de reporte de investigación cualitativa

³ Esta investigación se describe, en extenso, en el apartado de reporte de investigación cuantitativa

Resumen:

El objetivo de la presente investigación fue psicométrico: construir y validar un instrumento que mida, en los hombres, creencias vinculadas con la violencia contra las mujeres en la relación de pareja. La muestra estuvo constituida por 307 participantes, con edades entre los 18 y 67 años. Para conocer la estructura factorial del instrumento (PAHVIM) se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación *varimax*. Se eligieron aquellos reactivos que cumplieran dos criterios: cargas factoriales mayores o iguales a .40 y con valores *Eigen* iguales o mayores a "1". Este procedimiento agrupó a 44 reactivos, en 6 factores: *control/supremacía masculina, legitimación de la violencia, atribución externa del enojo, complementariedad, estereotipos de género y percepción de vulnerabilidad*; factores que explican el 31.99% de la varianza total. El coeficiente de *alpha* de *Cronbach* de PAHVIM es .932. Para obtener la validez de criterio se realizó, en los factores de PAHVIM, un análisis de las diferencias, a través de la prueba *t* de *Student*, entre el grupo de hombres que recibían psicoterapia, y el grupo de hombres que no recibían psicoterapia; los hombres que recibían psicoterapia expresaron menos creencias vinculadas con la violencia masculina que aquellos que no recibían psicoterapia. En los resultados de la validez concurrente se observaron correlaciones significativas entre los factores de PAHVIM y los factores del Inventario de *Pensamientos distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia*, de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998). PAHVIM tiene índices aceptables de confiabilidad, validez factorial, concurrente y de criterio. La investigación reporta datos que nos brinda información útil en torno a las creencias sexistas que fundamentan la violencia de género, y en relación con los hombres violentos que reciben terapia.

A manera de reflexión, quiero expresar que participar en distintos foros académicos ha sido una experiencia muy enriquecedora para mi formación como terapeuta, ya que esto me permite aproximarme e iniciar un diálogo con otros profesionales de la salud mental, con la finalidad de intercambiar y difundir conocimientos y experiencias muy valiosas, derivadas de las investigaciones y trabajo clínico.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1 Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Los terapeutas, muchas veces, desconocemos ciertos aspectos legales implicados en nuestras prácticas clínicas; sin embargo, en situaciones como abuso y violencia es responsabilidad ética del terapeuta concientizar a las personas que se está ante un delito y que existen leyes que garantizan la integridad y seguridad de las personas. La ética que maneje la terapeuta debe privilegiar, en primer término, la vida y la seguridad de las personas. Cuando no estemos suficientemente capacitados en una determinada problemática, lo recomendable es canalizar, al paciente o la familia, con un terapeuta capacitado en el área o una institución.

Michael White (2002) tiene como premisa básica de su enfoque narrativo el ser conscientes, como terapeutas, que no podemos ser neutrales en nuestras intervenciones con los miembros de la familia que nos consultan. Pretender adoptar, como terapeuta, una posición neutral, o mejor dicho intentarlo, sólo nos coloca en una posición que ayuda a solidificar las interacciones sexistas que caracterizan, muchas veces, las familias que nos consultan (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

Aunado a lo anterior, está la idea socio-construccionista, de origen foucaultiano, del diferencial de poder en el contexto terapéutico. White (2002) reflexionaba sobre la imposibilidad de suprimir el diferencial de poder en el contexto terapéutico, lo que sí podemos hacer éticamente es ser conscientes de esto y buscar formas más igualitarias en que este diferencial no tenga efectos desfavorables en las personas que nos consultan. Junto a esta idea, está otra relacionada con evitar manipular a los consultantes hacia un resultado terapéutico determinado, es decir, condicionar el resultado de la terapia en función de cómo deberían los consultantes vivir su propia vida (Boscolo & Bertrando, 2008).

Si un/a terapeuta aborda la violencia y el abuso como un fenómeno interaccional invisibiliza el vínculo entre la violencia masculina y las maneras de ser y de pensar de la masculinidad tradicional, además de que contribuye a perpetuar las condiciones de desigualdad de poder que propician la violencia al interior de las parejas y las familias. Como terapeutas, no podemos reproducir la cultura dominante, la patriarcal. Incluso, nosotros como terapeutas hombres no podemos estar totalmente seguros de que no estamos reproduciendo involuntariamente creencias y conductas de la masculinidad tradicional que se traduzcan en situaciones de subyugación para algunos miembros de la familia (White, 2002).

El/la terapeuta tiene la responsabilidad ética de abordar los temas relativos al género y visibilizarlos a los integrantes de la familia, quienes generalmente no son conscientes de que su problemática está relacionada con el género (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991). Es decir, es tarea de las/os terapeutas investigar cómo las relaciones de dominio y sumisión están incorporadas a los supuestos fundamentales de la psicoterapia (Hoffman, 1996). Esto es así porque cuando intervenimos, como terapeutas, en el funcionamiento de las familias sin modificar las diferencias de poder, actuamos a favor de la sociedad patriarcal para que las mujeres y niñas continúen oprimidas y violentas (Goodrich *et al.*, 1989; Walters *et al.*, 1991).

La función del terapeuta, en los casos de violencia masculina, es doble: por una parte, debe contener y aceptar la concepción que el otro tiene de sí mismo, de su relación y de lo que trae, y por otra debe confrontar los mecanismos de negación, minimización y justificación respecto de la violencia ejercida. Se debe cuidar el no confrontar inmediatamente, pues esto aumentaría la defensividad del otro y con ello se dificultaría el desarrollo de un vínculo terapéutico útil (Ibaceta, 2004).

Por último, el/la terapeuta es éticamente responsable de todo lo que trae a la sesión, a través de sus hipótesis, preguntas e intervenciones; es decir, es responsable de la realidad que construye en el diálogo terapéutico, y de su papel en ese diálogo (Bertrando, 2011). Por otra parte, cualquier cosa que el terapeuta haga o no haga, diga o no diga, durante la terapia es, en sí misma, una intervención terapéutica o contra-terapéutica (Tomm, 1987).

Capítulo IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Durante la residencia en Terapia Familiar desarrollé, en general, habilidades relacionadas con el perfil de un profesional del campo de la salud; específicamente desarrollé las competencias referidas al ejercicio de la Terapia Sistémica y Posmoderna. El conocimiento de los diferentes modelos terapéuticos y su aplicación me permitió utilizar estrategias de detección, prevención, evaluación e intervención para los problemas psicológicos de los individuos, parejas o familias atendidos.

Las habilidades y competencias se generaron en tres niveles: teórico, de investigación y clínico. Las habilidades teóricas se plasmaron en la conceptualización de los diferentes modelos terapéuticos, el análisis y reflexión de los modelos, etc. Las habilidades de investigación se concretizaron en la elaboración de tres proyectos de investigación: dos cuantitativos y uno cualitativo, que estuvieron relacionados con problemáticas sociales y/o familiares. Las competencias clínicas se tradujeron en prevención comunitaria (diseño, desarrollo y aplicación de un taller), desarrollo de entrevistas, evaluación de casos, definir una o varias problemáticas en los casos atendidos, desarrollo de hipótesis sistémicas en los individuos y familias atendidas, desarrollo y aplicación de técnicas necesarias para un caso determinado, establecimiento de alianza terapéutica, entre otros.

Cada uno de los modelos, con sus diferentes postulados y prácticas, me enseñaba capacidades y competencias diferentes. Si con los modelos sistémicos aprendí a vincular las conductas y creencias de las personas con otros integrantes de la familia, con las posturas posmodernas me coloqué más en una postura de curiosidad y de no-experto para permitir que la familia o el consultante me guiaran. Es decir, reconocer, en palabras de Satir (2002), que el terapeuta no puede saber qué es lo mejor para una determinada familia o cualquier persona.

Estoy consciente que las habilidades y competencias, adquiridas durante la maestría y derivadas de la aplicación de técnicas de terapia familiar, constituyen valiosas herramientas para el cambio en los individuos, parejas y familias; aunque no serían tan útiles si no van acompañadas por el desarrollo de una sólida alianza terapéutica. Mis maestras me han enseñado que el vínculo terapéutico, construido por la empatía, la comprensión, el respeto y la curiosidad, constituye, por lo menos, la mitad de la eficacia en el proceso terapéutico.

4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.

La experiencia obtenida durante la maestría en Terapia Familiar modificó mi percepción de las relaciones en general, de mis relaciones en particular y de mi persona. Me ha ayudado a entender profundamente las pautas, los roles, los ciclos y las necesidades emocionales en mi propia familia de origen; lo que, a su vez, me ha facilitado mucho entender estos mismos aspectos en las familias atendidas. Además, Satir (2002) nos recuerda tener presente que a veces los conflictos que traen las familias o consultantes activan, en nosotros terapeutas, conflictos no resueltos con nuestras familias de origen, por lo que es importante resolver dichos conflictos o por lo menos tener consciencia de ellos.

Los cambios personales no han sido ajenos a la experiencia de cursar la residencia en Terapia Familiar. Hay un cambio profundo en la epistemología: las cosas ya no se perciben de manera lineal, sino que paulatinamente se adopta una epistemología circular; esta nueva perspectiva no sólo se aplica a los/as consultantes atendidos, sino que incluso permea mis relaciones más íntimas y cercanas.

También me he dado cuenta, especialmente a través del contacto con las posturas posmodernas, que la relación terapéutica es un intercambio en los dos sentidos. Como dice White (2002), la interacción terapéutica es un fenómeno recíproco: en el proceso terapéutico nuestras vidas resultan también cambiadas, no sólo las de los consultantes.

Trabajar terapéuticamente con los individuos y las familias representa siempre, para mí, un reto; pero trabajar con parejas me parece aún más fascinante. Es en este espacio donde percibo la recursividad en su máximo esplendor (siempre y cuando no aparezca la violencia como una pauta). Me obliga a revisar mis propias definiciones y representaciones sobre la pareja, y a reflexionar sobre mis conductas para con mi propia pareja.

Biscotti (2006) afirma que todo terapeuta interviene con una pareja a través de su propio modelo de pareja, formado a partir de sus propias representaciones y sus experiencias personales. Además, como dice Haley (2008), lo difícil de las intervenciones de la terapia de pareja radica en que su efectividad depende de los sentimientos del/a terapeuta; en el proceso surgen inevitablemente sus propios prejuicios sobre mujeres y hombres y sus sesgos respecto de la pareja.

Por otra parte, las diversas experiencias con los/as consultantes me invitan a reflexionar sobre lo importante que es ajustar los modelos terapéuticos aprendidos a cada individuo, pareja o familia, y no tratar de imponer a éstos un modelo. Para lo anterior es fundamental el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica.

4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

Las actividades realizadas durante la maestría incrementaron, en mi persona, la responsabilidad y el compromiso social en el trabajo terapéutico; me han llevado a considerar a la persona del terapeuta en constante transformación personal y profesional, haciendo revisión y crítica de sus valores, prejuicios y creencias que pudieran obstaculizar el proceso terapéutico, y también he entendido que ál/la terapeuta familiar trabaja mejor si está acompañado por otros/as profesionales de la salud, en un trabajo interdisciplinario.

La terapeuta tiene que asumir que no puede ser neutral en su actividad, ya que todo tipo de relaciones humanas estás caracterizadas por relaciones desiguales de poder, y una de sus funciones es tratar de restablecer el equilibrio de poder en las relaciones que trata. Tampoco puede ser tolerante y respetuoso ante interacciones que perjudican la estabilidad y autoestima de uno o más integrantes del sistema familiar. Es importante que, como terapeutas, nos sensibilicemos y capacitemos en la prevención, detección y tratamiento de la violencia de género, ya que en muchos de los individuos, parejas o familias que atendemos se manifiestan características asociadas con este tipo de violencia.

Lo que piense el/la terapeuta de las condiciones políticas y sociales de la cultura en que está inserto/a inevitablemente repercutirá en las interacciones con los/as consultantes, de forma que incorpora, muchas veces sin darse cuenta, su propio análisis social, político y cultural al modelo terapéutico que aplica (Esler & Waldegrave, 1993). Teniendo en cuenta esto, podemos ayudar más fácilmente a las personas que nos consultan a desafiar determinadas prácticas opresivas y abusivas (White, 2002).

En última instancia, no olvidemos que no importa el modelo de terapia familiar que practiquemos, las intervenciones con los individuos y las familias que nos consultan deben ser canalizadas a través de nosotros mismos como personas; es decir, la principal herramienta es la persona del terapeuta (Satir, 2002).

REFERENCIAS

- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 77-91). Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (2005a). Myths about “not-knowing”. *Family Process*, 44, 497-504
- Anderson, H. (2005b). Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 59-67). México: Pax.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Ariza, M. (2004). *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Augusta-Scott, T. & Dankwort, J. (2002). Partner abuse group intervention: lessons from education and narrative therapy approaches. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 783-805.
- Aurón, F. y Maldonado, I. (2002). Una terapia de lentes: género y violencia. *Primer Seminario sobre Violencia Familiar en el Distrito Federal* (pp. 303-314). México: Universidad de la Ciudad de México.
- Azaola, E. (2006). Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. En *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado en mayo de 2013 en: http://new.paho.org/mex/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=110&Itemid=329
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 197-223). México: Pax.

- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma. El terapeuta dialógico*. México: Pax.
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En G. Navarro y G. Fuentes (Edits.), *Prevención e intervención en salud mental*. Barcelona: Amarú.
- Blitchtein-Winicki, D. y Reyes-Solari, E. (2012). Factores asociados a la violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 35-43.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: una mirada sistémica*. Buenos Aires: Lumen.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Twenty more questions. Selections from a discusión between the Milan associates: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. In D. Campbell & R. Draper (Eds.), *Applications of systemic family therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos aires: Amorrortu.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (2006). The bioecological model of human development. In R. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Volume 1: theoretical models of human development* (pp. 793-828). 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Brownridge, D. A. & Halli, S. S. (2000). Living in sin and sinful living: Toward filling a gap in the explanation of violence against women. *Aggression and violent behavior*, 5, 565-583.
- Bruce, J. y Buvinic, M. (1998). Prefacio. En B. Schmukler (Coord.), *Familias y relaciones de género en transformación* (pp. 13-19). México: Edamex.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Burín, M. y Meler, I. (1998). *Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. México: Paidós.
- Bustos, O. (2001). Género y socialización: familia, escuela y medios de comunicación. En M. A. González y J. Mendoza (Comps.), *Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas* (pp. 289-358). México: Tec de Monterrey/CIACSO.

- Caballero, M. & Ramos, L. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 27, 21-30.
- Camarena, R. (2003). Repensando a la familia: algunas aportaciones de la perspectiva de género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 53, 255-297.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D. y Álvarez-Dardef, C. (2007). ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 55-63.
- Casique, I. (2008). El complejo vínculo entre empoderamiento de la mujer y violencia de género. En R. Castro e I. Casique (Edits.), *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres* (pp. 231-259). México: UNAM.
- Castro, R. y Casique, I. (2006). Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes. En *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado en mayo de 2013 en: http://new.paho.org/mex/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=110&Itemid=329
- Cazés, D. (2005). La misoginia: ideología de las relaciones humanas. Una introducción. En D. Cazés y F. Huerta (coords.), *Hombres ante la misoginia: miradas críticas* (pp. 11-48). México: Plaza y Valdés / CEIICH-UNAM.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-414.
- Cecchin, G. (1994). Cómo utilizar las predisposiciones de un terapeuta. En J. Zeig y S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 154-157). Buenos Aires: Amorrortu.
- Cecchin, G. (1996). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 111-120). Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1993). De la estrategia de la no-intervención. Hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y familia*, 6, 7-15.
- Cecchin, G., Lane, G. y Wendel, R. (1997). Verità e pregiudizi (trad. verdad y prejuicios). Milán: Raffaello Cortina.

- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*. Recuperado en mayo de 2013 en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf
- Chávez, J. (2008). *Cuadernos de investigación del Centro de Estudios de la Mujer: género y familia, No. 5*. México: Plaza y Valdés.
- Cobb, S. (1997). Dolor y paradoja: la fuerza centrífuga de las narraciones de mujeres víctimas en un refugio para mujeres golpeadas. En M. Pakman (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana. Volumen 2* (pp. 17-62). Buenos Aires: Gedisa.
- Coltrane, S., Parke, R.D., & Adams, M. (2004). Complexity of father involvement in low-income Mexican American families. *Family Relations*, 53, 179–189.
- Corsi, J. (2003). La violencia en el contexto familiar como problema social. En J. Corsi (Comp.), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico* (pp. 15-40). Buenos Aires: Paidós.
- Crawley, J. y Grant, J. (2010). *Terapia de pareja. El yo en la relación*. Madrid: Morata.
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (1999). Supervisión y entrenamiento en supervisión. *Psicología Iberoamericana*, 7, 59-63.
- Díaz-Loving, R. (2010). Una teoría bio-psico-socio-cultural. En R. Díaz-Loving y S. Rivera (Comps.), *Antología psicosocial de la pareja* (pp. 13-30). México: Miguel Ángel Porrúa / UNAM.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S. y Sánchez-Aragón, R. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos), normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-139.
- Díaz-Marroquín, N. (2008). *Modelo de atención psicológica a mujeres que viven violencia*. Recuperado en mayo de 2013 en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/TAB/tab07.pdf>
- Díaz-Marroquín, N. (2010). *Modelo para la formación de profesionales de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja*. Tesis de doctorado no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Díaz-Marroquín, N. (2012). Modelo de intervención con agresores de mujeres. En R. Álvarez y A. Pérez (Coords.), *Aplicación práctica de los modelos de prevención, atención y sanción de la violencia contra las mujeres. Protocolos de actuación* (pp. 187-222). 3ª ed. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

- Díaz-Marroquín, N., Rodríguez, G., Flores, R. y Rubio, G. (2008). Laberintos de violencia en la pareja: análisis de un caso. *Psicoterapia y Familia*, 21, 39-55.
- Dohmen, M. (1995). Aspectos cognitivos. En Corsi, Dohmen y Sotés (Comps.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 69-95). Buenos Aires: Paidós.
- Durrant, M. y Kowalski, K. (1993). Superar los efectos del abuso sexual. Desarrollar la percepción de la propia capacidad. En M. Durrant y C. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 90-153). Barcelona: Gedisa.
- Echauri, J., Romero, J. y Rodríguez, M. (2005). Teoría y descripción de la violencia doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el centro penitenciario de Pamplona. *Anuario de Psicología Jurídica*, 15, 67-95.
- Echeburúa, E., Amor, P. y Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6, 27-36.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral (Coords.), *Manual de Violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid: Siglo XXI.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Elms, R. (1993). Hostilidad, apatía silencio y negación. Cómo ayudar a los adolescentes agresores incitándoles a que modifiquen su conducta. En M. Durrant y C. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 154-182). Barcelona: Gedisa.
- Epston, D. y White, M. (1994). Asesorar al asesor. La documentación del conocimiento alternativo. En M. White (Comp.), *Guías para una terapia familiar sistémica* (pp. 203-217). Barcelona: Gedisa.
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de una vida y un comentario. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 121-141). Barcelona: Paidós.
- Esler, I. & Waldegrave, J. (1993). Abuso sexual. Dos mujeres exponen dos maneras diferentes de encarar el mismo problema y en la misma perspectiva. En M. Durrant y C. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 183-217). Barcelona: Gedisa.
- Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeduación de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.

- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2003). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En G. Licea, I. Paquentin y Selicoff (Comps.), *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 451-475.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, C. y Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología*, 22, 251-259.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18, 359-366.
- Foerster, H. (2000). Ética y cibernética de segundo orden. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comps.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 61-72). Barcelona: Paidós.
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 61-74). Barcelona: Paidós.
- García, B., Camarena, R. y Salas, G. (1999). Mujeres y relaciones de género en los estudios de población. En B. García (Comp.), *Mujer, género y población en México* (pp. 211-271). México: El Colegio de México.
- García, B. y Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. México: El Colegio de México.
- Gasman, N., Villa, L., Moreno, C. y Billings, D. (2006). Violencia sexual en México. En *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México: Secretaría de Salud. Recuperado en mayo de 2013 en: http://new.paho.org/mex/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=110&Itemid=329
- Gergen, K. (1991). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. y Kaye, J. (1996). Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 199-218). Barcelona: Paidós.

- Glick, P. & Fiske, S. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Habermas, J. (2008). La modernidad, un proyecto incompleto. En H. Foster (Comp.), *La posmodernidad*. México: Kairos.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989) *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1994). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En J. Zeig y S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hare-Mustin, R. & Marecek, J. (1990a). Beyond Difference. In R. Hare-Mustin & J. Marecek (Edits.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender* (pp.184-201). New Haven, CT: Yale University Press.
- Hare-Mustin, R. & Marecek, J. (1990b). Gender and the meaning of difference: postmodernism and psychology. In R. Hare-Mustin & J. Marecek (Edits.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender* (pp. 22-64). New Haven, CT: Yale University Press.
- Harvey, D. (2008). *La condición de la posmodernidad. La investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Psicoterapia y familia*, 2, 41-53.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós.
- Ibaceta, F. (2004). Hombres que ejercen violencia en la pareja: reflexiones de una experiencia de atención individual. *Terapia Psicológica*, 22, 157-164.

- Ibarra, A. (2003). La familia y sus creencias: relaciones y significado. En L. Eguiluz (Comp.), *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2005). *Los hogares con jefatura femenina*. Recuperado en mayo de 2013 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/hogjeffem/2005/Hog_Jef_Fem.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007). *Mujeres violentadas por su pareja en México. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Recuperado en junio de 2013 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2009. Metodología y tabulados básicos*. Recuperado en junio de 2013 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011). *Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2009: panorama sociodemográfico de México: principales resultados*. Recuperado en junio de 2013 en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf
- Jelin, E. (1994). La familia en América Latina. En R. Rodríguez (Edit.) *Familias: siglo XXI* (pp. 2-23). Santiago de Chile: Isis Internacional. Ediciones de Mujeres.
- Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility. The therapeutic engagement of men who are violent and abusive*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Johnson, S.M. (2001). Attachment injuries in couple relationships: a new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 144-155.
- Johnson, S.M. (2005). Broken bonds: an emotionally focused approach to infidelity. *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 4, 17-29.
- Johnson, S.M. (2008). *Práctica de la terapia matrimonial concentrada emocionalmente: creando conexiones*. 2ª ed. New York, NY: Routledge.

- Kamsler, A. (1993). La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante al infancia. En M. Durrant y C. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 15-53). Barcelona: Gedisa.
- Kaufman, M. (1994). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. In H. Brod & M. Kaufman (Eds.), *Theorizing Masculinities* (pp. 142-163). California: Sage.
- Lagarde, M. (2008). Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres. En M. Bullen y C. Diez (Coords.), *Retos teóricos y nuevas prácticas* (pp. 209-239). México: Ed. Ankulegi Antropología Elkarte. Recuperado en mayo de 2013 en: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/antropologia/11/14/14209239.pdf>
- Laing, L. y Kamsler, A. (1993). Poner fin al secreto. Terapia para tratar a madres e hijos después de haberse revelado el abuso sexual infantil. En M. Durrant y C. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 218-248). Barcelona: Gedisa.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Ed. Taurus.
- Lamas, M. (2007). Las putas honestas, ayer y hoy. En M. Lamas (Comp.), *Miradas feministas sobre las mexicanas del siglo XX* (pp. 312-346). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 93-110). Barcelona: Paidós.
- Lax, W. (1997). Narrativa, construccionismo social y budismo. En M. Pakman (Comp.), *Construcciones de la experiencia humana. Volumen 2* (pp. 147-171). Buenos Aires: Gedisa.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2013). Diario Oficial de la Federación. Recuperado en mayo de 2013 en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Limón, G. (2005a). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 29-48). México: Pax.
- Limón, G. (2005b). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Limón, G. (2012). *La terapia como diálogo hermenéutico y construccionista. Prácticas de libertad y deco-construcción en los juegos relacionales, de lenguaje y de significado*. Recuperado en mayo de 2013 en:

http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsWorldShare/Gilberto_s_Book__final.pdf

- Lipchik, E. & Kubicki, D. A. (1996). Solution-Focused domestic violence views: bridges toward a new reality in couples therapy. In S.D. Miller, M.A. Hubble & B.L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 65-98). San Francisco, CA.: Jossey-Bass Publishers.
- London, S. (2003). Límites: innovación y posibilidades. *Revista de la fundación para la educación Colegio Hebreo Maguen David*, 10, 32-36.
- Lyotard, J. (1990). *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. México: Red Editorial Iberoamericana.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1994). Estrategias y metáforas de terapia breve. En J. Zeig y S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 44-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (2000). Historias de psicoterapia. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comps.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 191-210). Barcelona: Paidós.
- Magaña, S. (1999). Puerto Rican families caring for an adult with mental retardation: role of familism. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 466-482.
- Medina-Mora, M., Berenzon, S. y Natera, G. (1999). El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica Mexicana*, 135, 284-289.
- Mejía, J. (2006). *Violencia familiar e identidad femenina: una estrategia de intervención terapéutica*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Méndez, M. y Bedolla, P. (2002). La terapia feminista como una propuesta de atención contra la violencia de género. *Primer Seminario sobre Violencia Familiar en el Distrito Federal* (pp. 283-288). México: Universidad de la Ciudad de México.
- Mendi, L. (2004). Mitos y estereotipos sociales en relación al maltrato. En C. Ruíz-Jarabo y P. Blanco (Comps.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección* (pp. 57-70). Madrid: Díaz de Santos.
- Mercado-Corona, D., Somarriba-Rocha, L., Astudillo-García, C. y Sánchez-Estrada, M. (2011). Permanencia femenina en la situación de violencia de pareja: fortalezas y factores de riesgo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, 21-32.

- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Milner, J. & Jessop, D. (2003). Domestic violence: narrative and solutions. *Probation Journal*, 50, 127-141.
- Minello, N. (2005). De la misoginia y otras dominaciones. En D. Cazés y F. Huerta (Coords.), *Hombres ante la misoginia: miradas críticas* (pp. 77-86). México: Plaza y Valdés / CEIICH-UNAM.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. 5ª ed. Argentina: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. Nichols, P. y Wai-Yung, L. (2011). *Evaluación de familias y parejas*. México: Paidós.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?: an easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Moya, M. y Expósito, F. (2005). Violencia de género. En F. Expósito y M. Moya (Coords.), *Aplicando la psicología social* (pp. 201-227). Madrid: Ed. Pirámide.
- Nardone, G. y Castelnuovo, G. (2007). La terapia de pareja con el enfoque estratégico breve evolucionado. En L. Eguiluz (Comp.), *El baile de la pareja. Trabajo terapéutico con parejas* (pp. 1-21). México: Pax.
- Nardone, G. y Salvini, A. (2000). Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problema solving estratégico. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comps.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 73-81). Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olavarría, J. (2004). Modelos de masculinidad y desigualdades de género. En C. Lomas (Comp.), *Los chicos también lloran* (pp. 45-63). Barcelona: Paidós.
- Oliveira, O., Eternod, M. y López, M. (1999). Familia y género en el análisis demográfico. En García, B. (Comps.), *Mujer, género y población en México*. México: El Colegio de México.

- Ordaz, G., Monroy, L. y López, M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social.
- Ordorika, T. (2009) Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista Mexicana de Sociología*, 71, 647-674.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Recuperado en mayo de 2013 en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado en mayo de 2013 en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm
- Palomar, J. (1997). El funcionamiento familiar y la doble jornada de trabajo. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 13, 123-146.
- Papp, P. (1984). Paradojas. En S. Minuchin y H. Fishman, *Técnicas de Terapia Familiar* (pp. 242-258). Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. Barcelona: Paidós.
- Papp, P. (1994). El debate terapéutico. En J. Zeig y S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 145-153). Buenos Aires: Amorrortu.
- Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, 21, 267-280.
- Penn, P. y Frankfurt, M. (2005). La creación de un texto participante: la escritura, las voces múltiples y la multiplicidad narrativa. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 85-109). México: Pax.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós.
- Pineda, J. (2008). *Masculinidades y feminidades. Violencia intrafamiliar en doble vía: negociando identidades masculinas*. III Coloquio internacional sobre varones y masculinidades. Medellín, Colombia. 3 al 5 de diciembre del 2008.
- Pinto, C. & Coltrane, S. (2009). Divisions of labor in Mexican origin and Anglo families: structure and culture. *Sex Roles*, 60, 482-495.

- Ramos, L. y Saltijeral, M. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31, 469-478.
- Ramos, L. Saltijeral, M., Romero, M., Caballero, M. & Martínez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarios en un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43, 182-191.
- Ravazzola, C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Recio, P., Cuadrado, I. y Ramos, E. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de detección de sexismo en adolescentes (DSA). *Psicothema*, 19, 522-28.
- Rentería, N. (2011). *El trabajo clínico grupal bajo las premisas socioconstruccionistas*. Tesis de maestría, no publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa/ UNAM.
- Rivera, S., Díaz-Loving, R., García-Méndez, M., Montero, N., y Villanueva, G. (2010). Poder, control y manipulación en la pareja: algunas variantes. En R. Díaz-Loving y S. Rivera (Comps.), *Antología psicosocial de la pareja, clásicos y contemporáneos* (pp. 691-735). México: Miguel Ángel Porrúa / UNAM.
- Roa, A. (1995). *Modernidad y posmodernidad. Coincidencias y diferencias fundamentales*. 2ª ed. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Rodríguez, B. (2001). Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. En A. Fernández y B. Rodríguez (Comps.), *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas* (pp. 29-48). 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Saldívar, G., Ramos, L. & Saltijeral, M. (2004). Validación de las escalas de violencia en universitarios. *Salud Mental*, 27, 40-49.
- Salles, V. y Tuirán, R. (1998). Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. En B. Schmukler (Coord.), *Familias y relaciones de género en transformación* (pp. 83-126). México: Edamex.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 111-128). Madrid: Ediciones pirámide.

- Sarti, C. (1993). Familia y género en barrios populares de Brasil. En S. González (Coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana* (pp. 55-70). México: El Colegio de México.
- Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.
- Scheinkman, M. (2005). Beyond the trauma of betrayal: reconsidering affairs in couples therapy. *Family Process*, 44, 227-244.
- Schmukler, B. (2000). Democratización familiar y políticas de género. En B. Schmukler (Coord.), *Políticas públicas, equidad de género y democratización familiar* (pp. 25-33). México: Instituto Mora.
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En J. Amelang y M. Nash (Eds.), *Historia y género: las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea* (pp. 23-56). España: Edicions Alfons el Magnànim.
- Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades alternativas. *Sistemas Familiares*, 1, 53-59.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, 2, 65-69.
- Sprecher, S. & Felmlee, D. (1997). The balance of power in romantic heterosexual couples over time from "his" and "her" perspectives. *Sex Roles*, 37, 361-380.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Pax.
- Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7, 68-76.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14, 511-532.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27, 1-15.
- Tomm, K. (1994). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En M. White, *Guías para una terapia familiar sistémica* (pp. 9-17). Barcelona: Gedisa.

- Torres, J.B., Solberg, S.H., & Carlstrom, A.H. (2002). The myth of sameness among Latino men and their machismo. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 163–181.
- Trujano, P. y Limón, G. (2007). Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp. 69-83). México: Pax.
- Tuirán, R. (1998). La vida familiar: arquetipos y realidades. En J. Valenzuela y V. Salles (Coords.), *Vida familiar y cultura contemporánea* (pp. 353-386). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Valenzuela, J. (1998). Género y familia. En J. Valenzuela y V. Salles (Coords.), *Vida familiar y cultura contemporánea* (pp. 43-78). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Vandello, J.A. & Cohen, D. (2003). Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts than perpetuate domestic violence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 997-1010.
- Vargas, B., Pozos, J., López, M. y Díaz-Loving, R. (2010). Manejo del poder de la mujer en las relaciones de violencia (pp. 387-394). *La Psicología Social en México*, XIII. México: AMEPSO.
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M. y Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21, 242-6.
- Wainstein, M. (2000). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comps.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 51-59). Barcelona: Paidós.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Welland, C. y Wexler, D. (2007). *Sin golpes. Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia*. México: Editorial Pax.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

APÉNDICE I

Perfil de actitudes de hombres generadores de violencia contra las mujeres en su pareja (PAHVIM)

Número de sesión: ____ Folio: ____

DATOS PERSONALES

Edad: _____

Estado civil: soltero () casado ()

Número de hijos: _____

Escolaridad: primaria () secundaria () preparatoria () licenciatura () posgrado ()

SITUACION ACTUAL

1. ¿Actualmente tiene pareja? SÍ () NO ()
2. ¿Vive con su pareja? SÍ () NO ()
3. ¿Cuánto tiempo tiene en su relación de pareja actual? ____ años ____ meses
4. ¿Usted consume alcohol? SÍ () NO ()

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a la relación de pareja. Marque con una cruz (x) la respuesta que crea más conveniente a su situación personal. NO hay respuestas correctas ni incorrectas. NO deje sin contestar ninguna afirmación.

Ejemplo: Si usted está más o menos de acuerdo con la afirmación, “un hombre está incompleto sin una mujer”, entonces marque así:

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	LEVEMENTE EN DESACUERDO	LEVEMENTE DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Ejemplo: “un hombre está incompleto sin una mujer”					x	
1. El hombre tiene derecho a saber todo lo que piensa su pareja.						
2. La fragilidad de las mujeres facilita que las maltraten.						
3. Los hombres son, por naturaleza, más agresivos que las mujeres.						
4. Los hombres son infieles por naturaleza.						
5. Mi enojo con mi pareja se debe a las cosas que ella hace o deja de hacer.						
6. La mujer provoca que el hombre la agreda.						
7. Los hombres son responsables de su impulsividad						
8. Un hombre está incompleto sin una mujer.						
9. Las mujeres deben obedecer a su pareja.						
10. Lo que hace mi pareja es la causa de algunos de mis problemas.						
11. Un hombre maltrata a su pareja porque ella antes lo maltrató.						
12. La bondad en las mujeres las hace débiles.						
13. Las mujeres deben ocuparse, principalmente, de la crianza de los hijos.						
14. Un hombre debe controlar a su pareja para evitar que ella le sea infiel.						
15. Hay que tratar bien a una mujer sin importar que parezca indefensa.						

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	LEVEMENTE EN DESACUERDO	LEVEMENTE DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
16. Soy hostil hacia mi pareja cuando creo que ella me ataca.						
17. Es natural que los hombres pierdan el control.						
18. Cuando un hombre trata mal a su pareja es porque ella lo provoca.						
19. La desorganización en mi hogar hace que me moleste con mi pareja.						
20. El hombre es el responsable de proteger a su pareja.						
21. Los problemas de pareja se deben a que las mujeres NO cumplen con su deber.						
22. El hombre tiene derecho a saber todo lo que hace su pareja.						
23. El maltrato en las parejas se puede evitar						
24. La ternura hace débiles a los hombres.						
25. Cuando el hombre trata mal a su pareja, la mujer también es culpable.						
26. Un hombre debe tener una mujer a quien amar.						
27. Mi pareja tiene la culpa cuando me enojo con ella.						
28. Me enojo con mi pareja cuando siento que ella tiene intención de lastimarme.						
29. Si NO se controla a las mujeres, hacen lo que quieren.						
30. El hombre es racional y la mujer emocional.						
31. Un hombre debe tratar bien a su pareja en cualquier circunstancia.						
32. A las mujeres les falta decisión para defenderse de los malos tratos.						
33. Es más fácil que una mujer sin padre y hermanos que la protejan sea maltratada.						
34. A las mujeres les falta carácter para detener una agresión en su contra.						
35. Para que deje de enojarme es necesario que mi pareja cambie.						
36. Los hombres son indispensables para el bienestar de las mujeres.						
37. La mujer debe ser dócil al hombre.						
38. La mujer debe entregarse por completo a su pareja.						
39. Si existe maltrato en una pareja es responsabilidad de otras personas intervenir.						
40. Cuando ofendo a mi pareja se debe a que ella me provoca.						
41. La mujer debe seguir los consejos de su pareja.						
42. El honor de la familia depende de la conducta de las mujeres.						
43. Solamente si me enojo, mi pareja cumple con sus obligaciones.						
44. Mujer y hombre deben ser muy apegados uno del otro.						
45. En una pareja, quien debe tener el control es el hombre.						
46. El hombre es el indicado para manejar el dinero en la familia.						
47. Un hombre debe decirle a su pareja cuando siente celos.						
48. Los hombres son los responsables de proveer económicamente a la pareja.						
49. El hombre debe tomar las decisiones importantes.						
50. La mujer debe buscar la aprobación de su pareja.						

LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

**JESÚS OSWALDO HERRERA
RAMOS**

*Por haber impartido el curso **MUJERES RECEPTORAS DE
VIOLENCIA EMOCIONAL: ABORDAJE TERAPÉUTICO** del 11 al 15 de
junio, con una duración de 20 horas.*

Ciudad Universitaria, D.F., 16 de agosto de 2012.



DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
JEFA DE LA DIVISIÓN DE PSICOLOGÍA



División de Estudios Profesionales

LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

JESÚS OSWALDO HERRERA RAMOS

*Por haber impartido el curso **VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL** del 16 al 20 de enero, con una duración de 15 horas.*

Ciudad Universitaria, D.F., 30 de enero de 2012.



DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
JEFA DE LA DIVISIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA



División de Estudios Profesionales



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Psicología^e

Iniciativa Estudiantil de Psicología

Otorgan la presente

CONSTANCIA

a: Oswaldo Herrera Ramos

Por haber participado como **PONENTE** en:

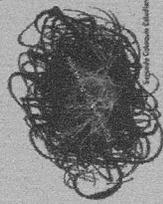
Repensando la Psicología Segundo Coloquio Estudiantil

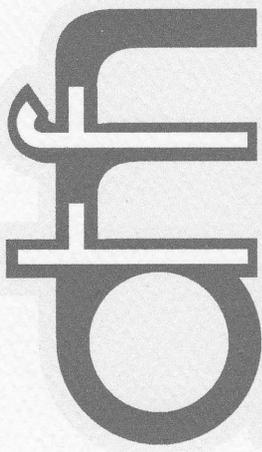
realizado del 6 al 8 de febrero de 2013

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
 Ciudad Universitaria, D.F., 8 de febrero de 2013

Dr. Javier Nieto Gutiérrez
 Facultad de Psicología
 Director

Alberto Isaac López Díaz González
 Grupo INEPSI
 Presidente





Asociación Mexicana
de Terapia Familiar, A.C..

Asociación Mexicana
de Terapia Familiar, A.C

CONSTANCIA

Oswaldo Herrera Ramos

a:

Por su asistencia y participación en el

XIII CONGRESO AMTF

“PRÁCTICAS SISTÉMICAS Y TERAPIAS FAMILIARES”

Realizado del 14 al 17 de Febrero de 2013 en Acapulco, Guerrero.

Por su participación en la mesa: Sociedad y Violencia I

MTA. SILVIA SEGURA LÓPEZ

DR. FRANCISCO AVILÉS GUTIÉRREZ.

MTA. TERRY WEISZ FIDEL