



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

*PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA*

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**RELACIÓN MADRE E HIJA:  
UNA MIRADA SISTÉMICA**

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

P R E S E N T A:

**LIC. SELENE FLORES PACHECO**

Directora de Reporte:  
Mtra. Carolina Marina Díaz-Walls Robledo

Jurado:  
Dra. Luz María Rocha Jiménez  
Mtra. Carmen Susana González Montoya  
Dra. Noemí Díaz Marroquín  
Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés

**México, D.F.**

**Mayo, 2014**



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).

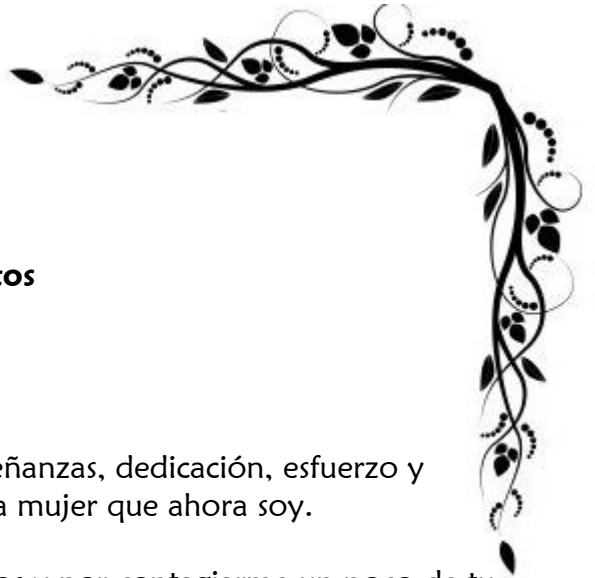
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



# Índice

	Pág.
Agradecimientos	
Resumen	1
Introducción	3
Capitulo I. Análisis del campo psicosocial y las problemáticas en las que inciden los casos presentados	
1.1 Características del campo psicosocial.	5
1.2 Principales problemas que representan las familias.	13
1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	17
Capitulo 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.	21
2.2 Análisis y discusión del tema o temas que sustentan los casos presentados.	39
Capitulo III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales	
3.1 Habilidades clínicas terapéuticas.	43
3.1.1 Casos Atendidos.	43
3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico en los que se atendió como terapeuta.	48
3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.	
Caso clínico A: La hija que cuidaba a su mamá.	49
Caso clínico B: El conflicto por ser mamá.	60
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.	87

3.2 Habilidades de investigación.	89
3.2.1. Reporte de investigaciones.	
3.2.1.1 Metodología cuantitativa.	90
3.2.1.2 Metodología cualitativa.	105
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.	
3.3.1 Productos Tecnológicos.	118
3.3.2 Programas de intervención comunitaria.	122
3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos.	125
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional.	127
3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.	128
Capítulo IV. Consideraciones finales.	
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	131
4.2 Reflexión y análisis de la experiencia.	133
4.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.	135
Referencias	137
Apéndices	147



## **Agradecimientos**

A mis padres porque gracias a su amor, enseñanzas, dedicación, esfuerzo y compromiso me he convertido en la mujer que ahora soy.

A mi hermano por lo que hemos aprendido juntos y por contagiarme un poco de tu locura.

A mi pareja, por tu amor y tu apoyo en esta y todas las etapas de mi vida.

A mi nueva familia, por sus consejos e interés en esta meta.

A mis compañeras y compañeros de maestría, por haber compartido juntos esta aventura y por permitirme aprender de ustedes y con ustedes.

A mis amigas y amigos por los ánimos y el cariño que me brindan ahora y siempre.

A mis profesoras y supervisoras de la maestría por ser una parte especial e indispensable en mi formación como terapeuta.

A la Mtra. Carolina Díaz-Walls, Dra. Noemí Díaz y Dra. Ana Lourdes Téllez por la confianza y el apoyo que he recibido siempre.

A la Mtra. Miriam Zavala por la oportunidad para estar a su lado de nueva cuenta, brindándome con ello un nuevo aprendizaje.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el privilegio de haber sido formada en esta casa de estudios.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado durante mis estudios de Maestría





## **Resumen:**

El presente reporte de experiencia profesional, recopila una parte del trabajo realizado durante la formación en la maestría y refleja las competencias adquiridas en ésta.

A lo largo de este reporte se presenta como eje medular el análisis de dos casos clínicos que fueron atendidos durante la formación, que llevan por título “*la hija que cuidaba a su mamá*” y “*el conflicto por ser mamá*”, asimismo se presenta el fundamento teórico de los modelos que fueron empleados para realizar el análisis, esto además de una revisión del contexto psicosocial, que incluye los principales problemas que presentan las familias en México.

También en este reporte se describen algunos de los productos que se desarrollaron a lo largo de la formación, entre ellos, reportes de investigación tanto cuantitativa como cualitativa, así como descripciones de los talleres que se facilitaron para la atención de los usuarios, programas de prevención en la comunidad y para la formación de terapeutas. Finalmente, el trabajo incluye una reflexión acerca de la formación así como un análisis concerniente a la ética y compromiso profesional.





## Introducción



Para la Universidad Nacional Autónoma de México, los estudios de posgrado representan la cúspide del proceso educativo. Es por ello que en éstos se conjugan, la enseñanza y la investigación, en su máxima expresión (Sistema Universitario de Posgrado, s/f).

Quienes cursan el nivel de posgrado, desean alcanzar grados superiores de cultura, perfeccionamiento y profundización en sus conocimientos profesionales y, particularmente, quienes desean orientarse en el camino de la creación intelectual (Sistema Universitario de Posgrado, s/f).

Muchos son los campos de especialización, a nivel posgrado dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México, uno de ellos es el programa de Maestría en Psicología y los objetivos de este programa son:

Desarrollar en el o la alumna: a) las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; b) las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas; y c) una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales (Sistema Universitario de Posgrado, s/f).

El trabajo que presento en las siguientes páginas es un reporte que refleja las competencias desarrolladas durante mi formación en la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, que están en función de los objetivos planteados por el programa de Maestría en Psicología, previamente señalados.

Pero para hablar de competencias, encuentro necesario destacar el término, competencia, el cual se define como: el conocimiento que se expresa en un saber hacer o actuación frente a tareas que plantean exigencias específicas. García et al. (2001) especifica que las competencias, suponen conocimientos, saberes y habilidades que emergen de la interacción que se establece entre el individuo y una determinada situación. El desarrollo de competencias involucra tres tipos de

saberes: conocimiento conceptual (saber), procedimental (saber hacer) y actitudinal (ser).

Es así que teniendo en consideración estas nociones, el presente reporte comprende cuatro capítulos. El capítulo uno que corresponde al saber *conceptual*, en el que se describen las principales características del campo psicosocial de las familias mexicanas, incluidas las principales problemáticas a las que se enfrentan así como la propuesta desde la terapia familiar y terapias desde posturas posmodernas para el trabajo con las personas.

El capítulo dos comprende los principios teórico-metodológicos de los dos modelos de intervención en terapia familiar que sirven como marco de análisis para los casos clínicos que se presentan en este trabajo, estos son, el modelo de terapia breve centrada en los problemas y el modelo de Milán.

En el tercer capítulo, que corresponde al *saber hacer*, se contempla la descripción de la totalidad de casos que fueron atendidos durante la formación, en diferentes escenarios clínicos y con diversas modalidades de supervisión, asimismo se incluye el análisis teórico-práctico de dos casos clínicos en los que participé como terapeuta los cuales he nombrado “*la hija que cuidaba a su mamá*” y “*el conflicto por ser mamá*”. Una parte de este tercer capítulo, se encuentra dedicado a las habilidades tanto de investigación como de enseñanza y difusión del conocimiento, así como de prevención y atención a nivel comunitario.

Y el *saber ser*, que comprende la última parte del capítulo tres y el capítulo cuatro, respecto a las actitudes de compromiso y ética en mi desempeño profesional.

## Capítulo I



### **ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDEN LOS CASOS PRESENTADOS**

#### **1.1 Características del campo psicosocial**

En las últimas tres décadas y media, México ha experimentado una serie de cambios importantes; la familia es la unidad en donde los efectos de los grandes procesos nacionales confluyen con las relaciones interpersonales, de manera que estos cambios han tenido un gran impacto en la vida de las familias: a nivel demográfico, una serie de cambios en su dinámica y composición; a nivel económico, en la estructura de los mercados de trabajo y crisis económicas; y desde el punto de vista social y cultural, una acelerada apertura relacionada con los procesos de modernización y globalización mundial (Esteinou, 2008; Rabell, 2001).

##### *Características demográficas*

Uno de los grandes cambios que se ha dado en México es a nivel demográfico, estas cifras pueden dar una idea clara de esto, en el censo de 1895 se registraron 12.6 millones de habitantes, para el año 2000 (Consejo Nacional de Población, 2000) la población censada fue de cerca de 100 millones de habitantes y 10 años después, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), la población mexicana total fue de 112 336 538, lo que refleja un acelerado crecimiento de la población en México.

Cuando se habla de la población mexicana y de los millones de habitantes que la componen, es importante llevar a cabo un análisis de los cambios en la dinámica y composición de las familias, lo que a su vez lleva a identificar una gran diversidad de arreglos residenciales que dan cuenta de las transformaciones de éstas y de los diferentes estilos de convivencia (Ordaz, Monroy & López, 2010).

En relación con los hogares nucleares, cabe destacar que pese a su predominio, en el país y en el Distrito Federal, han experimentado una disminución importante, ya que entre 1990 y 2005 pasaron de 74.5 a 68.9% a nivel nacional y de 68 a 64% en el Distrito Federal, esta disminución de la proporción de hogares nucleares es explicado, en parte, por el incremento de hogares extensos así como unipersonales en el Distrito Federal (Ordaz, et al., 2010).

Además, las familias nucleares están presentando cambios importantes en su constitución, ya que las familias biparentales con hijos han perdido significancia frente a las parejas sin hijos y se confirma el aumento en la tendencia de los hogares monoparentales (específicamente los de jefatura femenina) (Ordaz et al., 2010).

Respecto a los hogares extensos Ordaz et al. (2010), señalan que han tenido un incremento de 21.6 al 23.9% en el DF, entre 1990 y 2005, este aumento puede tener varias explicaciones, una de ellas, es que a las familias extensas se incorporan otros núcleos familiares secundarios, es decir hijos o hijas adultos que ya han conformado una nueva familia pero que continúan viviendo en el hogar familiar, o bien madres adolescentes que continúan viviendo con su familia de origen; otra razón se asocia a la presencia de adultos mayores, pues ante su condición de vulnerabilidad social, económica o de salud buscan protección en su familia, o a la inversa, adultos mayores que continúan brindando apoyo a sus familias aceptando el retorno de los hijos o hijas con pareja e hijos, derivado de la situación de crisis económica que se enfrenta en la actualidad.

También se observa un incremento de las familias biparentales sin hijos, que puede atribuirse al aumento de parejas que han postergado su reproducción o han decidido no tener hijos, al respecto, se ha identificado que en su mayoría son parejas jóvenes de clase media y alta, con altos niveles de escolaridad, lo cual se puede explicar, en parte, por los cambios en la estructura por edad de la población mexicana en la que la proporción de población joven es significativamente más grande; además, ante el aumento de la esperanza de vida, también se presenta una multiplicación de parejas de adultos maduros y de adultos mayores que están en una etapa de la vida familiar en la que los hijos ya no viven con ellos (Ordaz et al., 2010).

Por otro lado, se ha dado un aumento constante de las familias monoparentales con hijos, lo cual se puede atribuir a que se ha dado una ruptura de las relaciones de pareja por abandono, separación, divorcio o viudez (Ordaz et al., 2010), o que hayan decidido ser madres o padres solteros.

En relación con el aumento de los hogares unipersonales, se estima que en el 2005 alcanzó el 10.1% de los hogares en el DF, mostrando un incremento en relación al año 1990 año en el que representaba el 7.2%. Este tipo de hogares se encuentran conformados por población joven que ha decidido ya no vivir con su familia y que en la mayoría de los casos cuenta con los recursos económicos necesarios para independizarse, así como también por hombres y mujeres adultos solteros y por hombres y mujeres separados o divorciados que no viven con hijos y por otro lado adultos mayores que viven solos, especialmente mujeres viudas, dada la mayor esperanza de vida que tienen éstas a diferencia de los hombres, que cuentan con recursos económicos mínimos por jubilación, pensión por viudez, apoyo de los hijos o por apoyos gubernamentales, y que pueden estar o no en buenas condiciones de salud (Ordaz et al., 2010).

Dada la diversidad de arreglos familiares, además de los señalados, ahora es más frecuente ver familias conformadas por progenitores e hijos de una relación, pero al mismo tiempo los padres mantienen relaciones de cuidado y protección con hijos de relaciones anteriores. Asimismo se habla de hogares trigeneracionales, y familias cuatrigeneracionales, es decir, familias con presencia de bisabuelos, abuelos, padres e hijos. Padres separados con hijos bajo su custodia, madres adolescentes y por otro lado debido a la postergación de la procreación se observan a hombres mayores teniendo hijos bebés y mujeres que están cercanas a los 40 años teniendo a su primer hijo. Familias que viven en un mismo predio o edificio pero cada una en una vivienda independiente que son denominados como nucleares extensos y hogares formados por personas del mismo sexo, con o sin hijos (Ordaz et al., 2010).

Otro fenómeno que está ocurriendo en la actualidad en las familias mexicanas, es la reducción del tamaño de las familias, esto es posible si se tienen en cuenta los fenómenos demográficos, entre ellos, la caída en la tasa de fecundidad, es decir la disminución en el número promedio de hijos nacidos vivos por mujer, la postergación de la primera unión así como el mayor espaciamiento entre los hijos (Arriagada, 2004).

Respecto a la fecundidad Mier y Terán & Partida (2001) señalan que ha habido un rápido descenso, el cual inició en el último cuarto de siglo, que coincide con la difusión del uso de métodos anticonceptivos mediante programas oficiales. En la actualidad, de acuerdo con datos presentados por Ordaz, et al. (2010), el continuo descenso en la fecundidad de las parejas mexicanas se ve reflejado en que cada mujer tiene en promedio 2.2 hijos, de manera que para el 2005 el tamaño promedio de los hogares nucleares fue de cuatro, en el caso de pareja con hijos y de tres en el de jefe/a con hijos, lo que figura como un indicativo

claro de que las familias mexicanas y particularmente en el Distrito Federal están optando por sólo tener dos hijos.

Algunos de los factores que se han asociado a la caída en la tasa de fecundidad, son las políticas de población establecidas en el país desde la década de 1970, que incluyen mayor información, disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos modernos, como por ejemplo pastillas, dispositivos intrauterinos, parches, entre otros), así como el acceso de las mujeres a la educación y su integración en el mundo del trabajo extra doméstico remunerado (Ordaz et al., 2010).

Esta disminución en el tamaño de las familias se ha visto reflejado en que ahora las mujeres proporcionan una menor cantidad de tiempo a la economía del cuidado, en particular al trabajo reproductivo y doméstico que no es remunerado y que recae en ellas casi exclusivamente, lo que por ende les permite obtener mayor autonomía y acceder a una mayor cantidad de opciones laborales (Ordaz et al., 2010).

Otro fenómeno a estudiar es la migración, que durante gran parte del siglo XX, debido a su intensidad, determinó en una buena proporción, la distribución territorial de la población. Este tema lo han analizado Corona y Tuirán (2001) quienes mencionan que en la primera mitad de siglo XX, la migración fue especialmente de personas de origen rural, pero en la actualidad, el patrón ha cambiado, ahora una característica de los migrantes es que provienen de áreas urbanas y, antes de migrar, tenían ocupaciones en la industria y en los servicios, esto aunado a que ahora ya no regresan a territorio mexicano.

Por otro lado, un fenómeno relevante, es que al mismo tiempo que hay una reducción del tamaño promedio de los hogares también hay una disminución de hogares con presencia de miembros menores que 15 años; y en contraparte se observa un incremento significativo de hogares con presencia de adultos mayores, respecto a este dato, las estadísticas reflejan que en el Distrito Federal en 20 de cada 100 hogares existe un adulto mayor entre sus miembros (Ordaz et al., 2010).

En relación a ello, Solís (2001) enfatiza que la población de la tercera edad es el grupo que más rápido va a crecer en el futuro. Y este suceso cobra relevancia si se contempla que las redes familiares se van a reducir durante las próximas décadas, como consecuencia del descenso en la fecundidad, las familias cada vez serán menos numerosas y las personas de la tercera edad tendrán menos hijos a los cuales recurrir. Ante este panorama, la sociedad tendrá que estar preparada

para satisfacer las necesidades de atención y seguridad que requieren, en primera instancia, un sistema de pensiones para la población mayor, así como proveer servicios de salud y brindar redes de apoyo.

#### *Características económicas*

La actual configuración económica mundial y local ha propiciado un aumento en la demanda social de las familias, sólo que éstas no cuentan, ni mucho menos se les otorgan nuevos recursos para hacerles frente y como consecuencia viven en entornos de tensión, incertidumbre, frustración así como de vulnerabilidad, pese a ello, las familias día a día se esfuerzan enfrentando estas condiciones, lo cual representa en la mayor parte de los casos una sobrecarga de trabajo para todos sus miembros (Ordaz et al., 2010).

Ante un panorama de crisis económica, desempleo y precarización del empleo, las familias exigen la participación económica de nuevos integrantes y con ello la incursión de las mujeres al mercado laboral. En relación a esto, al revisar las estadísticas, Ordaz, et al. (2010) señalan la amplia participación económica de las mujeres en nuestro país, convirtiéndose en un importante aporte económico para el ingreso del hogar. Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL citado en Ordaz et al., 2010), en el año 2000 en el 40% de los hogares nucleares biparentales, ambos cónyuges laboraban, a diferencia de lo que ocurría en 1990 año en el que sólo el 25.7% lo hacía. De manera que en 4 de cada 10 hogares nucleares biparentales urbanos en nuestro país participa la mujer en el ingreso económico.

Con la incorporación de las mujeres al mercado laboral en las últimas décadas, es posible hablar de que se está transformando la concepción, particularmente la familia biparental con hijos, en la que el varón es el proveedor exclusivo, y la mujer la cuidadora de los hijos y la única encargada de las tareas domésticas, dando lugar a un modelo de familia biparental (aquellos en donde existe un núcleo conyugal de hombre y mujer con o sin hijos) de doble ingreso. Pero es necesario apuntar que aunque las mujeres hayan incursionado al mercado laboral, esto no las exime de las labores domésticas, pues aunque realicen una aportación económica similar o superior a la de su cónyuge hombre, en la mayoría de los casos, las mujeres todos los días desempeñan una doble jornada de trabajo, ya que además de trabajar tienen que estar a cargo del mantenimiento y limpieza de la vivienda así como del cuidado de niños y adultos mayores, entre otras tareas, mismas que no son remuneradas ni reconocidas socialmente, es así que las mujeres suman a sus jornadas laborales el



tiempo dedicado a tareas domésticas que, en promedio, les requieren 42 horas por semana (Chávez, 2013; Ordaz et al., 2010).

Ante esta circunstancia, Ordaz, et al. (2010) bajo el marco de los derechos humanos y de la democratización de las relaciones familiares, enfatizan que se esperaría que los hombres participaran en las labores domésticas bajo una lógica de equidad, pero en lo cotidiano eso no sucede, la participación de los hombres en el hogar se restringe al cuidado de los hijos y esto es sólo en lo que se refiere a actividades lúdicas, pero no en la disciplina de los hijos ni en el trabajo doméstico, de manera que las tareas de limpieza siguen siendo responsabilidades casi “exclusivas” de las mujeres.

Respecto a la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, Figueroa y Liendro (1994 citado en Esteinou, 2008) destacan que en la sociedad, este fenómeno ha tenido efectos heterogéneos, tanto en las expectativas de las mujeres como en las de los hombres. Respecto a los sectores obreros y populares, mencionan, se han mantenido sin cambios aparentes, ya que la posibilidad de trabajo de las mujeres, aún no ha sido incorporada dentro del horizonte simbólico de los varones, de tal forma que se da una reafirmación de los roles convencionales del hombre como proveedor económico exclusivo y la mujer como figura dedicada exclusivamente al hogar y a los hijos.

García y De Oliveira (1994) así como García y Pacheco (2001), señalan que en las familias de sectores populares, las mujeres desempeñan algún trabajo extra-doméstico sólo para complementar el ingreso familiar, ya que conciben que es un rol que no les compete y que es el hombre quien debería ser el sostén económico de la familia; para ellas, la división tradicional del trabajo y la estructura tradicional de roles conformada por el hombre-esposo-proveedor y la mujer-esposa-ama de casa, sigue siendo la forma de relación esperada. Pero, los autores aclaran que en los casos en los que las mujeres tienen una participación económica extra-doméstica han tenido que incorporar a su esquema de vida el hecho de trabajar, con lo que han flexibilizado su percepción en torno a lo que pueden o no desarrollar, en este caso el rol laboral; teniendo así una percepción de su papel como “complemento al ingreso familiar”, lo que refleja cómo se está incorporando una nueva percepción en su horizonte simbólico.

Por otro lado, respecto a las clases medias, indican que es en este sector en donde se presenta la mayor proporción de mujeres que estando unidas trabajan en una actividad extra-doméstica, incorporando la expectativa de su rol laboral, pues para ellas el trabajo representa una opción de desarrollo personal más que vinculada a una necesidad económica que resolver (García & De Oliveira, 2004).

En un estudio realizado por Esteinou (1999) indica que las mujeres, de clase media, pueden o no trabajar pero el hecho de que consideren el trabajo como una expectativa factible dentro de su horizonte de percepción, las lleva a tomar distancia de los roles tradicionales de esposa, madre y ama de casa, y abre espacio para el sentido que brinda el rol de trabajadora.

También se ha observado que los hombres profesionistas han cambiado su discurso hacia mayor igualdad y aceptación de los roles modernos de las mujeres, sin embargo en la práctica se evidencia una falta de compromiso para cambiarlos (Vivas, 1996).

### *Características sociales y culturales*

Los acomodamientos en el ámbito sociocultural, se han comenzado a generar particularmente por las transformaciones en las relaciones de género, es decir, por la forma en que nos relacionamos y concebimos como hombres y mujeres en la sociedad, y éstas transformaciones se encuentran estrechamente relacionadas con sucesos a nivel social como es la ley de sociedades de convivencia para el Distrito Federal, así como la incorporación de las mujeres al sistema educativo formal y al mercado laboral, al igual que otros factores sociales como la precarización de los empleos y los salarios, el desempleo masculino, que representa que los hombres ya no puedan ser los proveedores exclusivos de la familia, lo que ha propiciado que las mujeres junto con otros familiares se inserten en el campo laboral extra-doméstico (López, Salles & Tuirán, 2001; Ordaz, et al., 2010).

Teniendo en consideración estos movimientos, en el caso de las mujeres, en la actualidad ha habido un retraso en el promedio de edad al momento de unirse en matrimonio y al mismo tiempo ha habido un descenso en la tasa de ocurrencia de la nupcialidad, lo cual conlleva un incremento en las uniones consensuales, pero sólo en jóvenes, y una leve tendencia en el aumento de la disolución de las uniones (Gómez de León, 2001).

Respecto a las uniones, es importante mencionar la reciente ley de sociedades de convivencia para el Distrito Federal, la cual fue publicada en noviembre de 2006 y fue puesta en vigor en marzo de 2007, el objetivo de esta ley es definir y regular un nuevo tipo de asociación entre dos personas, en este sentido se contempla la asociación de personas del mismo sexo, cuyo objetivo es establecer un hogar común (Adame, 2007; Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2006).

Otro aspecto que resulta interesante destacar es el aumento de las jefaturas femeninas entre los hogares biparentales con y sin hijos, pues aunque la proporción de mujeres que dirigen estos hogares es relativamente pequeña, se observa que el crecimiento ha sido acelerado ya que en la mayoría de los casos alcanza uno de cada 10 hogares en 2005, en el Distrito Federal la participación de las mujeres en la jefatura de los hogares pasó del 2 al 11% en los biparentales sin hijos y de 1 a 5.6% entre las parejas con hijos, lo que se traduce en un incremento superior a 400% entre 1990 y 2005 (Ordaz et al., 2010).

El número de hogares encabezados por mujeres ha continuado creciendo desde comienzos de la década de 1990, hasta llegar a representar casi una cuarta parte a nivel nacional, es decir el 23% y casi una tercera parte en el Distrito Federal, 28.9% para el 2005 (Ordaz et al., 2010).

Además, al interior de los hogares monoparentales la jefatura femenina alcanzó 8.5 de cada 10 familias en el 2005, tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal. Es posible que esta prevalencia se deba al incremento de las disoluciones de las parejas, ya sea por separación, divorcio y una mayor sobrevivencia femenina, de manera que los hogares adquieren arreglos monoparentales y unipersonales; así como por el incremento de madres solteras, ya sea por decisión personal, por separaciones o divorcios (Ordaz et al., 2010).

Por otro lado, de acuerdo con varias investigaciones (López et al., 2001; Oliveira, 1995; Salles, 1998; Tarrés, 1999; Vivas, 1996), se ha identificado que en las relaciones de pareja en México, se están desarrollando vínculos en donde se presenta un compañerismo más cercano en términos sociales y emocionales.

También, los programas de planificación familiar implementados por las políticas de población y de salud han sido importantes promotores del cambio cultural en las relaciones familiares, ya que éstas, según Rojas (2006) han fomentado una cultura demográfica sobre asuntos como el control de los nacimientos y la planificación familiar. Al darse este cambio, tanto hombres como mujeres, ahora perciben que tienen mayor control sobre sus vidas, lo que invariablemente se asocia a que las parejas, pueden planear el número y el espaciamiento entre los nacimientos, por lo que las mujeres se pueden involucrar en el mercado de trabajo o en otras actividades puesto que perciben márgenes de acción y de libertad individual más amplios.

Respecto a los roles parentales, aunque para la mayoría de las mujeres el papel como madre sigue ocupando un lugar muy importante, se observa que cada vez más, las mujeres distinguen entre ser madres y ser mujeres, y en la medida que

logran diferenciar su rol de madres, pueden distanciarlo de su identidad como mujeres (Esteinou, 2008).

También se ha ubicado que las madres dedican menos años al cuidado de los hijos pequeños. Dado el conocimiento especializado y diferenciado que han recibido respecto al desarrollo cognitivo y emocional de los niños, ellas se encuentran atentas a las necesidades de desarrollo de los niños y jóvenes, buscando así alternativas para que tengan un desarrollo sano e integral. Asimismo, este conocimiento ha propiciado que las madres busquen una mayor cercanía emocional con sus hijos (Esteinou, 2008).

Los padres por su parte, registran cambios significativos en términos cualitativos en su rol de padres, en los diferentes sectores de la población, se observa un mayor involucramiento de los padres en el cuidado de los hijos, especialmente en el afectivo, a través de juegos, actividades recreativas y de mayor contacto físico y emocional cuando los hijos son mayores (De Keijzer, 1998; Esteinou, 2004; García y De Oliveira, 2004; Gutmann, 1993; Vivas, 1996; Wainerman, 2000). De manera que este involucramiento ha traído consigo una resignificación de sus roles como padres y como proveedores exclusivos, especialmente en las zonas urbanas y entre las clases medias.

Si bien, en la actualidad, los padres siguen orientando sus esfuerzos para brindar apoyo y bienestar material, adquiere una importancia y espacio mayor el desarrollo de una relación cercana, afectivamente nutrida, con un seguimiento estrecho de las distintas esferas del desarrollo psicoemocional y social de los hijos, y con una comunicación más directa y abierta, buscando así formas más democráticas de disciplinar y educar a sus hijos, que distan del control restrictivo que limita la discusión y el debate entre padres e hijos (Esteinou, 2008).

## **1.2 Principales problemas que representan las familias**

Actualmente, así como se están experimentando una serie de transformaciones en las relaciones familiares, también están emergiendo diferentes problemáticas al interior del ámbito familiar que a su vez están siendo retroalimentadas por los cambios a nivel social (Ordaz et al., 2010).

A continuación se mencionan algunas de las principales problemáticas que presentan las familias en México, pero particularmente las familias que se atendieron en consulta y sobre las cuales versa el presente trabajo.

#### *Madres adolescentes*

En el apartado anterior se habló de que en la actualidad se observa una disminución de la tasa de fecundidad, sin embargo, en el caso de las mujeres menores de los 20 años sucede lo contrario, ya que ha aumentado la fecundidad en la etapa de la adolescencia y ello ha derivado en un fuerte impacto en la estructura de la familia (Ordaz et al., 2010).

Respecto a la magnitud de este fenómeno, las estadísticas reportadas por el INEGI, reflejan que del año 1990 al 2011, el porcentaje que corresponde a madres adolescentes ha oscilado entre el 16.3 y el 19.2%, siendo el año 2011 en el que se reportó el mayor porcentaje (INEGI, 2013).

Ordaz et al. (2010) acentúan que la condición de maternidad en la adolescencia es preocupante, porque un embarazo a edad temprana dificulta la permanencia en el sistema escolar, y en la medida en que es menos probable que sigan estudiando las adolescentes, se limitan sus posibilidades de desarrollo en el futuro y por ende su inserción en trabajos bien remunerados y de calidad. Esto aunado a que la familia tiene que llevar a cabo reacomodos que le permitan solventar las necesidades que requiere un nuevo miembro, contemplando el aspecto económico, de organización y de cuidado.

#### *Adicciones*

Otro problema de relevancia en la población mexicana es el uso de drogas, que afecta a todos los grupos de la población y tiene implicaciones importantes para la salud pública a nivel nacional. Pero no sólo eso, ya que las drogas afectan el desarrollo económico y social, es decir, por un lado se incrementan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones y con enfermedades infecciosas y crónicas, y por otro lado las drogas tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia desde la doméstica, la asociada con el crimen organizado, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas (Medina-Mora, Real, Villatoro & Natera, 2013)

Respecto a la prevalencia a nivel nacional, Villatoro, et al. (2012), reportan un incremento significativo entre 2002 y 2011 al pasar de 5.0% a 7.8% en el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, mientras que el consumo de cualquier droga ilegal incrementó de 4.1% a 7.2%. Por sexo, en los hombres el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13% y de drogas ilegales de 8.0% a 12.5%. En las mujeres, el consumo de cualquier droga aumentó de 2.1% a 3.0% y de cualquier droga ilegal de 1.0% a 2.3%. Las drogas de preferencia continúan siendo la mariguana (6.5%) y la cocaína (3.6%). Los autores enfatizan que en general se aprecia un crecimiento en el consumo de drogas ilegales de 2002 a 2011, especialmente de la mariguana. Asimismo, se observa que los hombres de 18 a 34 años son la población más afectada por el consumo dichas sustancias, mientras que en los adolescentes el aumento ha sido mínimo.

En cuanto al consumo de alcohol, éste representa otro de los problemas de salud pública del país ya que derivado de la ingesta de grandes cantidades de alcohol, la población presenta altos índices de problemas por intoxicación aguda y elevadas tasas de trastornos asociados con su uso crónico. De esta manera el consumo de bebidas alcohólicas es un elemento que contribuye a la carga global de enfermedades en México (González, et al., 2006 citado en Villatoro, et al., 2012) pues deriva en altos niveles de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades (Monteiro, 2007).

Medina-Mora et al. (2013) destacan que estos problemas afectan a las familias y por ello es necesario que ésta tenga acceso a tratamiento ya que su papel es muy importante en el apoyo y la recuperación del adicto.

### *Enfermedades mentales*

De acuerdo con información proporcionada por Medina-Mora et al. (2003), respecto a la prevalencia de los trastornos mentales en la población mexicana, el 28.6% de la población ha presentado al menos uno de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida.

Por tipo de trastornos, se encontró que los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%) (Medina-Mora et al., 2003).

Además, Medina-Mora, et al., (2003) destacan que los hombres presentan una prevalencia más alta en cualquier trastorno en comparación con las mujeres, 30.4% y 27.1%, alguna ocasión en su vida, respectivamente. Al analizar los

trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

Solamente una de cada 10 personas con un trastorno mental recibieron atención, sólo una de cada cinco personas con dos o más trastornos tuvieron posibilidad de acudir a algún servicio, y sólo uno de cada 10 personas con tres o más trastornos obtuvieron atención.

En relación a estas estadísticas, Frenk, Lozano y González (1999) han estimado que, en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Además señalan que cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas, entre estas, la esquizofrenia, depresión, obsesión, compulsión y alcoholismo. Y apuntan que se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros factores.

#### *Mortalidad y enfermedades físicas*

De 1980 en adelante, los accidentes se convirtieron en una de las principales causas de defunción en el país. Además según Cárdenas (2001) en el perfil actual de las causas de mortalidad, los primeros lugares son ocupados por padecimientos no transmisibles: corazón, tumores malignos, diabetes, cerebrovasculares, cirrosis e hígado, lo cual trae consigo arreglos y organizaciones en las familias para enfrentar las alteraciones físicas del miembro que ha sido afectado.

De tal forma que ello requiere que como profesionales de la salud mental, estemos atentos a las nuevas necesidades de atención para la salud y establecer prioridades enfocadas a atender la morbilidad y la discapacidad, así como el cambio en los hábitos de vida de la población.

### *Incremento de la violencia en las relaciones de pareja*

La violencia dirigida hacia las mujeres, hoy en día se reconoce como un grave problema social a nivel mundial. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2011) define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción u omisión, basada en el género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público”.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, da un panorama de este problema en México, al respecto revela que 43% de las mujeres del país han sido víctimas de violencia por parte de sus parejas (INEGI, 2006). La violencia contra las mujeres, existe en cualquier estrato socioeconómico y en grupos de distinto nivel educativo (INEGI, 2003).

Este fenómeno se amplía cuando se habla de las relaciones de noviazgo, ya que la prevalencia de la violencia en este tipo de relaciones es más común de lo que se pensaba, de manera que adolescentes y mujeres jóvenes también son víctimas de violencia en sus relaciones afectivas (Rey, 2008; Rodríguez, Antuña & Rodríguez, 2001).

Es por ello que con el propósito de garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia, en febrero de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, dicho documento establece los lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el estado intervendrá en todos sus niveles de participación (Unidad de igualdad de género, 2007).

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

A comienzo de los años 60, se empezó una revolución a nivel de conocimiento, esta nueva forma de pensar abandonaba la concepción de linealidad para entrar en los procesos circulares. Desde esta nueva concepción los comportamientos humanos eran pensados de forma recursiva y contextual, de manera que la relación y las interacciones de los individuos ya se visualizaban como esenciales para entender las problemáticas individuales, de manera que con esta aproximación hubo una ruptura del trabajo individual que proponía el



psicoanálisis y la psiquiatría para centrarse en las interacciones, es decir en las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados (Ceberio, 1999; Ochoa de Alda, 1995; Zavala, 2007).

De acuerdo con Sánchez y Gutiérrez (2000) las principales aportaciones de la Terapia Familiar Sistémica, han sido brindar una mirada diferente acerca de las personas, ya que desde esta perspectiva se considera a un miembro que interactúa con otros, por lo que su comportamiento sólo puede ser significativo en el contexto en el que se desarrolla.

A partir de esta concepción, el terapeuta<sup>1</sup> sistémico, concibe que es posible que en la familia existan múltiples comportamientos, pensamientos y sentimientos y si existe un síntoma o un comportamiento en uno de sus miembros, que no logra ser comprensible, desde esta perspectiva se considera que el foco de atención debe ser la familia, es decir, el contexto en donde se encuentra inmersa la persona, ya que entiende que la conducta de un miembro de la familia se retroalimenta con los miembros del sistema, por lo que, los problemas que surgen se encuentran en interrelación con otros (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La propuesta de intervención a las diferentes problemáticas, desde la Terapia Familiar Sistémica, específicamente desde los modelos Estructural, Estratégico y Terapias Breves, se distingue de otros abordajes terapéuticos por centrarse en el presente y no en el pasado remoto de los individuos, por focalizar los esfuerzos terapéuticos en problemas específicos y en la consecución de objetivos específicos y delimitados, por elaborar un plan específico de tratamiento para cada caso, dejando de lado planes de tratamiento generales a los que deben de adecuarse las personas y especialmente por abandonar la búsqueda de la normalidad, despatologizando y evitando los diagnósticos (Madanes, 1982).

La forma de intervención desde el modelo de Milán, permite mirar la circularidad en diferentes niveles, por un lado en el sistema terapéutico y por otro en una perspectiva trigeracional de la familia y el contexto, invitándonos a contemplar a la familia desde su complejidad.

Por otro lado, el abordaje desde las propuestas posmodernas, la Narrativa, Grupo Reflexivo y Colaborativa, está basado en una epistemología posmoderna, la cual concibe a la terapia como un proceso conversacional / discursivo y se interesa en la forma en la que las personas crean narraciones o historias sobre sus vidas. Desde esta postura, se propone que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros; no se piensa en las

---

<sup>1</sup> A lo largo del texto se emplea *el* terapeuta o *la* terapeuta de manera indistinta.

dificultades humanas en términos de estructuras “profundas” o subyacentes, y conciben la terapia como una relación de colaboración (Tarragona, 2006).

De esta forma, tanto la terapia familiar sistémica como las propuestas posmodernas, ya sea enfocadas a un cambio a nivel de comportamiento o de cognición, destacan la importancia de trabajar los problemas de una forma abarcativa e incluyente, considerando las diferentes esferas contextuales, es decir, social, político y cultural, lo que ha permitido un cambio en las aproximaciones de tratamiento dentro del campo de la salud mental (Zavala, 2007).

Lo anterior es de vital importancia, ya que es necesario considerar que en la actualidad los servicios de salud mental requieren de tratamientos económicos, eficaces y rápidos y la Terapia Familiar figura ser una propuesta que ofrece una manera de abordar las problemáticas individuales, de pareja y familiares que permite reducir tiempo y costo en los tratamientos (Zavala, 2007), ya que al trabajar en el problema actual y con objetivos delimitados, los procesos se abrevian y los usuarios pueden solucionar los problemas que los aquejan, logrando tener una experiencia positiva.



## Capítulo II



### MARCO TEÓRICO

#### **2.1. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica, que sustentan los casos presentados.**

En este apartado se presentan los principios y fundamentos teóricos que sustentan los dos modelos, que fueron empleados para el análisis de los casos clínicos que se describen y analizan en el presente trabajo, el caso A: “*la hija que cuidaba a su mamá*” se atendió bajo el enfoque de terapia breve centrada en los problemas (MRI) y el caso B: “*el conflicto por ser mamá*” se analizó desde la perspectiva del modelo de Milán.

#### **Modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas MRI**

##### **Antecedentes del modelo**

En el año de 1959 en Palo Alto, California, se fundó el Mental Research Institute. El equipo pionero de trabajo se encontraba conformado por Donald Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir, un año más tarde se incorporó al grupo Paul Watzlawick (Ceberio,1999).

Este equipo trabajaba en colaboración con otro grupo, el cual estaba formado por Gregory Bateson, Jonh Weakland, Jay Haley y William Fry, este equipo al inicio de sus investigaciones se encontraba estudiando las paradojas de la comunicación, lo que dio lugar a su primera publicación “Hacia una teoría de la

esquizofrenia” en el año de 1962, en donde se planteaba la dinámica del doble vínculo. Al terminar el contrato de la fundación Rockefeller, que subvencionaba las investigaciones, el equipo se separó y Haley y Weakland se incorporaron al M.R.I. al mismo tiempo que tenían reuniones con Milton Erickson, por lo que las ideas de este autor posteriormente tuvieron gran influencia en el trabajo del grupo de Palo Alto (Ceberio, 1999; Wittezaele & Garcia, 1994).

En el año de 1968 murió Jackson. Satir abandonó el grupo debido a que sus ideas y su trabajo se estaban alejando de la concepción del grupo; y Haley salió del grupo para ir a trabajar con Minuchin en Filadelfia. Posteriormente se incorporó en el equipo de trabajo Dick Fish (Ceberio, 1999; Wittezaele & García, 1994).

El grupo formado por John Weakland, Paul Watzlawick y Dick Fish, comenzó a delinear un modelo de trabajo terapéutico que se centraba en la resolución de problemas en un corto tiempo, el cual se encontraba lleno de técnicas y llaves estratégicas que podían llegar a extinguir el síntoma o generar una rápida modificación del problema cambiando así la realidad del consultante, de manera que esta propuesta dio lugar al proyecto del Centro de Terapia Breve en enero de 1967; ya para 1974 las nociones básicas y las técnicas de intervención habían sido sistematizadas y descritas en la obra más representativa del equipo “Cambio. Formación y solución de los problemas humanos” (Ceberio, 1999; Wittezaele & García, 1994).

Las premisas explicativas del equipo del MRI sobre el comportamiento humano se nutren de conceptos desde diferentes teorías:

La Teoría General de los Sistemas y la Cibernética, explican la causalidad circular y la retroalimentación entre causa y efecto, de manera que estas teorías le permitieron entender al grupo que la solución del trastorno se halla en desestructurar un circuito de acciones e intentos de solución fallidos que sostienen el problema (Ceberio, 1999).

En lo que se refiere a la teoría de la comunicación humana, el modelo de terapia breve enfatiza el estudio de la interacción humana desde un punto de vista pragmático, situando las explicaciones de las dificultades entre las personas en el cómo de la comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1976).

Por otro lado el Constructivismo enfatiza la comprensión de las atribuciones de significado sobre las cosas, lo que lleva a entender el sistema de creencias del

consultante y desde ese lugar es posible realizar cambios de sentido, desarrollando la técnica del reencuadre (Ceberio, 1999).

Otro aporte a la terapia breve de Palo Alto son las técnicas de la hipnosis Ericksoniana, que fueron sistematizadas como tales por el grupo, entre estas se encuentra: hablar el lenguaje del cliente, uso de metáforas, relatos, analogías prescripciones de comportamiento, entre otras, que en conjunto forman los recursos estratégicos del modelo (Ceberio, 1999).

Y particularmente, para encuadrar sus reflexiones sobre el cambio, elemento central en su propuesta de trabajo, los autores recurrieron a la teoría de los grupos y a la teoría de los tipos lógicos, la primera proporciona una base válida para pensar acerca de la peculiar interdependencia entre persistencia e invariabilidad, la segunda teoría permite comprender la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye el cambio de un tipo lógico a otro (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976; Wittezaele & García, 1994).

### **Exponentes principales y aportaciones**

El proyecto del centro de Terapia Breve comenzó en el año de 1967, el equipo base estaba conformado por Dick Fisch el director del proyecto, Watzlawick, Weakland y Bodin quien inicialmente trabajaba con Watzlawick en su investigación sobre la conversación estructurada (Wittezaele & García, 1994).

El trabajo de este grupo se concentró en primer lugar en las interacciones, en cómo las personas se comunican entre sí, pero al tener una importante influencia ericksoniana, también se centraron en el trabajo con problemas delimitados (Wittezaele & García, 1994).

Sin embargo, Watzlawick, Weakland y Fisch (1976), puntualizan que existen diferencias entre una dificultad y un problema. Y explican que las dificultades son situaciones de la vida que pueden enfrentarse con acciones simples o de sentido común; y apuntan que cuando se tiene un enfoque equivocado de las dificultades, éstas son visualizadas como situaciones irresolubles.

De acuerdo con Watzlawick et al. (1976), señalan que existen varias formas de enfocar mal las dificultades y por lo tanto, de tomar una postura errónea frente al problema.

- Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad, es decir, es preciso actuar pero no se comprende la acción necesaria que se tiene que llevar a cabo.
- Intentar un cambio para eliminar una dificultad que es inmodificable o inexistente.
- Cometer un error de tipificación lógica, es decir, se utiliza un cambio de tipo 1 para resolver un problema que sólo admite un cambio de tipo 2 o viceversa queriendo un cambio completo de actitud cuando sería suficiente un cambio de conducta.

De acuerdo a lo planteado, es que las personas llegan a terapia cuando ya han intentado poner en práctica una serie de soluciones, que más allá de ser útiles para resolver sus problemas, estos intentos de solución mantienen y refuerzan el problema que intentan resolver.

### **Principios básicos**

En un inicio el trabajo del equipo del MRI, estaba enfocado en observar la influencia de la interacción sobre el síntoma e intentaban comprender la función del síntoma en la familia y después de dicho análisis, era importante llevar a las personas a interacciones de otra clase. Conforme continuaban viendo familias, establecieron un límite temporal de diez sesiones para las familias, en las que el objetivo era un *cambio mínimo*, esperando que éste pudiera ampliarse y propagarse como un efecto de “bola de nieve” (Wittezaele & García, 1994).

Para entender de manera más clara los postulados que integran en modelo de terapia breve, vale la pena retomar, en primer lugar, el concepto de cambio tipo I y tipo II.

La teoría de los grupos, proporcionó al grupo la base para pensar acerca de la clase de cambio que conserva al sistema, al cual se le llamará cambio I, el cual representa una ecuación de invariancia, es decir, se habla de este tipo de cambio cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas (Watzlawick, et al., 1976; Wittezaele y García, 1994).

Y para explicar el cambio tipo II, o bien, que trasciende a un determinado sistema, se recurrió a la teoría de los tipos lógicos, la cual hace referencia a las clases compuestas por miembros y enuncia en su axioma principal, que cualquier cosa que comprenda o abarque todos los miembros de una colección, no tiene que ser miembro de esta misma, de manera que para hacer referencia a éste, no

pueden usarse los mismos postulados, porque al hacerlo se cae en la confusión. De esta forma, esta teoría, explica el cambio como el paso de un nivel o posición a otro inmediatamente superior. Por lo que el cambio tipo II, es el cambio del sistema mismo, o bien, cambios que respecto a las reglas que gobiernan su estructura interna o su orden interno; es un cambio de cambio (Watzlawick, et al., 1976).

Fish, Weakland y Segal (1982), destacan que para darle efectividad a la terapia, el trabajo debe centrarse en cuatro puntos:

1. Crear una definición clara y descriptiva del problema.
2. Indagar cuáles han sido las soluciones intentadas, que no han funcionado, hasta ese momento.
3. Definir de manera clara y concreta qué cambio quiere el cliente como la meta del tratamiento.
4. Formular e instrumentar un plan para lograr el cambio.

## Intervenciones

Las intervenciones propuestas desde este modelo están destinadas a interrumpir las soluciones intentadas y se dividen en 2 categorías:

- ✓ Intervenciones principales, hacen referencia a las cinco formas de solución básicas empleadas por las personas.
- ✓ Intervenciones generales, tienen un alcance mayor, dado que pueden aplicarse a una amplia gama de problemas y pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento.

---

Tabla. 1  
Intervenciones Principales. Fish, Weakland & Segal (1982).

<b>Intento de solución</b>	<b>Caracterizado por...</b>	<b>Intervención</b>
Intentar forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea	El paciente padece alguna dolencia que toma las dimensiones de problema porque cree que puede corregir y evitar su reaparición, cuando el rendimiento óptimo sólo puede darse de manera espontánea.	Está encaminada a llevar al cliente a renunciar a sus intentos voluntarios y a que deje de esforzarse en corregir sus problemas o dolencias.
Intento de dominar un acontecimiento temido a través de aplazarlo	Un evento o acontecimiento, en el que alguna vez se experimentó una dificultad, toma dimensiones de peligroso, mortificante o humillante y por lo tanto es evitado.	La intervención se centra en proporcionar directrices y explicaciones que expongan al paciente a la situación de la cual se queja, al tiempo que le impide



Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición	Los problemas implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Quien llega a terapia piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su posición.	que tenga éxito. La estrategia es pedirle al paciente que asuma una posición de inferioridad o debilidad frente al otro, sometiéndolo a la vez a consecuencias imprevisibles o no anunciadas.
Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación	El paciente intenta obtener la obediencia de la otra persona, pero al mismo tiempo niega que lo esté pidiendo.	La intervención está encaminada a que el paciente logre hacer sus peticiones directamente, aunque puedan parecer arbitrarias.
La confirmación de las sospechas de acusador, mediante la autodefensa	Existe alguien que sospecha que otra persona está realizando algo indebido, razón por la que lo acusa, y este responde mediante la negación y la autodefensa, comportamiento que llevan a confirmar las sospechas del acusador.	Se intervendrá para buscar que las partes abandonen sus papeles repetitivos de acusador y defensor, para lo cual se intentará que el defensor acepte las acusaciones o se intentará reducir el valor informativo de la comunicación.

Tabla. 2  
 Intervenciones Generales. Fish, Weakland & Segal (1982).

<b>Intervención</b>	<b>Caracterizada por...</b>	<b>Función</b>
No apresurarse	Indicarle al paciente que no se apresure demasiado en solucionar su problema, dándole para ello razonamientos lógicos que avalen esta prescripción.	Bloquea las soluciones intentadas que consisten básicamente en esforzarse demasiado.
Los peligros de una mejoría	Esta intervención es una variante de “no apresurarse”. Se le pregunta al paciente si se encuentra en condiciones de reconocer y soportar los peligros inherentes a la solución de su problema.	Se usa con pacientes que muestran resistencia a seguir las prescripciones, al mismo tiempo que se usa como una táctica de presión para que lleve a cabo las siguientes intervenciones.
Un cambio de dirección	La terapeuta varía de postura, de directriz o estrategia, ofreciéndole al paciente una explicación acerca de dicha variación. A menudo se lleva a cabo un cambio de dirección de 180 grados.	Es útil cuando las intervenciones de la terapeuta no están siendo bien recibidas por el cliente, lo cual es señal de que se está perdiendo influencia sobre él.
Cómo empeorar el problema	La terapeuta se declara incapaz de poder dar una directiva que sea de utilidad para el paciente, no obstante puede aconsejar al paciente acerca de qué cosas puede hacer para empeorar su situación, de manera que describe las soluciones intentadas por el paciente, que están sirviendo para mantener su problema.	La intervención es de utilidad cuando el cliente muestra no estar lo suficientemente dispuesto a seguir las indicaciones del terapeuta. Con esta modalidad se logra una intervención de gran impacto, sin exponerse a ser rechazado.

Otra técnica de intervención que caracteriza la forma de trabajo del grupo del MRI es la reestructuración, esta técnica tiene sus raíces en una epistemología constructivista la cual establece que las personas forman su propia realidad, y al

estar en la constante comprensión de sí y de sus experiencias (Glaserfeld, 1996); a partir de estas nociones, se parte de que existe una realidad de primer orden, es decir los hechos, y una realidad de segundo orden, la atribución del significado y el valor que se le atribuyen a tales hechos, de manera que en la terapia breve la intervención se enfoca en reestructurar esa realidad de segundo orden, asumiendo que no hay una realidad única y que el trabajo como terapeuta es solucionar las quejas que presenten las personas sin tener la falsa expectativa de pensar que se sabe cuál es la “verdad” (Watzlawick & Nardone, 2000).

Es así que al modificarse los valores y las creencias que las personas sustentan frente al mundo, frente a los demás y frente a si, cambian sus acciones frente al problema y en un proceso que se vuelve recursivo, les permite salir de sus problemas (Fish, Weakland y Segal, 1982).

### **Reflexiones acerca del modelo**

Acercarme al modelo de terapia breve centrada en los problemas, me llevó a mirar las dificultades humanas y las soluciones que ponen en marcha las personas, que hasta ese momento no me había detenido a mirar, puesto que hasta antes de conocer el modelo, mis premisas y concepciones acerca de las razones por las cuales la gente va a terapia estaban puestas en otro lugar.

Aproximarme a esta propuesta y hacer terapia desde esta orientación me hizo sentir cómoda y creo que en buena parte esto se debe a que la parte metódica y organizada de mi forma de ser y de actuar se siente bien cuando se acompaña del modelo, tanto en la parte teórica como en la aplicación al momento de atender a los pacientes, ya que me ofrece una forma de trabajo en la que es necesario actuar de forma sistemática para cubrir los cuatro elementos esenciales, es decir, crear con el paciente una definición clara del problema, indagar las soluciones intentadas, identificar objetivos e instrumentar un plan para lograr el cambio.

Esta forma de trabajo también me hace sentir cómoda cuando me permite atender y entender la problemática del paciente, logrando con ello ir a un destino fijado por ambos, y no establecer una meta desde mi forma de ver el mundo, lo cual me acerca a la terapeuta que prefiero ser en mi trabajo cotidiano. Además, poner en práctica este modelo me llevó a mirarme como una terapeuta que trabaja junto con los pacientes para alcanzar objetivos concretos en los cuales es atendido el motivo de consulta, poniendo en práctica un

repertorio de estrategias que llevará a la modificación de la percepción de la realidad del paciente, en un tiempo breve.

Tal vez un aspecto que llegó a asustarme un poco fue la idea de control que se plantea desde estos modelos, pero entiendo a partir de lo que plantean los autores cuando se habla de control, éste es concebido como la dirección en la terapia que resulta ser un recurso necesario y no se trata de controlar por controlar, porque esta capacidad al mismo tiempo constituye una responsabilidad intrínseca para el terapeuta (Fish et al., 1982).

## **Modelo de Milán**

### **Antecedentes del modelo**

En 1968, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil, había trabajado durante muchos años con niños anoréxicos, desilusionada de los resultados que había obtenido hasta ese momento e impresionada por la literatura sobre terapia familiar que llegaba de Palo Alto, decidió descartar todos los elementos del pensamiento psiquiátrico y adoptar una orientación puramente sistémica. En este mismo año Mara Selvini fundó el Instituto de la Familia en Milán e invitó a colaborar con ella a los psiquiatras Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, dicho grupo fue fuertemente influido por Don D. Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson (Hoffman, 1987; Rodríguez, 2004).

Para el año de 1972 el grupo inició una investigación con familias que tenían miembros que mostraba conductas psicóticas, los reportes de esta investigación se encuentran plasmados en su libro *Paradoja y Contraparadoja*. Esta obra da cuenta de la investigación que, a nivel empírico, se desarrolló para demostrar la validez de la hipótesis fundamental de partida, la cual se basaba esencialmente en la cibernética y la pragmática de la comunicación humana, esta es: La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. Esta hipótesis partió de la idea central de que cada grupo natural se forma mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así sobre lo que está permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1986; Rodríguez, 2004).

Otra hipótesis planteada por el grupo inicial de Milán, era que las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como patológicas en uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones y, por ende, de normas peculiares de ese tipo de patología, y tanto las conductas-comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas o normas y, por lo tanto, las relaciones patológicas (Selvini et al., 1986).

Es así que el grupo inicial de Milán consideraba que las conductas sintomáticas son parte de las relaciones peculiares de ese sistema, de manera que no quedaba otra alternativa, para poder influir sobre los síntomas en el sentido del cambio, que la de intentar cambiar las reglas, ya que ubicaron que las familias con transacción esquizofrénica sostienen su propio juego a través de marañas de paradojas que involucran a todos los miembros de la familia, enredos que sólo pueden ser disueltos por medio de paradojas terapéuticas creadas especialmente para esa familia (Selvini et al., 1986).

Los autores de Paradoja y contraparadoja retomaron la idea de la *paradoja terapéutica*, insertándose en la tradición del pensamiento estratégico de la escuela de Palo Alto, por lo que la óptica estratégica influyó considerablemente en el trabajo del equipo, una muestra de ello es pensar en el énfasis que se puso en el control del terapeuta en la relación terapéutica, evidentemente en el estilo directivo-prescriptivo (Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1988).

Debido a su interés por acceder a un pensamiento sistémico, en el momento en que consideraron que era necesario desplazar la atención de las presuntas intenciones a los visibles efectos pragmáticos, es decir observables en el sistema, esto inspiró las investigaciones sobre el efecto del síntoma, orientación que los contradecía a sí mismos, ya que volvieron sobre aquellas intenciones supuestamente indeterminables y sostenían que el efecto pragmático del síntoma derivaba de la secreta intencionalidad del paciente, pues al bloquear su propia emancipación, el paciente se estaba sacrificando por la unidad de sus progenitores, de manera que el uso de la paradoja funcionaba en el paciente señalado como una provocación capaz de impulsarlo, por el ímpetu de la cólera, al cambio (Selvini et al., 1988).

Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1988), describen que las paradojas terapéuticas, son todas aquellas intervenciones en las que se prescribe explícitamente el síntoma, o por lo menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo, manifestar preocupación por el hecho de que pueda desaparecer demasiado pronto, etcétera. De manera que la intervención paradójica que realizaban se manifestaba como explicaciones de por qué el

paciente había desarrollado los síntomas, se trataba entonces de redefiniciones relacionales del síntoma como conducta de protección/sacrificio por parte del paciente a favor de los demás miembros de la familia.

Posteriormente la paradoja residió en las relaciones familiares en las que siempre se vinculó el síntoma del hijo con las dificultades de la pareja de progenitores, pero en la atmósfera benévola de la denominada connotación positiva (ninguno de los padres ha pedido al paciente que se sacrifique) la intervención contenía un importante aspecto de revelación: las relaciones perturbadas entre los llamados miembros sanos de la familia habían influido negativamente en el paciente (Selvini et al., 1988).

### **Exponentes y aportaciones principales.**

Para el año de 1980, el grupo de Milán ya se encontraba dividido, el principal motivo que suscitó esta división fue de tipo teórico. Mientras que Selvini y Prata se ocuparon sobre todo del sistema observado, Boscolo y Cecchin se centraron en el sistema observante. Como consecuencia, las primeras crearon un modelo de génesis familiar de las psicopatologías, y los segundos un modo de hacer terapia independiente de cada tipología (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Selvini y Prata, comenzaron con la experimentación de una estrategia prescriptiva abandonando poco a poco el recurso de la paradoja que hasta ese momento habían empelado (Selvini et al., 1988).

Fue así que Selvini y Prata estructuraron una prescripción que rompió el juego familiar, este cambio se produjo cuando decidieron que la prescripción, al actuar en múltiples niveles relacionales, podía interrumpir la trama de juegos que no era indispensable descifrar de antemano. A partir de ese momento, establecieron la misma secuencia prescriptiva, comunicada sistemáticamente a todas las familias con hijos anoréxicos y psicóticos, esta directiva recibió el nombre de “prescripción invariable”, la cual tiene como objetivo el patógeno fenómeno de la confusión de las fronteras intergeneracionales (Selvini et al., 1988).

El uso regular de este método les permitió, además de la detección de disfunciones importantes en las familias, al que llamaron *embrollo de los afectos e instigación*, la construcción de un modelo de *seis estadios*. Este modelo diacrónico, parte del malestar recíproco de los padres, al cual se le denominó *estancamiento en la pareja*, en donde se subraya la implicación del hijo sintomático en la relación, simultáneamente voluntaria y coaccionada, el

concepto de estancamiento en la pareja, el cual se retomará en un apartado posterior, era una descripción fenoménica de una forma muy intrincada de relación (Selvini et al., 1998).

Posteriormente, Selvini y Prata abandonaron la serie de prescripciones invariables, lo cual obedeció a varios motivos. El primero concernía a la alta eficacia del método en las familias caracterizadas por una escalada de hipercontrol recíproco entre los padres y la paciente, pero nula en las familias dominadas por una actitud expulsiva u hostil en la relación con la paciente. El segundo motivo estaba conectado con la composición familiar y con aquellos casos en los cuales la prescripción no se podía suministrar porque la paciente estaba casada o no vivía con sus padres o bien porque en la familia había un solo padre, viudo o divorciado. En tercer lugar, ocurría que un cierto número de parejas no seguían la prescripción y, por consiguiente eran remitidas. Y el cuarto, y más importante, fue el deseo por experimentar la eficacia terapéutica de otro modelo, cuya cuestión a resolver era, si llevar a cabo una revelación que conectara el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres, podía tener un efecto terapéutico, a este último se le llamó *revelación del juego* (Selvini et al., 1998).

### **Principios básicos**

En la investigación desarrollada en *Muchachas anoréxicas y bulímicas* Selvini et al. (1998), describen el tipo de relación nociva que establece la paciente anoréxica con sus padres y en este sentido, en el texto se explica que las modalidades relacionales dañinas para los hijos, ejecutadas por los padres, eran comprensibles debido a que éstos últimos habían experimentado confusión o carencias en su propia familia de origen.

En otro momento, el grupo conformado por Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza (1996), al llevar a cabo observaciones sobre los casos de toxicoddependencia que ellos atendían, identificaron una serie de analogías y diferencias tanto en los procesos evolutivos familiares como en la intervención, de manera que así comenzaron a investigar tal casuística, teniendo como intención principal arrojar luz sobre un particular punto de intersección, entre el malestar individual y los frágiles modelos de funcionamiento familiar.

Retomaron las nociones que se habían descrito en *Los juegos psicóticos de la familia* (1988), en donde se trazaba una particular modalidad interactiva interna

en la pareja de padres de los pacientes, a la cual se le había llamado *estancamiento*, la característica esencial de esta modalidad de relación era el perfecto encaje que se determinaba entre las necesidades afectivas de los padres, encaje que hacía imposible la disolución de la pareja incluso en presencia de elementos específicos de frustración y de insatisfacción que los dos cónyuges experimentaban en la relación. Para ese entonces se había tenido la impresión de que el estancamiento podía ser una forma de vínculo patógeno característico de todas las familias en las que un hijo desarrollaba una patología grave en la infancia o en la adolescencia; de manera que la universalidad del estancamiento podía valer para los padres de los niños psicóticos o de las chicas anoréxicas, que rara vez se separaban, pero esta idea no se aplicaba a los padres de los toxicodependientes, ya que a menudo se disuelven sus matrimonios, sin ni siquiera llegar a constituir un verdadero intercambio conyugal (Cirillo, Berrini, Cambiaso & Mazza, 1996).

Dado este último hallazgo, fue entonces que en este periodo el equipo conformado por Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, enfocó sus esfuerzos a profundizar respecto a la relación madre-hijo paciente, en busca de eventuales recurrencias que estuvieran conectadas con la aparición de la sintomatología toxicómana de un hijo específico; la hipótesis que se planteaba era que ese hijo podía haber sido triangulado por la madre, como un defensor contra el marido, en la perspectiva del “*embrollo de los afectos*” descrito ya en los juegos psicóticos de las familias, de manera que se enfocaron en la búsqueda de algún factor que pudiera estar ligado, por ejemplo, al orden de nacimiento, que favoreciera la candidatura de un determinado hijo para ese rol de pseudoprivilegio, sin embargo esto no llevó a algo significativo. En este punto alguien del grupo pensó en transferir la misma hipótesis a la generación precedente, es decir, indagar si el padre del futuro toxicodependiente había sido investido de un rol particular en su familia de origen en relación a su propia madre, esta idea nació del resultado que habían obtenido previamente de un paciente toxicodependiente en el que el padre había sido prematuramente adultizado por la madre. Esta indagación dio resultados inesperados, haciendo emerger, con mucha frecuencia, que el padre del futuro toxicodependiente había quedado huérfano de padre desde muy joven o, en cualquier caso, había sufrido porque su padre era manifiestamente incompetente (inválido, alcohólico, irresponsable, etc.) por lo que él se había ocupado, de manera vicaria, de las funciones del padre dentro de la familia (Cirillo et al., 1996).

Derivado de estas observaciones fue que se explicitó el alcance *trigeneracional* del modelo *etiopatogénico* de las toxicodependencias (tabla 3), en donde son preponderantes los componentes insatisfactorios de la relación que cada uno de

los padres ha tenido con su familia de origen en la infancia y en la adolescencia. Esta visión dio oportunidad de ampliar la perspectiva, pasando de un nivel de descripción del juego del estancamiento de la pareja a un nivel de comprensión, respecto a las vicisitudes de cada uno de los dos cónyuges en la propia familia, con el bagaje de las necesidades insatisfechas y de las modalidades aprendidas para la gratificación de otras necesidades, condicionan tanto la elección de la pareja como las modalidades interactivas que darán origen al estancamiento, volviendo así a la dimensión individual, es decir a la historia evolutiva de cada persona y a las heridas sufridas durante su crecimiento y daños padecidos en el curso del desarrollo (Cirillo et al., 1996).

A estas hipótesis se ligó el énfasis sobre los mecanismos de desconocimiento y de deformación de la realidad, que emplea la pareja, con lo cual tratan de ocultar los aspectos negativos de la vida familiar, un ejemplo de ello es *la minimización de la carencia* y *la no elaboración de los traumas* y por otro lado *emergen los mecanismos de idealización* (Cirillo et al., 1996).

Fue así que la nueva hipótesis establecía que los padres de los toxicodependientes transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional que fue adquirida en la relación con sus respectivos padres, cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, ya que no han sido elaboradas y no son expresadas, lo que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental (Cirillo et al., 1996).

Por otro lado, Cirillo y Di Blasio (1989), derivado de sus observaciones clínicas, intentaron esbozar una tipología de las familias con problemas de maltrato hacia los niños, en este trabajo, los autores exponen que los juegos que observaron en las familias que maltratan son bastante parecidos a los juegos de las familias psicóticas, ya descritos por Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1988); algunas coincidencias son fenómenos importantes como la presencia de vínculos irresueltos con las familias de origen o la inserción del hijo dentro del conflicto conyugal.

Cirillo y Di Blasio (1989), describen que en la familia psicótica el conflicto conyugal en pocas ocasiones es abierto y cuando lo es, está relacionado con otros aspectos y los puntos esenciales de la problemática, ninguno de los integrantes de la pareja los habla explícitamente. En la familia que maltrata, por el contrario, el conflicto conyugal explota de modo violento y manifiesto, invistiendo con frecuencia más directamente las áreas vitales de cada uno de los dos contendientes.



Tabla 3. Modelo etiopatogénico relacional y recorridos en las familias con miembros toxicodependientes. Cirillo, Berrini, Cambiaso & Mazza, 1996.

		<i>Recorrido 1</i> <i>Abandono disimulado</i>	<i>Recorrido 2</i> <i>Abandono desconocido</i>	<i>Recorrido 3</i> <i>Abandono Activo</i>
1° Las familias de origen	Carencias en las familias de los padres	Reconocidas minimizadas	pero No reconocidas	Reconocidas pero sólo como ambientales carencias
2° La pareja paterna	Tipos de matrimonio	De interés	Forzoso	Inexistente
	Intercambio emocional en la pareja	Formal	Estancamiento	Ausente
3° Relación madre-hijo en la infancia	Modalidades carenciales	Compromiso remedado	Falta de atención	Instrumentalización
4° La adolescencia		Protesta contra la contrariedad de la madre	Protesta contra la indiferencia/ hostilidad de la madre	Protesta anticipada en la preadolescencia
5° El paso al padre	Actitud del padre hacia el hijo adolescente	Rechazo del hijo de la pareja madre-abuela intervención maternalizada	Intervención en defensa de la pareja o rechazo del hijo rival interno	Ausente o inadecuado
6° El encuentro con las sustancias estupefacientes	Efectos personales de los estupefacientes	Evita la depresión	Contiene la confusión	Reduce el enfado
7° Las estrategias basadas en el síntoma		Infantilización	Pacto (mujer-marido o madre-hijo)	Expulsividad

En el juego psicótico, el complejo enredo de las alianzas y coaliciones está casi totalmente encubierto y negado; de manera que la seducción y la instigación que se entreteje entre cada uno de los dos padres y los hijos son maniobras que se realizan de forma preferente a través de sutiles mensajes análogos. En cambio, enfatizan Cirillo y Di Blasio (1989) en el caso de la familia que maltrata, los bandos están normalmente bien definidos, exhibidos de manera provocativa y descarada, hasta que la violencia de un progenitor se desencadena contra el hijo que milita el campo contrario.

Respecto a la categorización de las familias Cirillo y Di Blasio (1989), ubicaron en la primera categoría a aquellas familias en las cuales el padre que maltrata o más frecuentemente el que descuida, se presenta generalmente como incapaz de hacer frente al deber de criar y atender a los hijos pequeños; la incapacidad de los padres como mensaje es la definición que se le puede dar a este grupo de juegos.

En la segunda categoría entran, familias en las cuales es objeto del maltrato un hijo específico, mientras los otros quedan intactos. En este grupo de familias, los niños maltratados tienen generalmente al menos dos años y refuerzan con su comportamiento los mecanismos relacionados con el desencadenamiento de la violencia, los juegos familiares destacables en estas familias serán de tipo chivo expiatorio (Cirillo & Di Blasio, 1989).

Para ampliar la descripción de los juegos de las familias maltratadoras Cirillo y Di Blasio (1989), utilizaron como referencia el esquema elaborado por Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino en 1988, para el análisis de los juegos psicóticos, en la tabla 4 se muestran las etapas de la evolución del juego familiar así como las correspondientes reacciones del niño.

Tabla 4. Etapas de la evolución del juego familiar y las reacciones del niño. Cirillo & Di Blasio (1989).

Etapa	Etapa del juego familiar	Descripción la etapa	Reacciones del niño
Primera etapa	Conflicto de pareja	Un conflicto conyugal explícito, caracterizado por la oposición constante y sistemática de un integrante de la pareja al otro. Es un conflicto sin salida aparente, marcado por rupturas de duración más o menos breves, por continuas amenazas de separación y por sucesivas reconciliaciones.	Ansiedad, irritabilidad
Segunda etapa	La inclinación de los hijos	A medida que perdura el conflicto, los hijos son empujados a entrar en el campo de batalla y a ponerse de parte de uno de los padres.	Ansiedad, miedo
Tercera etapa	La coalición activa del	El niño que ahora se ha inclinado hacia uno de los padres, comienza a dirigir su propia hostilidad	Furia y agresividad

	hijo	hacia el otro. En los momentos de conflicto, más o menos frecuentes, él ya no es un simple espectador, sino que ahora actúa en defensa de uno de los padres contra el otro.	
Cuarta etapa	La instrumentalización de las respuestas del hijo	El juego familiar se complejiza porque el niño asume la posición de instigador activo del maltrato. En esta etapa los padres no pueden interpretar las respuestas emotivas y de comportamiento del niño como señales directamente ligadas con el conflicto de la pareja. Ellos sienten la rabia y la agresividad como signos de rebelión, de maldad y de desobediencia que son castigados drásticamente. Las reacciones del niño son utilizadas por los padres para lanzarse acusaciones recíprocas de incompetencia e incapacidad.	Furia, agresividad, hostilidad incluso fuera de la familia.

En este extracto se puede analizar el enredo de emociones que experimenta el niño y que lo llevan a entrar en escena y abandonar la posición de pasividad para volverse agresivo y sintomático. Por otro lado, las razones que motivan a los padres a ejercer violencia física hacia el hijo, está depositado en el temor a la pérdida y al abandono, el cual que nace de las experiencias reales de separación de su propia familia de origen y también porque sufrieron repetidamente la amenaza de ser abandonados por sus propios padres (Cirillo & Di Blasio, 1989).

### Intervenciones

En la primera fase del equipo de Milán, las intervenciones contempladas fueron las siguientes:

#### *El método paradójico*

- La connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia, la cual ponía a todos los miembros de la familia en el mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos, sanos y enfermos. La connotación positiva aprobaba de manera explícita la predominante tendencia homeostática de la familia con el fin implícito de tranquilizarla respecto a las intenciones conservadoras de los terapeutas, además de estimular paradójicamente su capacidad de cambio (Selvini et al., 1998).
- La reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción. Un particular tipo de connotación positiva que se prescribía a cada

miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno, suscitaba encubiertamente un interrogante paradójico sobre por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como “buena”, sólo podía obtenerse a expensas de una “paciente designada” (Selvini et al., 1998).

- Los rituales familiares. Consistían en una comunicación implícita, se prescribía a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir ni a explicaciones ni a críticas (Selvini., 1998).
- La regla de intervalo mensual entre las sesiones. Las intervenciones terapéuticas requerían tiempo para que sus efectos sobre la organización de la familia se hicieran visibles (Selvini et al., 1998).

#### Serie invariable de prescripciones

- En el caso de pacientes psicóticos o anoréxicos, la intervención se caracterizaba esencialmente porque se convocaba a los padres solos y la terapeuta les prescribía, una serie de desapariciones de casa de duración creciente, desde pocas horas por la tarde al fin de semana y aún más; de tales desapariciones no debían ni dar preaviso ni contar nada a su regreso pero, con el fin de evitar interpretaciones dramáticas, debían dejar un folio manuscrito visible que anunciara el horario de su regreso. El fuerte poder terapéutico de la prescripción residía, entre otras cosas, en el hecho de suspender precisamente ese predominio del obsesivo control recíproco que en este tipo de familia enmascara la insuficiencia de confianza, de empatía y de intimidad (Selvini et al., 1998).

#### La develación del juego

- En este método el efecto terapéutico se confía a dos factores: por un lado la reconstrucción del juego familiar en donde se descubren las modalidades relacionales nocivas en las que los hijos se encuentran atrapados, esta forma de relacionarse es comprensible dado que ellos habían experimentado confusión o carencias en su propia familia de origen; y por el otro a una serie de indicaciones en la dirección al cambio (Selvini et al., 1998).

## **Reflexiones acerca del modelo**

Algo que considero muy valioso de los diferentes autores que han conformado el grupo de Milán, es la capacidad de observación, así como de organización y sistematización de los hallazgos, logrando vincular la teoría con la práctica ante casuísticas determinadas que les permitieron generar investigaciones que respaldan el extenso cuerpo teórico del modelo.

Acercarme al modelo de Milán durante la formación me llevó a mirar los sistemas familiares en su complejidad, pues desde esta aproximación ya no sólo miré las pautas, redundancias, sistemas de retroalimentación y mensajes en diferentes niveles, el modelo me exigió elaborar un análisis desde una perspectiva trigeneracional y al mismo tiempo considerar la intersubjetividad de los miembros de la familia, lo que me condujo a un nivel de análisis más profundo y al mismo tiempo más complejo, así fue que conforme me acercaba más al modelo, pude ir comprendiendo poco a poco las relaciones familiares problemáticas que se encuentran vinculadas a modalidades de relación dañinas que derivan y se gestan generaciones anteriores, que son alimentadas desde la confusión y las carencias.

Siento que hacer terapia desde este modelo me ubica en un lugar en el que pienso a las familias de manera diferente, es decir, al tener a mi lado estas premisas me es posible hacer lecturas desde las carencias afectivas y los mecanismos que se ponen en juego para poder sanarlas y esto me lleva a contactar con la parte que se encuentra lastimada, lo que me hace acercarme de forma más empática en las sesiones terapéuticas.

Y finalmente, pienso que el recorrido teórico que realicé para llevar a cabo la revisión del modelo, me lleva a pensar en la capacidad de análisis, reflexión y flexibilidad en el grupo para continuar elaborando ideas que permitan crear formas más eficaces de intervención en familias con miembros con alguna patología.

## 2.2 Análisis y discusión del tema que sustentan los casos presentados.

### *Relación madre e hija: una mirada sistémica*

Aunque el tema podría ser extensivo a la relación de la madre con los hijos o hijas, para fines de este trabajo abordaré el análisis sólo de la relación madre-hija, tema que tiene especial énfasis en las teorías psicológicas.

Desde la teoría psicoanalítica se destaca la importancia de la función materna y con ello, de las experiencias que van constituyendo a la niña a través del vínculo madre-hija, vivencias que desempeñan un papel muy importante en la constitución y evolución del individuo, que dejan huellas imborrables para la edad adulta, entonces, desde esta concepción la lectura se realiza sólo desde un plano intrapsíquico.

Al respecto, Hoffman (1987) puntualiza que desde la lectura psicoanalítica, cuando se ve a una persona con una aflicción psiquiátrica es fácil suponer que esa persona padecía un desorden intrapsíquico surgido de su pasado. Pero si ve a esa misma persona con su familia, en el marco de las relaciones cotidianas, se empieza a ver algo completamente distinto, se comienza a ver la comunicación y los comportamientos de todos los que se encuentran involucrados en la relación, componiendo muchos “rizos” causales recursivos de interacciones, siendo el comportamiento de la persona afligida tan sólo una parte de una “danza” general recurrente que ocurre en un contexto más amplio.

Si esta explicación la trasladamos a la relación madre-hija, se entiende que cuando se mira este vínculo en el contexto de la terapia familiar, el marco teórico para entender las interacciones y los problemas humanos, es la teoría general de los sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación humana, contemplando estas aportaciones, se concibe que cuando diferentes elementos están en interacción en cualquier punto del sistema, el comportamiento de un elemento es una causa para el elemento que lo sigue, creando así circuitos de interacción (Wittezaele & García, 1994). Y de esta manera observamos pautas de interacción que son regidas por reglas, las cuales son reguladas por mecanismos de retroalimentación.

Watzlawick, Beavin y Jackson (1976) especifican que, en el momento en el que se desplaza el foco de atención del individuo hacia la relación entre las partes de un sistema, lo que observamos son las manifestaciones observables de la relación, es decir, la comunicación.

Es así que desde la teoría de la comunicación humana, es posible entender que la comunicación afecta a la conducta, enfocando de esta forma el aspecto pragmático de la comunicación humana, en donde no sólo se contemplan las palabras, como parte de la comunicación, también se incluye el lenguaje no verbal así como las configuraciones y atribuciones, pero estas sólo resultan significativas en una relación.

De una manera más detallada, la persona A tiene efecto sobre la persona B, pero al mismo tiempo, se tiene en cuenta que todo lo que B hace influye sobre la acción siguiente de A, y ambos sufren la influencia del contexto en que dicha interacción tiene lugar y, a su vez, ambos influyen sobre él, dando lugar a un sistema recursivo, en el que se ponen en marcha circuitos de retroalimentación negativa o positiva: la primera caracteriza a la homeostasis que opera hacia el mantenimiento de la estabilidad de las relaciones, haciendo que disminuya la desviación de salida respecto a una norma establecida, y la retroalimentación positiva que lleva al cambio, o bien, actúa como una medida para aumentar la desviación de salida (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1976).

Además, bajo esta óptica, es posible observar que las interacciones, entendidas como secuencias o agrupamientos de configuraciones estructuradas, se vuelven repetitivas y por lo tanto es más probable que sucedan esas configuraciones en vez de otras, lo que permite que leamos pautas y redundancias en las interacciones humanas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1976)

Es así que la relación madre-hija, desde una mirada sistémica, pone el acento en la interacción, tomando en cuenta el contexto donde ésta ocurre y la totalidad de los elementos involucrados, lo cual incluye tanto al individuo como a las personas que interactúan con él y los factores contextuales en un momento y en un lugar preciso (Eguiluz, 2001).

Y desde este marco, especifican Watzlawick, Beavin y Jackson, (1976) los síntomas pueden mostrarse como una restricción, como una regla del juego interaccional en el que se encuentra inmersa la persona; llegando a considerar que no es sólo la persona, sino que es el sistema el que manifiesta el síntoma.

Es entonces que desde esta perspectiva, se presentan dos casos, que se encuentran enmarcados en la interacción madre-hija.

En el primer caso que se presenta en este trabajo, “*la hija que cuidaba de su mamá*”, es posible identificar que el problema por el que llega la paciente a consulta, está ubicado en las acciones que estaba implementado para a que su

mamá se alejara de la pareja que tenía, es decir llevaba a cabo una serie de acciones encaminadas al mismo fin, de manera que la solución contribuía en gran medida a aumentar el problema que ya estaba presente y esto se convertía eventualmente en el mayor de los problemas en la relación con su madre (Watzlawick et al.,1974).

En el segundo caso, “*el conflicto por ser mamá*”, la conflictiva que presenta la paciente es mirada a partir de las interacciones con su familia de origen, es decir, el malestar se encuentra no sólo en sus relaciones cotidianas, sino también respecto a su propia familia, lo que muestra que la aflicción que puede presentar uno de los miembros de la familia es sólo una parte de una dinámica familiar generacional compleja.





## Capítulo III



### **DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES**

La maestría en Psicología con residencia en terapia familiar tiene como objetivo formar profesionistas de la psicología de alta calidad en el campo de la salud, a través de una formación teórica-práctica supervisada en diferentes escenarios clínicos, que promuevan una visión integrativa para abordar problemas interaccionales entre individuo y sistemas familiares. Así como desarrollar habilidades para llevar a cabo investigación aplicada (Investigación y Posgrado, 2013).

#### **3.1 Habilidades clínicas terapéuticas**

El desarrollo de habilidades clínicas terapéuticas, implica la adquisición de conocimientos a nivel teórico y técnico para llevar a cabo con éxito, las diferentes etapas de un proceso terapéutico, pero no sólo eso, también implica desarrollar habilidades que atañen a la relación terapéutica y que están asociadas a la actitud de respeto y empatía hacia las personas con las que conversamos.

##### **3.1.1 Casos Atendidos**

Durante la formación, los y las estudiantes en formación atendemos a un gran número de pacientes en diferentes modalidades, individual, pareja o familiar, estas participaciones son como terapeuta, coterapia o como equipo terapéutico en cámara de Gessell. En la siguiente tabla se muestra la totalidad de los casos en los cuales participé durante la formación.

**Tabla 5. Total de casos atendidos durante la formación.**

Numero consecutivo	Modalidad	Caso	Terapeuta/s	Modelo	Sede	Participación	No. de Sesiones	Motivo de consulta	Estado del proceso
1	Individual	Estela Rosales	Selene y Artemiza	Breve MRI	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Terapeuta	9	Problemas de relación con la madre	Alta
2	Individual	Jannet Campos	Lydia y Beyluth	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	7	Conflictos familiares	Alta
3	Individual	Karina Mirel	Artemiza, Lucelena, Beyluth, Lydia y Eugenia	Soluciones	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	4	Problemas con sus impulsos	En proceso
4	Pareja	Ariel y Naoko	Oswaldo y Artemiza	Estratégico	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	6	Problemas de pareja	Alta
5	Familiar	Celina Hernández	Eugenia	Estructural	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	16	Problemas de comunicación	Alta
6	Familia	Ángeles	Oswaldo y Aurora	Estructural y Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	22	Problemas con paternaje	En proceso
7	Pareja	Danna e Ilraim	Lucelena y Omar	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	6	Violencia intrafamiliar	En proceso
8	Pareja	Gómez Torres	Beyluth, Ana, Oswaldo y Artemiza	Dinámico, sistémico integrativo	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	8	Conflictos de pareja	Alta
9	Familia	Fernández	Omar y Aurora	Breve MRI	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	3	Adicciones y problemas con el hijo adolescente	Baja
10	Individual	Elia	Oswaldo	Posmodernos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	10	Violencia de pareja	En proceso
11	Familia	Rosales	Artemiza	Posmodernos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	7	Límites y violencia familiar	Baja
12	Individual	María	Omar	Posmodernos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	6	Relación con su padre y cambio de carrera	En proceso
13	Pareja	Daniela y Ramiro	Yolanda	Posmodernos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	10	Violencia de pareja	En proceso

Selene Flores Pacheco  
**Reporte de Experiencia Profesional**

14	Individual	Daniela	Ana Laura	Posmoder nos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	1	Violencia de pareja	En proceso
15	Individual	Ramiro	Aurora	Posmoder nos	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	2	Violencia de pareja	En proceso
16	Familia	Sandova l Sánchez	Ana Laura	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	3	Embarazo de hija adolescent e	Alta
17	Pareja	Javier y Elizabeth h	Omar y Ana Laura	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	3	Problemas de infidelidad	En proceso
18	Familia	Medina	Luz Elena y Artemiza	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	2	Problemas con los hijos	En proceso
19	Familia	Larrieta	Aurora	Milán	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	1	Familia multiparen tal	En proceso
20	Individual	Luisa Cifuentes	Selene Ana Laura Yolanda Aurora Oswaldo	Soluciones	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Terapeuta	7	Superar la separación de la pareja	Alta
21	Individual	Rosa Álvarez	Lydia	Narrativo y colaborati vo	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	4	Problemas intrafamili ares	En proceso
22	Familia	Rojo Floresta	Selene	Estructural	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Equipo terapéutico	3	Obedienci a de los hijos	Baja
23	Individual	Gisela Lima	Eugenia y Selene	Estratégico	C. S. P “Dr. Guillermo Dávila”	Terapeuta	3	Problemas en la relación con sus padres e hijos	Baja
24	Pareja	Carreño Barrera	Beyluth y Lydia	Integrativo	Centro Comunitari o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	13	Conflictos de pareja	Alta
25	Familia	Tabares Contreras	Aurora y Omar	Integrativo	Centro Comunitari o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	12	Problemas con sus hijas	Canaliza ción
26	Familia	Payares	Aurora y Omar	Integrativo	Centro Comunitari o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	6	Problemas con los hijos en etapa escolar	En proceso
27	Familia	Gómez	Eugenia y Yolanda	Integrativo	Centro Comunitari o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	8	Problemas familiares	Alta

28	Familia	Correa Maldonado	Eugenia y Yolanda	Integrativo	Centro Comunitario o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	8	Problemas de pareja	En proceso
29	Pareja	Leonardo y Celia	Oswaldo y Ana Laura	Integrativo	Centro Comunitario o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Equipo terapéutico	16	Violencia de pareja	En proceso
30	Individual	Esther Ortega	Artemiza y Selene	Integrativo	Centro Comunitario o Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	22	Adopción	Alta
31	Individual	Carla Belmont	Artemiza y Selene	Integrativo	Centro Comunitario o Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	Terapeuta	3	Relación con su hijo	Baja
32	Familia	Gómez Delgado	Beyluth	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	4	Conflictos familiares	En proceso
33	Familia	González Sánchez	Beyluth	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	2	Conflictos familiares	En proceso
34	Familia	Martínez	Yolanda y Mtro. Gerardo Reséndiz	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	5	Separación de la pareja	Alta
35	Familia	Pastrana	Yolanda	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	4	Conflictos familiares	Baja
36	Familia	Coronel Hernández	Eugenia y Mtro. Gerardo Reséndiz	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	7	Conflictos familiares	En proceso
37	Individual	Guillermo	Eugenia	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	9	Problemas de pareja	En proceso
38	Familia	Monte rubio	Selene y Mtro. Gerardo Reséndiz	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Terapeuta	10	Problemas de pareja	Canalización
39	Familia	Méndez	Selene	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Terapeuta	1	Cuidado de adulto mayor	Baja
40	Familia	Molina	Lydia	Milán	Instituto Nacional de Rehabilitación	Equipo terapéutico	5	Violencia de pareja	En proceso
41	Familia	Barceló	Ana	Milán	Instituto Nacional de	Equipo terapéutico	3	Problemas familiares	En

Selene Flores Pacheco  
**Reporte de Experiencia Profesional**

					Rehabilitación			asociados a enfermedad	proceso
42	Familia	Frías	Ana y Aurora	Estructural	San Lorenzo	Equipo terapéutico	8	Problemas con la hija adolescente	Baja
43	Individual	Ariadna Sandovál	Ana	Colaborativo	San Lorenzo	Equipo terapéutico	18	Violencia	En proceso
44	Individual	Aura	Ana	Colaborativo	San Lorenzo	Equipo terapéutico	5	Problemas con pareja	Baja
45	Familia	Arenas	Ana	Colaborativo y Narrativo	San Lorenzo	Equipo terapéutico	6	Que no les afecte que la gente los vea	Alta
46	Individual	Aurora Tavira	Selene	Terapia breve MRI	San Lorenzo	Terapeuta	23	Problemas con hijo adolescente	Alta
47	Individual	Ariana	Selene	Terapia Breve MRI	San Lorenzo	Terapeuta	2	Problemas de pareja	Baja
48	Individual	Carmela	Yolanda y Selene	Narrativa	San Lorenzo	Coterapeuta	10	Problemas de pareja	Baja
49	Pareja	Solís Blanco	Aurora y Ana	Terapia Breve MRI	San Lorenzo	Equipo terapéutico	3	Violencia intrafamiliar y alcoholismo	Baja
50	Pareja	Zúñiga Landeros	Aurora y Ana	Terapia Breve MRI	San Lorenzo	Equipo terapéutico	5	Violencia intrafamiliar y adicciones	Baja
51	Individual	Fabiola	Aurora y Ana	Estratégico	San Lorenzo	Equipo terapéutico	4	Problemas de pareja	Baja
52	Individual	Karla	Aurora	Colaborativo	San Lorenzo	Equipo terapéutico	15	Problemas de maternaje	En proceso
53	Individual	Carola	Aurora	Soluciones y Narrativa	San Lorenzo	Equipo terapéutico	13	Miedo a la obscuridad y a los hombres	En proceso
54	Individual	Jeshua	Aurora	Soluciones y Narrativa	San Lorenzo	Equipo terapéutico	8	Mejorar paternaje y decisiones en lo laboral	En proceso
55	Individual	Eloísa	Aurora	Terapia Breve MRI	San Lorenzo	Equipo terapéutico	2	Superar la separación de pareja	En proceso

### 3.1.2. Integración de dos expedientes de trabajo clínico en los que se atendió como terapeuta.

A continuación presento la integración de dos casos que atendí durante la formación, los cuales considero que son un reflejo de las habilidades clínicas terapéuticas que adquiriré tanto a nivel teórico como práctico a lo largo de la maestría.

Ambos casos, versan sobre una temática común, el vínculo madre-hija, lo que da lugar a que en ambos casos se pueda mirar lo complejo de las relaciones familiares y más aún, lo intrincado que se puede tornar una relación tan estrecha como lo es la relación madre-hija.

Los casos que presento, son los siguientes y los he nombrado de la siguiente forma:

- **Caso clínico A: La hija que cuidaba a su mamá.**
- **Caso clínico B: El conflicto por ser mamá.**

El caso clínico *La hija que cuidaba a su mamá*, lo elegí porque considero que es un caso que ejemplifica de manera clara la aplicación del modelo de terapia breve centrada en los problemas, ya que en mi opinión, el trabajo que se realizó con la paciente nos permitió poner en práctica diversos recursos del modelo, de tal forma que es posible identificar las intervenciones que se efectuaron a lo largo del proceso, asimismo se pueden analizar elementos teóricos, como cambio tipo 1 y 2, el reencuadre y cambio de dirección, a partir de los cuales se explica el cambio observado al final del proceso.

El segundo caso clínico, *El conflicto por ser mamá*, decidí incluirlo en este reporte, debido a la complejidad que representó, en primer lugar, a nivel teórico, por las diversas y graves problemáticas que presentaba el contexto de la paciente así como la historia con su propia familia. Y en segundo lugar, de lo que puedo identificar, a nivel práctico en lo que respecta al establecimiento del vínculo terapéutico durante el proceso, esto aunado al manejo de emociones y sensaciones durante las sesiones, sobre todo por el halo de confusión y pesadumbre que permeaba el contexto terapéutico.

### 3.1.3 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.

#### **Caso clínico A: La hija que cuidaba a su mamá.**

- **Datos generales**

---

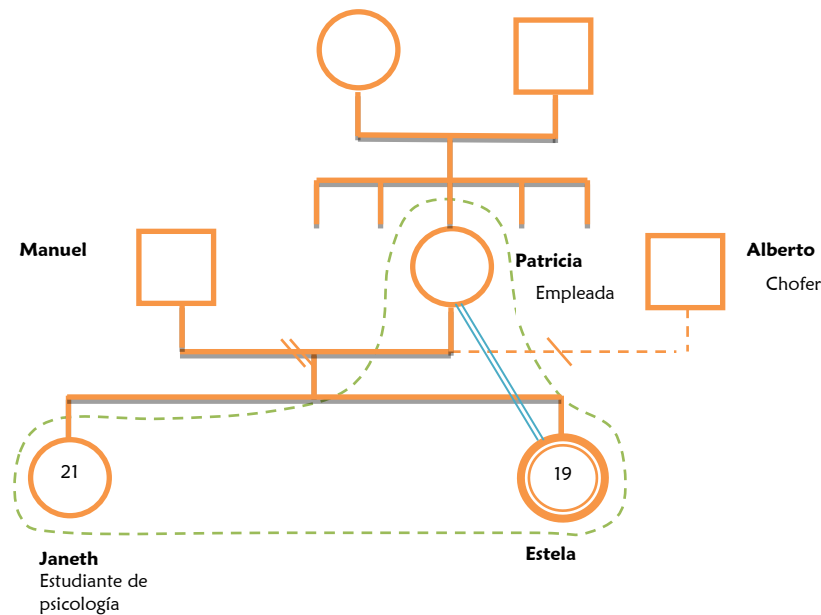
Nombre de la paciente: Estela Rosales
Terapeutas: Selene Flores Pacheco y Lizet Artemiza Virgen Arias
Equipo terapéutico: Ana Laura Romero, Aurora Quiroz, Eugenia Zamora, Yolanda Huerta, Beyluth Moncayo, Lydia Guel, Omar Alonso y Oswaldo Herrera
Terapeuta supervisora: Mtra. Miriam Zavala Díaz
Modelo de Intervención: Terapia breve centrada en los problemas
Número de sesiones: 8 sesiones
Lugar: Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, Facultad de Psicología.

- **Resumen**

Se atendió a una paciente de 19 años de edad durante 8 sesiones con el modelo de terapia breve centrada en los problemas, el motivo de consulta fue la relación con su madre; la pauta problemática estaba asociada a frecuentes demandas hacia su madre para que le dijera en dónde se encontraba cuando se ausentaba de casa, lo que las llevaba a tener discusiones. Los objetivos a trabajar durante las sesiones fueron, la comunicación con su madre y el manejo de sus reacciones emocionales. Se llevó a cabo la técnica de reestructuración que permitió redefinir la situación y modificar las percepciones y concepciones respecto a su papel como hija. Al cierre del proceso la paciente refirió sentirse tranquila y aliviada, y señaló que pese a que no entienda y no acepte lo que hace su mamá, puede respetarla sabiendo que su mamá es responsable de su propia vida.



## ▪ Genograma



## ▪ Motivo de consulta

Estela acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, su motivación para solicitar el servicio de terapia se asociaba a que “ya no confiaba en su mamá”, al respecto explicitó que su mamá decía mentiras a ella y a su hermana, lo cual la hacía sentir enojada pero sobre todo sola.

## ▪ Antecedentes del problema

Estela explicó que se sentía engañada por su madre. Al respecto la paciente comentó que desde hacía más de un año su mamá tenía una relación de pareja y percibía que por eso se modificó la relación que existía entre ella y su madre, explicó que al disponer de poco para convivir, experimentaba soledad, ya que consideraba que era muy apegada a su madre.

Además Estela se sentía muy enojada con su madre porque ésta les mentía y evitaba informarles (a sus hijas) en dónde estaba, de modo que el enojo que experimentaba Estela en la mayor parte de las ocasiones derivaba en discusiones con su mamá.

- **Modelo de intervención**

El modelo de intervención empleado fue Terapia Breve centrada en los problemas, es una intervención breve de 20 sesiones como máximo, que se orienta a la extinción de los síntomas y/o a la resolución de los problemas reportados por la paciente, teniendo como medio una reestructuración y modificación tanto del modo de percibir la realidad como de las reacciones comportamentales (Nardone & Watzlawick, 1992).

Para trabajar bajo este enfoque, se parte de la convicción de que la resolución de los problemas requieren de una ruptura del sistema recursivo de retroacción que mantiene la situación problemática así como la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo, es decir de la realidad de segundo orden, que impulsan a la persona a responder de una manera que le causa malestar (Nardone & Watzlawick, 1992).

- **Objetivos de la paciente al asistir a terapia**

Al inicio del proceso terapéutico, uno de los intereses de Estela era que su mamá participara en el proceso terapéutico; ante la solicitud expresa de que su mamá asistiera a terapia, se dejó abierta la posibilidad de que posteriormente pudiera incorporarse, pese a que en ese momento tanto nosotras (terapeutas) como el equipo terapéutico, teníamos la hipótesis de que su mamá no tenía interés en asistir a las sesiones, sin embargo la posibilidad se contempló, pero le especificamos a la paciente que antes se necesitaba trabajar con ella, esta estrategia se llevó a cabo con el propósito de mantener capacidad de maniobra terapéutica; al respecto, Fisch, et al. (1983) destacan el recurso de maniobra terapéutica como un elemento importante dentro del modelo, en este sentido, si en ese momento se hubiera rechazado o anulado la posibilidad de la participación de su madre, pudo ser que esa postura fuera contraria al punto de vista o las expectativas que tenía la paciente, con lo cual se hubiera corrido el riesgo de que se redujera su disposición a la terapia, ya que en ese momento la paciente suponía que su madre era esencial para solucionar el problema.

Entonces, al momento en que fue enfatizada la condición de que su madre aún no se encontraba presente en la terapia, se le preguntó cómo sería útil el proceso para ella. En relación a esto mencionó que un objetivo a trabajar era la comunicación con su madre y especialmente el manejo de sus reacciones emocionales, pues se describía como una persona impulsiva, que externaba su

malestar abiertamente, gritaba y decía cosas sin pensar, y esto la llevaba a tener un intercambio de palabras con su madre que terminaba en discusiones la mayor parte de las veces.

De acuerdo con el modelo, los primeros elementos a trabajar en las primeras sesiones son: la definición del problema y el establecimiento de los objetivos de la terapia, respecto a esto, Nardone y Watzlawick (1992) enfatizan que estos puntos representan una exigencia pragmática del modelo y tiene la función primordial de brindar una guía al terapeuta para orientar el proceso y al tener objetivos precisos, lo que permite ir verificando el avance del proceso, gradualmente.

#### ▪ **Análisis del caso**

La *sesión inicial* se centró en indagar el motivo de consulta y la pauta de interacción entre Estela y su mamá. Respecto a la interacción madre-hija, la paciente detalló que debido a la prioridad que su mamá le daba a su pareja, ésta se ausentaba de casa y por ello una de las demandas recurrentes que tenía Estela hacia su madre era que le dijera en dónde estaba y cuándo se ausentaría de casa, pero como no lo hacía, el enojo de Estela se hacía notar y esto la llevaba a emitir frecuentes reclamos hacia su madre en su afán de remediarlo, aspecto que suscitaba conflictos y discusiones entre ellas; es así que el intento de solución que Estela ponía en marcha se convertía en el problema. En este sentido, Watzlawick et al. (1974), mencionan que un problema llega a agravarse, cuando el intento de solución contribuye en gran medida a aumentar el problema que ya está presente y esto se convierte eventualmente en el mayor de los males, porque lo único que se ha puesto en práctica es el principio “más de lo mismo”. Al hablar de la pareja de su madre, Alberto, la paciente dejó ver su descontento y desaprobación, pues consideraba que era una “mala persona”.

Para finalizar la primera sesión, en la idea de concluir con una tarea, junto con el equipo terapéutico pensamos, en primer lugar en identificar qué tipo de postura mostraba la paciente frente al proceso y de acuerdo a la clasificación propuesta por los autores de las terapias breves (Watzlawick et al., 1983; de Shazer, 1985), consideramos en esa sesión, que la paciente mostraba una postura de “demandante” o “quejosa”, la cual se caracteriza porque muestran disposición pero suponen que el cambio, primero tiene que venir de las otras personas, sin considerar que deben poner de su parte para resolverlo.

Debido al estrecho vínculo que la paciente percibía con su madre, la directiva que se estableció fue que planeara un fin de semana en el cual sólo incluyera actividades individuales, y que se enfocara en observarse a sí misma y al mismo tiempo identificara si su percepción del problema cambiaba. Esta tarea se planeó de acuerdo a lo propuesto por de Shazer (1985), quien señala que las tareas más adecuadas ante un tipo de relación de demandante, son observacionales o reflexivas.

En la *segunda sesión*, cuando Estela realizó actividades sola, como reunirse con amigos y salir a correr, reflexionó que hasta ese momento se había estado preocupando en demasía por su mamá y que había dejado de lado actividades personales, al respecto señaló: “He pensado que soy la mamá de mi mamá, así no deberían ser las cosas”.

Este comentario nos sorprendió tanto a nosotras como al equipo, ya que en la sesión inicial identificamos que la postura que denotaba era de “demandante o quejosa”, sin embargo, a partir de la reflexión a la que llegó, se ubicó que esto podía representar un movimiento a la posición de “compradora”, pues al llevar a cabo una acción, tuvo la oportunidad de comenzar a incluirse como parte del problema (Beyebach, 2006; Fisch, Weakland & Segal, 1983).

Durante la sesión, la paciente externó su intención de comentarle a su mamá acerca de las reflexiones a las cuales había llegado y que debido a ello cambiaría, pero en ese momento se puntualizó que el recurso de hablar ya estaba muy gastado y antes ya lo había intentado, por lo que se enfatizó que era mejor que actuara, esta intervención estuvo encaminada a evidenciar los intentos fallidos que ya había llevado a cabo para solucionar su problema y así generar un cambio (Fisch et al., 1983; Haley & Richeport-Haley, 2003).

Conversamos con el equipo respecto a las ideas a las que había llegado, las conductas que había adoptado durante este tiempo y comentamos que dado que Estela ya conocía en qué consiste ser madre, era conveniente que explorara en qué consistía ser hija, por lo que la tarea para esa sesión, fue que encuestara a otras hijas, es decir a sus amigas o conocidas, para saber cómo sería actuar en el papel de “hija de su mamá”, esta intervención estuvo orientada a que la paciente cuestionara sus creencias contrastando con fuentes externas de referencia.

En la *tercera sesión*, a partir de la tarea que habíamos encomendado, realizamos preguntas encaminadas a que Estela reflexionara si la interacción que tenía con su mamá era parecida a la interacción de otras hijas con sus mamás, teniendo como objetivo identificar cuál era su definición de lo que es ser hija, así como

cuestionar su sistema de creencias, contrastándolo con fuentes de referencia externas, para así reencuadrar su mapa del mundo y que esto pudiera llevar a un movimiento hacia un cambio tipo II.

Así, a partir de la encuesta de qué cosas hace una hija, preguntamos a Estela qué cosas tomaría de lo que le dijeron las amigas con las que conversó. Refirió que éstas le dicen que sea más “egoísta”, más independiente. En función a su respuesta, se indagó en qué significado tenía para ella ser “egoísta”; su respuesta aludió a preocuparse sólo por ella, pero pensar en esto la hacía sentir incómoda y triste porque para ella el egoísmo representaba desamor hacia su mamá, lo cual fue cuestionado en ese momento; además en relación a ello se resaltó que el egoísmo puede ser visto en el extremo de un continuo egoísmo – fusión o muégano, resaltando que dependiendo de las circunstancias, se puede oscilar entre los dos extremos (egoísmo-muégano), sin que necesariamente uno fuera mejor que el otro, con lo cual se introdujo la información de que se podía mover y elegir qué hacer y qué no hacer, aspecto que según nuestra idea, virtualmente generaría independencia y autonomía respecto a su madre. Ante esto la paciente recalcó que tenía que estar bien consigo misma para estar bien con los demás.

Para contribuir con los objetivos terapéuticos de favorecer la independencia y autonomía respecto a su madre, se le sugirieron unas lecturas y una película relacionada con la situación que estaba viviendo.

Para la *cuarta sesión*, Estela comentó su desilusión y entristecimiento por los resultados desfavorables que obtuvo para el ingreso a la UNAM, aunado a que su mamá al encontrarse de viaje olvidó preguntarle por los resultados, aspecto que la hizo sentir enojada, pues consideró que no fue importante para su mamá, ni ella ni el suceso. Sin embargo, ante su frustración y enojo, su mamá se mostró comprensiva y la hizo mirar otras opciones sobre su futura educación. Cabe mencionar que la paciente acotó, que en el periodo entre sesiones -que fue considerablemente largo por festividades- su mamá concluyó su relación con Alberto.

Además del tema de la educación, en esta sesión, resaltó el comportamiento que tuvo Estela durante las vacaciones, ya que convivió poco menos de una semana con su mamá y hermana, y después se fue a un viaje con sus amigos sin el permiso de su mamá. Al ser cuestionada respecto a las razones para tomar la decisión de irse, pese a que no contaba con permiso, expresó que aunque su mamá aún es importante, ahora ella lo es más, para ese momento era prioritario ocuparse de las cosas que dejó de hacer por cuidarla.

En estos momentos, se le realizaron preguntas que orientaran a Estela a marcar la diferencia en cuanto a su posición inicial en la terapia y el momento en el que se ubicaba (cuarta sesión), comentó que la preocupación por su mamá había perdido fuerza, lo cual representó un “alivio” para ella, pues ya no se sentía responsable de su mamá. De esta manera se retomó la idea planteada en la sesión anterior del egoísmo y el muégano resaltando que en estas vacaciones pudo oscilar entre un extremo y otro, destacando que situarse en alguno de los dos extremos no es saludable, entonces en la medida en que se pueda oscilar le ayudará “volver a su vida de antes... volver a preocuparse por ella”.

Cuando se invitó a la paciente a identificar la diferencia entre la primera y la cuarta sesión, fue con el propósito de llevar a cabo una evaluación progresiva del alcance de objetivos que se iba teniendo en el proceso, al respecto Fisch et al. (1983) destacan que es necesario y relevante que a lo largo del proceso terapéutico, se vayan evaluando los objetivos que originalmente se establecieron, para ir determinando el éxito o el fracaso de la terapia o bien para determinar el avance hacia la consecución de éstos y bajo este marco, el indicador más importante de éxito terapéutico es la declaración de la paciente de que ya no se encuentra presente la queja con la que había llegado a terapia, esto aunado a las observaciones que realizamos como equipo terapéutico en las que el impulso de solución intentado hasta ese momento se había modificado.

Sin embargo, fue importante el análisis grupal que se llevó a cabo, previo a la quinta sesión, ya que se comentó que hubo factores que favorecieron el cambio que estábamos observando en la paciente, es decir, el término de la relación de su mamá con Alberto. En esa pre-sesión, se pensó en la idea de plantear en sesión con la paciente, la hipótesis de qué sucedería si su mamá reanudara su relación con Alberto, lo que hizo pensar al equipo en la posibilidad de que Estela descuide su vida para volver a proteger a su mamá, por lo que se llevó a cabo la prescripción de la recaída.

En relación a la prescripción de la recaída, Erickson según Haley (1973), puntualiza que cuando el cambio se ha presentado demasiado rápido y parece que la paciente se ha recuperado con excesiva rapidez, es probable que manifieste una recaída y que se sienta desilusionada de la terapia, entonces para evitarlo se prescribe una recaída, así la única forma que tiene la paciente de resistirse es seguir mejorando.

Con el objetivo de anticipar la recaída en el proceso terapéutico, el siguiente movimiento fue hablar de diferentes escenarios respecto a las relaciones de pareja de su mamá, de esta forma se cuestionó qué pasaría si su mamá regresara

con Alberto, ante esta posibilidad contestó, sin titubear, que se enojaría y esa situación la llevaría a comportarse igual que como lo hacía antes para “cuidarla y protegerla”. En ese momento, se recordó el continuo egoísmo- muégano y la noción de respeto, lo que dio lugar a trabajar respecto a la importancia de ir ejercitando el respeto día a día como si fuera un músculo que cada vez irá teniendo más fuerza, lo que dio lugar a trabajar con la metáfora del “músculo del respeto” y con ello la aceptación del vínculo que existe con su mamá, lo cual conlleva una mayor atención a sí misma.

En el trabajo post-sesión, la respuesta de Estela ante la posibilidad planteada, nos hizo preguntarnos si el cambio que se había generado hasta ese momento había sido sólo tipo I, dado que consideramos que dicho cambio tuvo lugar dentro de un determinado sistema que en sí permaneció inmodificado (Watzlawick et al., 1974).

Al comienzo de la siguiente sesión, Estela relató que había tenido un disgusto con su mamá, “Me enojé al instante, supe que mi mamá estaba con Alberto”. Nuevamente apareció la pauta identificada anteriormente, ante una relación de su mamá, Estela le pide explicaciones actuando como “la mamá”. En este momento optamos por detenernos a explorar cómo percibe a su madre y ante esto, Estela mencionó que no le gusta que su mamá se comporte como “ilusionada”, es decir que tenga el anhelo de que la relación con Alberto se reanude y que estará bien.

En ese momento, indagamos de qué manera construye la imagen de su mamá como “ilusionada”, y en este sentido la paciente narró que su papá llegó a golpear a su mamá; que la relación terminó mal y que su mamá llegó a estar muy “grave” a consecuencia de esa relación, en ese momento se validó la preocupación que Estela sentía por su mamá.

Se comenzó a trabajar respecto a los recursos que la paciente pudo observar en su madre en ese periodo de su vida, ante esto Estela recordó que su mamá mencionó que ya no quería una vida así, decidió que nadie podía maltratarla tanto; entonces ahora al ver a su mamá ilusionada en una relación con una persona que Estela percibe como mala, la hace suponer que su mamá se encuentra en peligro. Ante ello se cuestionó si pedir explicaciones como una solución para “proteger” a su mamá, ¿ha funcionado?, aspecto que reflexionó por unos instantes y contestó que no. Esta intervención tuvo como objetivo poner en evidencia que la solución que ha empleado no ha tenido efectividad (Fisch et al., 1983).

En el trabajo post-sesión, pensamos que en el momento en el que se exploró con la paciente cuáles eran los recursos de su mamá para que saliera de una relación que la estaba dañando, nos dio la impresión de no percibe que su mamá cuente con herramientas, lo que coloca a Patricia, ante los ojos de Estela, como una madre que requiere de protección y cuidado.

De manera que el siguiente paso, estuvo encaminado a cuestionar y poner en explorar y cuestionar la idea de si su mamá necesitaba de su ayuda y protección, pues en la medida en que Estela continuara percibiendo a su mamá como una mujer ingenua, era poco probable que la pensara como capaz de salir de una situación de maltrato por sí misma. Vinculado a esto, la paciente detalló la relación de violencia que existió entre su mamá y papá, entonces al estar su mamá involucrada con Alberto, la hizo pensar que puede vivir algo similar, máxime que tiene referencias de que es “mala persona”. Inmediatamente, a partir de la directiva proporcionada por interfón, se le realizaron preguntas para aclarar aspectos en relación a su mapa del mundo en torno a la violencia que ha vivido su mamá, ante esto escuchamos de la paciente que su mamá requirió apoyo y al mismo tiempo recibió presión por parte de sus familiares para salir de la relación en la que vivía.

Del otro lado del espejo, se enfatizó que esto último era su mapa del mundo en relación con el problema, aspecto a trabajar y modificar. De manera que se trabajó con la técnica de reestructuración, sobre la cual comenta Watzlawick (2000, p.132) “cualquier psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso del marco de referencia, del significado y valor que se atribuye a cualquier aspecto de la realidad que, independiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor”.

Conforme transcurrió la sesión, se validó la percepción de Estela en relación con la problemática de violencia vivida por su mamá, en ese momento pudimos observar cómo la paciente mira situaciones riesgosas que su mamá no percibe y esto la hace sentirse preocupada, incluso cree que su mamá tendría un 90% de posibilidad de vivir la misma situación con Alberto. Respecto a esta intervención, se asimila como un “cambio de dirección”, la cual se hace necesaria cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero más tarde se muestra como no productivo, por lo que el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el cliente y no se da cuenta de este fenómeno, entonces el terapeuta comprende que a pesar de sus sugerencias no se está avanzando hacia la solución del problema (Fisch, et al., 1983).



Posteriormente, se cuestionó a Estela sobre qué tanto ha contribuido con sus acciones a disminuir ese elevado porcentaje de riesgo que percibe, y qué tan útil ha sido que proteja y le pida explicaciones a su mamá, ante lo cual respondió con una negativa, de manera que se cuestionó si valdría la pena seguir haciendo lo mismo.

Al final de la sesión se destacaron dos conclusiones fundamentales a las cuales llegó Estela: “parece ser que mi mamá no ha sabido cuidarse ella misma”, “lo que he hecho para ayudarla no ha servido”, y ante esto surgió la pregunta de cómo se reacomodaba su mapa del mundo después de estas conclusiones a las que llegó la paciente.

Además, en esta sesión se usó, como recurso, la metáfora de “la película”, en la que cada quien era protagonista de su propia vida; ella sólo podía contar el guion de su película, algunos de los cuestionamientos que realizamos fueron: “¿Te gustaría ser actriz secundaria en la historia de tu mamá o quieres ser actriz protagónica de tu propia historia?”, estrategia cuyo propósito fue cuestionar, de forma indirecta, el rol que ha asumido la paciente hasta este momento.

En la *séptima sesión* se trabajó con la metáfora de la película y en relación a ello señaló que antes en su película, la protagonista era su mamá, ya que su vida giraba en torno a ella, pero ahora ha decidido ser la protagonista de su propia película y que su mamá sólo es una actriz secundaria, lo cual representaba ocuparse de ella y respetar las decisiones de su mamá aunque no le gustaran.

Un aspecto que destacó en la sesión fue que ante una promesa que hizo su mamá (a las hijas) de que no volvería a relacionarse con Alberto; Estela le propuso a su hermana Elizabeth, hablar con su mamá para que “rompiera la promesa”, con la intención de poner en práctica los aprendizajes y la forma de ser hija: “lo que he pensado y reflexionado en este tiempo”, aspecto que se resaltó, pues esta propuesta evidenció la confianza que posee para ejercitar el “músculo del respeto” que ha habilitado.

Para concluir la sesión, Estela, externó su preocupación ante el cambio que se aproxima, su ingreso a la Universidad y mudarse a vivir con sus tíos, ante lo cual se hizo notar que éste sería uno de los muchos cambios a los que se enfrentaría y también se exploraron las fortalezas con las que contaba para enfrentar situaciones novedosas y de cambio.

Dado el cambio que acontecería, el cambio de domicilio de la paciente al ingresar a la universidad, se convino concluir las sesiones terapéuticas. En relación

al cierre del proceso Fisch, et al. (1983) destacan que en las terapias breves, la terminación no se considera un acontecimiento especial que lleve mucho tiempo, o que requiera una preparación minuciosa, pues el trabajo sustancial ya se ha realizado en las sesiones, de manera que se acordó que la siguiente sesión fuera la última.

En la última sesión, llevamos a cabo una recopilación de lo trabajado en las sesiones pero sobre todo nos detuvimos a conversar respecto a la percepción de Estela sobre el proceso.

En esta sesión, una buena parte de tiempo lo dedicamos a resaltar que es mérito de ella su bienestar y alivio, ya que ella fue quien reflexionó y puso en práctica nuevos comportamientos y actitudes para solucionar su problema, esta intervención tuvo como propósito que la paciente pudiera identificar sus recursos y sus propios logros durante este periodo, tratando de modificar su percepción de que fue el tratamiento o las terapeutas quienes solucionaron el problema (Fisch et al., 1983).

En esta sesión, la reflexión que destacó la paciente fue que pese a que no entienda y no acepte lo que hace su mamá, su posición hacia ella es de respeto, enfatizando que su mamá es responsable de su propia película, retomando la metáfora que se había empleado en sesiones anteriores.

#### ▪ **Reflexiones del caso**

Haber sido supervisada como terapeuta, bajo este enfoque fue una experiencia útil porque me dio la oportunidad de vivir el modelo, pero sobre todo porque tuve la posibilidad de incorporar aprendizajes que de otra manera tal vez no hubiera adquirido.

Al ser supervisada en este caso, pude saber que por momentos dejaba de atender a la paciente para atender mis ideas y mis teorías, también era frecuente que buscara que la paciente se adecuara a mis hipótesis, dejando de escucharla y restringiendo mi entendimiento, pero fue en el trabajo con Estela que comencé a aprender a “escuchar” y a ser cuidadosa en lo que entendía y lo que decía.

Por otro lado, en lo que respecta a la relación terapéutica, al inicio del proceso, cuando interpreté que el deseo de Estela era que su mamá cambiara, llegué a pensarla como una joven egoísta, que en su posición de hija le estaba negando a su madre la posibilidad de disfrute de otros vínculos y a partir de esta

apreciación también llegué a subestimar su motivación para ir a terapia, lo que pudo haber tenido como efecto distancia en la relación terapeuta paciente, pues llegué a pensar en esa sesión que no volvería si no se cumplía su demanda.

Sin embargo para la segunda sesión y conforme transcurrieron el resto de las sesiones, supe que los sentimientos de enojo y preocupación que experimentaba Estela, estaban motivados por el amor y el apego hacia su madre y cuando entendí esto, mi percepción se modificó y llegué a mirarla como a una chica amorosa y cuidadosa, pudiendo relacionarme de una manera más empática y comprensiva con ella. Pero, al estar al cuidado de su mamá, estaba ocupando un lugar que no le correspondía y no le permitía ocuparse de su propia vida.

### **Caso clínico B: “el conflicto por ser mamá”**

- **Datos generales**

---

Nombre de la paciente: Esther Ortega

---

Terapeutas: Selene Flores Pacheco y Lizet Artemiza Virgen Arias

---

Equipo terapéutico: Ana Laura Romero, Aurora Quiroz, Eugenia Zamora, Yolanda Huerta, Omar Alonso y Oswaldo Herrera.

---

Terapeuta supervisora: Dra. Noemí Díaz Marroquín

---

Modelo de intervención: Modelo Integrativo

---

Número de sesiones: 17 sesiones

---

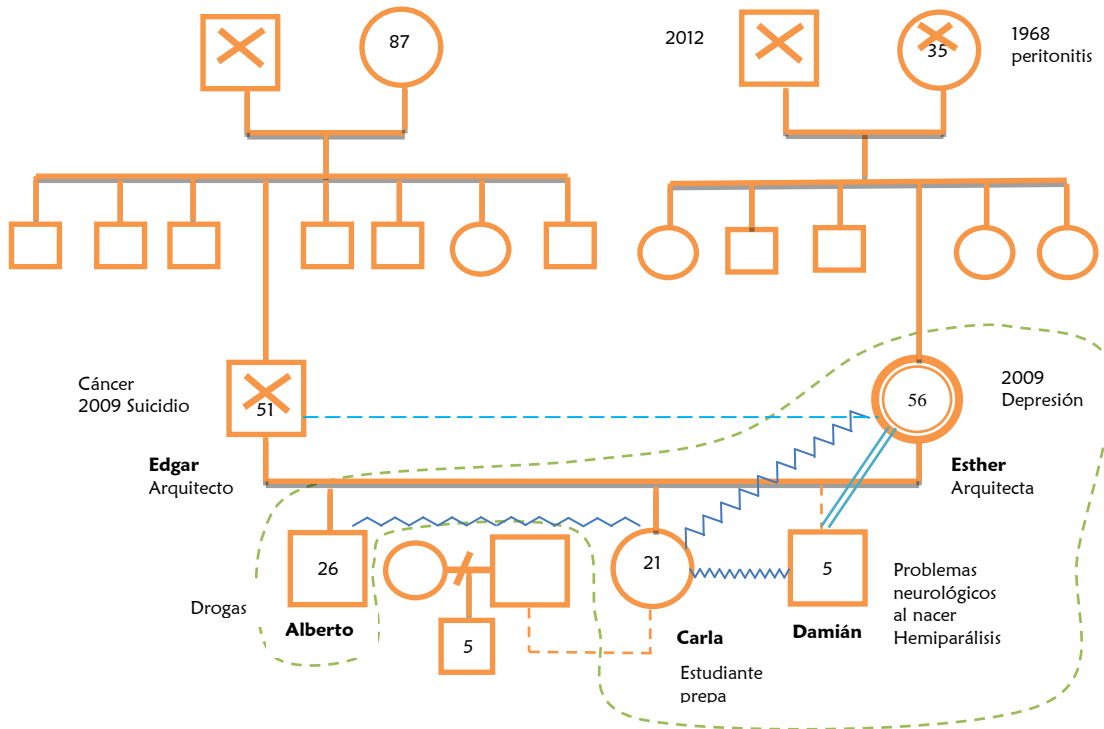
Lugar: Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro

---

- **Resumen**

Se atendió en un centro comunitario a una paciente de 56 años, quien en pocas sesiones fue acompañada por su hijo adoptivo Damián. Se reportan diecisiete sesiones, las cuales son analizadas desde el modelo de Milán. El principal motivo de consulta se asoció a la preocupación y confusión de Esther respecto a revelar el secreto de la adopción a Damián y los efectos que traería consigo la determinación de decirlo. A lo largo del proceso terapéutico también se trabajó la relación con su hija Carla y el suicidio de su esposo, ocurrido 4 años antes. La evaluación del proceso está en función del reporte de la paciente, quien aseguró que pese a que siguen existiendo conflictos con su hija, tiene una sensación de bienestar y tranquilidad con lo cual se siente más fortalecida.

### ■ Genograma



### ■ Motivo de consulta

Esther acudió al Centro Comunitario Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, a solicitar atención psicológica, principalmente, ante la preocupación y confusión que experimentaba respecto a revelar a Damián el secreto de su adopción, puesto que el niño es hijo biológico de Carla y ésta es quien quería decirlo al pequeño. Al mismo tiempo, Esther expresaba angustia respecto a los efectos que traería consigo la determinación de decirlo o no.

En las sesiones iniciales, Esther comentó que los otros aspectos que la motivaron a solicitar apoyo en el centro comunitario, era la conflictiva con su hija y la elaboración del duelo ante el suicidio de su esposo.

### ■ Modelo de intervención

El modelo de intervención que fue empleado para atender este caso, fue un modelo integrativo, esta forma de atención contempla técnicas e intervenciones extraídas de diferentes modelos terapéuticos sistémicos.

Para entender esta forma de atención, encuentro necesario precisar el contexto en el que se desarrolló el proceso terapéutico, a decir, el centro en el que se atendió el caso, es un centro de atención comunitaria y una de las características de los usuarios que hacen uso de este servicio, es que por lo regularmente asisten pocas sesiones, lo cual puede ser atribuible a diversas causas, entre ellas a la insuficiencia de recursos económicos así como a las expectativas que tienen del servicio, es decir, dentro del espectro de las personas sólo se contempla la asistencia al centro por poco tiempo, para recibir la orientación necesaria para solucionar un problema específico.

Entonces, al intervenir bajo la lógica de un modelo integrativo, se trabaja contemplando las siguientes fases: recibir a la familia, pareja o paciente individual, explorar la problemática, identificar los objetivos a trabajar, conceptualización del caso a nivel teórico con el equipo de trabajo y una vez que se plantean las metas del tratamiento, se hace uso de las diferentes herramientas extraídas de diversos modelos de intervención, lo que nos permite a los alumnos en formación poner en práctica los diferentes recursos aprendidos a lo largo de la maestría.

En lo que respecta al análisis teórico del caso que presento en este apartado, dada la diversidad y riqueza de elementos que contiene la viñeta en estudio y bajo una perspectiva de un contexto diferente, es decir en un contexto no terapéutico sino más bien en un contexto teórico, el análisis del caso lo presentaré desde perspectiva de Milán.

He de puntualizar que los principios medulares para desarrollo de la teoría de la escuela de Milán inicialmente fueron: *Hipótesis, Circularidad y Neutralidad*.

Además, esta perspectiva tiene como principal postulado que las familias con un miembro que presenta alguna patología, se encuentran atrapadas en patrones de interacción rígidos y recursivos, cuya piedra angular de este postulado es el <<juego familiar>> concepto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar en una perspectiva trigeracional (Ochoa de Alda, 1995), contemplando las nociones de *estancamiento, embrollo, instigación, carencia, trauma, minimización e idealización*.

#### ▪ **Análisis del caso**

Acudió a sesión la señora Esther en compañía del pequeño Damián. Al explorar respecto el motivo de consulta, Esther únicamente refirió: “la problemática

familiar es muy complicada, ha habido muchos conflictos”. Especificó que era viuda desde hace 3 años y que su problema era básicamente con los hijos.

Dado que Esther no podía hablar por la presencia de Damián en el consultorio, se acordó con la supervisora que, mientras tanto, un miembro del equipo terapéutico cuidara a Damián.

Cuando Esther se encontró sola en la sesión, comentó: “Damián no es hijo mío, sino hijo de mi hija Carla”, quien se embarazó a los 15 años. En esta sesión, al hablar de su hija, expresó que durante su adolescencia fue una chica muy rebelde, acudía constantemente a fiestas y tenía varias parejas sexuales. La describía como manipuladora, gritona y agresiva.

Comentó que para el momento en que acudió a terapia, la relación era complicada, y puntualizó que a partir de que Carla comenzó a asistir a un grupo religioso de nombre “Mujeres de verdad”, cinco meses antes, a Carla le surgió la inquietud de revelar a Damián que ella es su mamá.

Sin embargo, Esther no está de acuerdo con esta revelación, “no le parece justo”, ya que ella ha sido quien ha cuidado de Damián, lo ha llevado a rehabilitación y lo ha atendido de las diferentes formas en que él lo ha requerido, “he dejado mi vida por él”. De manera, que ante esta situación, Esther buscó apoyo psicológico para despejar sus dudas acerca de si es correcto revelar el secreto a Damián, como pretende hacerlo su hija.

En esa misma sesión, Esther habló del suicidio de su esposo, la inmediata depresión en la que ella cayó después del evento, así como de la mala relación que impera entre sus hijos. Considera que existe odio entre Alberto y Carla desde que ésta última se embarazó: “Alberto dice que es una loquita, no la baja de prostituta”. Por su parte, Carla acusa a su hermano de que consume mariguana y de que estuvo en la cárcel por un asunto de drogas.

Para concluir la entrevista inicial, debido a las múltiples problemáticas que había expuesto la paciente en la sesión, consideramos que era conveniente jerarquizar para tomar una dirección en terapia, ante lo cual Esther comentó que prefería abordar la situación de Damián.

Esta forma de conducirnos en la primera sesión, la retomamos de las terapias breves en donde es necesario acordar con la paciente el rumbo que ha de tomar la terapia, lo que se encuentra en consonancia con los objetivos que se pactan en las primeras sesiones.

Junto con el equipo y supervisora, consideramos una tarea de reflexión para concluir la sesión, y fue así que para cerrar la sesión se le solicitó a Esther que reflexionara sobre las ventajas y desventajas de hacer la revelación de la adopción a Damián.

En la post-sesión se señaló la necesidad de continuar explorando con Esther los temores asociados a la revelación del secreto familiar. Y también se mencionó la necesidad de enfatizar la diferencia entre madre biológica y madre de crianza.

En la segunda sesión Esther comentó que su hermano, quien estaba de visita en su casa, le ha dicho que la responsabilidad del cuidado de Damián es de Carla. Pero Esther considera que Carla es una persona obsesiva, se enoja y no es responsable con el niño y por tanto no ve compromiso en ella, por el contrario piensa que sólo utiliza al niño como excusa para faltar a la escuela.

Dada la problemática que presentaba Esther, decidimos indagar sobre los antecedentes del problema, por lo que preguntamos a Esther cómo fue que ella y su marido tomaron la decisión de hacerse cargo de Damián. En relación a nuestras preguntas, Esther relató que cuando Carla tenía 15 años, estaba muy rebelde, salía con muchos chicos y se embarazó, pero fue hasta después de 6 meses que Esther se dio cuenta del embarazo de su hija. Señaló que tanto Alberto como Edgar le insistieron a Carla para que dijera quién era el padre, pero nunca accedió a decirlo y ante el enojo que Esther vio en su hija cuando la cuestionaron, pidió que la dejaran tranquila. Cuando nació el niño, los médicos informaron que había tenido un infarto cerebral durante el embarazo, lo que provocó hemiparálisis en éste.

Según palabras de Esther, cuando nació el pequeño, Carla dijo que no lo quería y fue Edgar fue quien decidió que la pareja lo registrara como hijo propio, argumentando que así el niño tendría posibilidad de atención médica, de manera que desde el nacimiento del niño, Carla ha fungido únicamente como hermana.

Al retomar la tarea que se había planteado la sesión anterior, Esther destacó que no encuentra ventajas ante la revelación del secreto de la adopción, ya que aunque lo hagan, Carla no se haría cargo del niño. Por otro lado, piensa que la ventaja de no comentarlo es que todo continuaría como hasta ahora, es decir, Damián estaría bien cuidado, aunque esto representa que ella dejara su vida de lado para continuar cuidando al niño.

En ese momento la intervención de la supervisora estuvo orientada a aclarar la diferencia entre el cuidado del niño y la revelación de la maternidad de Carla,

pues nos daba la impresión de que la idea de Esther era que cuando se hablara de la adopción en automático los cuidados tendrían que atribuirse a Carla como madre y se olvidaría la labor y el papel que ella ha tenido hasta ahora, de manera que en este momento se resaltó y validó la responsabilidad y el cuidado amoroso que Esther ha tenido con Damián durante estos años.

Al explorar sus temores alrededor de la revelación, Esther mencionó que se sentía muy confundida al pensar que podía hacer algo que lastimara al niño, una de estas ideas que estaban presentes era “que sufra un impacto al pensar que su mamá no lo quiso y que esto tenga consecuencias en el futuro comportamiento del niño”, lo cual nos parecía que estaba asociado a la percepción de Esther de que el niño podría incurrir en conductas de riesgo en el futuro, puesto que en ocasiones el niño decía que iba a fumar y tomar alcohol.

Asimismo, Esther destacó que teme que Carla revele la información al niño de forma impulsiva, como una forma de agresión hacia ella. Por lo que comentamos con Esther que, más allá de “cuándo” revelar el secreto, lo más importante es el “cómo” hacerlo, y por lo tanto es conveniente decirlo en un ambiente cuidado y no de una manera abrupta.

En la Post-sesión se señaló la importancia de que el secreto no sea revelado como un acto de “revancha” de Carla hacia Esther.

En las dos sesiones siguientes Esther externó, con enojo, el poco interés y compromiso que muestra Carla respecto al cuidado de Damián, así como la molestia que Esther ve en Carla cuando le pide que se haga cargo de Damián, lo que suscita frecuentes discusiones entre ellas.

También, comentó que cuando se desatan riñas, éstas son caracterizadas por gritos y permanentes reclamos en los que Carla le reprocha a Esther que nunca la escucha, no le pone atención y no tiene tiempo para ella; “toda la vida es una discusión”, enfatizando que esta dinámica le genera mucha tensión a Damián, lo que a su percepción explica el mal comportamiento del niño.

Al indagar respecto a la relación madre-hija, Esther señaló que desde que Carla era muy pequeña demandaba mucha atención por parte de los padres. Esther se explica que el comportamiento de Carla tiene un “origen orgánico”, pues a los tres años se cayó de un tapanco y se golpeó la zona frontal de la cabeza, parte que Esther asocia a “los sentimientos”. Aunque posteriormente supieron que no tuvo ninguna repercusión a nivel funcional, para Esther este suceso es lo que explica la exacerbación del comportamiento irascible de Carla, incluso las



conductas que tuvo durante la adolescencia como la falta de interés en la escuela y la “promiscuidad”.

Durante la post-sesión se comentó que un posible punto de conflicto es que no está claro el papel de Carla, pues no es mamá ni tampoco hermana, lo que genera una incongruencia respecto a los roles dentro de la familia, ya que Esther siente que Carla no tiene derechos respecto a Damián, pero sí tiene responsabilidades.

Respecto a la revelación del secreto de la adopción, Esther destacó durante la sesión que ya había comenzado a transmitir el mensaje a Damián a través de diferentes recursos como la analogía con caricaturas y la religión, de manera que se planteó en el equipo que el secreto estaba perdiendo fuerza porque Esther ya le estaba comunicando al niño de forma amorosa qué era la adopción, pero Esther aún tenía temor y se preguntaba cuáles serían las consecuencias que se pudieran derivar.

En la quinta sesión Esther comentó, muy alarmada, que el mal comportamiento de Damián se había agravado y generalizado a la escuela, no obedecía indicaciones, insultaba a sus compañeros y maestra, y desperdiciaba la comida. En relación al comportamiento que manifestaba Damián, es posible explicarlo desde lo propuesto por Cirillo y Di Blasio (1989) quienes plantean que esta conducta puede ser un reflejo de la irritabilidad y ansiedad que experimentaba ante el maltrato, efecto del conflicto entre Esther y Carla.

Asimismo, Esther refirió con agobio que Carla considera la posibilidad de mudarse con su pareja y llevarse consigo a Damián, aspecto que a Esther le causaba mucha indecisión e inseguridad, porque sentía que no podía confiar en la responsabilidad que asume Carla con el niño.

Ante esta situación Esther manifestó su postura ante las dos posibilidades, asumir el cuidado del niño o que lo hiciera Carla, lo que nos hizo pensar en la ambivalencia que vivía respecto al cuidado de Damián, pues sus argumentos eran que no podía dejarlo ir porque necesitaba de muchos cuidados para que su calidad de vida fuera mejor en el futuro, pero al mismo tiempo, sentía enojo porque la responsabilidad de Damián no debería de asumirla ella, porque no le correspondía.

En ese momento la supervisora resaltó la preocupación que siente Esther porque no cree en la responsabilidad de Carla y la ambivalencia ante el dilema en el que se encuentra, hacerse cargo de Damián sin que Carla se involucre aunque el

agotamiento sea grande o por el contrario dejar que Carla se haga responsable completamente del niño, con el riesgo de que no lo cumpla.

Ante esta ambivalencia desde lo propuesto por el modelo de Milán, es posible que un factor que estuviera presente es que, tal vez Damián, el nieto, estuviera representando para Esther una segunda oportunidad para realizarse como madre, ya que es posible que viva como fracaso la primera vez, es decir con sus dos hijos (Cirillo & Di Blasio, 1989) por ello le es difícil poder concebir alejarse del niño.

Al final de la sesión, le transmitimos a la paciente que tan válido es decir que se encuentra agotada y lo que quiere es ser abuela, o bien, que quiere hacerse cargo de los cuidados del niño completamente, y tan válidos son los derechos de Damián como los de ella.

En la post-sesión se enfatizó el dilema en el que se encontraba Esther, que también se podría relacionar con su periodo de vida; asimismo, integrantes del equipo expresaron que probablemente nuestra dificultad para poder identificar este dilema que enfrenta Esther se asocia a nuestra corta edad.

En la sexta sesión, después de un periodo en el que se suspendieron las sesiones por vacaciones Damián estuvo presente.

En esta sesión Esther mencionó que las cosas iban “más o menos”, habló de la poca participación de sus hijos en las responsabilidades del hogar. Derivado de la conversación le preguntamos acerca de las expectativas que tenía de sus hijos, a lo que respondió que quisiera verlos independientes, pero contradictoriamente lo que se encontraba haciendo en esos momentos era dividir la casa para que ellos continuaran viviendo ahí. Ante esto, el equipo terapéutico señaló que, por un lado, dice que quiere que se vayan sus hijos y sean independientes, y por otro lado, los retiene, pues aunque ha modificado físicamente la casa para estar separados, se encuentran en el mismo terreno, lo que representaba ambivalencia en lo que respecta a los hijos. De manera que en ese momento se planteó la metáfora de unas cuerdas con las que jalaba a sus hijos, al trabajo, a Damián, originándole un gran esfuerzo al tener que sujetarlas, lo cual tuvo sentido para ella asegurando que pese a que sea un esfuerzo grande y ya se encuentre cansada, le es difícil soltar alguna cuerda.

En esta sesión por primera ocasión Esther destacó que se sentía muy cansada y que había tomado vitaminas. En ese relato, algo que nos llamó la atención tanto a nosotras como al equipo terapéutico fue un comentario que Damián ha hecho

a Esther, no quiere que se muera, ante lo cual planteamos la hipótesis de una enfermedad grave, idea que más tarde retomaríamos en el proceso.

Ya finalizada la sesión, en un comentario espontáneo Damián expresó que tenía dos mamás, su mamá Esther y su mamá Carla.

Con este punto fue con el que iniciamos la siguiente sesión, estando presente Damián. Al comentarle a Esther, la expresión que había hecho el pequeño la sesión anterior, ésta confirmó que había revelado a Damián el secreto, lo cual le había quitado un gran peso de encima y la hacía sentirse liberada.

También Esther nos comentó que por influencia de la pareja de Carla, la joven se había hecho responsable de Damián en mayor proporción, pese a que Esther se encontraba desesperanzada respecto al papel de Carla como cuidadora, aceptó que este cambio representaba menor presión para ella.

Sin embargo, pese a los cambios favorables que nos estaba comentando en ese momento, su expresión nos transmitía una acentuada tristeza y pese a que se lo externamos, ella decía sentirse “bien” pero su lenguaje no verbal evidenciaba lo contrario.

En esta sesión Esther nuevamente expresó su preocupación por dejar a Damián al cuidado de alguien responsable cuando ella falte. Ante el cuestionamiento de si padecía alguna enfermedad o tenía un miedo particular, sólo contestó “uno nunca sabe qué es lo que pueda pasar”.

Ante esta respuesta, la supervisora también externó abiertamente su preocupación por su decaimiento, ante lo cual Esther, con llanto, señaló que su tristeza se debía a que su papá se encontraba muy enfermo, que se estaba “consumiendo”, lo que le causaba mucho dolor. Esto aunado a que experimentaba cansancio tanto físico como emocional por problemas con su familia de origen, respecto a quien se tendría que hacer cargo de los cuidados de su padre.

En este momento se validó su dolor y se reconoció su fortaleza, pero al mismo tiempo se evidenció la necesidad de que contara con un espacio para hablar de este dolor, ya que la mayor parte de lo abordado en las sesiones había sido para el cuidado de los demás y para ese momento era necesario cuidar de sí misma. Durante la intervención la supervisora hizo partícipe a Damián lo que dio oportunidad a que el niño supiera la razón de la profunda tristeza que estaba experimentando su “mamá Esther”.

En la post-sesión se enfatizó que probablemente la apertura que tuvo Esther con la supervisora respecto al dolor que estaba viviendo, tuvo que ver con la similitud en edad, a diferencia de nosotras coterapeutas quienes somos jóvenes, pero sobre todo puede ser que el aspecto que más efecto haya tenido es que representamos a las personas de quienes ha recibido poco apoyo, nulo entendimiento y poca cercanía y por tanto este elemento tiene relevancia en lo que respecta al establecimiento del vínculo terapéutico.

En la sesión ocho, Esther llegó con otra preocupación, la mandaron llamar de la escuela del niño para condicionar su estancia. Si no llevaba a Damián a terapia, no lo aceptarían más. Cabe señalar que había comenzado el periodo escolar y el niño había ingresado a una nueva escuela, pues la idea de Esther era ahorrarse las explicaciones a las mamás de los compañeritos de Damián una vez que se revelara que Carla era la mamá del niño. Pero ante el comportamiento que exhibió el Damián en clases, Esther decidió sacarlo de esa escuela y regresarlo a la anterior.

Señaló que aunque Carla la acompañó a la escuela para sacar a Damián, fue Esther quien habló con las maestras y al salir de la escuela hubo un enfrentamiento entre Damián y Carla "era como si hubiera estado con dos niños". Ante esto Esther continuaba con la idea de que Carla no es responsable (idea que fue reiterativa durante la sesión) para hacerse cargo de Damián. Y fue en la discusión que acompañó esta escena en la cual Carla le reclamó que mal educa al niño y no le pone límites.

La intervención para el final de la sesión fue poner en evidencia la descalificación que existe entre ellas, cómo Carla descalifica las acciones de Esther en el rol de madre de Damián, y a su vez Esther también descalifica a su hija asegurando que no muestra responsabilidad ni habilidades para hacerse cargo del niño, poniendo al descubierto que *se estaban peleando por ver quién era la peor mamá*.

Esta intervención tuvo el propósito de evidenciar el conflicto entre ambas "madres"; visto desde un punto de vista de la escuela de Milán, es posible que con estas descalificaciones, Carla le estuviera recriminando el descuido que tuvo hacia ella cuando era pequeña (Cirillo & Di Blasio, 1989).

En el caso de Esther en su deseo de ser una buena madre procura cuidados a Damián, pero trata de alejar a Carla del lazo que se ha creado con él, porque puede ser que Carla encarne su propio fracaso como madre y es posible que por ello la descalifique, prefiriendo que se vaya y se aleje del vínculo de amor que se ha creado entre ella y su nieto (Cirillo & Di Blasio, 1989).

En la sesión nueve, Esther comentó que había fallecido su papá una semana previa a la sesión. Para el momento en el que la atendimos, señaló que se sentía tranquila porque había estado con él y le brindó las atenciones y el cariño que necesitó, pero también reflejaba tristeza ante la pérdida.

Para finalizar esa sesión, la supervisora planteó que con la muerte de su papá se habían removido recuerdos y sentimientos respecto a la muerte de su mamá, el suicidio de su esposo y respecto a su propia muerte.

Para valorar el momento del proceso, preguntamos a Esther si consideraba que su demanda inicial, la revelación del secreto a Damián se había satisfecho. Y de ser así cuál era el tema con el que deseaba continuar de los que quedaban pendientes.

En esta retroalimentación Esther mencionó que le había servido mucho asistir a terapia, principalmente, por la posibilidad hablar sin sentirse juzgada y que tampoco se hubiera juzgado a su hija Carla.

En esta sesión Esther destacó que otro tema pendiente era el suicidio de su esposo, afirmando que con ese suceso, muchas cosas decidió dejarlas “enterradas”; de esta manera se exploró respecto a la enfermedad de su esposo, el suicidio y la relación que Edgar tenía con Carla.

En ese momento, con apoyo de la supervisora, le preguntamos a Esther si uno de los secretos que ha enterrado pero que al mismo tiempo le causan confusión es quién podría ser el padre de Damián, a lo cual contestó con una afirmación, pero destacó que ante las preguntas y dudas que le hizo a Carla, ella “se volvió una tumba”.

Al hablar de la confusión y las dudas, Esther comentó que llegó a pensar en la posibilidad de que Edgar, su esposo, pudiera ser el papá de Damián, y aunque Carla lo negó, Esther aún tiene la duda. Se le preguntó si le interesaba conocer más acerca de este último aspecto (incluso se habló de la posibilidad de hacer una prueba de ADN) y, aunque mostró interés, sobre todo mostró temor al no saber qué haría al momento de enterarse de algo que no quiere saber.

Durante la post-sesión, la supervisora destacó la necesidad de aprovechar la apertura mostrada por Esther para hablar del suicidio de su esposo, con lo cual comenzaríamos a obtener información para confirmar o desechar la hipótesis del posible incesto.

Para la sesión once, Esther afirmó que había estado más tranquila, y la relación con Carla transcurría, en apariencia serena. Sin embargo, posteriormente comenzó a quejarse nuevamente de su hija, aseguraba que no se hacía cargo completamente de Damián, que el niño aún tenía problemas en su escuela y la mandaban llamar por su mal comportamiento, y mientras Carla seguía tratando bruscamente a Damián.

Durante la sesión, al hablar de la relación entre Carla y Damián, la paciente mencionó que según su apreciación, consideraba que Carla se encontró deprimida durante su embarazo, aislada, tal vez por la culpa que sentía por haberse embarazado a una edad muy temprana, o por haber “perdido años” en su “vida disipada”. En esta ocasión, según su apreciación, comentó que Carla ha tenido siempre una necesidad de cariño y de reconocimiento.

En esta ocasión, se exploró la relación de Carla con su padre, para descartar la hipótesis de incesto y de que el padre de Damián fuera Edgar. Al respecto, Esther mencionó que Carla tenía cercanía con su padre, sin embargo, antes del suicidio de Edgar, él y Carla se distanciaron, pero desconoce qué fue lo que sucedió.

Pese a que no tuvimos información para corroborar la hipótesis, a la luz de lo propuesto por Cirillo et al. (1996), es posible pensar que ante la lejanía afectiva de parte de la madre durante la adolescencia de la joven, en ese momento Carla pudo haber experimentado carencias que la llevaron a construir la fantasía de un reflejo ideal con el padre, quien posiblemente pudo llegar a responder con un vínculo seductor a su hija.

Sobre el comportamiento de su esposo, Esther mencionó que tenía delirios de persecución y llegó a ser agresivo verbalmente con ella, por lo que estos comportamientos ella los atribuyó a su salud mental, ya que Esther tiene la creencia de que su esposo tenía un trastorno bipolar, pero nunca tuvieron atención especializada para tener un diagnóstico o tratamiento.

La siguiente sesión la tuvimos en enero, después del periodo vacacional, en esta sesión Esther comentó que el mes previo, había llevado a Damián al hospital para aplicación de vacunas y realización de exámenes generales, que incluyeron evaluaciones psicológicas, a partir de las cuales le diagnosticaron de nueva cuenta TDAH y le prescribieron medicamento. Al respecto Esther y Carla perciben la situación de forma diferente, mientras que la primera considera que antes que beneficiarle el medicamento, le perjudicaría; la segunda, según lo señalado por Esther “lo toma por el lado práctico” y piensa que si le va a ayudar, debe

tomarlo; lo que revelaba posiciones distantes y encontradas, finalmente el niño no tomó el medicamento por determinación de Esther.

Durante esta sesión Esther comentó su deseo de que el niño asistiera a una escuela de turno completo, sin embargo pronto desistió de esta idea porque creía que esta dinámica iba a incrementar su sentimiento de abandono. Con respecto a esta idea de abandono hacia Damián, se exploró a qué se refería, ante lo cual reiteró que a Carla le estorbaba el niño, que quería hacer su vida, y detalló que Carla se quedaba con su novio y que sólo dos veces a la semana pasaba tiempo con Damián para llevarlo al parque, de manera que la mayor parte del tiempo Damián permanecía con Esther.

Asociado a esta conversación, Esther señaló que había tomado la decisión de renunciar al tiempo extra que tenía en su trabajo, para tener libres los fines de semana y dedicarlos por completo a Damián, ya que aseguró que no percibía algún avance o diferencia en la relación entre Carla y Damián, pues Damián sólo acusaba a Carla por malos tratos y no veía a Carla con interés por estar con el niño.

En este punto de la sesión, Esther mencionó otra preocupación, había tenido discusiones con Alberto, ya que no asume responsabilidades en casa y además le exigía la comida. En ese momento, con llanto, dijo que sentía mucho miedo, que su hijo por sus 25 años recién cumplidos ya no tendría el ingreso de la pensión por orfandad y que no estaba trabajando. Se sentía temerosa de que nuevamente se involucrara en actividades delictivas, como ocurrió cuando descubrieron que vendía mariguana, por lo que sentía que no le podía negar nada a su hijo por el temor a cómo pudiera actuar él.

Al hablar de las actividades en las que se puedan poner en riesgo Alberto y Carla, Esther comentó que el año pasado Carla y su novio le pidieron prestado el carro a Esther, y poco tiempo después llegaron a su casa unos agentes para decirle que su carro estaba involucrado en un asalto, lo cual no se comprobó; sin embargo, esta situación la lleva a vivir con miedo, máxime cuando piensa en que por amor, Carla vaya a estar involucrada en actividades delictivas, de que alguien entre a su casa a matarla o de que pueda ser víctima de robo.

Para el final de la sesión, dado el contexto en el que se encuentra, se indagó qué cosas concretas podía hacer para mantenerse lo más segura posible; comentó que pondría vallas a su casa y que cerraría con llave para restringir el acceso a sus hijos; se indagó a quién podría recurrir en caso de emergencia, comentó que a una hermana y que con ella podría dejar documentos de valor. Asimismo, se

vinculó con la metáfora anteriormente citada de que estaba jalando muchas cuerdas, y que había comenzado a poner límites físicos y que requería seguir haciéndolo en otros aspectos para favorecer su propia seguridad y la de Daniel.

Al inicio de la siguiente sesión se retomó lo que respecta a su seguridad, ya que Esther comentaba que tiene miedo de que el novio de su hija esté involucrado en delitos, al hablar de esto, Esther destacó que no cree que Carla pudiera cometer un robo por voluntad propia, pero si lo cree posible cuanto piensa en la necesidad de afecto que posee su hija, por lo que consideraba que pudiera ser víctima de robo.

Más tarde, se trabajó con la idea de que Carla tiene necesidad de afecto, destacando que la cercanía y la comunicación que estaba emergiendo entre ellas funge como un factor de protección ante conductas de riesgo, sin embargo lo minimizaba asegurando que las pláticas y acercamientos han sido pocos y breves.

Otro aspecto que se habló en la sesión, fue la culpa que le generaba no lograr que sus hijos fueran responsables, al hablar de la culpa y el miedo, Esther resaltó el miedo latente de que sus hijos puedan atentar contra su propia vida como lo hizo su marido, pues le atemoriza pensar que en un arranque de enojo puedan suicidarse, de manera que explicó que por miedo a que sus hijos hagan algo, ella se ha mostrado condescendiente con ellos.

En la sesión quince, Esther reiteró que dejaría el trabajo extra en la Universidad, que había tomado cuando murió su esposo. Ante la idea de que Esther tenía muchas ocupaciones y se encontraba cansada, se exploró con ella si alguien más podría hacerse cargo de apoyarla en llevar a Damián a algunas sesiones de los múltiples tratamientos a los que asiste, para que así pudiera sentirse más tranquila y descansada, con este mismo objetivo se habló de la posibilidad de que tomara antidepresivos nuevamente.

También mencionó que le preocupa mucho que Carla termine con su novio y que se viniera abajo, ya que considera que todas las expectativas de la joven están depositadas en su relación de pareja. Al continuar conversando, Esther enfatizó de nueva cuenta que teme que el suicidio sea un aprendizaje que Carla tome de su padre, pues considera que ella se parece a la manera de ser de Edgar, además de que en alguna discusión Carla mencionó esa posibilidad.

Al escuchar estas preocupaciones, junto con la supervisora, le reflejamos que permanentemente se agobia en demasía por el futuro, lo cual dio pie a la



revelación de una creencia por parte de Esther: “el permanente temor de que pase una desgracia”.

Fue así que, junto con Esther pudimos identificar que cuando partió Edgar, éste dejó una “herencia de muerte” a Esther y esta herencia la acompañaba y no le permitía vivir algo agradable, ya que permanentemente pensaba que la vida le cobraría esto con una desgracia.

Dada esta revelación, para la siguiente sesión se planeó la prescripción de un ritual. El ritual que fue prescrito a la paciente, tuvo como propósito adquirir una experiencia diferente respecto al suicidio de Edgar, principalmente, pero también respecto a su conyugalidad.

De acuerdo con Selvini (1990) los rituales privilegian lo no verbal, dando posibilidad al cambio y a una redefinición de la relación entre la paciente y el suceso que no se basa en palabras.

Al inicio de la sesión dieciséis Esther nos comentó que la siguiente semana era la fecha en la que Edgar cumpliría cuatro años de haberse suicidado.

Detalló que cuando su esposo se suicidó, ella tenía mucho enojo y odio hacia él, por haber tomado esa determinación, no podía concebir que optara por ese camino pues piensa que era un hombre inteligente, brillante, que tomaba decisiones prácticas y tenía solución ante los problemas, de manera que tomar ese camino la llevó a tener la impresión de que era un hombre cobarde, irresponsable y egoísta.

También destacó que en estos cuatro años no había podido llorar la pérdida, y especificó, “no a él”, si no llorar su dolor, y fue en las sesiones en donde pudo contactar con ese sentimiento tan lastimoso. Al hablar de la muerte y el dolor, comentó que cuando murió su padre pese al dolor que sintió, pudo estar en paz con él y estar tranquila, pero con Edgar fue diferente, incluso acentuó, tuvo la sensación de que vivió con una persona extraña porque fue descubriendo “cosas”, que ella llama una “vida secreta” lo cual le causó incertidumbre y confusión que la llevó a buscar, pero llegó un momento en el que decidió que ya no quería averiguar más porque era más doloroso.

Para el final de la sesión Esther comentó que el fin de semana previo había concluido con las actividades laborales que asumió en lugar de su esposo, expresando que eso “ya lo había enterrado”, ante esta metáfora, le preguntamos si creía que ya era hora de enterrar a Edgar y qué otras cosas tendría que enterrar junto con él, para que pudiera ver la vida sin esa sombra de la “herencia de

muerte” que le dejó Edgar, ante esto, Esther destacó que creía que ya era el momento, por lo que se prescribió el ritual que ya se había contemplado, éste consistió en que escribiera dos cartas “una oscura y otra luminosa”, en la carta oscura tendría que escribir todo lo feo que le dejó Edgar, que le causaba daño y que no le permitía ver lo bueno de la vida, una vez que la escribiera, la rompería, y junto con una cuerda, la enterraría en el lugar donde Edgar se suicidó; y escribiría otra carta en la que plasmaría la parte luminosa y amorosa que le dejó Edgar, esta carta la guardaría, y además como símbolo de lo bueno sembraría una planta la cual ella cuidaría y procuraría.

En la post-sesión se habló de la utilidad de este pasaje en el proceso terapéutico, pues como hipótesis se planteó que al momento en el que Esther pudiera enterrar esa “herencia de muerte” eso haría que la penumbra y las tinieblas se despejaran y le permitieran ver lo bueno que ocurría en su vida sin el temor de que algo malo fuera a ocurrir, pues estar pensando en la catástrofe y en la muerte la desgastaba y le quitaba energía y vitalidad.

El objetivo de la sesión diecisiete estuvo pensado para trabajar con la paciente lo que sucedió en el ritual y lo que significó para ella.

Al comienzo de la sesión Esther comentó que había hecho el ritual, puntualizó que escribió una carta muy extensa en la que le escribió a Edgar todo lo que odiaba de él, como la forma en que se “jactaba de lo que hacía y sus secretos”, ya que esto representaba para ella una falta de compromiso y de cariño, porque ella era transparente y esperaba que él correspondiera de la misma manera.

Otra cosa que odió de él fue la forma en que se fue, “odié que se suicidara... no se vale”, pues esto fue una agresión muy grande para la familia y para ella. De manera que enterró todo ese odio así como el miedo con el que vivía desde su muerte, pues señaló que fue un miedo muy grande tener que enfrentar la vida sin su compañía, pues dependía completamente de él, y al preguntarse qué iba a hacer, cómo tomar decisiones con la ausencia de Edgar, se atemorizaba.

De manera que, con el ritual pudo decirle “adiós” a Edgar e incluso destacó que enterró esas imágenes que llegaban como flash de gente colgada, así como los ruidos y sensaciones extrañas que la invadían en su casa; pero consideraba que a partir del ritual se sentía tranquila y capaz de disfrutar los momentos que pasaba en casa con Damián.

Respecto a la carta luminosa que le escribió a Edgar, dijo que se había quedado con recuerdos gratos como la protección que le brindó, el amor, la estabilidad y sobre todos “nuestros hijos”.

También reflexionó que debido al miedo y la sombra que la acompañaban, no pudo ver las cosas buenas que llegaron a su vida, como es el tiempo completo que le otorgaron en su trabajo, pues tenía la sensación de que pasaría algo malo.

Fue así que Esther mencionó que se siente más tranquila y como más “libre”, pues destacó que aunque “ya lo había entendido y lo había racionalizado”, creía que hacía falta algo más, tenía que “decir adiós no desde su cabeza sino desde su corazón”. Por lo que reconoció lo útil que fue este pasaje en su vida.

En relación a este ritual Imber Black, Roberts y Whiting, (1991) mencionan que las pérdidas no resueltas funcionan de modo que mantienen a las personas ancladas en el pasado e impiden que se tenga la sensación de un desarrollo presente y futuro. De manera que los rituales curativos están destinados a proporcionar una conexión temporaria del pasado, presente y futuro, como fue en esta fase del proceso.

Es importante apuntar que el caso que se analiza, se presenta hasta la fase que comprende el ritual, de manera que a continuación se comentan los avances que se obtuvieron hasta esta etapa del proceso.

### *Logros terapéuticos*

Al momento de realizar un balance del caso, consideramos que para esta etapa se satisficieron las demandas que la paciente presentó al inicio del proceso y que cometo a continuación:

- La revelación del secreto de la adopción a Damián.
- Favorecer la relación con sus hijos y en particular con Carla.
- Elaboración del duelo ante el suicidio de su esposo.

Respecto a la revelación de la adopción al niño; en las sesiones iniciales, al trabajar con Esther sus temores respecto a las consecuencias de hacerle saber al niño que fue adoptado y la ambivalencia que presentaba hacia el cuidado de Damián, fue posible que Esther transmitiera el mensaje al niño, de forma amorosa y tranquila, sabiéndose como la persona que le ha dado amor al niño y

siendo consciente de que no sólo por el hecho de decirle que no era su hijo biológico perdería su cariño.

Respecto a la relación de Esther con sus hijos y en particular con Carla, es importante mencionar que a lo largo del proceso nos ocupamos en enfocar como principal objetivo la tranquilidad de Esther así como su seguridad y cuidado; de esta forma los cambios que sucedieron durante el proceso beneficiaron la relación, lo cual fue notorio en las últimas sesiones en las que ya era posible, en ocasiones, una relación cordial.

Con el ritual que hizo Esther, fue capaz de “decir a dios” a Edgar y fue posible que en el plano simbólico pudiera contactar con el suceso y así resignificar la pérdida física de Edgar y muy posiblemente, con ello la insatisfactoria relación conyugal en la que vivió los últimos años.

También, al realizar este ritual, pudo “enterrar” el pensamiento catastrófico (de que va a pasar algo malo) que permanentemente la acechaba y que le quitaba fuerza y no le permitía ver lo bueno que acontecía en su vida.

En relación a Damián, quien continuó a cargo de su cuidado fue principalmente Esther pero con mayor participación e involucramiento por parte de Carla. Y aunque Esther aún continúa cuestionándose si quiere seguir tomando la responsabilidad del niño, ahora lo contempla como una decisión temporal, pensando que hacerse cargo del niño no tiene que ser una decisión para siempre, pues ahora ve al niño más grande y día a día se encuentra más fortalecido para enfrentar la vida, mirar esto y una mayor participación de Carla, eventualmente le permitirá a Esther tener un proyecto de vida propio.

Fue así que a lo largo del proceso, la paciente fue ganando espacios de tranquilidad y bienestar que le permitieron sentirse fortalecida y como ella lo mencionó, tiene claro que los problemas en la vida no se van a acabar, pero ahora ya se siente con confianza para enfrentarlos.

#### *Análisis desde la perspectiva teórica de Milán*

A continuación presentaré el análisis teórico del caso contemplando las premisas de la escuela de Milán.

## **Definición del problema**

Esther vive una relación conflictiva con su hija Carla, la cual se caracteriza por agresiones verbales y constantes descalificaciones mutuas.

A partir de lo comentado por Esther durante las sesiones, desde que Carla era niña y especialmente desde la adolescencia su relación fue distante, pues para ese entonces Esther se encontraba ocupada en resarcir sus necesidades afectivas infantiles en su insatisfactoria relación de pareja y en asuntos profesionales y por lo tanto sus hijos no fueron mirados.

En la adolescencia ambos hijos manifestaron conductas de riesgo, conductas sexuales riesgosas y consumo de sustancias por parte de Carla. Alberto también inició con consumo de sustancias durante la secundaria. Cuando Carla tenía 15 años se embarazó; en Esther se creó desconcierto y dudas respecto a quién era el padre, pero nunca lo supo; por decisión de Edgar, el padre de Carla, registraron al niño como hijo de la pareja (Esther y Edgar) y Esther desde entonces siente frustración y coraje, primero por el embarazo de su hija y por la responsabilidad que recayó en ella (ante el suicidio de su esposo) para asumir el cuidado del niño quien nació con complicaciones físicas.

A lo largo de 5 años, Esther ha fungido como la madre del niño, pero en enero de 2012, Carla le comunicó a Esther que le diría a Damián que ella es su mamá, de manera que ante este acontecimiento Esther experimentaba preocupación, confusión e incertidumbre respecto a revelar el secreto de la adopción a Damián. Al mismo tiempo expresaba dudas respecto a los efectos que traería consigo la determinación de decirlo o no. Después de algunos meses Damián supo que Carla era su mamá biológica y Esther su mamá de crianza, de manera que su disputa a partir de ese momento fue por evidenciar quién era la peor mamá para Damián.

### ➤ Hipótesis

Hipótesis de trabajo desarrolladas a lo largo del proceso

- Hipótesis 1: La revelación de la adopción por parte de Carla, como un acto de “revancha” hacia su madre.
- Hipótesis 2: Ante el conflicto entre Esther y Carla, el niño manifiesta confusión e irritabilidad que expresa como agresión.

- Hipótesis 3: Confusión del rol de Carla, no son claras las responsabilidades y obligaciones que tiene con el niño.
- Hipótesis 4: Ejercicio de conductas de riesgo por parte de ambos hijos ante las carencias afectivas vividas en la familia.
- Hipótesis 5: Posible incesto por parte del padre hacia Carla.
- Hipótesis 6: La muerte del padre de Esther removi6 miedos acerca del suicidio y la propia muerte de Esther.

#### Conexi3n de las hip3tesis de trabajo con el proceso terap6utico

- Hip3tesis 1: La hip3tesis conecta con el proceso, si se considera que es probable que el nieto estuviera representando para Esther una segunda oportunidad para realizarse como madre, raz3n por la cual le procura cuidados al ni6o de forma dedicada y amorosa, desencaden6ndose as6 un enamoramiento por su nieto, enamoramiento que Carla, tal vez no recuerda que haya sentido por ella (Cirillo & Di Blasio, 1989).

Entonces la relaci3n que existe entre Esther y Dami6n tiende a excluir a Carla, lo que la lleva a sentirse todav6a defraudada por el amor, tanto de la primera como del segundo, entonces puede ser que esta carencia que siente la motiva a buscar formar parte de ese n6cleo de amor y cuidados, pero no sabe c3mo ocupar ese lugar.

- Hip3tesis 2: Es congruente la hip3tesis con lo observado en las sesiones y con lo planteado por Cirillo y Di Blasio (1989) quienes aseguran que esta conducta agresiva que expresan los ni6os, se observa en los momentos de conflicto en los que se comienza una coalici3n del ni6o con alguna de las protagonistas del conflicto; as6 el ni6o se encontraba en una fase en la que dej3 de ser un espectador de la conflictiva que viv6a en casa para formar una coalici3n con su abuela y manifestar un comportamiento irritable y agresivo.

Y cuando aminoraron los conflictos entre Esther y Carla el ni6o manifest3 un comportamiento m6s tranquilo.

- Hip3tesis 3: La hip3tesis se conecta con el caso, pues al indagar en la din6mica familiar, pudimos identificar que Carla no es mam6 ni tampoco hermana, lo que genera una incongruencia respecto los roles dentro de la familia, ya que Esther siente que Carla no tiene derechos respecto a Dami6n, pero s6 tiene responsabilidades; y Carla quiere tener derechos pero no responsabilidades, lo que los lleva a vivir en una confusi3n constante.

- Hipótesis 4: Un factor de riesgo para que los hijos incurrieran en conductas de riesgo fue la relación distante que los padres tuvieron con los hijos, ya que ambos padres se encontraban ocupados en resarcir sus necesidades afectivas infantiles en su insatisfactoria relación de pareja y en asuntos profesionales, y por lo tanto sus hijos no fueron mirados, originándose así carencias afectivas en ambos.
- Hipótesis 5: La hipótesis planteada, no pudo ser confirmada, puesto que no obtuvimos información al respecto, sin embargo, es posible que Carla al estar lejana de su madre, durante un corto tiempo, haya tenido una relación pseudo privilegiada con el padre. Esta posibilidad, se encuentra en el orden teórico, de acuerdo a lo planteado por Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1998) y que conecta con lo relatado por Esther durante las sesiones, es decir, el acercamiento que tuvo Carla y su padre durante el periodo previo al suicidio de éste.
- Hipótesis 6: Si, al parecer con la muerte de su padre, en Esther se removieron sentimientos asociados a la pérdida de su esposo, lo cual conecta con la fase que continuó en el proceso, la elaboración del duelo, pero sobre todo esta hipótesis conecta con la posibilidad de que Esther pudiera hablar de sus miedos y de la confusión que ha vivido y más aún de la “herencia de muerte” que llevaba consigo que la mantenía viviendo en la penumbra y sintiendo miedo por el futuro.

#### Hipótesis de cuál es la función de la conducta problemática en el sistema

El comportamiento de Carla se asocia a conflictos entre Carla y Esther. El maltrato que ejerce Carla hacia Damián, posiblemente es la forma en la que Carla reclama a su propia madre el descuido que tuvo hacia ella cuando fue pequeña, esto aunado a que cuando Carla mira el vínculo amoroso que tienen Esther y Damián se sabe excluida, pero lo que le causa aún más enojo y a la vez dolor es que Esther no se ocupó de ella como lo hace ahora con Damián.

#### Hipótesis de la familia acerca de por qué ocurre el problema

La hipótesis que la familia tiene respecto a la conducta explosiva y disruptiva de Carla se asocia a una causa de origen orgánico, la explicación es que cuando Carla tenía tres años se cayó de un tapanco, en la caída se golpeó la cabeza, después de estudios, la neuróloga diagnosticó

un desorden a nivel neuronal, pero especificó que no habría manifestaciones conductuales, pese a ello el comportamiento que manifestó Carla desde que era pequeña ha sido explicado en función a dicho desorden.

### **Proceso evolutivo familiar**

#### *Las familias de origen y la transmisión de la carencia.*

Esther proviene de una familia en la que ocupó el cuarto lugar entre los hermanos y hermanas. Recuerda con mucha tristeza la muerte de su madre a sus 35 años a causa de peritonitis, para ese entonces Esther apenas tenía 11 años, evoca con dolor que a partir de ese momento su familia se desintegró, “la familia se desbarató cuando murió mi mamá, cada quien para su lado”, al respecto refirió que tanto su hermana como sus dos hermanos mayores salieron de casa para formar su propia familia, “los grandes huyeron” y Esther fue quien quedó a cargo de sus dos hermanas más pequeñas, asumiendo el rol de mamá a muy temprana edad. Esther asegura que con la muerte de su mamá ella creció con una falta de “cariño y aceptación”.

Su padre a quien lo describe como ausente y apartado, ocupado en su trabajo, no tuvo acercamiento con sus hijos e hijas, antes de la muerte de su madre ni después del evento, al respecto expresa que crecieron muy solas, “no había quien nos dijera está bien o está mal”.

Según lo relatado por Esther, Edgar provenía de una familia muy humilde. Él ocupaba el cuarto lugar entre los hermanos; al parecer el padre de Edgar durante algún tiempo fue alcohólico, pero la información no fue recordada con precisión.

De acuerdo con información proporcionada por Esther, a corta edad, Edgar se comenzó a distanciar de la familia, porque su ideal era salir del núcleo de pobreza en el que vivía, de manera que a través de sus logros académicos consiguió sobresalir y esto lo envistió de un reconocimiento especial ante su familia de origen.



### *La pareja: la elección conyugal compensatoria*

La pareja comenzó su relación cuando Edgar invitó a trabajar a Esther en la universidad. Comenzaron una relación de noviazgo que duró 2 años, después de este tiempo, Esther manifestó su interés por unirse en pareja pero dado que “él no tenía el interés”, ella comenzó a salir con otra persona y al poco tiempo Edgar la buscó para reanudar la relación, ella aceptó con la condición de casarse, esta demanda se entiende a partir de las expectativas de Esther, en este sentido, formar una familia, añorando e idealizando la familia que siempre quiso tener.

Esta unión, en un inicio le garantizaba a Esther cariño, aceptación y protección, “ese hueco que tenía yo, se llenó”. En la relación que se estaba conformando, Edgar le brindaba la protección que la hacía sentir cuidada.

Él, por su parte, obtenía de la relación con Esther el reconocimiento que buscó desde chico, lo cual reafirmaba la imagen que deseaba.

Conforme transcurrió el tiempo de matrimonio, él comenzó a alejarse y las ilusiones de Esther respecto a una “familia perfecta” se fueron con él, de manera que ella comenzó a ocuparse en llenar el “hueco” de su conyugalidad con actividades laborales y profesionales, llevando a la pareja a una insatisfacción mutua, es decir, al estancamiento.

### *Relación padres – hijos durante la infancia*

Esther refirió que cuando los hijos eran pequeños, Edgar fue muy cariñoso con ellos pero conforme iban creciendo, su relación cambió, él se volvió muy aislado y ausente.

Los hijos frecuentemente se quejaban que no conocían a su papá, pues éste se ocupaba en su trabajo y poco compartía con ellos; su mamá no estaba, pues para ese entonces se encontraba enfocada en su trabajo y en logros académicos que le permitieran acceder a mejores oportunidades laborales y así ella también comenzó a alejarse. Al respecto destacó “nos comenzamos a separar, él por allá y yo haciendo mis cosas por otro lado”. Quedando los hijos solos y a la deriva.

### *La adolescencia*

Al estar los padres ocupados en su insatisfactoria relación de pareja, los hijos quedaron de lado y solos.

En la adolescencia, tanto Alberto como Carla, comenzaron a practicar conductas de riesgo; a los 13 años aproximadamente Alberto comenzó el consumo de marihuana y poco tiempo después, Carla comenzó a salir y frecuentemente no llegaba a casa, salía con diferentes parejas y consumía sustancias.

Pese a que Esther considera que siempre tuvo el apoyo de Edgar de manera incondicional ante lo que acontecía en casa, es decir las conductas que presentaban los hijos, Edgar le dijo que estaba ocupado trabajando y no podía hacerse cargo de eso. Al respecto Esther señaló que la situación con sus hijos se le salió de control y no sabía qué hacer.

#### *Fracaso del paso al padre*

Esther refirió que durante la adolescencia hubo un periodo en el que Carla y Edgar fueron cercanos. En relación a ello, es posible, que Carla al tener una relación distante y fría con su madre, hubiera existido una fantasía de un reflejo ideal con el padre, al cual éste pudo haber respondido con un vínculo seductor, pero claro sin la posibilidad de compensar la relación materna, de manera que esta explicación teórica puede dar indicios de cercanía de Carla con su padre durante algún periodo.

La hipótesis siguiente en esta relación padre-hija es, la “*media vuelta paterna*”, lo que Carla pudo haber experimentado como traición, y es posible que como una forma de castigarlo comenzó a ejercer comportamientos sexuales de riesgo durante la adolescencia (Cirillo et al., 1996).

En el caso de Alberto en la adolescencia, según la percepción de Esther, se volvió “más rebelde”, es posible que en ese periodo, ante la necesidad de afecto y reconocimiento por parte de su padre, pudiera ser que Alberto haya intentado buscar el acercamiento hacia él, en un proceso identificatorio que le pudiera dar la posibilidad de individualización, pero al no ser visto por su padre, no pudo lograr esa etapa, lo que se ve reflejado ahora en la relación de dependencia con su propia madre.

### *El encuentro con las sustancias*

Desde la adolescencia tanto Carla como Alberto han consumido sustancias, aunque Alberto asume, según lo señalado por Esther, que esto se presentó ante la falta del padre cuando éste se suicidó.

Sin embargo el dolor y resentimiento por la lejanía y por la falta de afecto, lo experimentaron desde tiempo antes porque desde pequeños ya les hacía falta afectivamente tanto su padre como su madre.

### *Estrategias basadas en el síntoma*

Ante la falta del padre y las recriminaciones que han hecho ambos hacia la madre, Esther continua haciéndose cargo de ellos y aunque en su discurso señala que su idea es que sus hijos sean independientes y se hagan responsables, sus acciones están encaminadas a protegerlos, mostrando así la ambivalencia que se le hizo notar durante el proceso terapéutico.

## **El abandono**

Desde la perspectiva de Milán, se contempla principalmente, cómo es que los niños son ayudados o heridos por el contexto familiar. De manera que en este caso es posible ubicar que el abandono que vivieron los hijos se explica a lo largo de un ciclo comprendido por diferentes fases, las cuales se mencionan a continuación: 1) la carencia afectiva vivida por ambos padres (Esther y Edgar) en sus familias de origen, 2) las necesidades afectivas no satisfechas por ambos miembros de la pareja que los llevaron a hacer un enganche de sus afectos no resueltos, con el propósito de resarcirlos, pero que al final los llevaron al estancamiento 3) la compleja dinámica de la pareja les impidió ocuparse del rol de padres, por lo que no miraron a sus hijos 4) las necesidades afectivas de los hijos no fueron satisfechas originando una necesidad de compensación afectiva en ellos 5) el padre ausente afectivamente, que posiblemente los acogió pero sólo de manera instrumental, haciéndolos formar parte de la compleja relación 6) ante la soledad que sentían los hijos comenzaron a practicar conductas de riesgo, experimentar con drogas y conducta sexual de riesgo 7) Esther continúa haciéndose cargo de los hijos y aunque quisiera que sean independientes y se hagan responsables, refleja ambivalencia y culpa.

### **Evolución del problema (relación madre-hija)**

Dado que la conflictiva entre madre e hija ha sido por evidenciar quién es la peor mamá para Damián; Carla descalifica a Esther como madre cuando ésta establece disciplina de forma amorosa y comprensiva, y Esther por su lado descalifica a Carla por la poca responsabilidad que muestra con el niño así como por la forma de relacionarse con éste.

Entonces como Esther y Damián tienen un vínculo estrecho y amoroso, Carla quiere ocupar ese lugar, pero al no saber cómo hacerlo llega a maltratar a Damián de manera física y se muestra agresiva en la forma de relacionarse con Esther.

En relación a esto y de acuerdo con lo planteado por Cirillo y Di Blasio (1989), es posible que el maltrato de Carla hacia Damián sea una señal que manda a su propia madre; como si quisiera castigarla por haberla descuidado de pequeña.

En este sentido, abundan Cirillo y Di Blasio (1989), cuando una madre muestra incapacidad para el cuidado de sus hijos, lo hace para que su madre se ocupe de éstos, con lo cual trata de obtener una especie de resarcimiento ante el hecho de que su propia madre se haya ocupado poco de ella.

En este caso, debido a que Esther se hizo cargo de Damián, es posible que Carla se dé cuenta de que no se está resarciendo el daño en lo absoluto, ya que la relación que existe entre su madre y su hijo tiende a excluirla, lo que la lleva a sentirse todavía más defraudada por el amor, tanto de la primera como del segundo, porque no puede ser el objeto de amor de ninguno.

Y mientras tanto en Esther, la abuela, se desencadena un enamoramiento por su nieto Damián, enamoramiento que Carla no recuerda que jamás haya sentido por ella (Cirillo & Di Blasio, 1989).

### **Transmisión de la carencia**

Una vez realizado el análisis del caso bajo la perspectiva de la escuela de Milán y habiendo analizado e hipotetizado acerca de la relación de los padres con su propia familia de origen, así como las carencias sufridas en los vínculos que los llevaron a buscar resarcir estas carencias en la elección de pareja, pero frustradas a final de cuentas, es posible proyectar las consecuencias del caso a nivel teórico,

en ese sentido, de acuerdo a los planteamientos teóricos de Milán, debido a las carencias y al sufrimiento que experimentó Carla en los vínculos con sus padres y especialmente por la falta de cercanía con su madre ahora se encuentra enzarzada en una conflictiva con ésta, conflictiva motivada por las carencias y la falta vivida, dejando de lado el vínculo con su hijo, pues el dolor y las heridas que aún se encuentran presentes le impiden mirar a su propio hijo, creando así la transmisión de la carencia.

### **Reflexiones del caso**

Encontrarme con Esther, fue la experiencia de conocer a una familia con múltiples problemáticas, con las cuales no me había enfrentado antes, ni en consultorio ni en mi experiencia de vida.

Durante el proceso terapéutico hubo muchas ocasiones en las que me sentía insatisfecha, porque sentía que mi trabajo no era útil y en esas ocasiones creía que necesitaba apoyo, pero después de cada postsesión que realizábamos con la supervisora y equipo terapéutico, pude saber que no es que hiciera mal mi trabajo, sólo que hay aspectos que salen de mi alcance y de lo que soy como terapeuta, hay aspectos que sólo sé que no sé, entender esto me hizo ser más cuidadosa al momento de valorar mi trabajo, pues en esos momentos fue fácil caer en la devaluación.

Respecto a mi forma de estar en el proceso, hubo momentos en los que me conecté con el dolor de Carla, especialmente cuando Esther comentó que Carla gritaba, que no la escuchaba y que no tenía tiempo para ella, escuchar esas frases me hicieron sentir que Carla tampoco la estaba pasando bien, estaba sufriendo, y esto me llevó a tener otra perspectiva de la dinámica, pero estas posibilidad y las emociones despertadas indudablemente tienen que ver con mi la cercanía en edad, es decir con mi ciclo de vida.

En otros momentos, conecté con la preocupación que Esther siente por sus hijos, pero esta preocupación y culpa que sentía la hacían reprocharse lo que ha hecho y lo que le ha faltado hacer y ello la colocaba en una posición de recriminación constante, pensándose como “mala madre”, pero al estar en sesiones con ella, entendí que actuó sin saber el daño y la falta que les hizo a sus hijos, fueron sus heridas afectivas las que la llevaron a no estar.

Por otro lado, trabajar en sesiones con Esther, representó, por momentos, navegar sin rumbo, en otras ocasiones caminar en la penumbra o “desenredando

marañas” como Esther las llamaba y percibir en muchas de las ocasiones un ambiente viciado que me hacían sentir agotada y agobiada.

Al conocer a Esther, pude darme cuenta de la complejidad de los afectos de las personas pero sobre todo pude saber de la influencia que tiene mi presencia en los pacientes y la influencia que tienen ellos en mí, lo que me lleva a saberme en una relación.

### **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.**

La modalidad de trabajo empleada a lo largo de la formación, en una mayor proporción, es en cámara de Gesell o en circuito cerrado, la terapeuta con la familia y al otro lado el equipo terapéutico y el supervisor.

Éste, es un sistema de tres niveles cuyo principal propósito es ayudar a los estudiantes en formación a desarrollar una visión sistémica y a comprender que la manera de apreciar la realidad depende de la posición que cada cual ocupa dentro del sistema (Boscolo, 1994).

De acuerdo con Zavala (2007) el trabajo en equipo que se realiza en la formación, nos permite hacer de la actividad conjunta algo cotidiano, pero necesario y enriquecedor, lo que nos posibilita extraernos de un mundo de encierro y soledad.

A lo largo de estos dos años de formación tuve fue una gran experiencia, fungir como terapeuta, co-terapeuta, equipo terapéutico y formar parte de equipos de reflexión, estar en cada uno de esos lugares representó diferentes aprendizajes, diferentes formas de estar en el proceso, así como diversas formas de ver y experimentar lo sistémico.

Fungir como terapeuta, pero siempre con un equipo de compañía, apoyo y cooperación, representa una enorme ventaja que por supuesto en ningún lado se encuentra, contar con equipo terapéutico, brinda la posibilidad de generar discusiones de los casos entre terapeuta, supervisor y equipo terapéutico, lo que permite que surjan diferentes ideas, hipótesis y puntos de vista.

Y el resultado de todas esas aportaciones es un conglomerado de ideas que contienen las experiencias, las premisas y las teorías de los observadores así como sobre su manera de influir en lo que se ha observado (Boscolo, 1994).

Haber formado parte de un equipo fue algo muy enriquecedor y de mucho apoyo porque en los momentos en los que me encontraba sin rumbo en las sesiones, sabía que al salir iba a encontrar apoyo y colaboración por parte del equipo que durante dos años me acompañó, sin embargo creo que en ocasiones no nos valoramos como equipo y eso lo lamento mucho.

Contar con supervisión ya sea en cámara de Gesell o supervisión narrada, por un lado considero que contribuyó a mi formación en el plano teórico y técnico de los diferentes modelos, pero por otro lado la experiencia y la perspectiva de mis diferentes supervisoras me ayudó a valorar la pertinencia de mis intervenciones, a pensarme en la relación con los paciente y a cuestionar la forma en la que reacciono frente a una familia llevándome así a identificar mis sesgos, mis emociones y prejuicios. Pero sobre todo, sus enseñanzas y comentarios me invitaron a valorar mi trabajo.

Otra oportunidad invaluable que me brindó la maestría fue trabajar en co-terapia, de inicio representó un reto, porque me angustiaba pensar que podía anular las aportaciones de mi coterapeuta, contradecirla o no llevar su misma línea de trabajo. Creo que estas percepciones en parte me orientaron a ser respetuosa y cuidadosa en mi forma de participar como coterapeuta, pero poco a poco fui descubriendo que podía estar en desacuerdo o pensar diferente y eso era lo que hacía una experiencia valiosa, ya que contar con la perspectiva de mi coterapeuta me ayudaba a pensar en ideas que posiblemente nunca hubieran pasado por mi cabeza, abriendo así la posibilidad a nuevas hipótesis.

En las ocasiones en las que estuve detrás del espejo, formando parte del equipo terapéutico, comentar intervenciones y aportaciones hacía de esas sesiones un muy buen ejercicio para vincular los aspectos teóricos con lo que ocurría del otro lado, lo clínico. En esos momentos pude estar atenta al continuo de ideas que transcurrían del otro lado del espejo pero también en mi diálogo interno respecto a mis propias creencias, prejuicios y las posibilidades que veía en ese momento. Al estar ahí con un equipo de colaboración, experimenté el compromiso y la responsabilidad para con mis compañeros y con los pacientes, lo que orientaba a estar en la sesión de forma atenta, apoyar a mis compañeros y recordando el compromiso que como equipo teníamos que mostrar hacia los pacientes.

Y por último, participar en grupos de reflexión, fue vivir la postura posmoderna en una forma de terapia. En un inicio, dada mi inexperiencia, me parecía poco viable y en ocasiones llegué a pensar que mi participación y la del equipo de reflexión, podía llegar a ser incluso intrusivo, pero luego entendí la que se podía decir cualquier cosa pero era importante saber cómo y conforme fui participando y vertiendo mis reflexiones y preguntas me di cuenta del efecto que tiene “conversar acerca de las conversaciones” ya que esto favorecía los procesos de reflexión y escuchaba lo útil que era para las personas haber escuchado preguntas que al responderlas generaban nuevas preguntas.

Ahora, en las ocasiones en las que estoy en sesión y me tomo una pausa para pensar (frase que tomé prestada de O’ Hanlon), es frecuente que evoque a mis compañeros y miembros del equipo terapéutico y me pregunte qué dirían respecto a lo que ha sucedido en la sesión, con lo cual se abre la posibilidad a otras ideas.

### **3.2 Habilidades de investigación**

Otra área en la cual se pone énfasis durante la formación en terapia familiar, es el desarrollo de habilidades para llevar a cabo investigación aplicada a la problemática social, de manera que en este apartado se reportan dos investigaciones.

#### **3.2.1. Reportes de investigaciones**

A lo largo de la Residencia se realizaron tres investigaciones, dos con metodología cuantitativa y una con metodología cualitativa. En este apartado se reportan las investigaciones tituladas: Desarrollo del perfil de actitudes de los hombres que generan violencia contra las mujeres en su relación de pareja (PAHVIM)” y El significado de ser mujer y ser hombre en parejas jóvenes: estudio de caso.



### 3.2.1.1 Metodología cuantitativa

#### *Desarrollo del perfil de actitudes de los hombres que generan violencia contra las mujeres en su relación de pareja (PAHVIM)*

Selene Flores Pacheco & Oswaldo Herrera Ramos

Resumen: la violencia de pareja representa un claro problema de salud pública: 3 de cada 10 mujeres sufren de violencia de su pareja actual, 4 de cada 10 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida. Desde el enfoque cognitivo conductual se establece que las distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales influyen a estimular la agresión. El PAHVIM es un instrumento que fue diseñado para evaluar las actitudes que presentan los hombres hacia las mujeres en su relación de pareja. El instrumento está constituido por 50 reactivos, los cuales constituyen 6 factores: Control/supremacía masculina, legitimación del maltrato, atribución externa del enojo, complementariedad, estereotipos de género y percepción de vulnerabilidad. El instrumento cuenta con validez teórica y empírica así como con altos niveles de confiabilidad.

### Introducción

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 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2011) define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción u omisión, basada en el género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público”.

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 efectos inmediatos y acumulativos sobre su salud y el desarrollo de capacidades cognitivas, afectivas, económicas y de relación; 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 la pareja.

En las estadísticas se ve reflejado un claro problema de salud pública: 3 de cada 10 mujeres sufren de violencia de su 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, 2006).

### *Violencia y género*

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 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).

Para Ferrer et al. (2006), los varones y las personas 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 las personas con actitudes de rol de género igualitarias. Se ha hipotetizado que el maltrato o 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.

Contextualizado así, el sexismo puede dimensionarse en 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 hacia las mujeres, en distintos niveles, 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).

### *Violencia psicológica*

Blanco, Ruíz-Jarabo, García y Martín-García (2001) entienden que la violencia psicológica comprende “la desvalorización, la intimidación, el desprecio y la humillación en público o privado”. Otros autores explican que la violencia psicológica es:

“Reflejo de diversas actitudes por parte del maltratador: *hostilidad*, que se presenta en forma de reproches, insultos y amenazas; *desvalorización*, que supone un desprecio de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima, e *indiferencia*, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y a los estados de ánimo de la mujer” (Amor et al., 2001).

La Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (2007) define la violencia psicológica como:

“Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio”.

### *Violencia desde el enfoque cognitivo-conductual*

El enfoque cognitivo-conductual se fundamenta en premisas como que la ira no controlada es un precursor de la violencia, y que la distorsión cognitiva y los pensamientos irracionales influyen a estimular la agresión; en su dimensión conductual, tiene como base que la violencia del hombre se origina de un déficit en sus habilidades interpersonales, como falta de habilidades de afrontamiento, carencia de habilidades de comunicación, etc. (Welland & Wexler, 2007).

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) explican que la actitud de hostilidad contra la pareja puede ser el resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de vulnerabilidad de la pareja y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas. Estos mismos autores publicaron un *Inventario de pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre el uso de la violencia*; inventario en el que no reportan índices de confiabilidad ni de validez.

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 el propósito de identificar los pensamientos asociados a la violencia masculina contra la pareja para prevenir o detenerla.

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 las creencias de los agresores como una causa asociada al conflicto, se conocerá mejor la naturaleza del problema y se desarrollarán intervenciones basadas en evidencias científicas, tanto preventivas como de tratamiento (Carrasco-Portiño et al., 2007).

En la presente investigación, 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 del hombre maltratador, caracterizado por tres dimensiones: cognitivo, emocional y conductual; para desarrollar el sistema de evaluación, se eligió el aspecto cognitivo, ya que en la literatura se reporta el papel central que tienen las creencias y actitudes sexistas en la violencia que genera el hombre maltratador contra su pareja.

Al realizar una revisión 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 139 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.

## **MÉTODO**

### *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 personas que solicitaban atención psicológica del Centro de Atención Psicología “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, de la UNAM.

### *Instrumentos*

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).

También se empleó la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), Inventario de Pensamientos distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia, el cual 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; sus autores no informan sobre las características psicométricas de este instrumento que emplean en la práctica clínica (Echeburúa y 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.

La participación fue voluntaria y anónima. La aplicación fue de forma grupal; se les dio el instrumento y se le explicó brevemente en qué consistía. No hubo restricción de tiempo para el llenado del cuestionario, el promedio de tiempo empleado por los participantes fue de 25 minutos.

### *Aplicación*

#### Confiabilidad

La confiabilidad de la escala se obtuvo por medio del método de consistencia interna de alfa de Cronbach.

#### *Validez*

La validez del instrumento se obtuvo a través de distintos tipos:

- Validez de criterio. Se empleó como criterio externo de validez, un grupo de hombres que asisten a grupos terapéuticos para el manejo de su violencia en su relación de pareja.
- Validez concurrente. Se aplicó, de forma conjunta a 60 hombres generadores de violencia, el Inventario de Pensamientos distorsionados sobre la mujer y el uso de violencia, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998).
- Validez de constructo (factorial). Para conocer este tipo de validez, se realizó un análisis factorial a través del programa SPSS para determinar la estructura factorial de la prueba de acuerdo con las respuestas otorgadas por los participantes.

## **RESULTADOS**

### 1. Discriminación de reactivos.

Para conocer la calidad discriminativa de los reactivos se analizaron a través de una prueba t de Student y de una distribución de frecuencias, se eliminaron 15 reactivos y 43 respectivamente para cada método. En total, fueron eliminados 58 reactivos, quedando 70 reactivos que sí discriminaban.

### 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: reactivos con 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, que explican el 31.99% de la varianza total. Después se procedió a darles nombres a cada uno de los factores de acuerdo con el contenido de los reactivos.

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 del maltrato*, *atribución externa del enojo* y *percepción de vulnerabilidad*, que se consideraron al inicio de la investigación, permanecieron al final; el factor original de *sexismo* se dividió, tras el análisis factorial, en dos: *complementariedad* y *estereotipos de género*. Los reactivos que derivaron del análisis no siempre se quedaron en su factor original, en especial los reactivos del factor *sexismo*, que se distribuyeron en otros factores tras el análisis factorial.

Tabla 6. Factores del PAHVIM

Control/Supremacía masculina	Describe las conductas de sumisión que se espera de las mujeres y que colocan a los hombres en posición de dominio.
Legitimación del maltrato	Alude a la provocación como justificación del maltrato.
Atribución externa del enojo	Coloca la responsabilidad del enojo sobre las acciones de la pareja.
Complementariedad	Se refiere a la exigencia de tener relaciones de pareja heterosexuales, caracterizadas por la entrega absoluta.
Estereotipos de género	Constituyen imágenes rígidas de lo que se espera de mujeres y hombres en la sociedad.
Percepción de vulnerabilidad	Se tiene una imagen de las mujeres como indefensas y vulnerables, lo que favorece la descarga de ira de los hombres en ellas.

### 3. Análisis de consistencia interna

Para conocer la confiabilidad de la escala 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 7.

Factores de PAHVIM	Alpha de Cronbach
Control/Supremacía masculina	.876
Legitimación del maltrato	.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 alto, y 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 únicamente por cinco reactivos. Sin embargo este factor no fue eliminado porque el contenido de sus reactivos describe una parte fundamental del perfil del hombre que genera violencia contra su pareja.

#### 4. Análisis descriptivo de la escala

Para conocer las estadísticas descriptivas de la escala 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 del maltrato fue el factor que puntuó más bajo de la media teórica (se calificaron las opciones de respuesta del 1 al 6).

El factor complementariedad es el único que puntuó por arriba de la media teórica, lo cual puede estar relacionado con el hecho de los reactivos que lo conforman constituyen afirmaciones “aceptables” del sexismo, que describen una visión “romántica” y “protectora” de las relaciones de pareja.

#### 5. Validez concurrente

Se correlacionaron los factores obtenidos del PAHVIM con los factores de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), esto se hizo a través de una correlación producto-momento de Pearson; la cual se muestra en la tabla 8.



Tabla 8. Correlaciones de Pearson entre factores de PAHVIM y la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998).

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

\*  $p \leq 0.01$

Los resultados mostraron correlaciones altas y 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 observó entre complementariedad y legitimación de la violencia.

Anteriormente se apuntó 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, que las correlaciones significativas más altas de la escala de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) hayan sido con el factor estereotipos de género, se explica en función a que los reactivos de este factor constituyen creencias rígidas difíciles de modificar en cuanto a las expectativas de mujeres y hombres en 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 considera que mide el atributo que se estudia: grupos de hombres que reciben psicoterapia por motivo de violencia 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, que se muestra en la tabla 9.

Tabla 9. Puntuaciones t entre el grupo terapéutico y el grupo no terapéutico.

Factores de la escala	Terapia	No terapia	T	P
Control/supremacía masculina	33.00	36.59	-1.915	<b>0.54</b>
Legitimación del maltrato	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	<b>.002</b>
Estereotipos de género	13.89	15.89	-2.271	<b>.024</b>
Percepción de la vulnerabilidad	13.48	16.48	-3.733	<b>.000</b>

Los resultados muestran que hay diferencias significativas en 4 de los 6 factores, lo que refleja que los hombres que recibían psicoterapia expresan menos creencias vinculadas con la violencia masculina que aquellos que no estaban sometidos a algún tipo de proceso terapéutico; los factores legitimación del maltrato y atribución externa del enojo fueron los únicos que no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, sin embargo se decidió conservarlos porque ambos muestran validez concurrente.

#### 7. Análisis de diferencias entre factores y algunas variables sociodemográficas

Se realizó la prueba 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, encontrándose diferencias significativas, las cuales se observan en las tablas 10 a la 14.

Tabla 10. Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre solteros y casados.

Factores de la escala	Medias		T	P
	Solteros	Casados		
Control/supremacía masculina	32.4444	36.9815	-2.445	<b>.015</b>
Legitimación del maltrato	15.9895	15.6313	.374	.709
Atribución externa del enojo	21.4063	21.3550	.045	.964
Complementariedad	18.4851	21.9832	-4.203	<b>.000</b>
Estereotipos de género	13.9792	15.8785	-2.160	<b>.032</b>
Percepción de la 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 11. Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que no tienen hijos y los que tienen 3 ó más.

Factores de la escala	Medias		T	P
	Sin hijos/as	Más de 3 hijos/as		
Control/supremacía masculina	33.1633	36.9692	-1.636	.104
Legitimación del maltrato	15.1875	17.8472	-2.075	<b>.040</b>
Atribución externa del enojo	20.3404	23.1528	-2.079	<b>.039</b>
Complementariedad	20.1531	22.2267	-2.060	<b>.041</b>
Estereotipos de género	14.5500	15.5205	-.917	.361
Percepción de la vulnerabilidad	15.7474	14.9861	.711	.478

En la tabla 11, se observa que los hombres que tienen 3 o más hijos/as expresan actitudes más acordes a la violencia masculina en los factores de *legitimación del maltrato*, *atribución externa del enojo* y *complementariedad*; lo cual puede deberse a que con la llegada de los hijos/as, es posible que se haga más necesario expresar más exigencias y presiones sobre la pareja para evitar la autonomía de ésta.

Tabla 12. Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que tienen pareja y los que no tienen.

Factores de la escala	Medias		T	P
	Con pareja	Sin pareja		
Control/supremacía masculina	36.4518	32.5811	1.957	<b>.050</b>
Legitimación del maltrato	15.7336	16.5775	-.764	.447
Atribución externa del enojo	21.3058	22.2286	-.752	.452
Complementariedad	21.5207	18.9452	2.959	<b>.003</b>
Estereotipos de género	15.7972	13.6056	2.309	<b>.022</b>
Percepción de la vulnerabilidad	15.5144	15.2535	.290	.772

En la tabla 12 se observa 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 13. Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que viven con pareja y los que no cohabitan.

Factores de la escala	Medias		T	P
	cohabitan	no cohabitan		
Control/supremacía masculina	36.7338	33.6325	1.740	.083
Legitimación del maltrato	15.1598	17.0862	-2.037	<b>.043</b>
Atribución externa del enojo	20.8313	22.5172	-1.535	.126
Complementariedad	21.6199	19.7983	2.293	<b>.023</b>
Estereotipos de género	15.8613	14.3478	1.806	.072
Percepción de la vulnerabilidad	15.6748	15.1293	.687	.492

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

Tabla 14. Resultados de la prueba t y su probabilidad que compara entre los que consumen alcohol y los que no consumen.

Factores de la escala	Medias		T	P
	alcohol	No alcohol		
Control/supremacía masculina	35.6478	35.0357	.340	.734
Legitimación del maltrato	16.6585	14.9752	1.850	.065
Atribución externa del enojo	22.4540	20.2212	2.072	<b>.039</b>
Complementariedad	20.9649	20.7395	.289	.773
Estereotipos de género	16.1190	14.0500	2.498	<b>.013</b>
Percepción de la vulnerabilidad	15.8679	14.8917	1.238	.217

En la tabla 14 se observa 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

En la presente investigación se reflejan los resultados de la construcción y validación de un instrumento (PAHVIM) que mide las creencias asociadas a la

violencia masculina en la relación de pareja. Dicho instrumento tiene índices aceptables de confiabilidad, validez factorial, de criterio y concurrente.

PAHVIM está compuesto por 50 reactivos en total, 44 reactivos agrupados en 6 factores: control/supremacía masculina, legitimación del maltrato, atribución externa del enojo, complementariedad, estereotipos de género y percepción de vulnerabilidad, además de 6 reactivos sin valor psicométrico, estos últimos para evitar las respuestas deseables socialmente. Estos indicadores concuerdan con investigaciones que explican la actitud de hostilidad contra la pareja como el resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de vulnerabilidad de la pareja y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998); asimismo estos estudios revelan que la ira no controlada es un precursor de la violencia así como la distorsión cognitiva y los pensamientos irracionales que estimulan la violencia (Welland & Wexler, 2007).

El factor atribución externa del enojo tiene un considerable peso en el perfil actitudinal del hombre agresor, 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 la atribución hacia la pareja de 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 que 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 puede 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 hombres maltratadores tienen ideas distorsionadas que suponen la inferioridad de la mujer 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 se puede explicar 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). 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, lo cual es respaldado por estudios en los que se indica que 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 & Ruíz, 2010).

Con respecto a las diferencias entre los factores del PAHVIM y algunas variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas entre el consumo de alcohol y las creencias asociadas a la violencia masculina. En la investigación llevada a cabo por Blitchtein-Winicki y Reyes-Solari (2012), se destaca que un factor que se asocia de forma consistente a la violencia contra la mujer es el consumo excesivo de alcohol, el cual es una característica relacionada con roles sociales masculinos; este hallazgo también es apoyado por Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral (1994), quienes afirman que la relación entre alcohol y maltrato doméstico es relevante, los autores destacan que la incidencia de maridos violentos es de un 7% en los abstemios y de un 19% en los alcohólicos. Entonces, el alcohol aumenta la probabilidad de interacciones violentas y está asociado a la inhabilidad para resolver problemas, afectando la ejecución de funciones asociadas a la corteza cerebral (Medina-Mora, Berenzon & Natera, 1999).

Con respecto a la variable estado civil y tiene pareja, estudios internacionales han documentado una mayor tasa de violencia física de la pareja contra la mujer si son convivientes en lugar de estar casadas (Brownridge, 2000; Vandello & Cohen, 2003; Blitchtein- Winicki & Reyes-Solari, 2012); 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.

También, en la presente investigación, se encontró que a mayor número de hijos/as, mayores creencias vinculadas a la violencia masculina, lo que concuerda con 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 (Mercado et al., 2011).

La violencia contra la pareja es un problema social y de salud pública que se exagera aún más en los hombres de clase social media-baja o baja, los cuales carecen de estudios especializados y desempeñan profesiones poco cualificadas o se encuentran desempleados; esta circunstancia, al 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 (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.

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 et al., 2011). Para Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro (2006), los hombres 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. 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.

Esta investigación reporta datos útiles que proporciona información valiosa en torno a los hombres violentos que han recibido psicoterapia y 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 la cabalidad el perfil del hombre agresor, por lo que son necesarios 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 Metodología cualitativa**

*El significado de ser mujer y ser hombre en parejas jóvenes:  
Estudio de caso*

Selene Flores, Lizet Artemiza Virgen & Ana Laura Romero

Resumen: En las relaciones de pareja están involucrados diversos significados. El presente estudio tuvo como propósito identificar los significados de ser mujer, ser hombre, violencia y buen trato en una pareja joven heterosexual. Se aplicó una entrevista semiestructurada en conjunto. A partir de la información recolectada, se realizó un análisis especulativo, a partir del cual se establecieron categorías y se extrajeron los principales conceptos. Se concluyó que en esta pareja prevalecieron aún las influencias de los roles de género tradicionales, además de que el tema de las labores domésticas y la crianza de la hija fue una fuente de conflicto.

## **INTRODUCCIÓN**

Una de las formas más elementales de sociedad que se ha dado en el ser humano, es la búsqueda de la presencia de otro ser para acompañarse, ayudarse y para perpetuarse como ocurre al constituirse en pareja (Fernández, 2000).

Es así que la relación de pareja supone explorar el mapa emocional del otro, ir captando sus límites y también detectar las fronteras y las barreras que ha alzado; tener la sensibilidad para darse cuenta hasta qué zona nos deja acceder sin incomodarlo ya que cuándo éste otro se siente invadido o amenazado, se está transitando al terreno de la violencia.

Fundamentalmente, en el espacio familiar y de pareja en donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que con el paso del tiempo y con las prácticas cotidianas llegan a naturalizarse, pasan a ser habituales y llegan a legitimarse, lo cual hace más difícil su reconocimiento en el plano social (Díaz, et al., 2006).

Es así que González y Fernández (2010), señalan que la violencia como problema social tiene su origen en las relaciones basadas en la desigualdad, en un contrato entre hombres y mujeres que trae como consecuencia la presión del género



masculino sobre el femenino; relacionado a este punto, se puede considerar que desde pequeños y sobre todo a través de la internalización de sus modelos hogareños, la mujer y el hombre han aprendido y aprehendido la normalidad de la dominación masculina, lo cual suele minimizar su visibilización. Esto se manifiesta a través de estereotipos que funcionan como hegemónicos, a los cuales nos adscribimos y los incorporamos a nuestra identidad si queremos ser parte de la sociedad.

Hablar de estereotipos de género se refiere a las creencias populares acerca de las actividades, los roles, los rasgos o los atributos que caracterizan y distinguen a las mujeres y hombres en una cultura determinada, que son aprendidas por cada persona, las cuales se entrelazan para formar las premisas rectoras o reglas operantes en la relación de pareja (Papp, 1988; Rocha & Díaz-Loving, 2005; INMUJERES, 2007).

Los roles de género se construyen a partir de las normas sociales y son aprendidos a través de los diferentes canales de socialización, éstos se han definido como el conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que se generan como expectativas sociales, asignados diferenciadamente a mujeres y hombres y distribuidos a partir de sus características biológicas, de los que el entorno exige y sanciona su incumplimiento (Cruz del Castillo & Díaz-Loving, 2010; INMUJERES, 2007).

Históricamente, con base en atributos biológicos diferenciados, en las sociedades se ha hecho una división del trabajo en la que las mujeres son las encargadas de la crianza de los hijos y de las actividades domésticas en el “espacio privado”, en contraposición con los hombres, que se encargan de proveer económicamente a la familia y de realizar actividades en el espacio fuera de casa, el espacio “público”, distribuciones que implican desigualdad (Lamas, 1996).

De esta forma, el sistema sexo/género establece las pautas que rigen las relaciones sociales entre hombres y mujeres, las cuales generalmente colocan en desventaja a estas últimas, 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).

Olson y Olson (2006) distinguen entre relaciones de pareja con roles de género tradicionales y aquellas con roles equitativos. En el primer tipo de relación, la mujer tiene la mayor responsabilidad de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos y el hombre tiene la responsabilidad en la toma de decisiones. En las

relaciones equitativas ambos comparten los quehaceres domésticos, el cuidado de los niños y la toma de decisiones.

Los hallazgos de Cruz del Castillo y Díaz-Loving (2010) han mostrado que en México los roles de género permanecen con características tradicionales, independientemente de que la mujer realice un trabajo remunerado de tiempo completo.

Se considera que en los últimos años, la atención sobre la violencia se ha desplazado hacia parejas cada vez más jóvenes por diversas razones, debido a su alarmante tasa de prevalencia, las consecuencias físicas y emocionales en las víctimas o su aparición en una etapa del ciclo vital cuando comienzan las relaciones de pareja y se aprenden pautas de interacción que al extenderse a la edad adulta pueden convertirse en precursores de una violencia mucho más grave (Póo & Vizcarra, 2008).

Corsi (2003) indica que 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.

Asimismo, Corsi (1994) señala que la violencia en la relación de pareja implica aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de la relación (nunca o casi nunca es espontánea o accidental), alude a las palabras insultantes, gritos o hechos tendientes a producir vergüenza, humillación o miedo a quien es dirigido; se presenta a través de burlas, insultos negación de las necesidades afectivas, hostilidad y amenazas. Además, la violencia que ejerce el hombre contra la mujer lleva la intención de provocarle daño en la esfera biopsicosocial, sobre todo cuando ella se niega a aceptar de manera incondicional la autoridad y prepotencia de su pareja.

Dicho de otra manera, los patrones socioculturales que establecen las bases de la identidad masculina y femenina y del ejercicio desigual de poder, suele pensarse que justifican la violencia del hombre hacia las mujeres como una forma aceptable de resolver los conflictos interpersonales.

Bourdieu (2000) afirma que para los hombres lo valioso es el ser reconocido por otro hombre, sobre todo si éste se encuentra en una jerarquía superior. Al tomar

en consideración tal premisa, para los hombres resulta importante mantener su poder, por lo menos frente a sus parejas, lo cual implica controlar y someter, aspecto que es validado con investigaciones empíricas, las cuales muestran que la insatisfacción con el poder en las parejas adolescentes se encuentra relacionada con el ejercicio de la violencia contra la pareja (Ronfeldt & Kimerling, 1998; Truman & Tokan, 1996).

Al hablar del ejercicio del poder y por ende de la violencia, se pueden observar un gran número de manifestaciones, algunas de éstas son prácticas de dominación que acontecen en la vida cotidiana y que pertenecen al orden de lo micro, es decir de lo casi imperceptible, lo que se encuentra en los límites de la evidencia, actos que son clasificados como “micromachismos” (Bonino, 1995).

La identificación de la violencia en parejas como problema de salud pública ha representado una preocupación social, ya que sus características han significado un verdadero reto conceptual, metodológico e ideológico porque dependiendo de la perspectiva teórica o ideológica adoptada se priorizarán factores individuales, estructurales o culturales.

Se ha encontrado que son muchos los factores que intervienen en la violencia que se genera en las parejas, en este sentido la edad presenta una relación inversamente proporcional con la violencia de pareja. Asimismo, en investigaciones realizadas en torno a la violencia entre las parejas jóvenes destacan que ésta comienza desde los 15 a los 18 años, sobre todo la violencia de tipo psicológica a través de descalificaciones, y aumenta hacia los 20 a 24 años de edad de la mujer (Blázquez , 2009; Póo & Viztarra, 2008).

Santiago (2010) asegura que las mujeres en edades entre 25 y 35 años son las más propensas a experimentar violencia doméstica, sobre todo de tipo físico. Algunos autores incluso refieren que los inicios de dicha problemática en el noviazgo se presentan cuando son estudiantes a nivel secundaria; además hay un desconocimiento de que pueden estar siendo sujetos u objetos de violencia psicológica, por lo que a este tipo de violencia suele nombrársele violencia “invisible” (Hernando, 2007; Molina & Fernández, 2009; Póo & Viztarra, 2008; Rivera- Rivera, 2006;).

Según Corsi (2003), el papel que desempeñan los celos en la pareja es uno de los factores causales en la violencia de género.

Trujano y Mata (2002) encontraron en una muestra de mujeres adolescentes que las manifestaciones más frecuentes de la violencia, son aquellas en donde se

tiende a dañar la autoestima (violencia psicológica) y controlar las interacciones sociales (violencia social) y añaden el riesgo de no percibir o minimizar este ejercicio de poder puede llevar a una dinámica en la que sus miembros establezcan como pauta, relaciones de desigualdad.

Otros agentes que facilitan el control y el ejercicio de la violencia son las amistades que ejerzan o padecen violencia, lo cual se sustenta en que entre los pares se comparten los mitos de la violencia hacia las mujeres lo cual justifica y hace invisible la violencia (Truman & Tokan, 1996).

Por otro lado, el hecho de pertenecer a una comunidad proclive al uso de violencia, permite justificarla en las distintas relaciones porque es aceptada ya que los miembros de una comunidad, tienden a compartir normas y formas de resolución de conflictos similares (Malik, Sorenson & Aneshensel, 1997; O'Keefe, 1997).

Traverso (2000) señala que en el 46% de los casos de mujeres maltratadas físicamente, los abusos comenzaron entre el primer y tercer año de matrimonio; durante el noviazgo comenzaron en el 13% de los casos y en el 21% se inició después de diez años de convivencia.

Los jóvenes aprenden a relacionarse con una pareja reafirmando el dominio de lo masculino sobre lo femenino y con alta probabilidad de reproducir esta forma de dominación en parejas posteriores perpetuando así la violencia contra la mujer (Instituto Mexicano de la Juventud, 2007).

Se han buscado modelos alternativos al de las relaciones de violencia o maltrato y en la construcción de relaciones libres de violencia, a través de diversas propuestas. Una de ellas es la construcción de un modelo de *buen trato*, el cual puede entenderse como la acción y efecto de tratar, proceder o relacionarse consigo mismo(a), con otras personas o con la comunidad, a través de acciones o palabras, cuya intención es procurar bienestar en un marco de respeto y equidad, y que puede ser a nivel individual y relacional aplicable a las relaciones de pareja (Sanz, 2004; 2008).

En la presente investigación se hablará de *buen trato en la pareja*, entendiéndose como aquellos aspectos de la relación de pareja en las que se realizan acciones encaminadas a la búsqueda de la equidad en la convivencia y al uso de habilidades para resolver los conflictos presentados de manera no violenta.

Quarman (2001) señala que cuando los jóvenes forman pareja también están aprendiendo a relacionarse de acuerdo a las formas culturales que persisten en la sociedad occidental (IMJ, 2007).

De ahí el interés de esta investigación, ya que con este estudio se pretende indagar los significados atribuidos al ser hombre o mujer dentro de una relación de pareja; los significados de las conductas de la pareja que desde miradas particulares pueden clasificarse como indicadores de conductas violentas o no violentas, de la misma manera que se pretende identificar entonces, cuáles son los significados de las conductas que clasifican como de buen trato en la pareja.

## **MÉTODO**

Para realizar una propuesta de posibles preguntas de entrevista, tomamos como punto de partida que la violencia hacia las mujeres es el resultado de la organización patriarcal, la cual responde a un orden social genérico de poder cimentado en modo de dominio cuyo modelo es el hombre, en donde se asegura la supremacía de éstos y de lo masculino sobre la interiorización previa de las mujeres y lo femenino, por lo que se encuentra cotidianamente el establecimiento de un orden social basado en relaciones asimétricas entre mujeres y hombres asegurando el monopolio de poderes, dominio y autoafirmación del género masculino, esencialmente a partir de la dominación de las mujeres.

Bajo esta premisa, se ha planteado que la mujer y el hombre han aprendido y aprehendido la normalidad de la dominación masculina a través de la internalización de sus modelos hogareños, aspecto que suele minimizar visibilización de la violencia.

Es así que fundamentalmente en el espacio familiar es en donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que al naturalizarse pasan a ser habituales y llegan a legitimarse.

Por otro lado el *buen trato*, es un modelo basado en la forma de relacionarse a través de acciones, cuya intención es procurar bienestar en un marco de respeto y equidad en las relaciones de pareja.

Desde este marco, las preguntas que se propusieron para la presente investigación fueron ordenadas en dos ejes temáticos: 1. género y violencia 2. buen trato en la pareja. Dichas preguntas se aplicaron a ambos miembros de la

pareja en la sesión de entrevista, dirigiendo las preguntas relacionadas con “ser mujer” a ella, y las relativas a “ser hombre” a él.

### *Participantes*

Para el presente estudio se entrevistó a una pareja del Centro Comunitario San Lorenzo, I.A.P., de la zona de Iztapalapa, en el Distrito Federal, quienes solicitaron apoyo por problemas en la relación de pareja.

La pareja entrevistada, tenían una relación de pareja de 2 años, estaba formada por una mujer de 20 años y un hombre de 22 años, ambos tenían una hija de un año y medio de edad. La escolaridad de ella era bachillerato trunco y él contaba con carrera técnica. Ella se dedicaba al hogar y él se dedicaba a las ventas. Reportaron como problemática problemas en su relación de pareja (violencia). No habían tenido un proceso terapéutico, anteriormente.

### *Preguntas contenidas en la entrevista semiestructurada*

#### *Eje temático: género y violencia*

1. ¿Qué significa para ti ser mujer? ¿Qué significa para ti ser hombre?
2. ¿De dónde aprendiste a ser mujer/hombre?
3. ¿De dónde has aprendido a ser mujer /hombre en tu relación de pareja?
4. ¿Cuál es tu idea de ser mujer/hombre en una relación de pareja?
5. ¿Qué se esperaría de ti como mujer/hombre en una relación de pareja?
6. ¿Cuándo escuchas nombrar a la violencia, en qué piensas?
7. ¿Qué significa para ti la violencia?
8. ¿Qué consideras violencia en una relación de pareja?
9. ¿Qué considerarías violencia en tu relación de pareja?
10. ¿Quién te ha dicho que eso es violencia?
11. ¿En dónde escuchaste que eso es violencia?
12. ¿De dónde aprendiste que eso es violencia?

#### *Eje temático: Buen trato en la pareja*

1. ¿Qué significa para ti el buen trato en una relación de pareja?
2. ¿Qué cosas consideras buen trato en una relación de pareja?
3. ¿Alguna vez has experimentado buen trato en tu(s) relación(es) de pareja?
4. ¿En qué situaciones has experimentado buen trato en relación de pareja?
5. ¿Piensas que la mirada que tienes respecto tu relación de pareja es diferente a la de tus papás?
6. Después de contestar esto, ¿qué pensamientos vienen a ti o cuáles son tus reflexiones?

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se presenta de manera descriptiva y sintética la codificación abierta de la información obtenida a partir de la entrevista realizada a ambos miembros de la pareja, aglutinada con base en los discursos vertidos de contenidos similares, los cuales se rotularon e función de dichos contenidos. Asimismo, se incluyen tablas con extractos significativos de las respuestas dadas por la pareja durante la entrevista, para ejemplificar los temas revisados.

### *Eje temático: género y violencia*

En cuanto a este eje, se encontró que la joven conceptualizó ser mujer como sinónimo de feminidad, de arreglarse, y con el hecho de ser madre, mientras que para él, ser hombre lo conceptualizó como el proveedor del hogar. Los roles de género en su relación de pareja los conciben en el caso de él, trabajar de manera remunerada fuera de casa, mientras que para ella, es la realización de las tareas domésticas y la crianza.

El aprendizaje de los roles de género para él provino de parte de su padre y madre y principalmente de su abuelo y abuela; en el caso de ella, es algo que aprendió de su padre y madre. En el caso de él, el aprendizaje de roles de género se redujo a proveer de objetos materiales, asimismo, espera que las mujeres sirvan a los varones. Ella no se apega de manera fiel al rol tradicional de las mujeres, como reducidas al espacio doméstico, ya que aspira hacer una carrera y tener un negocio. Ambos expresan alguna inconformidad con respecto a los roles que ambos siguen (Tabla 15).

En cuanto a la violencia, se conceptualiza como tal los insultos, y su aprendizaje provino de la familia de origen en él y, en el caso de ella, ignora cómo lo adquirió.

Tabla 15. Codificación descriptiva de resultados del eje temático Género y violencia

Tema	Ejemplo
Concepto de ser mujer	Ella: <i>“Sí, pues el feminismo, bueno, ser femenina me gusta mucho. Arreglarme, maquillarme, o sea, eso a mí me gusta, el ser mujer. Tener un bebé en el estómago me encantó”</i>
Concepto de ser hombre	Él: <i>“La cabeza del hogar, que provee todo...”</i>
Roles de género en	Ella: <i>“Ahorita mis funciones son atender a R (hija) principalmente, este...y</i>

la pareja	<p><i>hacer las cosas que yo pueda hacer. O sea, en la casa, hacer el quehacer que yo pueda, y a ver si tengo cosas en la casa para hacer de comer, hacer la comida, ir por R (hija) y tener la ropa limpia si puedo, o sea, tampoco soy una máquina para hacer quehacer”.</i></p> <p>Él: “Pues es que ... tengo que trabajar... como que no hay de otra... (risas) trabajar... trabajar... y trabajar...”</p>
Aprendizaje de roles de género	<p>Ella: “Ah, pues lo que aprendí de mi mamá es que una mujer tiene que tener su comida y su casa limpia. Pero, o sea, yo no estoy siguiendo eso, yo quiero tener una carrera y hacer otras cosas... y es lo que trato de hacer tooodos los días, porque yo sola hago todo... O sea, yo también quiero tener una carrera, quiero ser profesionista, quiero trabajar, tener mi negocio...”</p> <p>Él: “He visto a las otras parejas, y entonces el hombre llega a la casa, y la mujer debe tener su casa impecable, y darle de comer y eso... (Aprendí) con mi papá, nunca me faltó nada, comida, vestido no me faltó...”</p> <p>Mis abuelitos, los dos trabajaban en el mismo lugar, y todavía llegaba mi abuelita, hacía muchísimas más cosas ella... y todavía llegaba y le tenía dar de comer (a su abuelo), le servía todo, o sea, él no movía ni un dedo...”</p>
Tareas domésticas y roles de género	<p>Él: “A mí nadie me dijo, tienes que trabajar, y te voy a enseñar a trabajar, a mí nadie me enseñó. Entonces, si ahorita no hay nadie quien lo haga (las tareas domésticas), ella lo tiene que hacer, lo hace, pero por el momento, si no tenemos alguien que nos ayude, ella lo tiene que hacer. O sea, yo me voy a trabajar, ni modo que yo todavía llegue a hacerlo”.</p> <p>Ella: “Oye, pero tú no haces el quehacer. Yo me la paso recogiendo tu ropa por todos lados.</p> <p>Y ya después voy y lo recojo también, porque pues no me gusta estar así tampoco. Pero cuando tengo tiempo, porque yo casi todo el tiempo me la paso ocupada en la casa, yo jamás me acuesto, cuando estoy en mi casa, no me siento a tomar un vaso con agua, todo el tiempo estoy haciendo algo. Yo todo el tiempo me tengo que hacer cargo de toda la casa, y yo creo que me ha ayudado tres veces a arreglar la casa, así como dice. Sí ha hecho muchas cosas en un día (él), pero lo ha hecho como tres veces en todo el tiempo”.</p>
Violencia	<p>Él: “Groserías... golpes no, nunca”.</p> <p>Ella: <i>Es que yo soy muy grosera... pero para mí no es tanto las groserías porque, no... para mí son como los insultos... cómo le hablas a esa persona con coraje, así, grosero... Bueno, la grosería es pendejo, ¿no? Y un insulto es empezar a decir: “tú eres una estúpida, eres una huevona, no sirves para nada”, eso para mí es un insulto”.</i></p> <p>Él: “Ah, sí, porque como yo le digo, ella me dice, entonces (risas)... Yo no me dejo, ella no se deja, ella quiere ganar, yo quiero ganar...”</p>
Poder y control	<p>Él: “Pero... yo no quiero que (ella) trabaje en cualquier lado, no me gustaría que cualquier hombre la mande ahí en el trabajo, eso no está padre... es que hay muchas cosas que se ven que, porque bueno, mi esposa no es fea, entonces, cualquier hombre va a querer llegar a mangonearla, y oye, va a ganar más, y yo no quiero eso”.</p>
Aprendizaje de la violencia	<p>Él: “Mi familia, de mis papás, así se hablaban. Ahorita ya están separados”.</p> <p>Ella: “Y de hecho yo no, yo me di cuenta cuando me pasó a mí, porque yo nunca había visto a mis papás así. O sea, yo me di cuenta que eso no estaba bien cuando ya yo lo estaba viviendo, porque yo jamás había visto que alguien se tratara así”. [Ella se refería a que no recuerda haber visto violencia entre sus padres; la empezó a experimentar en su actual relación de pareja]</p>



*Eje temático: buen trato en la pareja*

Él conceptualiza que el buen trato es ceder a lo que la otra persona quiere; también lo relaciona con estar presente emocionalmente en la relación.

Mientras que para ella, el buen trato se presenta cuando se han separado como pareja y, al reanudar la convivencia, él cambia a un trato más cordial hacia ella. También lo asocia al contacto físico que pueda tener él para con ella y comportamientos cordiales como abrirle la puerta (Tabla 16).

Tabla 16. Codificación descriptiva de resultados del eje temático buentrato en la pareja

Tema	Ejemplo
Concepto de buentrato	<p>Ella: <i>“(Cuando)todo el día me está tratando bien, está de cariñoso, así como yo quiero que él sea, que sea cariñoso, me abraza, me besa, me está diciendo: “Ay, mi amor, te amo”, y cosas así. Pero él nunca es así, de que cualquier tarde me diga “Oye, Te amo” Y que me trate bien en todos los aspectos, o sea, en todo... Si me subo a la camioneta, me abre la puerta. Si este, no sé, me da todas las atenciones, me habla bonito, eso para mí es un buen trato”.</i></p> <p>Él: <i>“No preocuparme tanto, no presionarme de tantas cosas que tengo en la cabeza, y dejar a un lado lo del trabajo y estar más con ella, nada más... porque sí estoy ahí pero no estoy ahí, ¿sí me entienden? (risas) Estoy ahí, pero no...”</i></p> <p>Ella: <i>“Yo considero buen trato cuando regresamos. Cuando siempre que nos separamos y nos regresamos, eso es buen trato”.</i></p> <p>Él: <i>“Cuando hago lo que ella quiere y lo hago bien”.</i></p>

*Temas adicionales*

Durante la entrevista la pareja vertió información que, aunque no estaba contemplada en el bagaje de preguntas de los ejes temáticos, apareció de forma reiterada como un tema relevante en su relación. Estos temas versaron sobre las expectativas y el establecimiento de acuerdos en la relación de pareja. Para ella, la expectativa de la pareja versaba sobre la unión; en cambio, él hace alusión a una expectativa sobre mantener la relación de pareja como en el noviazgo, lo cual se contrapone con el hecho de ser padre y madre. En el caso del establecimiento de acuerdos, ambos coinciden en que les es difícil establecerlos en la relación de pareja (Tabla 17).

Tabla 17. Codificación descriptiva de resultados de los temas Expectativas y establecimiento de acuerdos en la relación de pareja

Tema	Ejemplo
Expectativas en la pareja	<p>Ella: <i>“Pues yo esperaba... mucha unión, cosa que ahorita no hay. Estamos juntos, pero no estamos... o no queremos estar juntos, estamos porque tenemos que estar así”.</i></p> <p>Él: <i>“Es que tener un hijo ya es... pues cambia todo, todo, todo... porque, cuando se es novios, pues si no tengo para ir al cine, pues no vamos y nos quedamos, ahorita es algo que ya necesitas tener dinero para pagar todo, todo ... es muy diferente, es algo muy, muy diferente”.</i></p>

---

Establecimiento de acuerdos en la relación de pareja	de Él: <i>“Pues si nos cuesta, pero porque ella quiere hacer lo que ella quiere”.</i> Ella: <i>“Y él igual... o sea, nunca podemos llegar a un acuerdo, porque empezamos a pelear, para todo, cualquier tema que tengamos que hablar, es terminar en una pelea”</i>
--	--

---

Una vez recolectada la información, a través de la entrevista y la observación, se realizó un análisis inicial de los mismos, es decir se llevó a cabo un análisis especulativo, el cual es propuesto por Woods (1987), a partir del cual se formularon juicios iniciales acerca de los datos colectados. Lo anterior auxilió a que la masa de información obtenida fuera ordenada de forma sistemática, mediante la clasificación y la categorización de la información de la entrevista realizada, aspecto que permitió darle un orden a la narrativa de manera coherente, completa, lógica y sucinta.

En el esquema original, con base en la teoría, se presentaron dos ejes temáticos (Eje 1: Género y violencia; Eje 2: Buen trato en la pareja), de manera que, derivado del análisis se agregaron dos categorías al trabajo propuesto inicialmente, las categorías que se derivaron del trabajo de campo fueron: Relaciones de poder y relaciones de pareja.

Otra fase del análisis que realizamos fue la extracción de fragmentos de entrevista, los cuales fueron agrupados de acuerdo a la similitud de contenido, el criterio que consideramos fue que las fracciones de entrevista correspondieran a una misma categoría, dando como resultado clasificaciones sólo a partir de los datos de campo, mismas que se encuentran comprendidas en las categorías que realizamos en el análisis previo.

De esta manera los ejes temáticos que obtuvimos a partir del trabajo de campo fueron cuatro: 1) relaciones de poder; 2) violencia; 3) buen trato y 4) relaciones de pareja.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Sabemos que vivir en pareja significa compartir un espacio común, en el que se requiere equilibrar lo que demanda el espacio privado y el público, en una sociedad regida por roles tradicionales de género, lo que puede ser complicado para los jóvenes que deciden formar una pareja.

Establecer acuerdos sobre las responsabilidades familiares en la pareja es fundamental. En relación a ello, se puede observar que cuando la pareja no

establece acuerdos previos sobre los roles domésticos de cada uno, las expectativas de cada uno son diferentes, las de la mujer son que el hombre apoye en la labores del hogar y cuidado de los hijos. En este caso, al no suceder esto, empiezan a discutir.

También encontramos que cuando no se realizan acuerdos con respecto a las responsabilidades familiares, pasan con facilidad al terreno de la violencia, ya que pueden llegar a pensar que lo que el otro pide no le corresponde hacerlo, de manera que cuando se sienten invadidos o amenazados esto puede transitar al terreno de la violencia, como ocurrió en el tema de las responsabilidades familiares, que incluye el aseo del hogar y el cuidado de los/as hijos/as.

Cuando inicia la relación de pareja, se puede comenzar a establecer conductas, formas de comunicarse y formas de relacionarse violentas, que se normalizan al vivir en pareja y es entonces cuando se comienza a invisibilizar la violencia. Al respecto Díaz, et al. (2006) mencionan que en el espacio familiar es en donde existen las conductas y formas de relaciones violentas que al naturalizarse pasan a ser habituales y llegan a legitimarse, lo que hace difícil su reconocimiento.

También en esta investigación observamos que cuando se establece una relación de pareja, lo que les resta es añorar lo que pasó durante el noviazgo, donde todo era diversión y cuando se peleaban bastaba con que cada uno se fuera a su casa.

A partir del trabajo de campo, encontramos que en la tipificación de la violencia realizada por los miembros de la pareja entrevistada, no se incluyen todos los tipos identificados en la literatura o en la Ley (Andrés, 2004; Corsi, 1994; INMUJERES, 2007; LGAMVLV, 2007; Ramírez, 2000). Lo cual contrastó con una idea preconcebida que como investigadoras teníamos con respecto a que los/as jóvenes podrían identificar la violencia y sus tipos, en virtud de que existen en la actualidad campañas de información permanente para prevenir e identificar la violencia desde el noviazgo.

Una situación similar se presentó referente al aprendizaje de los estereotipos de género: llegamos a hipotetizar que una pareja joven podría poseer creencias de género no tradicionales; sin embargo, a través de la entrevista encontramos que aún tienen internalizados dichos estereotipos, ya que los modelos alternativos de ser hombre y ser mujer no son tan asequibles, por lo que sus referencias aún son de dos generaciones arriba (abuelo/abuela), en las cuales la educación con roles de género tradicionales está presente y eso es lo que ahora rige su relación de

pareja, como señala Papp (1988) estas ideas se entrelazan para formar las premisas rectoras o reglas operantes en la relación de pareja.

Ligado a los roles de género y al poder que ejerce el hombre sobre la mujer, se pudo observar la manifestación de celos, lo cual lleva a controlar a la pareja, considerando lo que menciona Corsi (2003), que en la pareja el papel que desempeñan los celos es uno de los factores causales en la violencia de género.

El estereotipo del hombre como “el proveedor” se manifestó claramente, vinculado al control sobre la mujer para evitar que pudiera desempeñarse en el espacio laboral, considerándola como objeto sexual susceptible de ser abordada por otros hombres, con los cuales, según un modelo de masculinidad tradicional, entra en competencia, coincidiendo con lo que ha descrito Ramírez (2000) sobre dicho modelo de masculinidad.

Sobre el tema del buen trato, encontramos que fue difícil identificar las conductas de buen trato e incluso, identificar el mismo concepto tal como Sanz lo propone (2004; 2008), ya que la pareja lo asoció con situaciones de complacencia, fuera de una condición de igualdad entre sus miembros, lo cual demuestra la novedad del concepto para esta pareja, que se ha desenvuelto dentro de un modelo cotidiano de relación desde el maltrato (Sanz, 2004).

Lo anterior nos lleva a considerar que aunque las parejas jóvenes están permeadas por información sobre participación equitativa del hombre y la mujer, en actividades laborales, familiares, sexuales, etc., y tienen acceso a un nivel más alto de educación escolarizada, observamos que finalmente los estereotipos de género permean las relaciones en donde se siguen los patrones tradicionales aprendidos sobre qué tienen que hacer un hombre y una mujer en una relación de pareja.

En el caso que se analiza en este artículo, es muy importante considerar que en ambas familias de origen hubo violencia. Es asombroso ver cómo las relaciones de buen trato no son ni siquiera consideradas como posibles en esta relación, pareciera que es algo que no saben cómo hacer, ya que la felicidad o tranquilidad de esta pareja se encuentra basada en las exigencias hacia el otro “*que haga lo que le corresponde*” de acuerdo a lo que se dice socialmente para un hombre y una mujer, para así estar bien.

Es por ello que consideramos de suma importancia informar a los jóvenes sobre las diferencias entre responsabilidades y obligaciones/deberes en el noviazgo y en la vida en pareja, así como promover formas de relación alternativas a la

violencia, que les permitan acceder a diferentes formas de vivir en pareja y una de ellas es a través del buen trato, desde el cual se propone el aprendizaje de relaciones desde la autonomía, la equidad, el respeto y la no violencia, que sería ideal promover no sólo desde la juventud, sino desde las etapas más tempranas, a través de los distintos canales de socialización: la escuela, los medios de comunicación, así como el entorno familiar.

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

El desarrollo de habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento implica que los estudiantes en formación logren aplicar los conocimientos adquiridos de forma teórica, logrando diseñar intervenciones que incidan en la salud comunitaria, ya sea a nivel preventivo o de tratamiento en las familias o grupos sociales.

Asimismo, se pretende que los estudiantes en formación participen en espacios de difusión del conocimiento en foros académicos y de investigación, en donde se divulguen los hallazgos encontrados.

#### **3.3.1 Productos Tecnológicos**

##### **Producto Tecnológico 1**

Actividad: Taller “Familiograma”

Facilitadoras: Selene Flores Pacheco y Lizet Artemiza Virgen Arias/ Aurora Quiroz

Resumen: Se facilitó el taller teórico-práctico “Familiograma” en el centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la facultad de Psicología de la UNAM, asistieron 25 participantes que prestan su servicio en diferentes áreas. El taller tuvo una duración de dos horas y media, tiempo en el que los asistentes adquirieron las nociones teóricas a partir de la propuesta de Mc Goldrick, necesarias para elaborar familiogramas de manera clara, permitiendo así un mejor manejo del expediente clínico. Al finalizar el taller, a partir de un caso clínico, los participantes fueron capaces de elaborar un familiograma con los elementos necesarios es decir, el trazado de la estructura familiar y el delineado de las relaciones.

*Objetivo:*

Que las y los participantes logren adquirir los elementos y las nociones teóricas a partir de la propuesta de Mc Goldrick, para elaborar familiogramas, que sean de utilidad en el trabajo clínico que desempeñan cotidianamente, específicamente el manejo del expediente clínico.

*Justificación:*

En el Centro de Servicios Psicológicos todas las personas que colaboran, realizan entre otras actividades, preconsultas e historias clínicas, por lo que es de suma importancia que tengan un adecuado conocimiento de los rubros que se comprenden en el expediente clínico, entre ellos el esquema del núcleo familiar, es decir, el familiograma; pero es importante tomar en cuenta que muchas de las personas que proporcionan atención psicológica a pacientes dentro del centro, no han tenido la información necesaria para llenar el apartado en donde se comprende el familiograma, por lo que es frecuente que elaboren esquemas incompletos, que no reflejan la dinámica del contexto familiar del paciente, por lo que este taller fue una propuesta de capacitación que contribuyera a un mejor manejo de la información del expediente clínico.

*Población:*

Participaron 25 personas, entre ellos, supervisores, prestadores de servicio social, practicantes profesionales o voluntarios, del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

*Características del taller:*

El taller fue dirigido a psicólogos que prestan servicios en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, la duración fue de dos horas y media, fue facilitado en una sala amplia en donde los y las participantes se pudieron integrar en equipos para realizar las actividades propuestas.

*Contenido:*

Tabla 18 .Taller “Familiograma”		
Actividad	Objetivo	Dinámica
Presentación del taller.	Dar a conocer el curso y los objetivos que se pretenden en el mismo.	Se presentara el objetivo del taller, de manera grupal.
¿Qué esperas del taller?	Tener una idea de cuáles son las expectativas sobre el taller.	Se les solicita a los participantes que comenten qué es lo que esperan del taller.
¿Cómo hacemos los familiogramas?	Saber cuáles son las habilidades que poseen los participantes respecto a la elaboración e	Se integran 5 equipos de 4 personas. Se lee una viñeta al grupo, de la cual elaboraran un familiograma el cual

	interpretación de los familiogramas y cuáles se requiere reforzar o modificar.	se trabaja por equipo y se representa en un papel bond, el cual se retoma en la actividad ¿Qué nos hizo falta?.
Los elementos del familiograma	Llevar a cabo una revisión breve de los elementos trabajados por Mac Goldrick para la elaboración del familiograma.	Exposición de los elementos necesarios para elaborar un familiograma.
¿Qué le hizo falta?	Identificar cuáles son los elementos faltantes o que se deben mejorar al momento de elaborar un familiograma.	Se lee nuevamente la viñeta y con ello se realiza una revisión de la actividad ¿Cómo hacemos los familiogramas?, de manera que puedan ubicar los elementos faltantes o erróneos en el familiograma que realizaron previamente.
Un caso práctico	Que los participantes logren obtener la información necesaria para elaborar un familiograma y plasmarlo de manera que sea claro y entendible para las personas que consultan el expediente clínico.	Una de las facilitadoras simula un caso, mientras que los participantes, integrados en equipos de 4 personas, con el apoyo de una de las facilitadoras, realizan preguntas a los y las participantes que les ayuden a obtener la información necesaria para elaborar el familiograma. El familiograma lo trabajan de manera individual y al final lo trabajan por equipo para presentarlo al resto del grupo.
Evaluación	Los participantes llenan un formato de satisfacción del taller	

## Producto Tecnológico 2

Actividad: Taller “Promoviendo relaciones de buen trato en las familias”

Facilitadoras: Selene Flores Pacheco y Lizet Artemiza Virgen Arias

Resumen: Se facilitó el taller teórico-práctico “Promoviendo relaciones de buen trato en las familias” en el marco de la quinta jornada de la Sexualidad y de la Salud Comunitaria desde la Terapia de Reencuentro en la facultad de Psicología de la UNAM. El taller estuvo dirigido a la comunidad universitaria. Durante 2 horas se realizó una revisión teórica de los conceptos principales de la terapia del Reencuentro, la cual fue acompañada por diversos ejercicios vivenciales. Al finalizar el taller, las y los participantes lograron identificar las nociones generales de la propuesta desde la terapia del reencuentro, logrando ubicar algunas formas de aplicación en su relación con la propia familia.

*Objetivo:*

Que las y los participantes logren identificar y poner en práctica relaciones de buen trato dentro en su familia a través de una revisión conceptual y ejercicios vivenciales.

*Justificación:*

Uno de los objetivos de la Terapia del Reencuentro es establecer relaciones de buen trato con las personas que nos rodean, que nos permita reencontrarnos con *relaciones armoniosas*, relaciones de *buen trato*, a nivel interior, relacional y social y que al mismo tiempo nos ayude a vivir en un mundo *interdependiente*, encontrándonos como seres humanos cooperativos, solidarios, conociendo nuestras dificultades y afrontando conflictos de manera no violenta, de manera que en el marco de la quinta jornada de la Sexualidad y de la Salud Comunitaria desde la Terapia de Reencuentro, se consideró este taller para trabajar a nivel teórico y sobre todo vivencial en el contexto en de las relaciones familiares, en donde las personas establecen las relaciones más significativas.

*Población:*

Participaron 32 personas, 15 que pertenecían a la comunidad universitaria, además de 17 mujeres que trabajaban como educadoras con niños preescolares.

*Características del taller:*

El taller fue dirigido a estudiantes de la licenciatura de Psicología así como a educadoras interesadas en la terapia del Reencuentro, la duración del taller fue de tres horas, fue facilitado en una sala amplia en donde los y las participantes pudieron integrarse en equipos para realizar las actividades propuestas.

*Contenido:*

Tabla 19. Taller “Promoviendo relaciones de buen trato en las familias”		
Actividad	Objetivo	Dinámica
Presentación	Bienvenida a los y las participantes del taller y encuadre.	Se comentará el propósito del taller y la importancia del mismo, así como el flujo temático del taller.
Para mí ¿qué es una familia?	Que los participantes logren identificar qué define a las familias.	Con “lluvia de ideas” se pretende que las y los asistentes a partir del conocimiento empírico y teórico identifiquen las configuraciones de las familias, qué es lo que define a una familia, vínculos consanguíneos y afectivos, así como funciones que están



		asociados a aspectos culturales (deber, expectativas).
Los malos tratos en las familias	Que las y los participantes identifiquen qué otros tratos existen en las familias además los vínculos positivos.	Se genera una actividad en la cual las y los participantes tratan de identificar los tipos, las frases, actitudes y comportamientos de maltrato, las cuales se plasman en un papel bond. Posteriormente se genera una discusión de cómo los malos tratos afectan las personas y la dinámica familiar.
El Buen trato en las familias	Identificar las nociones generales del buen trato.	Se favorece que las personas expresen sus ideas respecto a qué es el buen trato y las formas en las que se vive. Enfocando de qué forma los buenos tratos influyen en la dinámica de las familias.
Si o no	Que las y los participantes experimenten diferentes formas de comunicarse.	Se les pide que en parejas, con mímica un participante haga una petición al otro, quien se da la oportunidad de decir si o no de diferentes formas, atendiendo a las emociones que evoca. Después se cambian los papeles.
Familias afectivas	Introducir la noción de la familia afectiva.	Se introduce la noción de familia afectiva y se trabaja con la actividad Construyendo mi familia afectiva. Promoviendo que las personas se pregunten a quién incluiría como parte de su familia afectiva.
Caricia Verbal	Que los participantes vivan	Se hacen dos círculos concéntricos uno dentro y otro afuera. El círculo de afuera gira en sentido contrario al de adentro. Cada persona del círculo de afuera le hace una caricia verbal a la persona de adentro. Frases como, “eres muy inteligente, lo digo porque tus comentarios me ayudaron mucho”, “tu sensibilidad y buen ánimo me inspira a hacer y lograr cosas”

### 3.3.2 Programa de intervención comunitaria

Taller ***S.O.S mi hij@ no obedece***

Facilitadoras: Selene Flores Pacheco y Ana Laura Romero González

Hoy, en muchas familias, la pareja de padres comparte responsabilidades domésticas y el cuidado de los hijos, muchas madres trabajan fuera de casa y en otros casos muchos niños viven sólo con uno de sus progenitores.

Una condición particular es que los padres y los hijos hoy en día sufren mucha más presión de tiempo y asumen muchas más responsabilidades, a partir de estos y otros factores, es que los padres, al estar tan ocupados, necesitan imperiosamente que sus hijos se comporten de forma responsable (Durán, et al., 2004).

Sin embargo, los padres en muchas ocasiones se encuentran en un dilema, discrepan del enfoque de sus propios padres en cuanto a la educación que han recibido, pues en el pasado, la disciplina se basaba en el autoritarismo y ante esto, se sienten en la necesidad de explicar y justificar lo que hacen y ser más receptivos a las preocupaciones de sus hijos o bien son consecuente lo que sus hijos hacen, sin recordar que también tienen derechos como personas y obligaciones como padres y, desde estas premisas, su función como padres consiste en establecer los parámetros para aprender la disciplina y conservar el derecho de ser la autoridad en la familia (Durán, et al., 2004).

La función que desempeñan los padres para la crianza de los hijos y las hijas requiere de diversas habilidades para el manejo y enfrentamiento de procesos inherentes al desarrollo de los niños y las niñas, una de estas, es la disciplina, la cual puede ser una de las partes más difíciles de su labor (Herbert, 1994).

En ocasiones la dificultad podría estar en saber cuándo, cómo y en qué grado aplicar la disciplina, de ahí la importancia de que conozcan o adquieran estrategias eficaces para disciplinar a sus hijos e hijas, ya que la disciplina ayuda a que los niños y las niñas aprendan a identificar las consecuencias de su comportamiento y a controlarlo; lo que eventualmente el aprendizaje de la disciplina los responsabilizará de sus acciones (Gootman, 1997; Durán, et al., 2004).

Pero, es importante considerar que la disciplina no es algo que los adultos impongan a las niñas y niños, sino más bien es algo que se hace con ellos, como parte del proceso de aprendizaje (Durán, et al., 2004).

Como una forma de contribuir, desde la terapia familiar, a esta problemática que aqueja a muchas familias que acuden al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, se diseñó el taller ***S.O.S mi hij@ no obedece***, el cual se contempló con un cupo mínimo de 10 y máximo de 15 participantes.

El objetivo de este taller fue que los cuidadores adquirieran herramientas útiles y prácticas, que los acercaran a una manera diferente de solucionar situaciones que

podieran ser problemáticas respecto la crianza, y de esta manera favorecer una disciplina positiva con los niños y niñas.

El taller estuvo dirigido a mamás, papás y otros cuidadores de niños y niñas entre los tres y doce años, estuvo distribuido en cuatro sesiones de dos horas cada una, el taller se brindó las fechas 18, 25 de abril y 2 y 9 de mayo de 2013. Se llevó a cabo en un salón ubicado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Al inicio del taller asistieron ocho participantes en total, siete de ellas fueron mamás y una persona era abuela a cargo del cuidado de su nieto, en la segunda sesión el número se redujo a siete.

En las sesiones las asistentes adquirieron información que acompañada de actividades y dinámicas, les permitieron adquirir y desarrollar competencias para favorecer la disciplina con sus hijos e hijas.

Los temas que se abordaron en las sesiones fueron dos, en general, pero estos se dividieron en una serie de temas que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 20. Contenido del taller *S.O.S mi hij@ no obedece*

<b>Sesión</b>	<b>Temas</b>	<b>Contenidos</b>
Primera 28 de abril de 2013	Etapas de desarrollo	Características de los niñ@s de acuerdo a su edad
Segunda 25 de abril de 2013	Disciplina positiva	Qué es la disciplina positiva Normas y límites
Tercera 2 de mayo de 2013	Disciplina positiva	Consistencia Consecuencias
Cuarta 9 de mayo de 2013	Disciplina positiva	Reconocimiento Autoestima

Al final del taller se aplicó una evaluación, el propósito fue evaluar la calidad del taller, el material empleado para la impartición del mismo así como la percepción que tuvieron las participantes respecto al espacio físico en el que se facilitó. Además de la evaluación a nuestro desempeño como facilitadoras del taller.

Los resultados de la evaluación reflejaron que el 62% de las participantes calificaron el taller como bueno, el 25% como excelente y sólo el 13% como regular. La única sugerencia que recibimos fue que se ampliara el taller a un mayor número de sesiones, con lo cual coincidimos totalmente.

Al conversar respecto a nuestra vivencia en el taller S.O.S mi hij@ no obedece, la primera opinión compartida es que durante el taller nos sentimos cómodas, apoyadas y sobre todo respetadas en nuestra forma de trabajo así como en nuestros puntos de vista, lo cual nos permitió disentir y opinar diferente dando oportunidad a las participantes que escucharan diversas de opiniones.

Además, las dos coincidimos en que si tuviéramos la posibilidad de volver a brindar el taller, sería con la misma estructura y por supuesto con el mismo entusiasmo y compromiso que vivimos sesión con sesión. Tal vez un aspecto que valdría la pena considerar es modificar el horario en el que se brindaría ya que más temprano o más tarde les sería más cómodo, otro aspecto que valoraríamos es reducir el rango de edad para poder abordar más ampliamente las características de desarrollo pero al mismo tiempo consideramos que un grupo con cuidadoras que tienen hijas o hijos de diversas edades da la oportunidad a compartir aprendizajes que ha dejado la experiencia de haber pasado por una etapa particular en el desarrollo de sus hijas o hijos.

Y finalmente consideramos que gracias al apoyo y la cooperación de todas las que formamos parte de este taller, se propició un espacio de confianza para que las personas externaran sus dudas, inquietudes y preocupaciones así como su experiencia y sabiduría que se adquiere con las experiencias de vida.

### **3.3.3 Constancias de asistencia a eventos académicos.**

#### Participación en Segundo Congreso de Alumnos de Posgrado

En el marco del Segundo Congreso de Alumnos de Posgrado, que se llevó a cabo el 24 y 25 de abril de 2012, se presentó la investigación *Factores familiares y religiosos asociados a la depresión en adultos mayores*, (autores Flores-Pacheco Selene, Huerta-Ramírez Yolanda, Herrera-Ramos Oswaldo y Alonso-Vázquez Omar) que se realizó durante el primer semestre de formación de la Maestría.

Este proyecto de investigación se realizó considerando la incidencia de la depresión en adultos mayores, población que va en aumento, de manera que es indispensable llevar a cabo investigación en relación a estos temas para identificar herramientas que permitan implementar estrategias de intervención.

### Participación en el Segundo Coloquio Estudiantil: Repensando la Psicología

En colaboración con Romero-González Ana Laura y Virgen-Arias Lizet Artemiza desarrollé la investigación con metodología cualitativa, la cual se presentó en el marco del Segundo Coloquio Estudiantil: Repensando la Psicología que se llevó a cabo del 6 al 8 de febrero de 2013, en la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria. El título de la investigación presentada fue *El significado de ser mujer y ser hombre en parejas jóvenes: un estudio de caso*, el interés de trabajar este tema estuvo en relación al incremento de la violencia, especialmente en las relaciones de pareja jóvenes.

### Asistencia al Segundo Congreso Internacional en Terapia Breve y Familiar: Buscando los caminos de la integración

Como actividad complementaria a la formación de la maestría, asistí al *Segundo Congreso Internacional en Terapia Breve y Familiar: Buscando los caminos de la integración*, organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja y la Unidad de Posgrados de la Familia y la Pareja, del 29 de marzo al 1 de abril de 2012, en la ciudad de Puebla, México.

En dicho congreso tuve la oportunidad de conocer el trabajo de diferentes personalidades tanto nacionales como internacionales, que trabajan diferentes problemáticas desde enfoques diversos.

### Asistencia al seminario “Terapia Sexual Sistémica: El abordaje relacional de la sexualidad” y “La posición plural del saber en el Proceso Terapéutico”

Durante la maestría, también tuve la oportunidad de asistir al seminario “Terapia Sexual Sistémica: El abordaje relacional de la sexualidad” y “La posición plural del saber en el Proceso Terapéutico” que fue impartido por la Dra. Teresa Arcelloni y la Dra. Umberta Telfener, organizado por el Centro Milanese di Terapia della Famiglia el 29 y 30 de septiembre de 2012. Este seminario me dio la oportunidad de conocer la aplicación de la epistemología que sustenta el modelo de Milán desde el desarrollo de Boscolo y Cecchin, pero en problemáticas concretas como por ejemplo en aspectos relacionados a la sexualidad.

### 3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

La formación en terapia familiar tiene como propósito formar profesionales con valores éticos y de compromiso social, que muestren una actitud de respeto, tolerancia, sensibilidad, confidencialidad y compromiso, hacia los pacientes pero también hacia las ideas y concepciones de los miembros que conforman el equipo de trabajo.

Al respecto, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (s/f) señala una serie de lineamientos éticos que deben de conducir el trabajo de los terapeutas familiares, los cuales, se describen a continuación de manera sintética:

- *Responsabilidad con los pacientes:* que implica procurar el bienestar de las familias y de los individuos, así como respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda, y llevar a cabo esfuerzos necesarios para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.
- *Confidencialidad:* que representa mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las conversaciones de cada uno de los pacientes.
- *Capacidad e integridad profesional:* la integridad profesional comprende dos áreas, la personal y la académica; en lo que respecta al primer punto, los terapeutas buscarán el apoyo profesional necesario para solucionar sus problemas o conflictos personales que pudieran deteriorar el desarrollo de su trabajo o juicio clínico. De la misma manera los terapeutas deberán mantenerse actualizados en las investigaciones, en el conocimiento y en la práctica de la terapia familiar a través de actividades de educación continua.
- *Responsabilidad con los participantes de investigaciones:* respetar la dignidad y protegerán el bienestar de los participantes en la investigación, de manera que deberán examinar cuidadosamente la aceptabilidad ética de los estudios. Asimismo los investigadores, informarán a los participantes de todos los aspectos de la investigación que puedan influir en su disposición para participar en dicha investigación.
- *Responsabilidad a la profesión:* respetando los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la

profesión, incluyendo una parte de su actividad profesional para servicios por los cuales reciban una pequeña o ninguna retribución.

- *Arreglos financieros*: logrando establecer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, los cuales sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.

Entonces, conducirnos de forma ética requiere tener presentes una serie de principios y valores para no perjudicar a las personas con las que trabajamos, a esto hago referencia porque puede ocurrir que si no los tenemos presente, por desconocimiento, podamos incurrir en una falta ya sea por omisión o desconocimiento.

### **3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional**

Familias, parejas, diadas, individuos... al final, algo que siempre tenemos que tener presente es que el trabajo que realizamos día a día es con personas, con lo humano; así, en cada consulta nos encontramos con una diversidad de problemas que las personas tienen respecto a sí mismos, con los otros o con el mundo, lo que al mismo tiempo da cuenta de las creencias y explicaciones acerca de las dificultades de la propia vida.

La relevancia de tener presente esto es que al trabajar, en cada sesión, con los consultantes o los pacientes, con las problemáticas humanas, no intervenimos desde afuera creyendo que podemos excluirnos de la relación y sólo “componer” lo que está dañado; es necesario tener presente y comprender que el instrumento de trabajo somos nosotros, con todas nuestras preconcepciones, premisas, sentimientos, emociones, experiencias y carencias.

Es por ello que pensé que este apartado tendría que estar referido a la ética pero enfocada desde la responsabilidad, es decir, tomando conciencia y asumiendo las consecuencias de nuestra forma de actuar y de intervenir en cada proceso del que formamos parte junto con las personas que acuden a nosotros, con ello no me estoy refiriendo a la técnica, sino más bien a la forma de estar en el proceso.

Al respecto, Elkaïm (1994), señala que es importante tener presentes los sentimientos que nacen en nosotros, terapeutas, y tomarlos en cuenta, ya que estos pueden ser indicativo de una regla importante para el sistema terapéutico, pero tenemos que ser reflexivos, porque si nosotros como terapeutas seguimos los sentimientos que nacen en nosotros, sin analizarlos, corremos el riesgo de reforzar las construcciones del mundo de los miembros de la familia, así como las de nosotros.

Por ello es necesario que la terapeuta analice la utilidad de lo que siente con relación a su propia historia, antes de comenzar a indagar la pertenencia de esa sensación a las reglas del sistema familiar.

De manera que es necesario tener conocimiento de nuestra experiencia, de forma de ver el mundo y nuestra propia conflictiva, dando con ello la posibilidad de tener claridad en nuestras propias preconcepciones, prejuicios y emociones.

Y así, en la medida en que seamos conscientes de nuestros sesgos, seremos capaces de poder identificar cuándo podemos ser útiles a los pacientes, en qué momento no es oportuno porque contrarío a lo que se podríamos pensar, más bien les estaríamos haciendo daño, asimismo esta conciencia de nosotros mismos, nos permitirá identificar cuándo es momento de llevar a cabo una canalización.

Entonces, cuando estamos frente a una familia, pareja o personas en individual, encuentro necesario hacernos algunas preguntas que nos lleven a un metanivel, que nos permita pensarnos en la relación, y que de la posibilidad de pensar en qué me ocurre en relación a esa familia, algunas de estas preguntas pueden ser:

- ¿Cuál es mi reacción ante la familia?
- ¿Qué ha hecho la familia para que yo me sienta así?
- ¿Cómo estoy mirando a la familia para que yo me sienta así?
- ¿Qué siento con respecto a esta sesión?
- ¿Qué cosas estoy mirando en la familia que corresponden a mi historia?

De no hacerlo corremos el riesgo de perjudicarlos en vez de favorecer su bienestar, ya que es posible que lo que estoy mirando en la familia tenga que ver conmigo y no necesariamente con ellos.





## Capítulo IV



### Consideraciones finales

#### 4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Al comienzo de este trabajo hablé de las competencias a desarrollar durante la formación, las cuales suponen tres tipos de saberes, el saber conceptual, el saber práctico y el saber ser, de manera que este recorrido que realicé durante estos dos años, lo presentaré en función a estos saberes.

Respecto al saber teórico, que se refiere a conocimientos conceptuales, durante la maestría desarrollé habilidad para el estudio y revisión de textos así como habilidad para el análisis de material bibliográfico en relación a las bases epistemológicas que sustentan la terapia familiar, es decir, aportes teóricos venidos de la teoría general de los sistemas, teoría de comunicación humana, cibernética, el trabajo de Milton Erickson, así como propuestas terapéuticas desde el posmodernismo, llevando a cabo una revisión del constructivismo y construccionismo social.

Asimismo, me acerqué y conocí los fundamentos y premisas teóricas de los diferentes modelos de terapia familiar y propuestas terapéuticas posmodernas, además de la metodología necesaria para realizar investigación desde una aproximación tanto cuantitativa como cualitativa.

Cuando me refiero a la aplicación de los conocimientos teóricos, esto lo que corresponde al saber hacer, desde este saber, las competencias que adquirí se vinculan con la puesta en práctica de las diferentes estrategias, técnicas e intervenciones desde los modelos: estructural, estratégico, Milán, terapias breves enfocadas en los problemas y en las soluciones, así como propuestas colaborativa, narrativa y equipos reflexivos, en escenarios clínicos. Pero creo que

una parte esencial, además de las premisas teóricas que permiten saber en dónde está cimentado el modelo, teóricamente hablando, al poner en práctica los recursos de las propuestas terapéuticas, esto también conlleva identificar la idoneidad de las intervenciones y saber cuál es el mejor momento, es decir el “timing”.

Además, el saber hacer, incluye el desarrollo de habilidades para llevar a cabo la parte procedimental y la parte técnica que son indispensables al momento de realizar investigaciones aplicadas.

El saber ser, alude a las actitudes desarrolladas durante la formación y en relación a ello, las competencias que desarrollé se encuentran en tres direcciones, hacia los consultantes o pacientes, hacia mis compañeros así como hacia mis supervisoras y supervisores.

En lo que se refiere a los consultantes o pacientes, desarrollé una actitud de respeto, de curiosidad, siendo cuidadosa a la hora de preguntar y deteniéndome a entender; una actitud empática, de escucha y de acompañamiento, hacia ellos y hacia sus problemáticas, ya sea en los momentos en los que yo fungí como terapeuta como en los momentos en los que fui parte del equipo terapéutico o grupo de reflexión.

Hacia mis compañeros, desarrollé una actitud de tolerancia sobre todo en aquellos momentos en los que la carga de trabajo fue mayor, pues el ritmo de trabajo era diferente y nos encontrábamos muy estresados, y siento que esta actitud la habilité, sobre todo cuando fue difícil establecer acuerdos y negociaciones en equipos o en grupo en circunstancias de tensión y conflicto. Y en la medida en que puse en práctica esta habilidad también desarrollé la cooperación y el respeto, lo cual me llevó a aprender de cada persona con la que trabajé, tanto en actividades académicas como en coterapia, pudiendo mirar, desde una visión sistémica, mi postura y mis conductas, pero sobre todo los efectos de éstas en la relación con los demás y la influencia que tienen en mí las demás personas.

Hacia mis supervisoras y supervisores, desarrollé una actitud de escucha a sus comentarios y retroalimentación así como de respeto en los momentos en los que podía llegar a no compartir su punto de vista o su postura, pero al final pude comprender que una no es mejor que la otra, solo es una manera diferente y tal vez existe la misma probabilidad de que sea útil a el o la paciente cualquiera de las dos o tal vez ninguna, porque hay muchos factores ajenos a la terapia que pueden motivar el cambio en las personas.

Y una actitud de compromiso para conmigo misma y hacia el trabajo que realizo con las personas, pero sobre todo, por invitación de mis supervisoras, una actitud de tolerancia y comprensión para conmigo en los momentos de sobre exigencia.

Al final de la formación, creo que todo este conjunto de habilidades que adquirí me han llevado a hacer un reacomodo que todavía no termina, porque es un proceso que va más allá de aprender técnicas y modelos, requiere la posibilidad de pensarse diferente, de pensar en la relación y de pensarse en relación.

Y finalmente, puedo decir que me da una enorme alegría por haber realizado este recorrido, porque era una aventura que esperaba con entusiasmo desde hace tiempo, creyendo que sería un viaje con retorno al mismo lugar pero no fue así, ahora estoy en un lugar diferente, he conocido cosas nuevas y otras aprendí a mirarlas desde otra perspectiva.

## **4.2 Reflexión y análisis de la experiencia**

La experiencia que inicié hace más de dos años, la formación como terapeuta familiar, la pienso como un viaje, pero a una velocidad inusitada, porque todo ocurrió muy rápido y constantemente sentí la necesidad de requerir más tiempo para procesar y aterrizar los conceptos, las ideas y de esta manera poder vincularlas, pero rápidamente volábamos hacia un nuevo lugar, que se encontraba lleno de cosas por apreciar, explorar y admirar.

Recuerdo que el primer semestre, exigió mucho de mí, porque era necesario adaptarme rápidamente a una dinámica completamente diferente, representó dejar la evaluación psicológica, las entrevistas y los diagnósticos para comenzar a retomar hábitos de estudio, organización, trabajos en equipo e investigaciones. Y el aspecto que tuvo más peso durante ese primer periodo, fue que sentía que estaba pasando una revolución en mi cabeza porque lo que había hecho hasta ese momento y lo que creía a nivel profesional e incluso personal, se cuestionaba.

Hace poco, en una mesa de discusión con gente que inicia su formación en lo sistémico, escuchaba preguntas y reflexiones, pero sobre todo dudas acompañadas de un dejo de incertidumbre respecto a los cambios de paradigmas y con ello las nociones y aplicaciones de estos cambios en el terreno de la terapia

familiar, justo recordé que hace poco más de dos años, al iniciar la formación yo también me encontraba llena dudas y preguntas, especialmente ante la epistemología de la terapia familiar y las propuestas posmodernas, lo cual me llevaba a cuestionar mi forma de ver y estar en el mundo, para ese momento se cuestionaban mis certezas.

Para el segundo semestre, creo que ya me encontraba completamente adaptada a la dinámica de la maestría, aunque eso sólo lo puedo saber ahora. Comenzar a atender pacientes en centros comunitarios, conocer otro contexto para hacer terapia y sobre todo tener la oportunidad de compartir observaciones reflexiones, ideas, preguntas, tanto de mis coterapeutas como de los compañeros que formaron los equipos terapéuticos y por supuesto de mis supervisoras y supervisores, fue algo muy esperado y también enriquecedor ya que fue comenzar a aplicar lo sistémico en lo clínico y vivir la aplicación de lo sistémico.

Tercero y cuarto semestre, al conocer más modelos y formas de intervención, incrementó mi interés y sentía que cada vez iba incorporando más elementos que podía poner en práctica en la terapia, pero ya para ese momento con un poco más de entendimiento de lo que hacía, tal vez las palabras sean insuficientes para describir qué ocurrió en ese momento, porque siento que cada vez más aumentó la posibilidad para ser reflexiva, más cuidadosa y atenta de lo que pensaba, lo que sentía y en lo que hacía en las sesiones, lo cual era un recurso muy valioso. Y me da la impresión que ese fue el crecimiento que tuvimos todos los integrantes del grupo, lo cual pudo haber permitido que ese fuera el mejor periodo como equipo terapéutico y de colaboración, pero no fue así porque lo que de inicio fue agrupación por afinidad en algún momento se convirtió en rivalidad y eso por supuesto fue extensivo al trabajo que realizábamos cotidianamente.

Ahora después de haber cursado la maestría, y de mirar en retrospectiva, me doy cuenta que en la medida en que fui analizando las bases teóricas, epistemológicas y me acercaba a los modelos y propuestas en la terapia familiar y posmodernas, y era capaz de asimilar y aprender técnicas e intervenciones pero sobre todo capaz de cuestionar, reflexionar y ser crítica de las teorías y de mi propio trabajo.

También, durante este periodo, caí en cuenta que cuando entré a la maestría, concebía la idea de egresar siendo terapeuta, pero poco a poco caí en cuenta de que es un proceso que apenas inició hace dos años, cuando lo pensé de esta manera, eso tal vez me desilusionó un poco, pero conforme transcurrió el tiempo he reflexionado que conforme he ido avanzando se ha ampliado mi

visión, más preguntas surgen y las respuestas a éstas, generan nuevas preguntas que me orientan a recorrer nuevos caminos que me llevan a convertirme en la terapeuta que prefiero ser.

Por otro lado, considero que la formación nos invita a que nosotros como estudiantes pongamos en práctica la flexibilidad, ya que son dos propuestas a las que nos aproximamos, la sistémica y la posmoderna, y que requieren un cambio epistemológico importante y que no es tan sencillo de hacer.

Sin embargo, pienso que tanto la propuesta de trabajo desde una mirada moderna como la mirada posmoderna, son valiosas y útiles, creo que son formas diferentes de mirar y entender a las familias, y trabajar desde una postura u otra tiene que ver con nuestro estilo, así como con nuestras preferencias y valores como personas y como terapeutas.

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

Haber sido formada como terapeuta familiar conlleva compromisos consigo mismo y con los demás. El principal compromiso es tener presente que nuestras preferencias teóricas deben guiarse por el imperativo ético de generar un contexto donde los consultantes logren ampliar su margen de libertad, mismos que han sido limitados por los síntomas y los conflictos interpersonales que constituyen los motivos de consulta (Hernández, 2007).

Asimismo, es de suma importancia el compromiso por el aprecio hacia los procesos familiares, de sus luchas y posibilidades; compartiendo la concepción que Satir (2002) hace del aprecio, la autora se refiere a una actitud que no enjuicia, en palabras de Keeney (1987) ser capaz de mirar la estética de las familias.

Otro compromiso del terapeuta es mantenerse abierto y dispuesto a utilizar su humanidad como herramienta terapéutica:

En este sentido Satir (2002) menciona que usarnos como terapeutas es una tarea imponente y si queremos ser dignos de esa labor, necesitamos continuar el desarrollo de nuestra humanidad y madurez. Y es esencial, tener presente que estamos trabajando con vidas humanas; el aprendizaje de un terapeuta no es

como el de un fontanero, estos últimos pueden conformarse con una técnica, pero los terapeutas deben hacer mucho más. No importa la técnica, filosofía o escuela de terapia familiar a la que pertenezcamos, porque lo que hagamos con otros, debe ser canalizado a través de nosotros mismos como personas”.

De esta forma, es esencial reflexionar acerca de la necesidad de profundizar en nuestra condición humana, pues somos personas que trabajamos con personas, de manera que necesitamos ser capaces de comprendernos y amarnos, de mirar, escuchar y comprender a quienes recibimos y al mismo tiempo necesitamos la capacidad de crear las condiciones por las cuales somos vistos, escuchados, tocados y comprendidos en cada relación con los pacientes.

Pero también el terapeuta debe confiar en sus percepciones internas cuando no entiende bien lo que sucede en las sesiones, pero siempre con claridad de dónde vienen esas percepciones para poder hacer uso de ellas.

Cuando reflexionamos y entendemos esto, sabemos que una terapeuta aunque es una persona con formación en las relaciones humanas, no es superior a los miembros de la familia en un nivel humano, y por lo tanto siempre debe estar dispuesto a correr el riesgo de abrir sus emociones (Satir, 2002) y a ser cambiado (Anderson & Goolishian, 1988).

Como terapeuta familiar, con una epistemología sistémica, es posible entender que problemas como la locura o cualquier disfunción sintomática, nos involucra a todos como integrantes de esta sociedad, mirar desde esta óptica es comprender que somos partícipes de una homeodinamia universal y que desde nuestro lugar colaboramos o entorpecemos dicho funcionamiento (Ceberio, 1999). Lo que representa que, desde una cibernética de segundo orden, no somos agentes externos que se acercan y observa un sistema en interacción, sino que formamos parte de lo que observamos, y sólo observar tiene influencia en lo que estudiamos, de manera que nos encontramos involucrados en cada cosa que vemos en las familias.

## Referencias



- Adame, G. J. (2007). Análisis y juicio de la ley de sociedades de convivencia para el distrito federal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 120, 931-949. Recuperado de [www.revistas.unam.mx/index.php/bmd/article/view/10701/10029](http://www.revistas.unam.mx/index.php/bmd/article/view/10701/10029)
- Álvarez-Gayou, J. L. (1996). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Amor, P., Echeburúa, E., corral, P., Sarasua, B. & 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.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. 7ª ed. México: Prentice Hall.
- Anderson J. (2011). *Responsabilidades por compartir: La conciliación trabajo-familia en Perú*. Santiago. Oficina Internacional del Trabajo.
- Anderson, H. & Goolishian, A.H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Andrés, P. (2004). Origen y mantenimiento de la violencia. Contexto histórico y social. En C. Ruiz-Jarabo & P. Blanco. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 17-38). Madrid: Díaz de Santos.
- Armenta, H. C., Díaz-Loving, R., Oropeza, L. R. & Padilla, G. N. (2010). Dinámica del Apego y Satisfacción Marital en la Pareja. *La Psicología Social en México*, 13:151-156.
- Arriagada, I. (2004). Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de población*, 40, 71-95.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar. (s/f). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. Recuperado de [http://amtf.com.mx/codigo\\_etico/codigo\\_etico.html](http://amtf.com.mx/codigo_etico/codigo_etico.html)
- Aumann, V. & Iturralde, C. (2003). La construcción de los géneros y la violencia doméstica. En J. Corsi (Comp). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. (pp. 73-126). Buenos Aires: Paidós.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Blanco, P., Ruíz-Jarabo, C., García, L. & Martín-García, M. (2001). La violencia de pareja y la salud mental de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 182-8.
- Blázquez, M., Moreno, J & García- Baamonde (2009). Estudio del maltrato psicológico en las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. *Electric Journal of Research in Educational Psychology*, 7, 691-714.
- Blitchtein-Winicki, D. & 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.



- Bonino, M. L. (1995). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. En J. Corsi. (comp.). *La violencia masculina en la pareja*. Madrid: Paidós.
- Boscolo, L. (1994). La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En M. Elkaïm (Comp.), *La terapia familiar en transformación*. (pp. 79-82). Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- 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.
- Cárdenas, R. (2001). Las causas de muerte en México. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp. 109-144). México: Fondo de Cultura Económica.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D. & 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.
- Ceberio, M. (1999). Ciencias modernas, complejidad y psicoterapia. En G. Nardone & P. Watzlawick. (Comps), *Terapia breve: filosofía y arte* (pp. 25-34). España: Herder.
- Ceberio, M. (1999). *Prólogo*. En G. Nardone y P. Watzlawick (Comps.) *Terapia breve: filosofía y arte*. (pp. 9-12). España: Herder.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2006). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Recuperado de: [http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/biblioteca/viol/ENVIM\\_2006.pdf](http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/biblioteca/viol/ENVIM_2006.pdf)
- Chávez, C. J. (2013). *En aumento, los hogares con jefatura femenina*. México: Boletín unam-dgcs-288. Ciudad Universitaria.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. & Mazza, R. (1996). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Cirillo, S. & Di Blasio, P. (1989). *Niños maltratados*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Coltrane, S., Parke, R.D., & Adams, M. (2004). Complexity of father involvement in low-income Mexican American families. *Family Relations*, 53, 179-189.
- Consejo nacional de población (2010). Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/>
- Corona, R. & Tuirán, R. (2001). La migración internacional desde y hacia México. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.444-485). México: Fondo de Cultura Económica.
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En Corsi, J. (Comp.) *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (pp. 15-65). Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (2003). La violencia en el contexto familiar como problema social. En Corsi, J. (comp.) *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico* (pp.15-40). Buenos Aires: Paidós.
- Cruz del Castillo, C. & Díaz-Loving, R. (2010). Reacomodo en los roles y las tareas de género desempeñadas por parejas mexicanas con doble ingreso. *La Psicología Social en México*, 13:169-174.
- De Keijzer, B (1998). Paternidad y transición de género. En B. Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*. (pp. 301-325). México: Population Council, Edamex
- de Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa.

- Díaz, M., Duran A., Chávez, E., Valdés, Y., Gazmuri, P. & Padrón, S. (2006). Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social. *Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente*. La Habana.
- Dirección General de Igualdad y Diversidad Social. (2008). *Informe sobre violencia familiar. Reporte de las instituciones del gobierno del Distrito federal que atienden y previenen la Violencia familiar*. México: Autor.
- Dohmen, M. (1995). Aspectos cognitivos. En Corsi, Dohmen & Sotés (comps.) *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Durán, G.A., Tébar, M.D., Ochando, B., Martí, M.A., Bueno, F.J., Pin, G., Cubel, M.M. & Genís M.R. (2004). *Manual Didáctico para la Escuela de Padres (5ª. ed.)*. Valencia: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogadependencias (FEPAD)
- Echauri, J., Romero, J. & 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. & Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6, 27-36.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral (coords.) *Manual de Violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala y Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Elkaïm, M. (1994). Notas sobre la autoreferencia y la terapia familiar. En M. Elkaïm (Comp.), *La terapia familiar en transformación*. (pp. 67-71). Barcelona: Paidós.
- Esteinou, R. (1999). Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares. *Desacatos*, 2, 11-26.
- Esteinou, R. (2008). *La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad. Siglos XVI al XX*. México: Porrúa.
- Estrella, N. (1991) Elaboración de una escala de comunicación marital y estilos de comunicación Tesis Inédita de Maestría en Psicología: Universidad Autónoma de México.
- Expósito, F. & Ruiz, S. (2010). Reeducción de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.
- Fernández, P. (2000). *La afectividad colectiva*. México: Aguilar.
- Fernández-Montalvo, J. & 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., Torres, G. & Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18, 359-366.
- Ferrer, V., Bosch, E., Ramis, C. & 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.
- Fish, Weakland & Segal. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Frenk, J., Lozano, R. & González, M. (1999). *Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2006). *Ley de sociedades de convivencia*. Recuperado de <http://cgservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/1392.htm>
- García & De Oliveira (2004). El ejercicio de la paternidad en el México urbano. En M. Ariza y O. De Oliveira (Coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. (pp. 283-317). Instituto de investigaciones sociales. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, B. & Pacheco, E. (2001). Participación económica familiar en la Ciudad de México hacia finales del siglo XX. En J. Gómez de León & C. Rabell (Coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp. 725-758). México: Fondo de Cultura Económica.
- García, B., Camarena, R. & 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, C. B., Delgado-Cervantes, G., González, F. M., Pastor, F. R., Espinoza, P. L. & Baeza, S. C. (2001). *Establecimiento de Competencias Básicas en la Educación en la Primera Infancia*. México: UNICEF-UNESCO.
- Glaserfeld, E. v. (1996). Aspectos del constructivismo radical. En M. Packman. (Comp.), vol. I. *Construcciones de la experiencia humana* (pp. 23-49). Barcelona: Gedisa.
- Glick, P. & Fiske, S. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Gómez de León, C. J. (2001). Los cambios en la nupcialidad & la formación de familias: algunos factores explicativos. En J. Gómez de León y C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.207-242). México: Fondo de Cultura Económica.
- González, G. H. & Fernández, T. (2010). Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 11, 97-128.
- Gootman, M. (1997). *Entre la tolerancia y la disciplina*. Una guía educativa para padres. Barcelona: Paidós.
- Gutmann, M. (1993). Los hombres cambiantes. Los machos impertinentes y las relaciones de género en México en los noventa. *Estudios sociológicos*, 11, 725-740.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2003). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Herbert, M. (1994). *Guía para educar con disciplina y cariño*. Barcelona: Medici.
- Hernández, C. A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6, 285-293.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª.ed. México: McGraw-Hill.
- Hernando, A. (2007). La prevención de la violencia de género en los adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología*, 25, 325-340.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Imber Black, E. Roberts, J. & Whiting, R. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2007). *Encuesta Nacional de Violencia en las relaciones de Noviazgo 2007*. México: Autor.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2003). *Mujeres violentadas por su pareja en México*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Natalidad*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo28&s=est&c=17527>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). (2007). *Glosario de Género*. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf)
- Investigación y Posgrado. (2013). *Residencia en terapia familiar*. Recuperado de [http://posgrado.iztacala.unam.mx/dip\\_mtriapsic\\_residenciaterapiafamiliar.php](http://posgrado.iztacala.unam.mx/dip_mtriapsic_residenciaterapiafamiliar.php)
- Keeney, P. B. (1987). *La estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en las ciencias sociales*. 4ª ed. México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación del amor*. Managua: Puntos de encuentro.
- Lamas, M. (1996). La antropología feminista y la categoría "Género". En Lamas, M. (Comp.). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Ed. Taurus.
- Leal, F. (1986). *La pareja humana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2007). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- López, M., Salles, V. & Tuirán, R. (2001). Familias y hogares: pervivencias y transformaciones en un horizonte a largo plazo. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.635-693). México: Fondo de Cultura Económica.
- López, M., Salles, V. & Tuirán, R. (2001). Familias y hogares: pervivencias y transformaciones en un horizonte de largo plazo. En J. Gomez de León & C. Rabell (Coords), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp. 635-693). México: Fondo de Cultura Económica.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Malik, S., Sorenson, S. & Aneshensel C. (1997). Community and dating violence among adolescents: perpetration and victimization. *Journal of adolescent health*, 21, 291-302.
- Maya, A. (2007). *El taller educativo. ¿Qué es? Fundamentos, cómo organizarlo y dirigirlo, cómo evaluarlo* (2ª ed.). Bogotá: Magisterio.
- Medina-Mora, M., Berenzon, S. & Natera, G. (1999). El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica Mexicana*, 135 (3), 284-289.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia

- de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J. & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55, 67-73.
- Mercado-Corona, D., Somarriba-Rocha, L., Astudillo-García, C. & 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.
- Mier y Terán, M. & Partida, B. V. (2001). Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.168-203). México: Fondo de Cultura Económica.
- Molina, G. & Fernández, A. (2009). Perfil del agresor de violencia doméstica y algunos procesos de la intervención grupal. *Scientific International Journal*, 6,
- Monteiro, M. E. (2007). Alcohol and public health in the America. *A case for action*. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Moya, M. & 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. & Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. 2ª ed. México: McGraw-Hill.
- O'Keefe, M. (1997). Predictors of dating violence among high school students. *Journal of interpersonal violence*, 12, 546-569.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oliveira, O. (1995). Experiencias matrimoniales en el México urbano: la importancia de la familia de origen. *Estudios sociológicos*, 38, 283-308.
- Olson, H. D. & Olson A. K. (2006). *Fortaleciendo Parejas: Cómo aumentar su Potencial*. Minneapolis: Life Innovations, Inc.
- Ordaz, B. G., Monroy, L.L. & López, R. M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: Índice Social.
- 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*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: [http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia\\_2003.html](http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.html)
- Papp, P. (1988). *El Proceso de Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Póo, A. & Vizcarra, M. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Revista de Terapia Psicológica*, 26, 81-88.
- Rabell, R. C. (2001). Introducción: El cambio demográfico en las sociedades modernas. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.7-30). México: Fondo de Cultura Económica.
- Ramírez, A. (2000). *Violencia masculina en el hogar*. México: Pax.
- Ramírez, B. Illescas, M. J., Verde, M., Rodríguez, L. D. & Ortega, M. I. (2010). Locus de Control y Satisfacción Marital en Parejas Heterosexuales. *La Psicología Social en México*, 13, 300-308.

- Ramírez, R. (1993). *Dime Capitán: Reflexiones sobre la masculinidad*. Puerto Rico: Ediciones Huracán.
- Ramírez, R. J., López, L. G. & Padilla, G. (2009). ¿Nuevas generaciones, nuevas creencias? Violencia de Género y jóvenes. *La ventana*, 29, 110-145.
- Rey, A. C. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 227-241.
- Rivera- Rivera & L., Allen, B. (2006). Violencia durante el noviazgo: depresión y conducta de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48, 288-296.
- Rocha, T. & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21, 42-49.
- Rodríguez, F. L., Antuña, M. A. & Rodríguez, F. J. (2001). Psicología y violencia doméstica: Un nuevo reto hacia un viejo problema. *Acta Colombiana de Psicología*, 6, 67-76.
- Rodríguez, G, C. (2004). La escuela de Milán. En L.L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día (pp.161-1995)*. México: Pax.
- Rojas, O. (2006). Reflexiones en torno a las valoraciones masculinas sobre los hijos y la paternidad. En J.G. Figueroa, L. Jiménez & O. Tena (Eds), *Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. El Colegio de México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Ronfeldt, H. & Kimerling, R. (1998). Satisfaction with relationship power and the perpetration of dating violence. *Journal of Marriage & Family*, 60, 70-79.
- Salles, V. (1998). Las familias, las culturas, las identidades. En V. Salles & J.M. Valenzuela (comps.) *Vida familiar y cultura contemporánea*. (pp. 83-126). México: Population Council Edamex.
- Sanchez y Gutierrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual moderno.
- Santiago, C. (2010). Violencia doméstica y violencia en el noviazgo. Citado en González, G. H. y Fernández, T. (2010). Género y maltrato: violencia de pareja en los jóvenes de Baja California. *Estudios Fronterizos, nueva época*, 11, 97-128.
- Sanz, F. (2008). *La fotobiografía. Imágenes e historias del pasado para vivir con plenitud el presente*. Barcelona: Kairos.
- Sanz, F. (2004). Introducción. Del mal trato al buen trato. En Ruiz-Jarabo, C. & Blanco, P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. & 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.
- Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.
- Selvini, M. (1990). La elección del modelo sistémico batesoniano y las primeras terapias interventivas. En M. Selvini (comp), *Crónica de una investigación*. (pp. 131-138). Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, P, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Selvini, P, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Selvini, P, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Sistema Universitario de Posgrado. (s/f). *Acerca del posgrado*. Recuperado de <http://www.posgrado.unam.mx/acerca/sistema.php>
- Sistema Universitario de Posgrado. (s/f). *Maestría y Doctorado en Psicología*. Recuperado de <http://www.posgrado.unam.mx/oferta/planes/PSICOLOGIA.pdf>
- Solís, P. (2001). La población en edades avanzadas. En J. Gómez de León & C. Rabell (Comps.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. (pp.835-869). México: Fondo de Cultura Económica.
- Tarragona, S. 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.
- Tarrés, M. (1999). Vida en familia, practicas privadas y discursos públicos entre las clases medias de la ciudad de satélite. *Estudios sociológicos*, 18, 419-439.
- 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 (2), 163–181.
- Trujano, P & Mata, E. (2002). Relaciones violentas en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Psicología Conductual*, 10, 389-408.
- Truman, D. & Tokar, D. (1996). Dimensions of masculinity: relations to date rape supportive attitudes and sexual aggression in dating situations. *Journal of counseling & development*, 74, 555-563.
- Unidad de igualdad de género. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado de [http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=ficha\\_biblioteca&id\\_article=1044](http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=ficha_biblioteca&id_article=1044)
- 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.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, B. C., Moreno, L. M., Oliva, R. N., Bustos, G. M., Fregoso, I. D., Gutiérrez, L. M. & Amador, B. N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011. *Salud Mental*, 35, 447-457
- Vivas, M. M. (1996). Vida doméstica y masculinidad. En M. P. López (Comp), *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*. (pp.111-122). México: Sociedad Mexicana de demografía.
- Wainerman, C. (2000). División del trabajo en familias de dos proveedores. Relato desde ambos géneros y dos generaciones. *Estudios demográficos y urbanos*, 15, 149-184.
- Watzlawick, P. (2000). La técnica psicoterapéutica de la “reestructuración”. En P. Watzlawick y G. Nardone (Comps.) *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 131-138). Madrid: Paidós.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J. & Jackson, D. D. (1976). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Welland, C. & Wexler, D. (2007). *Sin golpes. Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia*. México: Editorial Pax.
- Witzezeale, J. & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en las investigaciones educativa*. Barcelona: Paidós.

Zavala, D. M. (2007). *Terapia Familiar: Construcciones, Quehaceres y Posibilidades* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.





## **Apéndices**



*Perfil de Actitudes de los Hombres que generan Violencia contra las Mujeres en su  
relación de pareja* **PAHVIM**

Herrera Ramos Oswaldo & Flores Pacheco Selene

**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	ACUERDO LEVEMENTE	MODERADAMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
<b>Ejemplo: “un hombre está incompleto sin una mujer”</b>					<b>x</b>	
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. En las parejas que existe maltrato 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.						