Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

"LA TERAPIA SISTÉMICA-FEMINISTA EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO"

T E S I S

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

PRESENTA:

NELLY ITZEL JUÁREZ PILLADO

DIRECTOR: MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
Facultad de Psicología UNAM

COMITÉ: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
Facultad de Psicología UNAM

DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO
Facultad de Psicología UNAM

MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDOÑEZ
Facultad de Psicología UNAM

MTRA. AIDEE ELENA RODRÍGUEZ SERRANO
Facultad de Psicología UNAM

® Facultad de Psicología

CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2021

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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

Resumen 1

Introducción 3

Capítulo 1. Terapia individual sistémica 4

1.1 Reseña histórica 4

1.2 Antecedentes teóricos 5

1.2.1 Teoría General de los Sistemas 5

1.2.2 Teoría de la comunicación humana 7

1.2.3 Las cibernéticas 9

1.2.4 Constructivismo y construccionismo social 10

1.3 Terapia sistémica en México 11

1.4 Terapia individual sistémica 12

1.4.1 Diagnóstico 13

1.4.2 Genograma 14

1.4.3 Hipótesis 17

1.4.4 Encuadre y objetivos 18

1.4.5 Fases de la terapia 18

1.5 Escuelas o modelos de la terapia sistémica 19

1.5.1 Modelo breve del MRI 19

1.5.2 Modelo centrado en soluciones 23

Capítulo 2. Violencia contra las mujeres 26

2.1 Feminismo 26

2.1.1 Teoría de género: conceptos básicos 28

2.1.2 Amor romántico 30

2.2 Violencia contra las mujeres 32

2.2.1 Panorama actual de la violencia contra las mujeres 35

2.2.2 Ciclo de la violencia 36

2.2.3 Efectos psicológicos de la violencia 37
Capítulo 3. Terapia sistémica-feminista 40
3.1 Características de la terapia feminista 41
3.2 Técnicas en la terapia feminista 44
3.3 Ética feminista 45
3.4 La terapeuta feminista 47
3.5 La terapia sistémica-feminista y la violencia contra las mujeres 47
Capítulo 4. Método 50
4.1 Planteamiento del problema y justificación 50
4.2 Preguntas de investigación 51
4.3 Objetivo general 52
4.4 Objetivos específicos 52
4.5 Diseño 52
4.6 Participantes 52
4.7 Instrumento 52
4.8 Escenario 53
4.9 Procedimiento 53
4.10 Presentación del caso 54
Capítulo 5. Resultados y conclusiones 56
5.1 Descripción general del proceso terapéutico 56
5.2 Análisis sesión por sesión 58
5.3 Discusión 80
5.4 Conclusiones 82
Referencias 83

“Escribid, mujeres, escribid,
que durante siglos nos fue negado”

~Virginia Wolf

Agradecimientos

A mi madre y hermana Ross, por apoyarme incondicionalmente en cada proyecto que tengo.

Al linaje de mujeres que estuvieron antes de mi pero que, gracias a ellas soy y estoy: mis abuelas.

A Luis, por ser un compañero de vida excepcional, me has animado a hacer cosas que antes no hubiera imaginado, como la especialidad. Mil gracias por estar.

A mis compañeras y amigas, Dianita C., Dianita R., Eli, Jani. Sin ustedes la especialidad no hubiera sido la misma. Deseo podamos continuar compartiendo espacios.

A mis amigas de InsuRed: Adri, Diani T, Gaby, María, Nachi, Nade, Sandy, Yoss. Son unas guerreras que luchan desde la ternura radical, gracias por mostrarme cómo.

A Moni, eres un amor de terapeuta y supervisora. Gracias por tu acompañamiento desde que laboré en el refugio.

A Selene, por permitirme acompañarla en su proceso.

Al Mtro. Francisco Espinosa, por acompañarme en el reto de culminar la especialización; sin conocerme, aceptó trabajar con el tema del feminismo y la terapia sistémica. Gracias por tus aportaciones, guía y comentarios.

A las Doctoras Noemí Díaz y Ana Celia Chapa; las Maestras María Eugenia Gutiérrez y Aidée Rodríguez, por leer y comentar mi trabajo, siempre para mejorarlo.

Al PUEP, por darme la oportunidad de seguir mi formación y de contribuir respecto de la terapia sistémica-feminista, que ¡tiene todo para aportar!

A la UNAM por permitirme regresar a formarme en sus aulas; deseo e insto a la Universidad que, en ella, las mujeres podamos continuar estudiando ¡sin que nuestra vida ni dignidad corran peligro!

Resumen

La terapia feminista se ha considerado como un “modelo a parte” de otras aproximaciones a la terapia; sin embargo, resulta que se integra y transversaliza con diferentes modelos terapéuticos. En el presente trabajo, se propone una forma de intervención en casos de violencia de género, específicamente en la pareja. Esto, con el objetivo de mostrar una forma de integrar la perspectiva feminista en los modelos del Mental Research Institute (MRI) y la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS). Para ello, se realizó una intervención breve (8 sesiones) con una usuaria de un Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se describen las sesiones y los modelos usados en las intervenciones; dando como resultado, mejoría referida de los malestares que la consultante narró como motivo de consulta.

Palabras clave: terapia sistémica, terapia feminista, violencia de género, pareja, feminismo.

Abstract

Feminist therapy has been a model separated from others in psychotherapy. Nevertheless, it turns out that it could be integrated and transversalized with different therapeutic models. In this document, a form of intervention in cases of gender violence is proposed, specifically in intimate partner violence. Includes a proposal of integrating the following models: feminist therapy, Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), and the Mental Research Institute approach (MRI). A brief intervention (8 sessions) with a woman user of a Center of Psychological Services at the Faculty of Psychology by UNAM, it is described the sessions and models used during the interventions; as a result, the client referred improvement in discomfort she reported at the beginning of the therapeutic process.

Keywords: systemic therapy, feminist therapy, gender violence, intimate partner violence, feminism.

Introducción

Los cambios epistemológicos en las ciencias se han dado a lo largo de la historia de la humanidad y de la ciencia misma; incluyendo al campo de la psicología. Resalta en particular, el paso del positivismo a la posmodernidad. Alrededor de la década de los treinta, un pequeño grupo de científicos, pasaron de la búsqueda de "la cura" al interés en las relaciones al interior de la familia de los pacientes psiquiátricos. Sus observaciones desataron múltiples análisis, alimentándose de otras ciencias, generando explicaciones, teorías y nuevas formas de intervención terapéutica; desarrollando así, la terapia familiar sistémica.

Con el cambio en la manera de brindar terapia y los avances sociohistóricos tras las grandes guerras, también surgieron críticas a estas intervenciones. El feminismo y los estudios de género, colocaron sobre la mesa que *lo personal es político*; inclusive en fenómenos que se decía, eran "privados", como la violencia en el ámbito familiar y que las intervenciones de los terapeutas familiares, no escapaban a prejuicios de género. Así mismo, las mujeres comenzaron a ganar espacios en las ciencias y otros desarrollos humanos. La historia ya no la escribían solo los varones. Tal crítica, derivó en cambios sociales y en la psicología, el surgimiento de la terapia feminista.

En el presente trabajo se pretende abordar ambas perspectivas. En el capítulo 1, se recopilan los orígenes de la terapia sistémica y se centra la mirada en los modelos del MRI y el de TBCS que, a pesar de estar separadas por el tiempo en que se dieron, comparten cierta raíz. También, se apunta un primer cambio en la intervención sistémica: el paso de lo familiar a lo individual.

En el capítulo 2, se presenta una exploración del fenómeno de la violencia como un asunto social y de salud pública a través no solo de la estadística sino, además, de las teorías feministas que sustentan la importancia de la intervención en la problemática.

Posteriormente, en el capítulo 3, se expone el panorama de la violencia contra las mujeres. En el capítulo 4, se perfila la terapia feminista como una intervención de gran utilidad en los casos de violencia; incluyendo la integración de ella con la terapía sistémica.

Finalmente, se reporta la intervención realizada con una usuaria del Centro de Servicios Psicológicos (CSP) Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM. Ello, desde la terapia individual sistémica desde los modelos de MRI, TBCS y feminista.

Capítulo 1. Terapia individual sistémica

"No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente, sino la que responde mejor al cambio".

Charles Darwin

El cambio ha sido parte de la historia de la humanidad desde que se le puede nombrar de esta forma. La psicología como desarrollo humano no ha sido la excepción; el cambio de paradigma lineal al circular o sistémico, marcó una revolución en la forma de hacer terapia. En este capítulo se abordará la evolución de dicho paradigma.

1.1 Reseña histórica

El pensamiento lineal causa-efecto funcionó durante muchos años permeando en ámbitos como la medicina, pero también la psiquiatría y la psicología. Se consideraba que las enfermedades y trastornos mentales debían tener una sola causa y afectaban sólo a quien la padecía. El foco, eran los procesos intrapsíquicos desde el psicoanálisis y desde el conductismo, las cadenas conductuales o el análisis funcional de la conducta, por ejemplo.

Durante las conferencias Macy (entre 1942 y 1953), investigadores como Gregory Bateson, Kurt Lewin, Margaret Mead, Heinz von Foerster entre otros, dieron a conocer sus descubrimientos en torno a la aplicación de conceptos de la cibernética a sistemas sociales; siendo el primer ciclo de tales conferencias titulado: "Mecanismos de retroalimentación y causalidad circular en sistemas biológicos y sociales".

Con tales antecedentes, no sólo las neurociencias sino la psicología, comenzó a fijar su mirada en la familia como un sistema: un sistema social por excelencia. Alemania y Estados Unidos realizaron los principales esfuerzos en el desarrollo de la investigación y la terapia (Instituto Bateson, 2014).

Fue hasta 1976, que Haley, Jackson y Weakland (como se citó en Eguiluz, 2004) con su artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" que se consideró la comunicación y la interacción como explicación a la enfermedad mental. Por otro lado, en este artículo surgieron dos principios de la terapia familiar: 1) la familia como sistema homeostático y 2) la teoría del doble vínculo.

Carl Whitaker y Thomas Malone, (como se citó en Eguiluz, 2006) se enfocaron también en pacientes con esquizofrenia; también llamado el terapeuta de "lo absurdo", solía ejercer un estilo

particular para romper las viejas pautas de comportamiento y de pensamiento. Por su parte, Milton Erickson trabajó un nuevo concepto de hipnosis en el que utilizaba paradojas para aparentemente fomentar un síntoma, pero en realidad, introducía cambios.

De acuerdo con Bertrando y Toffanetti (2000); en 1959, se fundó en Palo Alto, el **Mental Research Institute (MRI)** siendo participantes Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin, Haley y Weakland quienes se les unieron más tarde. En el MRI se desarrolló el **modelo estratégico** que se enfoca en la solución de las problemáticas planteadas por las y los consultantes.

Para 1965, Minuchin (como se cita en Bertrando & Toffanetti, 2000) comenzó a dirigir el Philadelphia Child Guidance Clinic e invitó a Montalvo, Rosman y Haley a colaborar con él. Desarrollaron el modelo estructural donde la hipótesis es que, modificando la estructura de la familia, se puede lograr el cambio.

En Italia, hacia 1967, señala Rodríguez (2004) que Mara Selvini-Palazzoli fundó el instituto de la Familia y junto con Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin conformaron el grupo de Milán. Entre sus aportaciones se encuentran: el sistema tiene sus propias reglas y las ajusta a modo de ensayo y error. Así mismo, focaliza la comunicación no verbal y el efecto que ésta tiene en el resto de la familia. Aun cuando posteriormente se dividieron, continuaron con sus respectivas líneas de trabajo.

El posmodernismo también ha influido en los enfoques de terapia familiar, siendo el construccionismo social, así como el constructivismo, los principales. Derivado de tal influencia, el modelo narrativo de White y Epston; la terapia colaborativa de Harlene Anderson y Harry Goolishian y el Equipo Reflexivo de Andersen (como se citó en Jaime, 2013).

1.2 Antecedentes teóricos

Como ya se mencionó, la terapia familiar sistémica marcó un cambio importante en la psicoterapia debido al giro epistemológico que implicó. Fue el paso de lo lineal a lo relacional, de lo intrapsíquico a lo interaccional, del individuo al sistema, de la dicotomía causa-efecto a la multicausalidad.

1.2.1 Teoría General de los Sistemas

Bertalanffy (como se citó en Andolfi, 1991) concibió un sistema como “un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas” (p. 18).

Trasladado este concepto a las familias, se entiende que un sistema familiar: “se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo” (Ochoa,

1995, p. 19). A su vez, cada persona es un sistema compuesto de otros sistemas tanto de orden físico como de lo no tangible como sus pensamientos o emociones.

Eguiluz (2006) menciona que uno de los objetivos de la Teoría General de los Sistemas (TGS), era descubrir isomorfismos en construcciones teóricas de otros campos de estudio y desarrollar modelos teóricos que tuvieran aplicación en dos o más disciplinas. Otro objetivo, era el de homogeneizar el lenguaje entre diferentes ciencias.

Así, la TGS retoma conceptos como:

Complejidad de los elementos. De acuerdo al número, a su especie y a las relaciones entre sus elementos (Eguiluz, 2006).

Límites. Son líneas de demarcación entre un grupo y el medio. Estos pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos, físicos o inmateriales (Ochoa, 2004). Dependiendo de la rigidez de los límites, es que el sistema puede ser abierto o cerrado; en el caso de los sistemas sociales, siempre son abiertos pues interactúan no sólo con el entorno sino entre personas y con otros sistemas como escuela, amigos o trabajo (Andolfi, 1991).

En cuanto a propiedades, diversos autores (Bermúdez & Brik, 2010; Ochoa, 2004; Rodríguez & Barbagelata, 2014) retoman principalmente ocho:

1. **Totalidad**. Llamado también *sinergia*, refiere a que el comportamiento del sistema (o de la familia) no puede entenderse como el resultado de la suma del actuar individual de cada miembro; es decir, se presta atención a la serie de relaciones que se dan entre las personas y no sólo a unas cuantas. Por ejemplo, no se atribuye las “malas calificaciones” a la madre o su relación con el niño o niña, sino que se integra un análisis de las otras relaciones en la que se hayan (Rodríguez & Barbagelata, 2014).
2. **Causalidad circular**. También denominada *circularidad*; “Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas lo que conduce a la noción de secuencia de conductas” (Ochoa, 2004, p. 20). La **secuencia sintomática**, refiere al encadenamiento de conductas alrededor del síntoma. Por otro lado, da cuenta de la complejidad de los sistemas y remite al concepto de **retroalimentación** el cual refiere al efecto producido entre los miembros del sistema y de cuya lectura depende las acciones de los mismos; cabe señalar que la retroalimentación o feedback puede ser **negativo** si, después de un cambio, el sistema regresa a cierta homeostasis. En cambio, hablamos de retroalimentación **positiva** cuando, se produce un cambio (Bermúdez & Brik, 2010).

3. **Equifinalidad**. Cualquier sistema puede alcanzar resultados iguales a partir de diferentes orígenes. (Bermúdez & Brik, 2010)
4. **Equicausalidad**. Rodríguez y Barbagelata (2014) señalan que, de una posición inicial, pueden derivarse estados finales distintos. Por ejemplo, una pareja que decide divorciarse, puede terminar en un divorcio difícil o en uno más llevadero.
5. **Limitación**. Distinto de los límites, refiere a que las secuencias repetitivas de interacción pueden convertirse en patológicas y hacen menos probables respuestas diferentes (Ochoa, 2004).
6. **Regla de relación**. De acuerdo con Ochoa (2004), alude a la necesidad de definir cuál es la relación entre los miembros de la familia.
7. **Ordenación jerárquica.** Eguiluz (2006) indica que esta propiedad implica una diferenciación progresiva en los sistemas y que puede ir de lo simple a lo complejo. Ochoa (1995) lo traduce en las familias, como el orden que adquiere cada miembro debido a su edad o al ejercicio que hacen del poder.
8. **Teleología**. Es la capacidad de transformación y adaptación constante de los sistemas. Lo cual se logra al equilibrar la morfogénesis y la morfostasis. La primera, refiere a "la tendencia del sistema a cambiar y crecer" (Ochoa, 1995, p. 21). La segunda, por el contrario, es la tendencia a permanecer homeostático; es decir, mantener su unidad ante el medio.

1.2.2 Teoría de la comunicación humana

Watzlawick, Beavin y Jackson (1974) desarrollaron una teoría de la comunicación con base en lo que observaron en las familias que trataban en el Mental Research Institute (MRI); se centraron en la pragmática de la comunicación y en los efectos de misma (Garibay, 2013).

Organizaron la comunicación en diferentes áreas de estudio, a saber (Carmona, 2012):

- Ψ **Sintáctica**. Referente a la trasmisión de la información y estudia principalmente la codificación, canales, capacidad, ruido y redundancia.
- Ψ **Semántica**. Estudia el significado que se da de los mensajes en un contexto determinado.
- Ψ **Pragmática**. "la pragmática se ocupa menos de la relación emisor-signo o receptor-signo y más de la relación emisor-receptor, no vista de manera lineal, sino en cómo se afectan uno a otro" (p. 51).

Al centrar su atención en las relaciones entre los comunicantes, la retroalimentación entre ellos y los efectos de esa interacción, cambiaron el paradigma en psicología dando pie a la epistemología sistémico-cibernética.

Con todo ello, postularon los axiomas de la comunicación (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1974) dejando de lado la concepción de que el mensaje sólo podía ser verbal o escrito:

1. Es imposible **no comunicar** y no hay algo contrario a la conducta, por tanto, cualquier conducta emitida implica un mensaje; siendo este, la unidad mínima de comunicación. “A la serie de mensajes intercambiados entre personas, recibirán el nombre de interacción” (p. 49). De igual forma, toda comunicación implica un compromiso por el receptor asumiéndose de tres posibles formas (Carmona, 2012): **rechazo**, **aceptación** o **descalificación** de la comunicación. Esta última, a través de desvíos del tema o contradicciones, por ejemplo.
2. Existe un nivel de **contenido** y uno de **relación**. Las personas que intercambian información, también establecen algún tipo de relación; esta, suele otorgar sentido a lo dicho. Este fenómeno, se conoce como **metacomunicación**: la comunicación acerca de la comunicación (Eguiluz, 2006). El aspecto de contenido refiere, a lo que trasmite un mensaje y el aspecto conativo, al tipo de mensaje que debe entenderse y, por tanto, da cuenta del tipo de relación entre los comunicantes. Se señala que “las relaciones ‘enfermas’ se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante” (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1974, p. 54). De acuerdo con Rodríguez y Barbagelata (2014), pueden existir diversas combinaciones entre los dos niveles. Por ejemplo, cuando una pareja no está de acuerdo en ver alguna serie en internet, pero esto no hace que se sientan profundamente ofendidos y quieran terminar su relación, estamos hablando hacer de estar en desacuerdo en contenido, pero no en el nivel relacional.
3. La naturaleza de la relación se establece con la **puntuación de los hechos**. Refiere a la interpretación que cada comunicante brinda al intercambio de información. Los conflictos pueden formarse cuando quienes se comunican, puntúan de distinta forma. Por ejemplo, cuando una pareja discute porque en una red social uno de los integrantes se comunicó con una amiga de forma cordial y la pareja, se enoja y dice que se dio cuenta que ya no le quiere. Vemos que, de un mismo evento, hay interpretaciones diferentes que ponen en juego la naturaleza de la relación.
4. Comunicación **digital** y **analógica**. Lo digital, refiere a toda expresión verbal; los signos que conforman el lenguaje. Lo analógico es la conducta que acompaña al lenguaje: gestos, tono,

inflexiones de voz, cadencia, ritmo, postura, secuencia de las palabras. Watzlawick et al. (1974) sugieren que la comunicación analógica es más arcaica por lo que es más general y la comunicación verbal, más abstracta dada su "reciente" aparición en la historia de la humanidad.

5. La comunicación puede ser **simétrica** o **complementaria**. Esto, basado en el tipo de relación entre los comunicantes. Un intercambio simétrico, implica igualdad de comportamientos. Uno complementario, significaría intercambios entre desiguales. Bermúdez y Brik (2010) retoman que, cuando la simetría se rigidiza, puede ocurrir una **escalada**, que lleva a los participantes a intentos tipo "a ver quién puede más". Respecto de la complementariedad rígida, colocan el ejemplo de una posición de inferioridad (en poder o jerarquía) entre quienes comunican.

1.2.3 Las cibernéticas

Atribuida a Norbert Weiner (como se citó en Eguiluz, 2006), la cibernética es la "teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes" (p. 120). Siguiendo a Garibay (2013), la cibernética estudiaba los mecanismos de retroalimentación, la circularidad, la homeostasis y la regulación de las máquinas y sistemas biológicos. Se podía observar cómo el sistema recibía información; la procesaba y emitía una respuesta y, ante un nuevo *input*, aquel modificaba nuevamente el *output*. Bertrando y Toffaneti (2000) consideran que la cibernética permitió "liberarse del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y la retroalimentación" (p. 56) y hacer el pase ineludible de lo intrapsíquico a lo relacional; del por qué, al cómo suceden los acontecimientos.

En el terreno de la familia, como otros sistemas, se la considera con la capacidad de autorregularse por los mecanismos anteriormente señalados y haciendo énfasis en el de retroalimentación o feedback. En el contexto de terapia, habrá retroalimentación negativa si tras un proceso terapéutico, la persona atendida, regresa a su patrón habitual de conducta. En cambio, si tras una intervención, la familia cambia sus pautas de comunicación/ relación (es decir, se desvía de la condición inicial) y se mantiene en el tiempo, se dirá que hubo retroalimentación positiva.

Así, la **cibernética de primer orden** en un sistema terapéutico refería a la observación e intervención en la retroalimentación; el equipo detrás del espejo hacía cibernética de este orden pues observaba las pautas de comunicación y conducta que puede tener quien consulta. También significó pasar de un determinismo a otro: ahora "el individuo era determinado por el sistema" (Rodríguez & Barbagelata, 2014, p. 47) y el papel del terapeuta era modificar la "disfunción" de la familia, un sistema observado "desde fuera".

Posteriormente, Maruyama y von Foerster (De Castilla, 2008; Garibay, 2013) desde las ciencias "duras", reflexionaron que el observante forma parte de lo observado y, por tanto, influye en el sistema que intentaban observar y controlar en primer lugar. Gracias a tal reflexión, se le conoce como **segunda cibernética** o **cibernética de segundo orden** al objetivo de "estudiar los procesos de autoorganización, autonomía, autorreferencia, la observación y el observador" (Garibay, 2013, p. 13). Se le denominó también cibernética de los sistemas observantes que en general, alude a la recursividad entre lo observado y el observador (Rodríguez & Barbagelata, 2014). En terapia familiar, esto se reflejó en darse cuenta que al intervenir, las familias se veían "perturbadas" pero también había retroalimentación hacia el o la terapeuta. Para Bertrando y Toffanetti, (2000) "es una cibernética de la autorreflexividad en la que el centro de interés es justamente el observador mismo, quien con sus prejuicios, teorías y sensibilidad construye y describe la «realidad» observada" (p. 205).

1.2.4 Constructivismo y construccionismo social

Una vez incorporado el interés en la observación de la familia, el cómo se organiza y el reconocimiento de que las personas terapeutas son partícipes del sistema terapéutico; se incorpora una noción que se convertiría en otro cambio epistemológico en la psicología y en otras ciencias: la idea de que no se puede "descubrir" la realidad, sino que ésta se "inventa" -se construye- (Bertrando & Toffanetti, 2000). En palabras de Maturana (2003):

> El fenómeno del conocer no se lo puede tomar como si hubiera 'hechos' u objetos allá afuera, que uno capta y se los mete en la cabeza. La experiencia de cualquier cosa allá afuera es válida de una manera particular por la estructura humana que hace posible 'la cosa' que surge en la descripción. Esta circularidad, este encadenamiento entre acción y experiencia […] nos dice que *todo acto de conocer trae un mundo a la mano* (p. 13).

La cita anterior engloba la idea del constructivismo; la experiencia y el mundo se construye, el *cómo lo hacemos* es lo que la teoría del construccionismo social estudia. El lenguaje es necesariamente, el campo en el que se da esa construcción de la realidad, es tanto el instrumento como el problema a conocer (Maturana & Varela, 2003). En el ámbito de la terapia, señala Garibay (2013) que la persona terapeuta está atenta a sus propios pensamientos tanto como a lo que piensa quien consulta y que esto da cuenta, por una parte, de la segunda cibernética y de cómo la terapia "regresa" a centrarse en el lenguaje.

Los significados que construimos sólo se logran en el diálogo durante el intercambio social; incluso la voz interna se desarrolla gracias a las conversaciones con otras personas. Este es el

argumento central del **construccionismo social**. Otro de sus postulados es que muchos constructos que se dan por sentado, son resultado del intercambio y acuerdos intersubjetivos. Esta visión, tuvo su impacto en la forma de mirar los diagnósticos; si bien existía el antecedente del movimiento antipsiquiátrico de los años 60; los postulados de Maturana, Varela, Gergen y McNamee (como se citó en Rodríguez & Barbagelata, 2014) abonaron a la reflexión en torno a las etiquetas como "esquizofrenia" y más recientemente el de "familia disfuncional", así como al concepto de "normalidad". Todo ello cobra relevancia para la terapia sistémica ya que permite tomar en cuenta ideas hegemónicas (género, clase, raza, origen étnico) y realizar un cuestionamiento de las mismas, así como de los efectos que estas tienen en la vida de la persona terapeuta y de la consultante. En el apartado acerca de la terapia feminista se abordará con mayor profundidad.

1.3 Terapia sistémica en México

Hasta los años sesenta, la psicoterapia en México tuvo dos orientaciones polares; por un lado, el psicoanálisis y por otro, el conductismo. El psicoanálisis contaba ya con asociaciones como la Asociación Mexicana de Análisis de la Conducta, la Asociación Psicoanalítica Mexicana, el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica y la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo; mientras que el modelo de terapia conductista fue avalado hasta 1975 por la Asociación Mexicana de Análisis de la Conducta (Eguiluz, 2004).

Para Eguiluz (2004), la historia de la terapia familiar en México tuvo tres épocas: un primer momento entre 1960 a 1990 y coloca énfasis en la década de 1980; la segunda etapa entre 1990 y 2000 y finalmente la contemporánea, del año 2000 a la actualidad.

Las cátedras acerca de terapia familiar las comenzaron los doctores Raymundo Macías, Roberto Derbez y Lauro Estrada en los posgrados de psiquiatría y psicología de la UNAM y una especialización en la Universidad Iberoamericana (Araujo, 2011; Eguiluz, 2004). Cabe señalar que esos programas estaban dirigidos a psiquiatras y especialistas con experiencia en psicoterapia.

Para 1972, se fundó el Instituto Mexicano de la Familia (IFAC) como una asociación que brinda formación de terapeutas (IFAC, 2018). En 1975, Mariano Barragán creó el Instituto Mexicano de la Familia más tarde Instituto Mexicano de la Pareja. En la década de los ochenta, la Universidad de las Américas (UDLA) adaptó su plan de estudios en Psicología y ofreció la maestría en el tema utilizando el enfoque estructural (Eguiluz, 2004).

En 1981, se creó la Asociación Mexicana de Terapia Familiar; en 1984 en el instituto Personas se empezó a impartir la especialidad en psicoterapia de pareja y familia. En ese año, también se fundó el ILEF: el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia por Ignacio Maldonado. En 1986, surgió

el Instituto Mexicano de Terapias Breves y al año siguiente, el Instituto de Terapia Familiar Cencalli por María Luisa Velasco Campos siendo la primera institución que obtuvo el aval de la Secretaría de Educación Pública (SEP) para su programa de maestría (Araujo, 2011; Eguiluz, 2004).

Ya en la segunda época, en 1991 se constituyó Crisol, Centro de Investigaciones Psicosociales A.C. (Crisol, s/f). Siguiendo a Araujo (2011) reseñó que: para 1992, vinculado con la Universidad Anáhuac; Alberto Castellanos fundó el Instituto superior de Estudios para la Familia. En 1994, se organizó el diplomado de terapia de pareja con enfoque sistémico en la Facultad de Psicología de la UNAM. También en este año, surgió el Centro de Atención Psicológica a la Familia en Veracruz con estudios avalados por la SEP. En 1997 emergió el Centro de Investigación para desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica y en Yucatán, se desarrolló la maestría en terapia familiar de la Universidad Mayab. A finales de los noventa, el Instituto de Psicoterapia ALINDE desarrolló un programa de formación con la modalidad de equipo reflexivo. Igualmente, Grupo Polanco (grupo Campos Elíseos) conformó una preparación con enfoque posmoderno.

En 2001, surgió la maestría con residencia en terapia familiar en la UNAM, mientras que, en 2004, la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología, organizó el primer diplomado de Terapia Narrativa (Araujo, 2011). En 2012, ingresó la primera generación del Programa Único de Especializaciones en Psicología (PUEP), el cual incluye en su programa de Intervención en Adultos y Grupos, materias acerca de terapias posmodernas, así como la intervención en familias (Facultad de Psicología, 2007).

1.4 Terapia individual sistémica

Si bien la terapia sistémica se originó al integrar a las familias en la intervención, también se puede brindar en otros contextos. Suárez (2014) señala como ejemplos: el trabajo en red (instituciones, gobierno, organizaciones no gubernamentales), la terapia con niños, niñas y adolescentes (NNA), de pareja, la terapia con padres/madres y por supuesto, la individual.

Se considera que los tratamientos a nivel individual, suelen tener más éxito cuando se trata de personas que no presentan patología severa, que cuentan con niveles de madurez y autonomía suficientes para solicitar el servicio y asumir “posiciones yo” (yo siento, yo creo…). De igual manera, se coloca la importancia de indagar en el sistema familiar, aunque el referente sea una persona; esto, para que el cambio se de en las estrategias individuales, tomando en cuenta el contexto, pero sin pretender incidir en las reglas del sistema supraindividual (Suárez, 2014).

Bermúdez y Brik (2010), señalan que a mayoría de los terapeutas familiares atienden en forma individual a un porcentaje considerable de sus consultantes. Ello, debido a diversas situaciones entre

las que pueden destacar: petición por parte de las [personas] consultantes, que convocar al resto de los integrantes puede resultar contraproducente o incluso por imposibilidad geográfica. Agregan que, los modelos psicoterapéuticos intergeneracional, transcultural y constructivista brindan los elementos básicos para la creación de un modelo de terapia individual sistémica.

Moreno (2011), señala que "tanto si se trabaja con una pareja o familia como si se trata de una terapia individual, el foco del modelo sistémico está en las interacciones y el contexto" (p. 26). Para Sánchez (2014), el **contexto** es "una intersección de sistemas en un momento dado" (p.174) y denomina el **contexto operativo** como el espacio de terapia, es decir, las personas quienes acuden a consulta. Por tanto, en el espacio terapéutico, cliente y terapeuta intersecan por aproximadamente una hora e interactúan como dos sistemas interdependientes. En el caso de la presente tesis, se coloca la intervención a nivel individual y con una persona adulta joven.

1.4.1 Diagnóstico

En el modelo clínico tradicional, el diagnóstico viene como una etiqueta tras una evaluación que se jacta de ser objetiva. La tradición psiquiátrica nos ha dejado guías como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como un compendio para diagnosticar lo que ocurre con las personas. Rosenhan (como se citó en Aparicio, 2012) en su ya clásico estudio de 1973, *On being sane in insane places*; puso a prueba los sesgos del personal dedicado a la salud mental y más aún, cuestionó la forma en que se diferenciaba a las personas 'sanas' de las que no lo estaban. Basta recordar que sólo hasta 1990 la homosexualidad fue eliminada como enfermedad psiquiátrica por la OMS o que las personas transgénero y transexuales se las consideraba con trastorno de identidad de género (en el capítulo de trastornos de la personalidad). Sólo hasta el 2022 (cuando la OMS publicará la CIE-11) hará un ligero cambio al incluirlas en el epígrafe "condiciones relativas a la salud sexual" y nombrarlas como "incongruencia de género" (Borraz, 2018). Así, podemos notar la fuerza de los contextos económicos, políticos, sociales etc. en los criterios de salud-enfermedad a lo largo del tiempo. La sistémica considera entonces, que el diagnóstico se aproxima más a un sentido epistemológico; conociendo los síntomas y el contexto para comprender cómo está funcionando ese sistema particular, sea familia o individuo. Se consideran diferentes modalidades del diagnóstico sistémico (Moreno, 2014):

- Conexiones entre síntoma y sistema, con base en la **teoría de la comunicación**. Basado en la teoría Batesoniana, buscan relaciones entre alguna forma de comunicación particular y la presencia de síntomas o 'patologías'. Este tipo de diagnóstico es el que desarrollaron en el

periodo “comunicacionalista” cuando Bateson y sus colaboradores comenzaron a intervenir en consultantes con esquizofrenia.

- Ψ Conexión entre el síntoma y la **estructura familiar**. Derivado de la escuela de Salvador Minuchin, se indaga en concomitancias entre el paciente identificado y la estructura de su familia. Describió dos tipos de familias; por un lado, las “enmarañadas” donde los sistemas eran rígidos y algunos miembros se encuentran “sobreinvolucrados” con otros. Y por otro, las familias “desligadas” en las que los integrantes de la familia, parecieran sistemas aislados. En estos, los límites también son difusos y en ambos tipos, los miembros de la familia no suelen ser capaces de afrontar conflictos.

- Ψ Conexión entre el síntoma y las **pautas de relación**. Retomando las investigaciones del Mental Research Institute (MRI), lo que se busca es la relación entre los síntomas y las pautas familiares. Consideran que “el síntoma aparece como una dificultad a que el tanto el individuo como el sistema dan una solución equivocada” (p. 190). Así, se evalúan las soluciones intentadas y aquello que “mantiene” la situación y, por tanto, bloquea la solución.

- Ψ Conexiones entre el síntoma y los **juegos familiares**. Retoma algunos conceptos de la escuela de Milán, se considera el síntoma como una estrategia, de “un individuo, indirecta, encubierta, para adaptarse a un sistema relacional cuyas reglas le están creando insatisfacciones o dificultades en su desarrollo”. Sería pues, un intento de cambiar algo en el sistema o una adaptación al mismo, pero procurando el menor costo posible.

1.4.2 Genograma

Ochoa (2004), señala que el genograma es una representación gráfica donde se registra información de las personas que integran la familia, así como sus relaciones entre al menos tres generaciones. Agrega que, esta información se vuelve importante porque a partir de ella se generan hipótesis acerca del contexto del problema no sólo en la actualidad sino también, a través del tiempo.

1.4.2.1 Creación del genograma

McGoldrick y Gerson (2000), señalan que al construir un genograma se tiene que realizar en tres niveles:

- Ψ **Trazado de la estructura familiar**. Refiere a la información de cómo están ligadas las personas biológica y legalmente. Figuras geométricas y líneas conforman este trazado.

- Ψ **Registro de la información familiar**. Los autores señalan se agregue: información demográfica (edad, nacimientos, muertes, ocupación, nivel educativo), información sobre el funcionamiento

(médico, emocional y de comportamiento; por ejemplo, alcoholismo) y sucesos familiares críticos (cambios importantes que mancan a más de una generación, fracasos y éxitos).

Ψ **Delineado de las relaciones familiares**. Basado en el informe de las personas entrevistadas, pueden reflejar la cercanía o alejamiento, así como otro tipo de pautas vinculares. En la figura 1 se muestra un ejemplo de genograma con los tres niveles.

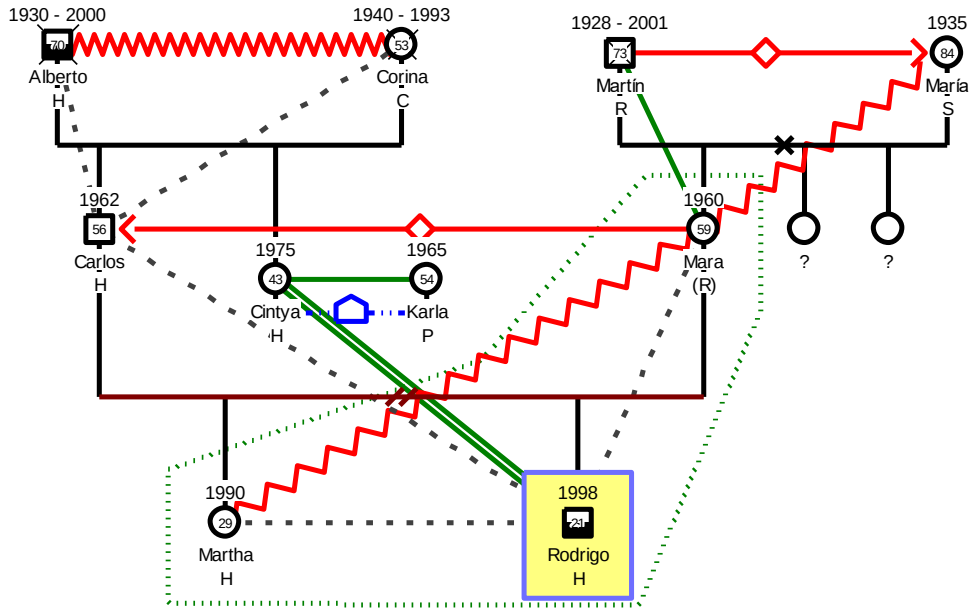


Figura. 1. Ejemplo de genograma. Elaboración propia con software Genopro y datos ficticios.

En la tabla 1, se muestra la explicación de los niveles del genograma representado en la figura anterior.

Tabla 1.

Niveles del genograma ejemplo.

Nivel del genograma	Contenido
Trazado de la estructura familiar	Los círculos representan a las mujeres y los cuadrados a los varones. Las líneas de unión, indican que, por ejemplo, Carlos y Mara están divorciados; que Cintya y Carla tienen una convivencia legal y María es viuda.
Registro de la información familiar	Se muestran las edades de todos los miembros de la familia, sus años de nacimiento y defunción. Por otro lado, se muestra con quienes vive la Persona de Interés (También llamado paciente identificado, PI). Así, vemos que Rodrigo (PI) al igual que su abuelo, viven alcoholismo (genopro lo representa con la mitad del cuadrado relleno en color negro).
Delineado de las relaciones familiares	Se muestran las relaciones de los miembros. Que van desde armoniosas (líneas simples color verde), hasta hostiles (ondulada en rojo) distantes (línea punteada), de celos (línea roja con rombo en medio, la flecha indica hacia quién se dirigen dichos celos) Podemos notar, por ejemplo, que Rodrigo tiene muy buena relación con su tía Cintya, pero distancia con su madre, padre y hermana.

Si bien se puede realizar el trazado del genograma de forma manual, existe software que hace la tarea más sencilla; especialmente cuando se trata de plasmar familias extensas. Un ejemplo de ello es el programa Genopro. Este software fue creado en 1998 por Daniel Morin cuando era estudiante de ingeniería en sistemas en la universidad de Waterloo (Wikipedia, 2019). Si bien ese software no es el único, es quizá el que más funciones útiles tiene para profesionales en medicina, psicología y trabajo social. Incluso el mismo Gerson (quien junto con McGoldrick desarrollaron a profundidad el uso de genogramas en el área clínica) desarrolló un software para tal propósito (McGoldrick & Gerson, 2000); aunque en la actualidad parece no usarse.

En general, la computadora elimina algunos de los problemas usuales al construir genogramas: se obtienen las edades automáticamente a partir de la fecha de nacimiento (y se actualizan al paso del

tiempo), se puede insertar información basta acerca de las familias y adecua el diseño para tener un genograma legible y bien espaciado (McGoldrick & Gerson, 2000).

1.4.2.2 Usos clínicos

Bermúdez y Brik (2010) mencionan que el genograma también se puede convertir en un instrumento de intervención pues al ir construyendo el mismo, las intervenciones pueden ayudar a la persona a entender cómo es que se dieron algunos vínculos en su familia, las pautas de relación y comunicación; incluso los acontecimientos que marcaron un parteaguas en la familia incluso a lo largo de varias generaciones.

McGoldrick y Gerson (2000), señalan cuatro usos en el área clínica:

- **Para atraer a la familia**. Durante la entrevista para el genograma, puede promover el compromiso de la familia al hacer notar el interés en todos los miembros, las personas que conectan con el problema y ubica a la familia en su historia.
- **Para destrabar el sistema**. Señalan que en un sistema rígido que se ha “atorado” en algún evento o momento del ciclo familiar; se puede hacer uso del genograma y las preguntas que lo acompañan, para “destrabar” tales situaciones.
- **Para clarificar pautas familiares**. Aquí se generan hipótesis y se revisan para mayor entendimiento de la familia. Permite a los miembros de la familia, ver su comportamiento con el resto y dentro del contexto familiar. Mencionan que es de utilidad poner de manifiesto tales pautas ya que “es difícil mantener una conducta disfuncional una vez que se aclaran las pautas familiares subyacentes” (p. 145).
- **Para volver a plantear y desintoxicar problemas familiares**. Ayuda a replantear “conductas, relaciones y conexiones de tiempo en la familia” (p. 147), así como normalizar la percepción que la familia tiene de sí misma.

1.4.3 Hipótesis

Las huellas que se encuentran a través de la recolección de datos en la entrevista, son la materia prima para el desarrollo de las hipótesis. Estas, se realizan a partir de un proceso deductivo el cual hace que los hechos, síntomas y funcionamientos se conecten para describir organizadamente, lo que ocurre en el sistema (Suárez, 2014).

Cabe señalar que las hipótesis abonan al proceso de diagnóstico, pero no son estáticas; éstas cambian conforme la información que nos brindan las y los consultantes. Así mismo, cuando refutan o confirman tales supuestos.

Bermúdez (2010) señala que hay que tomar en cuenta diferentes variables incluso fuera de la familia; retoma el modelo de Bronfrenbrenner (1979) para ello. Por otro lado, en mi experiencia profesional, retomar esto, ayuda tanto a las hipótesis como a la intervención ya que, las consultantes tendrán la posibilidad de separar en qué aspectos pueden incidir y en cuáles será más complejo, pues no depende de cambios a nivel individual o familiar.

1.4.4 Encuadre y objetivos

El encuadre dentro de la terapia sistémica suele ser muy flexible, en términos de que no es necesario que toda la familia se presente a las sesiones; el o la terapeuta suelen valorar caso por caso, si es relevante incluir a otros miembros de la familia y en qué formato lo hará (Moreno, 2014). Esto se debe en parte a que, si bien hay diferentes escuelas de terapia sistémica, ellas comparten el mismo eje epistemológico y por lo tanto tienen cierto grado de compatibilidad entre ellas.

En cuanto a los objetivos, Moreno (2014), señala que la sistémica se enfoca en dos dimensiones principalmente: las secuencias interaccionales y, por otro lado, a las construcciones de la realidad que van con las primeras. Así, la tarea del o la terapeuta será, intervenir en ambas dimensiones recordando que estas se retroalimentan y que, si se interviene en una, en la otra también habrá efectos.

1.4.5 Fases de la terapia

En cuanto a la duración de la terapia, Bermúdez y Brik (2010) señalan que se encuentra determinada al motivo de consulta, el tipo de problema, aproximación diagnóstica, las características de quien consulta, características del terapeuta entre otros aspectos. Integran algunas propuestas que Haley (1988) y Andolfi (1991) realizaron para la entrevista inicial, así como recursos de diferentes escuelas de terapia familiar. Concluyen que en general, la terapia sistémica individual se compone de las siguientes fases:

- **Fase inicial**. Por medio de preguntas sociales; relacionadas con: el problema, el pasado, la familia, aficiones e intereses, derivación y tratamientos anteriores, así como con las expectativas del tratamiento.
- **Fase intermedia**. Dar cuenta de los cambios que ocurren, explorar nuevas dificultades, manejo de revelación de información, atención a errores del / la terapeuta y su proceso de autobservación.

- Ψ **Fase final**. Analizar los logros obtenidos, dar cuenta de cómo afrontará la consultante su vida sin la presencia del/ la terapeuta. Establecer situaciones que requieran de un nuevo proceso y finalmente, el manejo de duelo debido al final de la terapia.

Boscolo y Bertrando (2000), coinciden en que se pueden distinguir tres etapas, pero señalan que, en la fase inicial, “surgen los temas más significativos en la vida del cliente” (p. 164) y que estos se abordarán en la fase intermedia o central y en la fase final, el tema principal es la separación. También hacen el símil entre las etapas de una sesión (apertura, fase centra y final o conclusión) y las de la terapia en general.

Cabe señalar que esto es en general, a medida que se constituyó cada escuela o modelo dentro de la sistémica, también se fueron especializando los procesos de intervención.

1.5 Escuelas o modelos de la terapia sistémica

Como se menciona en el apartado de reseña histórica, la sistémica, no siguió una línea específica; por el contrario, se desarrollaron las diferentes escuelas o modelos de intervención sistémica.

Dichas escuelas de terapia sistémica, parten del mismo cuerpo teórico y se desarrollaron bajo el mismo cambio epistemológico. Por otra parte, la retroalimentación entre los/las diferentes autoras, abonó a que algunos modelos retoman aspectos de otros. Por ejemplo, la Terapia breve centrada en soluciones (en adelante TBCS), utiliza algunas técnicas de la MRI y de Karl Tomm (Ochoa, 2004) Así mismo, la estratégica, retoma fundamentos de la MRI.

Para el presente trabajo, se retomarán el modelo breve del MRI y la Terapia breve centrada en soluciones. Para el caso, se añadirán intervenciones desde la terapia feminista, pero esto se abordará en el capítulo 2.

1.5.1 Modelo breve del MRI

Desde 1959, diversos terapeutas colaboraron en el Mental Research Institute (MRI) por ejemplo, Don Jackson, William Fry, Virginia Satir, John Weakland y Jay Haley. Ellos, realizaron investigaciones desde el nuevo paradigma que se centraba en la comunicación y la interacción humana. Más adelante, alrededor de 1966, Richard Fish funda el centro de terapia breve del MRI y ya con el objetivo de acortar la duración de la terapia (Casabianca, 2014).

Iniciaron replanteando la naturaleza de los problemas humanos, conceptualizándolos de forma diferente y llevando al cambio de forma deliberada (sin esperar a que ocurriera *insight* como los teóricos psicoanalistas y que otras aproximaciones planteaban). Plantearon de inicio, máximo 10 sesiones

semanales y ponían el énfasis en la eficacia para la persona y la solución del problema (Casabianca, 2014).

1.5.2.1 Proceso terapéutico

Ochoa (2004), señala que el modelo breve del MRI se interesa por la forma en que los problemas se mantienen a partir de los intentos de la persona o la familia de solución. Añade que, se convierte en un problema cuando “se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz”.

Moreno (2014), señala la particular ética del modelo. Describe que han desarrollado ciertos valores, como el de la economía, pero también resulta optimista al creer y retomar los recursos de las personas consultantes. Considera que:

> El modelo resalta la responsabilidad del terapeuta en la orientación hacia el cambio deseado por los consultantes, con un enorme respeto por lo que éstos consideran tanto el problema como las soluciones […] enfatizando la observancia de sus propias posiciones, cultura y supuestos básicos de vida (p. 416).

Definen 5 momentos dentro del proceso terapéutico (Casabianca, 2014):

1. Definición del problema. **Definición del problema**. Fisch, Weakland y Segal (1984, en Moreno, 2014) señalan que no es sólo una conducta que llama la atención, sino que realmente se hace no deseada. Hacen énfasis en la construcción del problema a partir del significado que las consultantes le otorgan y, por tanto, no hablan de problemas objetivos (como en el modelo médico).
2. **Diagnóstico del circuito problemático**. Se establece el circuito a partir de las soluciones intentadas y, por ende, fallidas; sin interesarse tanto en el origen del problema. Esta forma de acercarse a los problemas, abona a la despatologización de las personas.
3. **Implementación de intervenciones específicamente terapéuticas**. Refiere a que, si los pasos anteriores fueron exitosos, entonces sólo se intervendrá en el circuito introduciendo novedades en el mismo y procurando ‘no hacer más de lo mismo’.
4. **Evaluación y corrección del proceso terapéutico**. El foco consiste en mirar cómo las consultantes reaccionan a las intervenciones y el impacto de estas, en el problema que se definió con anterioridad buscando siempre, el mínimo cambio. De no ocurrir, se corrige la dirección de la terapia o las intervenciones a fin de llegar a los objetivos mínimos planteados durante la etapa de diagnóstico.

5. **Cierre de la terapia**. Debido a la brevedad anticipada que contempla el modelo, se considera de común acuerdo el máximo de 10 sesiones. Sin embargo, esto puede no cumplirse; ya sea que la consultante decida finalizar antes debido a que su problema se solucione o su percepción acerca del mismo cambie, o bien que interrumpan el tratamiento sin mencionarlo con el/la terapeuta (incluso quedando disconformes con el tratamiento) y en un caso particular, que el/la terapeuta decida cerrar la terapia considerando la estrategia de 'mejor dejarlos solos'. Lo que se espera es que, se vaya anunciando el cierre y que las personas tengan la sensación de poder por sí solas.

1.5.2.2 Técnicas y estrategias de intervención

En el modelo del MRI, se siguen cinco estrategias que el o la terapeuta debe seguir (Ochoa, 2004):

- Ψ **Definición operativa**. De los objetivos planteados por los clientes.
- Ψ **Elección de un cambio mínimo**. Y la consecución de un plan para facilitar un efecto "dominó".
- Ψ **Estrategias efectivas**. Que se alejen totalmente de las soluciones intentadas hasta entonces.
- Ψ **Utilización de la postura del cliente**. Desde el lenguaje, hasta sus valores, actitudes, etc.
- Ψ **Búsqueda de una posición "inferior"**. Evita la confrontación ya que, en caso contrario, favorecería resistencias por parte de los clientes.

Respecto de las técnicas de intervención, se dividen en principales y generales. En la tabla 2 se resumen ambas, con base en Casabianca (2014) y Ochoa (2004). Las intervenciones principales, cabe señalar, refieren a una clasificación que los autores del MRI hicieron de los tipos de intentos de solución más comunes y la intervención que proponen ante ellos.

Tabla 2.

Tipos de intervenciones del MRI.

Principales	Generales
Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. **Se pide a la persona que fracase en los intentos de solución. Se usa para problemas como insomnio, tics, tartamudeo y rendimiento sexual.**	**Redefiniciones y reencuadre**. La primera, coloca la conducta problema en una lógica diferente y la segunda, en un contexto diferente.

Dominar un acontecimiento temido aplazándolo. **Implica exponer a la persona al acontecimiento temido, con dominio incompleto, pero en una situación controlada, impidiendo que termine la tarea exitosamente.**	**Tareas o prescripciones directas.** La meta es cambiar el comportamiento de los implicados en el mantenimiento del síntoma.
Llegar a un acuerdo mediante coacción. **Usada principalmente por madres / padres de adolescentes "conflictivos"; se pide que adopten una postura de inferioridad frente a su hijo/a.**	**Tareas o prescripciones paradójicas.** Ante una "resistencia" marcada, lanza una tarea de este tipo, esperando que la "desobedezcan"
Conseguir "sumisión" a través de la libre aceptación. **Se presenta ante mensajes paradójicos o dobles. Por lo que se ayudan de las redefiniciones para que la persona mire lo beneficioso de realizar solicitudes directas.**	**Sugerencias de conductas alternativas.** Tal cual, son sugerencias para hacer algo diferente, se promueve que las consultantes enriquezcan y generen conductas análogas a las sugeridas.
Confirmar sospechas del acusador mediante la autodefensa. **Este intento ocurre en parejas principalmente y se caracteriza por una secuencia de acusaciones y justificaciones (A acusa a B, B niega las acusaciones y se justifica, A confirma sus sospechas). La intervención, consiste en introducir una interferencia o confusión de señales que detienen el circuito problemático.**	**Metáforas**. Transmiten un mensaje de forma indirecta, pueden contener una redefinición, una solución al problema o ambas.
	Ordalías. Refiere a tareas "prueba de fuego" donde se le pide a la persona, realice una conducta más penosa que el síntoma, para prescribirlo (Haley, 1984).

1.5.2 Modelo centrado en soluciones

Desarrollado en la década de los 70 a 80 por Steve De Shazer, Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik; surgió como una práctica basada en la evidencia (Beyebach, 2014). Este grupo, fundó el Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee, De Shazer, que había sido entrenado en el MRI, se unió al grupo posteriormente. Trabajaron sobre las conclusiones del MRI (Bateson, Watzlawick, Weakland y Fish) y viraron hacia dejar de prestar mucha atención al problema y enfocarse en las soluciones (Bannink, 2010). O'Hanlon y Weiner (1989) señalan que la terapia en general ha evolucionado incluso más allá del "aquí y ahora" y que centrarse en las soluciones implica orientarse al futuro; sin ocuparse de cómo surge el problema, ni cómo se mantiene.

Una característica del enfoque es que se asume que "los clientes quieren cambiar realmente" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989, p. 32). Esto, al igual que en el MRI, deriva en una posición no normativa, por tanto, despatologizante; se acepta que hay muchas formas de ser y estar como persona, familia y pareja, así como de organizarse (Beyebach, 2014). Por lo tanto, es una aproximación que confía en que los clientes poseen los recursos para realizar cambios.

Respecto de la **resistencia**, De Shazer (como se citó en O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989) escribió "la muerte de la resistencia" y comparte la anécdota de que el equipo "celebró un funeral para expresar su duelo" (p.32). Básicamente, no esperan que haya resistencia porque no creen que exista.

Bannink (2010) retoma que la **esperanza** tiene un papel importante en la terapia y sugiere verla como un viaje en el que son necesarios "un destino (objetivos), un mapa (caminos), y un medio de transporte (agencia)" (p.47). Agrega que, al trabajar en alguno de los componentes, habrá efectos positivos en los otros dos.

Un concepto que se retoma desde la cibernética de segundo orden es el de que la realidad es definida por la persona que observa, por lo que, hay diversas formas de ver alguna situación y que la terapeuta participa del sistema con el que está trabajando (Bannink, 2010). En consecuencia, las preguntas en este enfoque, son muy importantes ya que no van dirigidas a que los clientes se den cuenta, hagan insight o identifiquen el circuito problemático; sino que se orientan al cambio desde la idiosincrasia de los clientes. El **cambio** en la terapia breve centrada en soluciones (TBCS), se concibe a partir de fomentar la apreciación de las excepciones. Además, se considera consolidado el cambio cuando es percibido así en su contexto social (aquí se nota la influencia del construccionismo y constructivismo) (Beyebach, 2014). Al igual que en modelo del MRI, se apuesta por el cambio mínimo.

1.5.3.1 Proceso terapéutico

Beyebach (2014) señala que el proceso en la TBCS suele “empezar por el final” debido a que se le suele preguntar a los clientes cómo se darían cuenta que algo ha mejorado; lo que lleva invariablemente, a pensarse en una mejor situación (Pregunta del Milagro). A partir de esta pregunta, indagan por las excepciones al problema, se identifican y se elogia lo que ya hacen para solucionar la situación. La terapia finaliza una vez que los clientes consideran que se han alcanzado sus metas, por esto, una parte de la primera entrevista consistirá en definir operativamente los objetivos de las consultantes.

El modelo pondera la primera entrevista y la intervención durante la misma; así, plantean objetivos específicos a alcanzar (Ochoa, 2004):

- Definir conductualmente la solución.
- Encontrar soluciones eficaces
- Identificar las diferencias entre lo que pasa cuando aparece el problema o síntoma y cuando no ocurre.
- Buscar excepciones potenciales
- En caso de que no se facilite encontrar soluciones, adoptan un estilo MRI (actitud pesimista)
- En caso de encontrar soluciones, se busca consolidar los cambios.

Similar al MRI y a otras escuelas de sistémica, hacen uso de la pausa y finalmente, transmiten un mensaje. La duración de la terapia oscila entre tres y seis sesiones, el espacio entre sesiones suele ser de cada dos o tres semanas (Beyebach, 2014).

1.5.3.2 Técnicas y estrategias de intervención

La TBCS propone como estrategias básicas (Beyebach, 2014):

- **Provocar**. La descripción de las soluciones, en ocasiones los clientes no las presentan así, exigen que la persona terapeuta detecte tales soluciones.
- **Ampliar**. Solicitando detalles para generar descripciones de conductas pequeñas, concretas y en positivo.
- **Anclar**. Fomentando la sensación de control a partir de identificar lo que han hecho para mejorar y qué más podrían hacer para llegar a sus objetivos.
- **Ir despacio**. Ajustándose al ritmo de los clientes.

- **Promoción de la cooperación con la familia**. Esforzándose por usar el lenguaje de la familia, aceptando su forma de ver el problema y las soluciones.

Respecto de las técnicas, la TBCS plantea entre otras:

- **Proyección al futuro**. La pregunta milagro es la versión más común, pero puede haber variantes que se adaptan dependiendo de los clientes.
- **Cambios pretratamiento**. Preguntar por avances entre la llamada de solicitud de cita, ayuda a partir de avances producidos incluso antes de la primera entrevista.
- **Excepciones**. Preguntando por las ocasiones en las que el problema no se da o sucede menos. Posteriormente, se co-construyen "excepciones deliberadas".
- **Preguntas de escala**. Solicitando que los clientes puntúen del 0 al 10 su avance, decisión, confianza, etc. De tal forma que, ellos puedan ir por el cambio mínimo, de forma más objetiva (1 punto).
- **Preguntas de afrontamiento**. Adaptándose a la postura negativa de las consultantes. Ayuda, además, a encontrar excepciones y recursos.
- **Secuencia pesimista**. Adoptando una actitud más negativa que las de los clientes. Indicada para personas cuyas respuestas son consistentemente negativas y pesimistas.
- **Elogios**. Ante las cosas que hacen bien, cualidades o valores de los cuales las consultantes puedan estar orgullosas. Se usan en el mensaje final.
- **Tareas de fórmula**. Refiere a intervenciones generales que no requieren una información detallada del problema. A continuación, se detallan algunas de ellas (Ochoa, 2004).
    - De la primera sesión. Se pide a la consultante que observe y anote aquello que quiera mantener en su vida (aspectos familiares, relacionales, laborales, etc.).
    - De la sorpresa. Se pide a los clientes que realicen algo "nuevo y sorprendente"; para romper con patrones de conducta habituales (p.114).
    - Genéricas orientadas a las soluciones eficaces. Cuando a pesar de identificar una solución adecuada, no son capaces de establecer diferencias entre lo que sucede cuando no está el problema y cuando sí se presenta.

Capítulo 2. Violencia contra las mujeres

“cuéntales que fui
el lugar más cálido que conociste
y que me dejaste helada”

Rupi Kaur

2.1 Feminismo

El feminismo como movimiento social surgió a finales del siglo XVIII cuando las mujeres tomaron conciencia de la dominación y explotación de que habían sido objeto. Se inició como un movimiento intelectual y social de lucha por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Celia Amorós (2011) observa que el feminismo es en sí la vindicación pero que, además, busca lo genéricamente humano (la calidad de sujeto, individuo, ciudadana). Para Nuria Varela, (2008) el movimiento es un discurso político; “una teoría y práctica política articulada por mujeres que tras analizar la realidad en la que viven toman conciencia de las discriminaciones que sufren por la única razón de ser mujeres y deciden organizarse para acabar con ellas, para cambiar la sociedad” (p. 13). Marcela Lagarde señala que “el feminismo constituye una afirmación intelectual, teórica y jurídica de concepciones del mundo, modificaciones de hechos, relaciones e instituciones” (Batista, 2018, párr. 1). Así, desde el texto ya clásico de Mary Wollstonecraft “Vindicación de los derechos de la mujer” (como se citó en Varela, 2008); la historia del movimiento feminista se puede dividir en 3 bloques (De Miguel, 2000):

- **Feminismo premoderno.** A partir de la ilustración y surgen las primeras polémicas feministas.
- **Feminismo moderno.** Comienza con la obra de Poulain de la Barre, los movimientos feministas durante la revolución francesa y los movimientos sociales del siglo XIX.
- **Feminismo contemporáneo.** Se refiere a la década de los sesenta del siglo XX en adelante; incluye al feminismo liberal, radical y los feminismos de la diferencia hasta los actuales (siglo XXI).

Otra forma de clasificar históricamente al feminismo es a través de las olas; se pueden identificar también tres periodos (Varela, 2008):

- **Primera ola.** Polémicas feministas, siglo de la Ilustración.
- **Segunda ola.** Del sufragio a Simone de Beauvoir.
- **Tercera ola.** Del feminismo radical al ciberfeminismo.

En los últimos años, ha habido discusión acerca de si se puede hablar de una **cuarta ola** del feminismo. Por ejemplo, Sendón de León (2019) propone que la obra de Rosa María Rodríguez, “La mujer molesta” es un texto que abre la cuarta ola y que, en esta, nos encontramos *más allá* del género. Adelante, se abordará este concepto que forma parte de los pilares de la teoría feminista.

Varela (2019), menciona que al final del siglo XX (años 80), el feminismo se vio inmerso en un debate interno; el cual, se considera un antecedente para la cuarta ola. Ya para el nuevo siglo, indica que el movimiento se hizo presente en todas las protestas que derivaron de la crisis económica de 2008 (15M en España, Occupy Wall Street en Nueva York, la Primavera Árabe en Túnez, el #Yosoy132 en México, el #Metoo en todo el mundo entre otras) marcando así, el inicio de la cuarta ola feminista.

Dentro de la tercera y cuarta ola, se han desarrollado diferentes discusiones que han derivado en las distintas corrientes del feminismo; entre ellas se encuentran (Thomen, 2020; Varela, 2019):

- **Feminismo liberal**. Betty Friedan es la autora que encabeza esta corriente; con su obra “La mística de la feminidad” y la noción de que había algo más profundo en el malestar de las mujeres que no se había erradicado con la obtención del voto femenino ni de la ciudadanía. En general, el movimiento desarrollado en los años sesenta, postula que la situación de las mujeres se debe a la desigualdad; por tanto, busca la igualdad entre sexos (INMUJERES-DF, 2007).
- **Feminismo radical**. Impulsado por feministas que colocaron sobre la mesa los términos género, patriarcado, bisexualidad y lesbianismo (Álamo, 2008); su representante máxima, Kate Millett y su lema “Lo personal es político” marcó esta corriente en la que la tesis central es que, las relaciones de poder condicionan la sexualidad, la familia y las relaciones de pareja (INMUJERES-DF, 2007).
- **Feminismo institucional**. Gutiérrez y Luengo (2011) lo sitúan al feminismo entreguerras y a partir de la asunción de la violencia y en general de la situación de las mujeres por organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU). Actualmente, refiere al movimiento alineado a las agendas de las instituciones del Estado y que nombra el mismo como perspectiva de género.
- **Feminismo abolicionista**. Comparte la base del feminismo radical, pero enfatiza la lucha contra la pornografía, la prostitución, los vientres de alquiler y otras formas de explotación sexual contra las mujeres.
- **Transfeminismo**. Supone un cuestionamiento de la dicotomía sexo-género y aportan la noción de una sociedad donde las personas puedan elegir y asumir su propia identidad sexual fuera del parámetro masculino-femenino (Gutiérrez & Luengo, 2011).

- Ψ **Ecofeminismo**. Equipara la apropiación masculina de la tierra a la que las mujeres han vivido históricamente; desde la sobreexplotación a la mercantilización de ambas. Trabaja junto al movimiento ecologista.
- Ψ **Ciberfeminismo**. Plantea que el uso de las tecnologías de la información es crucial para, por un lado, cuestionar el género y por otro, construir un feminismo "online fuerte, popular, reactivo" (Varela, 2019, p. 45).
- Ψ **Feminismo interseccional**. Kimberlé Crenshaw (como se citó en Rociosileo, 2017) es considerada la autora que inició esta aproximación al describir la sobreposición de diferentes condiciones; por ejemplo, las discriminaciones que una mujer blanca sufre, no son las mismas que una mujer negra, trans y pobre. Kira Cochrane (como se citó en Varela, 2019) describe que la interseccionalidad hace al movimiento feminista más respetuoso y amplio con el efecto del cuestionamiento constante de los propios privilegios. Varela (2019) complementa: "la interseccionalidad proporciona unas gafas violetas muy grandes, que no solo sirven para ver la desigualdad, sino que también acostumbran a reconocer cómo se construyen las jerarquías del poder" (p.43). Este movimiento es en el que se retomará para el presente trabajo.

En esencia, los movimientos feministas han tenido como vindicación central, la igualdad de Derechos Humanos para las mujeres y el siglo XXI ha colocado de manifiesto la necesidad de analizar con lentes más finas la situación de las mujeres, pero también, la de tomar esos derechos que históricamente les han sido negados.

2.1.1 Teoría de género: conceptos básicos

A partir de la tesis más importante de Simone de Beauvoir "la mujer no nace, se hace" aunado a los estudios de género en los años ochenta, se abrió una nueva posibilidad de mirar y explicarse las identidades de las personas. Se usó la palabra género para hacer una separación entre natura y cultura: ya no se clasificaría en hembra o varón humanos, sino que, el ser mujer u hombre implicó adentrarse en las dimensiones psicológica, cultural, social y no sólo la biológica (Siles & Delgado, 2014). Así, **sexo** refiere a la configuración genética de las personas mientras que el **género** describe una categoría construida social y culturalmente que determina qué características debe tener lo masculino y lo femenino y que es aprendida e influida por el entorno (INMUJERES-DF, 2007).

Siguiendo el paradigma socioconstruccionista, se puede situar el género como un concepto que se construye a partir de la interacción social. Sin embargo, el feminismo contemporáneo también ha cuestionado que tal construcción deba derivar en la dicotomía masculino-femenino. Judith Butler (como se citó en Siles & Delgado, 2014) representante de la **Teoría Queer**, sostiene que el género es

performativo; es decir, se construye en el día a día. Postula además que, la identidad debería ser fluida y que no tendría que limitarse a mujer u hombre o a la orientación sexual heterosexual versus homosexual.

Las sociedades se han encargado de dictar qué deben hacer y ser las personas dependiendo del sexo de nacimiento; atribuyen, por ejemplo, que las mujeres deben ser femeninas y dedicarse a la crianza o que los varones tendrían que proveer y mostrarse fuertes (Rocha & Díaz-Loving, 2005). Los **estereotipos** refieren a cómo deber ser (rasgos y atributos físicos principalmente) mientras que los **roles de género** refieren al conjunto de comportamientos, funciones, tareas y responsabilidades que se esperan que mujeres y varones cumplan dentro de su comunidad (Juárez, 2011).

Dentro de los roles de las mujeres, se distinguen tres categorías: el **productivo**, que tiene que ver con el trabajo remunerado y el no remunerado (este en particular, se refiere a actividades principalmente domésticas y de cuidado). El **reproductivo**, que abarca la procreación y la crianza. La **gestión** de la comunidad refiere a responsabilidades y tareas en beneficio de la sociedad. Las feministas señalan que el rol reproductivo y el de gestión son percibidos históricamente como "naturales" (Membrillo, Fernández, Quiroz, & Rodríguez, 2008). El INEGI (2020) señala que, a nivel nacional, el tiempo total de trabajo (TTT) de las mujeres en promedio a la semana es de 59.5 horas mientras que el de los varones es de 53.3 horas. Esta brecha de 6.2 horas tiene que ver con las actividades del rol naturalizado del trabajo no remunerado; la misma encuesta señala que las mujeres dedicaron 30.8 horas semanales a este rubro contra las 11.6 horas de los varones. Estas dobles y triples jornadas, suelen tener efectos en la salud física y psicológica de las mujeres.

Retomando el concepto de **orientación sexual**, éste describe la forma en que las personas se relacionan erótica y afectivamente (INMUJERES-DF, 2007). De manera tradicional, ha existido como norma, la heterosexualidad y gracias al movimiento LGBT (lésbico, gay, bisexual, transexual), de Derechos Sexuales y Reproductivos y al feminismo es que se reconocen otras orientaciones como legítimas. Entre ellas se encuentran: lésbica, gay, bisexual, asexual, pansexual. Otros conceptos como transexual, transgénero, travesti, intersexual, queer, se han sumado como al movimiento por la diversidad sexual. De ahí que, las siglas del movimiento actualmente se distingan como LGBTTTIQA+.

El feminismo puso de manifiesto el orden normativo en que las sociedades (especialmente las de tradición judeo-cristiana) se han organizado, dando como resultado, el concepto de **heteropatriarcado** el cual significa que la medida de lo humano han sido los varones heterosexuales. Ya en 1975, Gayle Rubin (como se citó en Aguilar, 2008) describió el **sistema sexo-género** en el que el sexo biológico termina siendo "productos de actividad humana y en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas" (párr. 12). Así, resulta un sistema en el

que las actividades para cada sexo son muy concretas y se traducen en la dominación de los hombres sobre las mujeres; que se mantiene a través de la cultura, la fuerza y el poder así como de que las personas interioricen esa idea de superioridad de los varones y, por tanto, de inferioridad de las mujeres (Varela, 2008).

2.1.2 Amor romántico

El sistema heteropatriarcal, ha sido la cuna de desigualdades y violencias, pero como lo menciona Nuria Varela (2008), no sólo por la fuerza se ha mantenido; una de sus "armas" más poderosas ha sido la cultura y dentro de ella, la noción y práctica del amor romántico.

Para responder qué es el amor romántico, hay que remontarse al amor cortés y al amor idílico; Herrera (2010a) señala que las formas contemporáneas de amor se remontan a ciertas prácticas en la edad media; indica que en parte nos hemos quedado con la idea de "la princesa rosa" y "el príncipe azul". A su vez, la manera en la que las personas se enamoraban, tenía su origen en la poesía: historias de amantes que superaban obstáculos profesándose amor eterno (amor idílico) El amor cortés surge cuando el adulterio se integró a los escritos de romances idílicos; coloca como ejemplo el mito de Tristán e Isolda (como se citó en Herrera, 2010a) en el que la pasión se asocia al sufrir y que los obstáculos terminan haciendo del amor algo trágico pero sublime. Romeo y Julieta (Shakerspeare, 1597/1974) es otro ejemplo de la tragedia que llega por las prohibiciones al amor.

Así, las mujeres pasaron -en tiempos de guerra- de ser intercambiadas, robadas o compradas, a ser conquistadas a través del cortejo. Lipovetsky (como se citó en Herrera, 2010) considera que las mujeres solían alargar el enamoramiento lo más posible ya que sabían que mientras éste durara, ellas elegían a quien entregarse y hasta qué punto; no había la obligatoriedad de "hacer favores" (tener coito, por ejemplo) como en el matrimonio. Herrera (2010b) también describe que el amor romántico es una "utopía emocional colectiva"; idealizada y que se usa para calmar los miedos a la vida y a la soledad.

Dichas pautas fueron legitimando la idea del matrimonio por amor, pero también, el "hacer todo por amor". Aunado a los estereotipos y roles que siempre han acompañado a las mujeres y varones, da como resultado modelos rígidos de ser y hacer en las personas; perpetuados por otros sistemas: la sociedad, la cultura, las familias, la educación formal e informal, medios de comunicación masiva entre otros.

En el proyecto de investigación DETECTA 2011, realizada por Fundación Mujeres y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Fundación mujeres, 2011), se encontraron 19 creencias acerca del ideal de amor romántico. Estas, fueron agrupadas en 4 diferentes categorías. En la tabla 3 se muestran los grupos y las falacias que los componen.

Tabla 3.

Grupos de mitos del amor romántico

Grupo 1. "El amor todo lo puede"	**Grupo 2. "El amor verdadero está predestinado"**
1. Falacia del cambio por amor 2. Mito de la omnipotencia del amor 3. Normalización del conflicto 4. Creencia en que los polos opuestos se atraen y entienden mejor 5. Mito de la compatibilidad del amor y el maltrato (me pega porque me quiere, me cela porque me quiere) 6. Creencia de que el "amor verdadero" lo perdona/ aguanta todo	7. Mito de la "media naranja" 8. Mito de la complementariedad 9. Razonamiento emocional (la pasión me guía, el amor sólo conoce de sentimientos) 10. Creencia en que sólo hay un amor "verdadero" en la vida 11. Mito de la perdurabilidad, pasión eterna o equivalencia.
Grupo 3. "El amor es lo más importante y requiere entrega total"	**Grupo 4. "El amor es posesión y exclusividad"**
12. Falacia del emparejamiento y conversión del amor de pareja en el centro y relevancia de la existencia 13. Atribución de la capacidad de dar felicidad 14. Falacia de la entrega total 15. Creencia de entender el amor como despersonalización 16. Creencia en que si se ama debe renunciarse a la intimidad (o privacidad, como las redes sociales)	17. Mito del matrimonio (como una meta de vida) 18. Mito de los celos (reflejan que "sólo me quiere a mí") 19. Mito sexista de la fidelidad y de la exclusividad (no es requisito para los varones)

Nota. Retomado del Boletín de Fundación mujeres dedicado al amor romántico.

La investigación citada, se realizó con jóvenes andaluces y se llegó a la conclusión de que, tanto en chicas como en chicos, se presenta una aceptación de los mitos y que los chicos tuvieron una mayor apropiación del ideal romántico, es decir, creyeron que el amor significa cumplir la mayoría de esos los mitos.

García, Hernández y Monter (2019), realizaron una investigación donde analizaron los discursos de jóvenes universitarios (mujeres y varones) acerca de su concepción del amor romántico y las relaciones de pareja; encontraron que se perpetúa una ideología basada en la heteronorma tradicional: hombres y mujeres se muestran con características diferentes y complementarias.

Se puede vislumbrar el peso que dichos mitos tienen en la forma en que las parejas se relacionan. Cabe señalar que estos estudios se enfocan a personas heterosexuales; sin embargo, las personas de la diversidad sexual no quedan exentas de replicar tales pautas. Por ejemplo, Rodríguez y Negroni (2018) realizaron una investigación respecto de los imaginarios acerca del amor en población LGB en México y España. Encontraron presencia de los mitos de “la media naranja” y de emparejamiento.

En otra investigación (Bonilla-Algovia & Rivas Rivero, 2018) realizada en Madrid, se encontró que estudiantes de grados y maestrías relacionadas con la docencia/magisterio, presentan mayor aceptación del mito de la omnipotencia y el de “la media naranja”. Así mismo, encontraron diferencias de género; los varones puntuaron más alto en los mitos de “los celos son una prueba de amor”, “el amor verdadero lo puede todo”, “se puede amar a alguien a quien se maltrata” y “se puede maltratar a quien se ama”.

Finalmente, se hipotetiza que estas disparidades entre las concepciones de amor romántico entre mujeres y varones, más la cultura, la socialización de roles y estereotipos y las pautas familiares, abonan a que las relaciones disten de ser equitativas y, por tanto, se facilite, legitime y perpetúe el ejercicio de la violencia hacia las mujeres.

2.2 Violencia contra las mujeres

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (Organización Mundial de la Salud, s/f, párr.1). Mientras que, la violencia contra las mujeres está definida como:

> Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr.10).

Se puede observar que, si bien retoman varios aspectos de la definición general, existen particularidades relevantes: por ejemplo, que prevé que el acto puede tener como resultado algún daño;

además, contempla no sólo el acto sino la amenaza de tal y pone de manifiesto las áreas que la violencia puede dañar (física, psicológica, sexual) sin importar dónde se lleve a cabo (espacio público o privado).

Mundialmente, desde su reconocimiento como un problema social y estructural, se han llevado a cabo diferentes acciones y redactado diferentes instrumentos para la erradicación de la violencia contra las mujeres. Entre ellos están (ONU Mujeres, 2011):

- **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).** Desde 1979, insta a los Estados partes de la Organización de Naciones Unidas (ONU) a realizar y ejecutar leyes y medidas para la erradicación de la discriminación hacia las mujeres. Cuenta con un comité que hace revisiones y recomendaciones generales a los Estados partes.
- **Plataforma de acción de Beijing, 1995.** Explica los objetivos estratégicos que los gobiernos debían adoptar en el tema de la erradicación de la violencia contra las mujeres. De igual manera, contemplaba otros temas como las niñas, la pobreza, la salud, los conflictos armados como fenómenos que impiden el acceso de las mujeres al ejercicio de sus derechos fundamentales.
- **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará), 1994.** Convención en el ámbito regional (América) donde los estados partes acuerdan adoptar políticas para erradicar la violencia contra las mujeres. En ella se define la violencia y establece el derecho fundamentar de las mujeres a una vida libre de violencia. Propone mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres e incluye el ámbito privado en tales mecanismos y definiciones.

Dado que el Estado mexicano es parte de la ONU, ha firmado y ratificado tales compromisos; dando como resultado, el desarrollo de leyes y mecanismos acordes a los instrumentos internacionales. Así, fue que se realizaron reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° (sobre la igualdad entre mujeres y hombres) y el 25° (sobre garantizar el desarrollo de las mujeres y que los ordenamientos en esa materia se deberán realizar con perspectiva de género) (Cámara de Diputados, 2001). Posteriormente, se desarrollaron otros instrumentos jurídicos en la misma línea. Por ejemplo, La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de 2006 con última reforma del 2018. Por otro lado, en 2007, se impulsó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) con última reforma en el 2021 y su reglamento en la que se define la violencia contra las mujeres. Cabe señalar que tal ley es de carácter federal y que debería estar homologada a las legislaciones locales. Sin embargo, aun cuando los estados cuentan con dicho documento, no siempre se encuentran articuladas con otras leyes y códigos que abonan a garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Mujeres en Movimiento, s/f).

Retomando la definición de violencia en la LGAMVLV, señala: “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007, art. 5)

Igualmente, tal ley conceptualiza la violencia en tipos y modalidades de la misma. Los tipos que contempla son (LGAMVLV, 2007, art. 6):

- **Violencia psicológica**. Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que lleve a la víctima a la depresión, aislamiento, devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Violencia física.** Cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones.
- **Violencia patrimonial.** Cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Incluye la transformación, sustracción, destrucción retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes, valores, derechos, recursos económicos y puede extenderse a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violencia económica**. Toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima.
- **Violencia sexual**. Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.

Las modalidades de la violencia refieren a los ámbitos en los que se pueden dar los distintos tipos. La Ley indica (LGAMVLV, 2007):

- **Violencia Familiar**. “Acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir […] a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho” (art. 7).
- **Violencia Laboral y Docente**. Es ejercida por las personas que tienen un víncilo laboral, docente o equivalente, con la víctima, es el acto u omisión en abuso de poder que daña a las mujeres e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad. Incluye el acoso y hostigamiento sexual (art. 10).
- **Violencia en la comunidad**. Refiere a actos en individual o colectivos que trasgreden los derechos de las mujeres y causan discriminación, marginación, exclusión o denigración en el ámbito público (art. 16).

- **Violencia institucional**. Actos u omisiones por parte de servidores públicos que impiden el ejercicio de los derechos de las mujeres, incluyendo el de ser atendidas respecto de la violencia (art. 18).
- **Violencia política.** Acción u omisión basada en elementos de género; tanto en la esfera pública o privada. Incide en que las mujeres limiten o anulen el ejercicio de los derechos políticos y electorales de las mujeres (art. 20 Bis).
- **Violencia Feminicida**: Es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, se caracteriza por conductas misóginas acompañadas de impunidad social y del Estado; que culmina en homicidio *[sic]* y otras formas de muerte violenta de mujeres (art. 21).

Para el presente trabajo, se retomarán los conceptos de violencia psicológica, física y patrimonial en la modalidad familiar.

2.2.1 Panorama actual de la violencia contra las mujeres

Los esfuerzos que tanto organizaciones internacionales como el Estado mexicano realizan en torno a la violencia se deben, principalmente a que las cifras han alcanzado los niveles de un problema social y de salud pública desde el siglo pasado. La OMS (2017) reporta que “alrededor de una de cada 3 mujeres en el mundo han vivido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida” (párr.2). Resalta, además, que la mayoría de los casos son ejercidos por la pareja; el 42% de estas mujeres, han tenido alguna lesión a consecuencia de la violencia. 38% de los feminicidios mundiales son cometidos por su pareja masculina.

A nivel local, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) ha realizado la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Ésta, mide las experiencias de violencia que han enfrentado las mujeres de 15 años y más en México. Está alineada a la legislación pues organiza la información por tipos y modalidades. Se realizó en 2006 y 2011 y la última actualización ocurrió en 2016. De esta encuesta, se obtiene que (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2017):

- 66.1% de las mujeres de 15 años y más (equivalente a 30.7 millones de mujeres), han vivido al menos un episodio de violencia, alguna vez en su vida.
- 43.9% de las mujeres han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida marital, de convivencia o noviazgo.

- De las 30.7 millones de mujeres que han vivido violencia, 49% ha sido violencia emocional; 34% violencia física, 41.3% violencia sexual y el 29% violencia económica o patrimonial o discriminación laboral.
- Las entidades con mayor proporción de violencia fueron: Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Aguascalientes y Querétaro.
- El grupo de edad entre 15 y 24 años fue el de mayor prevalencia de violencia emocional, física y sexual por parte de la pareja (último año).
- Las principales razones por las que las mujeres que enfrentaron violencia en la pareja no solicitaron apoyo fueron: “Se trató de algo sin importancia que no le afectó”, “miedo a las consecuencias”, “vergüenza”, “no sabía cómo denunciar”, “por sus hijos”, “no confía en las autoridades” y “no sabía que existían leyes para sancionar la violencia”.

Así, se puede tener un panorama de la gravedad del fenómeno en el país. Casi 31 millones de mujeres han enfrentado violencia por parte de su pareja o ex pareja. Esto, se convierte no sólo en una problemática del ámbito privado, sino que debe ser de interés público, político y social.

2.2.2 Ciclo de la violencia

Leonore Walker (2013) ha investigado por más de 30 años el fenómeno de la violencia y ha observado que existe un patrón cíclico que ocurre en las relaciones de violencia. Esta teoría, divide los sucesos entre episodios de violencia en tres fases: acumulación de tensión, agresión aguda y calma/cariño. Para Navarro (2011) en el ciclo se pueden identificar subetapas: Distancia y renegociación; estas, se presentan antes de la reconciliación o “luna de miel”. A continuación, se describen brevemente las etapas más reconocidas del ciclo de la violencia:

- **Tensión**. Ocurren manifestaciones “leves” de violencia como pellizcos o violencia emocional. La víctima intenta “apaciguar” para así, evitar que la violencia escale.
- **Explosión**. También llamada de agresión *[sic]* aguda, se caracteriza por un episodio de violencia extrema; principalmente física y/o sexual y que puede llevar al feminicidio.
- **Distancia**. Puede ocurrir por la hospitalización o huida de la víctima. Esta es la etapa en la que se puede romper el ciclo; sin embargo, también es en la que el generador de violencia se muestra arrepentido y actúa como tal.

- Ψ **Reconciliación / Luna de miel.** Una vez que el generador logra que la víctima “se apiade”, hay una etapa de calma relativa en la que la pareja vuelve al “idilio” de la relación hasta que comience nuevamente, la acumulación de tensión.

Otras características del ciclo son (Walker, 2013):

- Ψ No se puede predecir la duración de las etapas y “tanto la naturaleza de su violencia como el momento de su explosión o las razones para parar, son impredecibles” (p. 73). Esto, hace que las víctimas se encuentren en una situación sumamente estresante (distrés) ya que no pueden predecir ni tener control en su entorno.
- Ψ Se genera una dinámica de refuerzo intermitente en la que suele quedarse en la relación por la esperanza de que “la próxima, será mejor”.
- Ψ A medida que pasa el tiempo, los ciclos se acortan; suceden más veces y escala la intensidad de la violencia.

De esta forma, se puede notar cómo es que factores familiares, sociales, políticos, culturales e históricos se articulan en la violencia. Por ejemplo, no sólo se trata de que un varón golpee a su pareja. Cuando se profundiza, se puede explicar que existe un ciclo de violencia en el que la relación desigual en la pareja no se da sólo en cuanto se casan o empiezan a vivir juntos, sino que se ha preparado el terreno para la normalización de la violencia a través de las pautas familiares y culturales (como los mitos del amor romántico); al tiempo que lo social y lo político abona al mantenimiento del ciclo.

Cuando se deja de ver el fenómeno como algo aislado o en su dimensión individual, se convierte en un problema de salud pública que hay que atender y erradicar.

2.2.3 Efectos psicológicos de la violencia

Como es de esperarse, vivir violencia con las particularidades mencionadas anteriormente, produce efectos en todos los niveles. Para el presente trabajo, se pondrá el foco en los fenómenos y efectos a nivel psicológico, pero se describirá brevemente lo que ocurre en otras áreas.

La Organización Panamericana de la Salud (2013), señala entre las consecuencias de la violencia:

- Ψ **Físicas**. Lesiones como hematomas o laceraciones; lesiones graves que conducen a discapacidad, afecciones digestivas, dolor crónico o feminicidio.

- **Sexuales y reproductivas**. Embarazo no planeado y/o deseado, aborto espontáneo o inseguro, ITS, complicaciones en el embarazo, infecciones crónicas de pelvis o vías urinarias, fístulas por desgarro, disfunciones sexuales.
- **Conductuales**. Abuso de sustancias, tasas bajas de uso de anticonceptivos y condones.
- **Mentales/emocionales**. Depresión, trastornos en la alimentación, sueño, ansiedad, autolesiones, conducta suicida, baja autoestima.

Dentro de los efectos emocionales y mentales de la violencia, se encuentra el **trastorno de estrés postraumático** (TEPT, CIE-10: F43.1). Este, se caracteriza porque, tras una experiencia traumática severa e inesperada, se desarrollan una serie de síntomas que persisten en el tiempo. Entre ellos, "revivir" constantemente el evento (flashbacks), evitación de situaciones similares, alteraciones en el sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, reacción de sobresalto no acorde al estímulo, hipervigilancia (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.).

El **Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica (ZAPAD)** o también llamado Síndrome de Estocolmo doméstico. Se caracteriza por la particular relación de protección al generador de violencia y en la que suelen culpar al alcohol o a alguna figura externa del comportamiento violento de la pareja (López, 2016).

Walker, retoma los hallazgos de Martin Seligman (como se citó en Walker, 2013) respecto de la **indefensión aprendida**. La define como un estado psicológico en el que se asume que nada se puede hacer para cambiar el entorno. Así, se produce una adaptación acorde a ella. En el caso de las mujeres, ya no oponen resistencia ni intentan escapar, dado que son incapaces de predecir la eficacia que tendrá su comportamiento. Por tanto, asumen la violencia como algo inevitable.

En consecuencia, Walker (como se citó en López, 2016) acuñó el **Síndrome de la mujer maltratada**; el cual, consiste en una integración de los síntomas del TEPT, el ZAPAD y la indefensión aprendida. Aunado a esto, la presencia de ansiedad, depresión, sensación de soledad, distorsión de la imagen corporal, autovaloración deteriorada y problemas sexuales (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil, & Campos, 2014; Lara, Aranda, Zapata, Bretones, & Alarcón, 2019).

El conflicto que suele haber para el cese de la violencia, radica en una mezcla de los efectos de ésta, la naturaleza cíclica que presenta y un elemento extra, la dificultad de realizar la **separación psicológica**, es decir, más allá de la física, es aquella que implica separarse emocional, conductual, cognitiva, en acciones concretas y que impacte en planes y proyecto de vida (Laso, Macias-Esparza, & Cirici, 2020).

2.1.6.1 Violentómetro

En muchas ocasiones, las mujeres encuentran dificultades para nombrar los distintos tipos de violencia; incluso, suelen registrarlos como comportamientos “normales” y cotidianos. La Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género del Instituto Politécnico Nacional, ha desarrollado la herramienta llamada Violentómetro, así como una aplicación para celulares en la que se aborda el tema. Dicho material, se considera didáctico y gráfico en el que se visualizan diferentes comportamientos violentos, muchos de ellos suelen caer en la normalización. Se divide en tres niveles de alerta por colores (verde, amarillo y rojo) (Instituto Politécnico Nacional, s/f).

Si bien ninguno de los comportamientos violentos que la herramienta muestra deberían catalogarse como “menos graves”, el instrumento puede ayudar a la identificación de tales conductas y así, facilitar a quien es objeto de violencia, a dimensionar su situación.

En la figura 2, se muestra el material y los comportamientos que comprende.

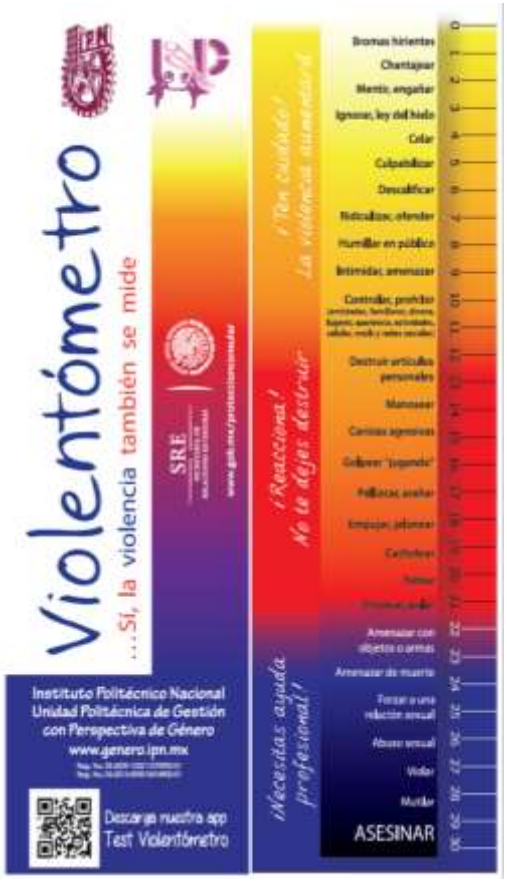


Figura. 2. Violentómetro, tomada del sitio del IPN, sección: materiales.

Capítulo 3. Terapia sistémica-feminista

“me paro
ante los sacrificios
de un millón de mujeres antes de mí
pensando
qué puedo hacer
para que esta montaña sea más alta
para que las mujeres que vengan después de mí
puedan ver más allá”.
-legado

Rupi Kaur

Gracias a los feminismos contemporáneos (especialmente en los años 70 del siglo XX) es que el análisis desde una perspectiva de género se extendió en diversos desarrollos humanos como en las artes y las ciencias, así como en otros desarrollos humanos. Entre ellos, la psicoterapia. Broverman (como se citó en Sau, 2004), realizó un estudio respecto de las actitudes sexistas de los psicoterapeutas; encontró que había una tendencia a diagnosticar “inadaptación en mujeres políticamente activas y de izquierda” (p.115). En el contexto de la terapia familiar, las pioneras Marianne Walters, Peggy Papp, Betty Carter y Olga Silverstein comenzaron a precisar cómo el patriarcado también permeaba en la terapia (como se citó en Sánchez-Gutiérrez, 2000). Más adelante, Thelma Goodrich, Cheryl Rampage, Bárbara Ellman y Kris Halstead (1989), continuaron aportando la crítica a escuelas de terapia familiar como la estructural o la estratégica en las que las quejas de las mujeres no se consideraban y se las encasillaba en roles específicos; los movimientos terapéuticos para poner límites, protegían las jerarquías y la dominación masculina.

Sau (2004) plantea que en general, la **terapia no feminista** (también llamada tradicional) suele tener tres puntos característicos:

- Ψ Como solución, promueve los roles tradicionales de género. Por ejemplo, procuraría que una mujer que se muestra distante con su hija o hijo, se acerque aún en contra de su deseo, sin explorar mucho acerca del sentir de la mujer.
- Ψ Coloca ciertas expectativas y devalúa a las mujeres cuando éstas muestran asertividad, agresión, acción y similares. Un ejemplo de ello se encuentra en la terapia estructural, cuando se espera que los roles de la pareja sean complementarios.

- Uso sexista y peyorativo de términos psicoanalíticos derivando en “histérica, masoquista, ninfómana, fálica, tiene ganancias secundarias, etc.”.

Polo (2014) indica que la mirada de género en la psicología ha implicado observar que:

- El desarrollo “normal” en las teorías tradicionales, está basado en lo masculino, por tanto, lo femenino ha pertenecido al déficit.
- Las terapias tradicionales han potenciado la adaptación de las mujeres a roles tradicionales; sin embargo, también han patologizado una adaptación “demasiado completa” (p.117).
- Los diagnósticos suelen tener sesgos, señala que, durante mucho tiempo, los comportamientos asociados a algunos trastornos de personalidad son formas tradicionales de comportamiento asociados a las mujeres.
- Se han sobrevalorado las causas intrapsíquicas y ponderado a las condiciones sociales en que ocurren los problemas de salud mental.
- Se ha abusado en señalar a las madres como las responsables de las “disfunciones familiares”.

En contraste, las pioneras antes mencionadas, se dieron a la tarea de conformar un marco de referencia feminista que les permitiera intervenir desde un lugar diferente.

3.1 Características de la terapia feminista

Sturdivant (como se citó en Sau, 2004) destaca tres características de las intervenciones feministas:

- El **rol tradicional** femenino es fuente de conflicto. Las mujeres que, por cualquier razón no “se ajustan” al rol tradicional; suelen sentir que son inadecuadas o se culpan por problemas a nivel individual, pareja o en la familia.
- Se integra un **análisis político** en la terapia. No sólo se escucha la experiencia de las mujeres, sino que esto suma a una multiplicidad de voces que históricamente han sido acalladas; lo que Celia Amorós (como se citó en Atencio, 2015) nombrara como “pasar de la anécdota a la categoría”.
- Los modelos son de **crecimiento y desarrollo**, no de enfermedad-tratamiento-adaptación. En el proceso de terapia, se estimula más la acción que la introspección; así mismo, no se parte de un diagnóstico para el cual hay que dar tratamiento o curar.

En el ya clásico “La red invisible”, (Walters et al., 1991) las autoras mencionan como primera fase del proceso de escritura, su análisis crítico y con “lentes” feministas a la teoría y técnica de su práctica clínica así como a las implicaciones sociales, culturales y políticas de ella. Entre sus conclusiones están:

- Ninguna formulación de sistemas puede ser independiente del género.
- Reconocer los procesos diferenciados de socialización de mujeres y varones poniendo especial atención en los que colocan en desventaja a las mujeres.

En una segunda fase, señalan la crítica específica a la teoría de sistemas y su uso en la colocación de las mujeres en desventaja. Deducen que:

- El concepto de **neutralidad** no existe, especialmente respecto del género. Todas las personas al crecer en un sistema mediado binariamente, con roles y estereotipos, presentarán algún tipo de sesgo. La terapia no es excepción a ello.
- La **complementariedad** de roles solo abona a una organización jerárquica y patriarcal de las familias. En contraste, la terapia feminista promueve la simetría en las tareas expresivas como en las instrumentales de cada persona.
- Se puede promover la **interdependencia**, lo que nombraron como autonomía con vinculación. Es decir, no se rechazan los vínculos afectivos, sino que se busca estos sean en libertad y equidad, no en dependencia.
- Tener cuidado de valuar positivamente la fusión o intrincamiento de los varones y negativamente la distancia de las mujeres. Por ejemplo, si el varón muestra celos, no se valida como una forma de interés o de amor; o bien, si la mujer decide poner límites, la terapeuta no hace juicios ni encamina el proceso al reencuentro entre ellos.
- Descartar el concepto de **reciprocidad en violencia**: la responsabilidad es de quien genera la violencia, no como una participación activa de todas las personas.

Para Worell y Remer (1992), la terapia feminista se basa en tres principios:

- **Lo personal es político**. Los malestares de las mujeres no son intrapsíquicos o individuales, sino de carácter social y político.
- **Relaciones igualitarias**: se promueve que las relaciones interpersonales sean lo más igualitarias posible. Esto, a través del cuestionamiento de los roles tradicionales de género.
- **Valorar la perspectiva de las mujeres**: las autoras señalan que revalorar lo femenino, sus sentires, lo que piensan, abona no solo en la terapia, sino que tiene un efecto a nivel social.

Baber y Allen (1992) consideran que respetar las voces de las mujeres es fundamental, así como sus estados emocionales. Sostienen que muchas mujeres se sienten empoderadas cuando pueden expresar su rabia por primera vez. Por ejemplo, en casos de abuso, las consultantes logran dejar de sentir culpa.

Otro elemento importante a considerar, es el poder. Ávila-Fuenmayor (2006) hace referencia a que el poder desde su origen (latín), implica:

> "ser capaz, tener fuerza para algo […] ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto físico o concreto, o para el desarrollo de tipo moral, política o científica" (p.2).

Esta dominación, observada desde la filosofía y la teoría feministas; es retomada por las terapeutas tanto en el sistema terapéutico como en el familiar y en la pareja (aun cuando la consulta sea individual). Así, la terapia feminista procura el balance del poder dentro de la consulta a través de dos situaciones (Worell & Remer, 1992):

- **Revelaciones** sobre la persona terapeuta: esto reduce la distancia y la diferencia de poder entre cliente y terapeuta. Abona a la identificación de la condición de las mujeres (por ejemplo, vivir acoso y otros tipos de violencia que los varones por lo común no experimentan).
- **Reacciones** acerca de lo que comparten las consultantes/clientes: al permitir que la vulnerabilidad se muestre en la sesión, la terapeuta puede retroalimentar a quien consulta; lo que puede ayudar a modelar formas más efectivas de comunicación y expresión de emociones.

Las autoras resaltan que esto debe usarse con precaución y únicamente cuando sea relevante para los temas de la persona consultante y que sea *en pro* de su crecimiento.

En el caso de las terapeutas Walters et al. (1989), consideran que la terapia familiar feminista debe contemplar:

- **Uso del sí-mismo** como modelo de conducta más desapegado de los roles y estereotipos de género. Es decir, la persona de la terapeuta abona a la deconstrucción del género en las consultantes.
- **Analizar** los roles de género en la familia.
- Usar el análisis de roles de género para **cuestionar** las pautas estereotipadas, procurar su liberación.

- Fomentar una **mayor reciprocidad** entre los miembros de la familia. Ya que se analizaron los roles y estereotipos, se propone actuar de forma distinta a la tradicional lo que deriva en mayor equidad.
- **Diseñar técnicas** a partir de las usadas en terapia familiar, pero teniendo especial cuidado del efecto de éstas a nivel de género.

A partir de estas contribuciones, se puede concluir que en la terapia feminista:

- Se asume que no existe la neutralidad (especialmente al género), pero se aprovecha terapéuticamente.
- El análisis de roles y estereotipos de género es fundamental para el proceso terapéutico.
- Se analiza el poder en todas las relaciones (incluyendo la terapéutica) y se procura su balance.
- Se promueve la interdependencia a partir de relaciones lo más igualitarias posible.
- Es fundamental la observación constante por parte de la terapeuta hacia los posibles sesgos que pueda presentar.

3.2 Técnicas en la terapia feminista

Las técnicas que se utilizan en la terapia feminista, como en cualquier otra aproximación terapéutica, tienen el objetivo de lograr el bienestar o alcanzar las metas propuestas en la consulta. Algunas de estas técnicas, son exclusivas, pero otras, son retomadas desde otros enfoques; siempre que se apeguen a los principios del feminista (Worell & Remer, 1992).

Para Walters et al. (1989) más que técnicas a aplicar, proponen preguntas a la terapeuta que orienten sus intervenciones. Entre ellas están:

- ¿Cómo afectan los estereotipos de género la distribución del trabajo y el poder en esta familia?
- ¿Qué piensan los miembros de la familia sobre la distribución sexual del trabajo?
- ¿Qué soluciones se han omitido en la familia debido a la aceptación de valores sexistas?
- ¿Qué esperará la familia del terapeuta dado su género?
- ¿Qué otras situaciones tienen que ver con el problema, además de los roles y estereotipos de género?

Jones (1995) invita a realizar hipótesis no sólo en cuanto a las pautas familiares y su influencia en el malestar de las consultantes sino, además, respecto de la influencia que el género, la división

sexual del trabajo y la educación. Sugiere las preguntas a realizar tanto para la terapeuta como hacia las clientes:

- ¿Cómo aprendieron a ser hombres o mujeres en su familia y en su cultura?
- ¿Cómo se establecieron esas reglas? ¿Era claro o era sutil? ¿Qué creen que pasaría si esas reglas cambiaran?
- ¿Qué influencia tienen esas reglas o la forma de ser mujer u hombre en la situación que llevan a consulta?

Se debe tener cuidado de no solo mostrar un "catálogo de hechos sobre el patriarcado" (p. 18) en la terapia. Por el contrario, este espacio puede ofrecer alternativas creativas que sugieran cómo las mujeres se han cambiado a sí mismas y cómo han resistido ante aquello que controla sus vidas y limita sus opciones (Baber & Allen, 1992).

3.3 Ética feminista

Desde los orígenes filosóficos del feminismo, se ha realizado una crítica a la moral patriarcal y se ha promovido una ética que contrarreste a la primera. Traducido a la terapia, se entiende que ésta no pretende la objetividad y neutralidad esperada en las ciencias ya que esas características, tienden a valorar expresiones masculinas de moralidad; por tanto, de privilegio. Para desarrollar una posición moral distinta, es importante incorporar la experiencia de las mujeres y de otras personas marginadas (Ballou, Hill, & West, 2007).

El lema "lo personal es político" es también, un reclamo a lo anterior y para transformar no sólo la terapia sino las normas culturales, se requiere de politizar principios éticos armónicos a la teoría feminista. La terapia entonces, puede ser uno de esos espacios donde se logre esto.

El Instituto de Terapia Feminista desarrolló un Código de Ética basado en 5 principios básicos (Ballou, et al., 2007; Worell y Remer, 1992):

- **Diversidad cultural e interseccionalidad**. La terapeuta feminista reconoce la diversidad, así como las opresiones de clientes que llegan a la consulta. Además, analiza sus propios sesgos acerca del género, clase, orientación sexual, etnia o raza, etc.
- **Diferencia de poder**. La terapeuta propicia el análisis del poder dentro y fuera del consultorio. Jones (1995), sugiere que se puede pasar de una posición donde la terapeuta reconoce su poder en el espacio de consulta; donde usa su pericia para crear un ambiente de confianza en el que pueda introducir nuevas perspectivas y entonces, gradualmente, ese poder se moverá hacia las clientes.

- **La relación cliente-terapeuta**. La terapeuta no se involucra de forma sexual con las clientes. Así mismo, tiene la responsabilidad de actuar con confidencialidad y de monitorear aquellas relaciones que pudieran generar un daño a las consultantes.
- **Responsabilidad de la terapeuta**. Respecto de la integridad del proceso. La terapeuta reconoce que, para un proceso exitoso, requiere de supervisión, entrenamiento, teoría, conocimientos en feminismo entre otros.
- **Cambio social**. La terapeuta busca formas en las que su trabajo tenga un impacto social que puede incluir rubros como la educación, el activismo, involucrarse con asociaciones, etc.

Similar a este código, se encuentra el de la Red de Terapia Feminista que consta de dos partes (Worell & Remer, 1992):

- Introducción. Consta de los compromisos éticos al ser parte de la red.
  - La terapia es dirigida hacia el crecimiento y el empoderamiento. La terapeuta está consciente de los sesgos (sexismo, racismo, clasismo, etc.)
  - Se enfatiza la importancia de compartir experiencias no solo entre mujeres sino también con varones y al interior de estos grupos.
  - Resalta la naturaleza no autoritaria de terapeuta-cliente y más como relación una facilitadora, protectora y educadora.
- Temas específicos.
  - **Límites y amistad**. Se insta a no brindar terapia a amistades y evaluar lo complejo de entablar amistad después del proceso terapéutico.
  - **Relaciones sexo-afectivas**. Prohíbe este tipo de vínculo con consultantes y sienta un periodo mínimo de 6 meses posteriores al término del proceso para entablar una relación con un exconsultante.
  - **Contacto**. Invita a que cualquier tipo de contacto físico sea con el consentimiento explícito de la consultante y dentro de límites adecuados.
  - **Ética de negocio**. Señalan el trueque o intercambio como no posible en la terapia.

3.4 La terapeuta feminista

Worell y Remer (1992) mencionan que ser una terapeuta feminista es un proceso de toda la vida que presenta múltiples retos. Como principal característica de la persona terapeuta feminista, identifican fundamental, tener un compromiso con los principios y valores del feminismo. Además, que su vida se guíe por tales. Señalan que se espera se muestren activas en el proceso terapéutico, en la indagación de los roles, el sexismo y sus efectos. Sturdivant (como se citó en Worell y Remer, 1992) indica características como calidez, empatía y espontaneidad como muestra de que la terapeuta puede mostrar sus emociones y que no tiene miedo de develarse; incluso sentirse cómoda expresando enojo y recibiéndolo de parte de las consultantes.

Para Baber y Allen (1992), las terapeutas feministas tienen una especie de “doble consciencia” debido al privilegio de estudiar, pero también hacen crítica a la devaluación que se hace del saber de las mujeres. Así, señalan estar “dentro y fuera”, integrando los conocimientos formales, pero valorando las experiencias únicas de vida. Otra forma de esta consciencia doble, está en el escepticismo hacia las observaciones que hace y hacia sus creencias y premisas (Jones, 1995).

Otras características señaladas por Walters et al. (1989) son que las terapeutas ejercen autoridad, fijan límites y al mismo tiempo se muestran empáticas, sensibles, respetuosas, protectoras y con escucha activa. Su hipótesis es que, con esta combinación, retarán de antemano los estereotipos de los clientes.

3.5 La terapia sistémica-feminista y la violencia contra las mujeres

Como se mencionó en el capítulo 2, la violencia contra las mujeres ha sido un fenómeno que tiene -relativamente- poco tiempo de ser estudiado como un problema social y de salud pública. Por tanto, su atención es igualmente “joven”. Frecuentemente, las mujeres solicitan ayuda con mucha vergüenza debido a que se sienten responsables por no haber podido “contener la situación”; en otras ocasiones, llegan por otros motivos de consulta y es importante que la terapeuta sea capaz de detectar la violencia (Díaz & Flores, 2009).

Leonore Walker señala que la terapia feminista resulta ser útil en casos de violencia física y sexual, en cualquier ámbito que se las haya vivido (en relaciones íntimas, en la infancia o en los espacios de trabajo). Señala como aspectos a trabajar desde la terapia feminista: la validación de las emociones, exploración puntual acerca de los eventos relevantes de violencia, abogar por la seguridad de la mujer, mostrar empatía con el dolor, pero sin dejar de lado las fortalezas de las víctimas de violencia (Psychotherapy web, 1997).

Díaz y Flores (2009) establecen como líneas de trabajo con las mujeres que viven violencia: cuestionar la necesidad de mantener la relación, clarificar el ciclo y la vivencia de violencia, mirar la historia de violencia en la familia de origen, trabajar el miedo al generador de violencia, la dependencia y la vergüenza por el maltrato. Favorecer la reconexión y la ampliación de sus redes de apoyo, el espacio propio y la reconfiguración de su relación con sus hijos e hijas y en general, imaginarse en escenarios diferentes. En el caso de las mujeres que ya se hayan separado del maltratador, sugieren trabajar los duelos que implican el finalizar la relación, así como la soledad y la sensación de vulnerabilidad.

Para Bosch, Ferrer y Alzamora (2005) además de ayudar a tomar consciencia de la violencia como una situación no normativa, proponen que se debe abonar a la comprensión de que se es víctima de un delito, así como revisar los mitos sobre el matrimonio y el amor. Agregan como objetivo global, el empoderamiento de las mujeres.

Otra propuesta para el trabajo con mujeres que viven violencia, se encuentra en centrar el proceso terapéutico en lograr la **separación psicológica**. Como se indicó en el capítulo 2, es más compleja ya que incluye distintas dimensiones que, precisamente, la violencia afecta; por ejemplo, la cognición. Khaw y Hardesty (como se citó en Laso et al., 2020), mencionan que podemos encontrarnos con límites ambiguos durante tal proceso:

- **Tipo I**. La víctima se encuentra separada, pero mantiene cierta unión psicológica (no es verdad hasta que haya ruptura definitiva).
- **Tipo II**. La mujer sólo se encuentra físicamente pero psicológicamente no (por ejemplo, sabe qué haría de no estar en esa relación).

En esta propuesta, también se pondera la seguridad de la víctima ya que consideran que muchas veces, forzar la separación física puede resultar en iatrogenia al agudizar la violencia. Incluye, además, educar a la red de apoyo para detectar signos de gravedad, finalmente, señala el objetivo principal de facilitar el tránsito de la mujer por cada etapa del proceso de separación psicológica. Cabe señalar que estas pautas, no son de corte sistémico, pero sí apoyadas en la perspectiva de género y el socioconstruccionismo (Laso et al., 2020).

Dentro de las técnicas e instrumentos de la terapia sistémica, el genograma, resulta en una herramienta que permite el acercamiento a las mujeres que han vivido violencia; ya que amplía la perspectiva y mira pautas, mitos, reglas, valores y roles intergeneracionales y actuales. Dando pie a su cuestionamiento y a la invitación de intentar algo diferente (Díaz & Flores, 2009).

En el caso del genograma, Goodrich et al. (1989) lo recomiendan para mirar los roles y pautas de hombres y mujeres de las familias de origen de las consultantes. Por ejemplo, respecto a la

dependencia, el cuidado, la educación diferenciada, los valores entorno a lo femenino y lo masculino y conectarlas con sus relaciones actuales; incluyendo su relación con el generador de violencia.

Las tareas, como se vio en el capítulo 1, tienen relevancia en el proceso terapéutico ya que permiten que la persona experimente nuevos escenarios y comportamientos; en el caso de las víctimas, están dirigidas a aumentar la seguridad en su autonomía, fortalecer su autoestima y amplificar los efectos del trabajo realizado en las sesiones (Díaz & Flores, 2009).

Así, se puede decir que la terapia sistémica-feminista es una integración de la técnica y el análisis de género. Una especie de arte en el que la persona terapeuta toma sumo cuidado de sus intervenciones y actitudes; analiza, reconoce, hace una crítica a su marco teórico y práctico, deconstruye y co-construye con quien consulta.

Capítulo 4. Método

4.1 Planteamiento del problema y justificación

Como se mencionó en la introducción, los malestares de las personas suelen tener múltiples causas, sin embargo, desde la mirada feminista; aquellos son vistos como consecuencia de la influencia social y política del momento histórico que se viva (Ballou et al., 2007).

En México, socialmente nos encontramos en un momento donde la violencia se incrementa día a día. Una de las problemáticas más alarmantes es la de la violencia hacia las mujeres. La Encuesta Nacional de Dinámica en los Hogares ENDIREH (INEGI, 2012) nos indica que, en México, 56.7% de las mujeres casadas o unidas han vivido violencia por parte de su pareja en algún momento de su relación. Además, señala que la violencia emocional es la que se presenta con mayor frecuencia (91.5%). En la ENDIREH 2016, se señala que el 43.9% de las encuestadas a nivel nacional, reportaron violencia de pareja en su última o actual relación. Así mismo, se señaló la violencia emocional como la predominante en todos los grupos de edad (INEGI, 2017). Según el INMUJERES (2008) Las consecuencias de este tipo de violencia van desde cansancio crónico, depresión, baja autoestima, síndrome de estrés postraumático e incluso podría llegar al suicidio.

Según el reporte de Mujeres violentadas en México que elaboró INEGI (2003), son relativamente pocas las que solicitan ayuda por la violencia. Sin embargo, muchas de ellas mienten cuando acuden a servicios de salud indicando otras problemáticas para evitar el tema de la violencia.

Esto, puede deberse a formas de pensamiento y creencias en las que se coloca a las mujeres como “aguantadoras de su cruz”; entre otras características de lo que socialmente se piensa que deben ser (Sojo, Sierra, & López, 2002).

A pesar de ello, cada vez más las mujeres se acercan a solicitar ayuda. Quesada (2004) realizó un estudio en el que exploró el motivo de consulta de estudiantes en la Universidad de Buenos Aires. Encontró que de 1998 a 2001, el 70% de la población que solicitó el servicio de psicoterapia fueron mujeres. Adicionalmente, las categorías de motivo de consulta más frecuentes fueron “familiar, social y pareja”.

Otro estudio, realizado en un centro universitario de atención psicológica en Bogotá; mostró que había diferencias en las palabras que los consultantes utilizaban al referir sus razones para solicitar el servicio. Los hombres, referían palabras como inquieto, hiperactivo y agresividad para describir sus comportamientos y los de otros en sus motivos de consulta. Las mujeres en cambio, usaron palabras como relación, pareja, esposo, padres, hija, miedo, llorar y preocupa. (Muñoz & Novoa, 2012). Esto, refuerza lo que las feministas decían desde la segunda ola: los varones se mueven en la actividad y las

mujeres, en la pasividad y los afectos en las relaciones interpersonales. Por tanto, también enfermarán de forma distinta.

Como se exploró en los capítulos anteriores, la terapia tradicional, suele no ser sensible al género por lo que podría llegar a ser iatrogénica en el tema de la violencia. Ejemplo de esto ocurre cuando se le hace sentir a la víctima que es la responsable de la violencia o bien, cuando al saber de un episodio, el profesional recomiende inmediatamente la separación sin reparar en otros factores como el nivel de peligrosidad del generador o si la mujer cuenta con redes de apoyo (Laso et al., 2020)

Así, la terapia feminista, se ha convertido en una alternativa para acompañar a las víctimas de violencia. Cabe recordar que esta aproximación, plantea que los malestares de las mujeres tienen que ver con sus conceptos en torno a su rol, con la expectativa social y la concepción histórica que se ha tenido de ellas [nosotras]. En México, este tipo de terapia no se ha consolidado, existen programas, módulos o materias sobre perspectiva de género dentro de las formaciones. Un ejemplo de esto, es el Programa de Atención a Víctimas de Violencia desde una Perspectiva de Género (PAVVPG) en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología en la UNAM. Este, es un programa de atención y de formación extracurricular y opcional (Chapa, 2020). En cuanto a la literatura, ocurre algo similar, Clara Coria, realiza un análisis de género a partir de intervenciones grupales. Mabel Burín, desde el psicoanálisis y Lourdes Fernández Rius han aportado a la psicología con perspectiva de género. Se ha encontrado que algunas psicoterapeutas tienen prácticas que se equiparan con las que llevan a cabo en el modelo de terapia feminista o con perspectiva de género (Llamas, 2003). Recientemente, en el plan de desarrollo de la facultad de psicología de la UNAM, se encuentran las propuestas para incorporar una asignatura de género en el plan de licenciatura, las especializaciones y educación continua, así como en otros programas de investigación y de formación docente (Medina, 2020). Si bien los avances son contundentes, se considera que no hay espacios que ofrezcan una formación a nivel posgrado en terapia feminista.

Otro acercamiento a la intervención en la violencia, ha sido la terapia familiar sistémica en la cual, se comenzó la integración de ambos enfoques, pero colocado en la familia. Existen pocos referentes en torno a la práctica de la terapia sistémica-feminista en nivel individual por lo que con el presente trabajo se pretende abonar a esta práctica.

4.2 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo se integra la terapia feminista con la sistémica? (Modelos MRI-TBCS)
2. ¿Cómo la terapia sistémica-feminista abona a disminuir el malestar de una mujer que vivió violencia?

4.3 Objetivo general

Realizar la descripción de una intervención, desde la terapia sistémica-feminista con una usuaria del CSP Dr. Guillermo Dávila.

4.4 Objetivos específicos

- Describir las sesiones del proceso terapéutico
- Señalar intervenciones específicas en cada sesión, de cada uno de los enfoques (MRI, TBCS, feminista)
- Indicar el avance percibido por la consultante durante el proceso terapéutico.

4.5 Diseño

Se considera el estudio de caso para este trabajo ya que el objetivo es describir un proceso con una persona en particular. Se contempla como un diseño y una muestra al mismo tiempo; además, al ser una intervención, se entiende es una aproximación empírica y por las diversas fuentes de análisis que implica. Se retoma por otras de las bondades del estudio de caso: provee datos para evaluar procesos y abona a resolver problemáticas sociales (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014).

En particular, se trata de un diseño de un solo caso u holístico como Yin (como se citó en Hernández-Sampieri et al., 2014) lo nombra. O como Stake (1995) señala, un estudio intrínseco de caso dada la naturaleza del interés en el caso particular y no para la generalización o para aprender de otros casos.

4.6 Participantes

Una usuaria del CSP Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM quien solicitó apoyo terapéutico.

4.7 Instrumento

Se usó la entrevista como instrumento debido a las bondades de la misma: las conversaciones ocurrieron entre la terapeuta y la consultante, la flexibilidad de las mismas, que el contexto social es considerado importante y se valora la perspectiva, experiencias y opiniones de la persona entrevistada. Además de que se comparte con la persona entrevistada el ritmo y la dirección de la entrevista (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Cabe señalar que, en su mayoría, se realizaron las entrevistas a partir de preguntas descriptivas; especialmente al inicio del proceso; ya que era indispensable que la consultante narrara

acontecimientos, experiencias y personas de su vida (Taylor & Bogdan, 1987) para realizar la intervención.

Cada sesión tuvo duración de 50 a 60 minutos con frecuencia semanal.

4.8 Escenario

El espacio terapéutico se estableció en el CSP Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología de la UNAM; en el marco de la práctica supervisada del Programa de fortalecimiento a la graduación del Programa Único de Especializaciones en Psicología.

4.9 Procedimiento

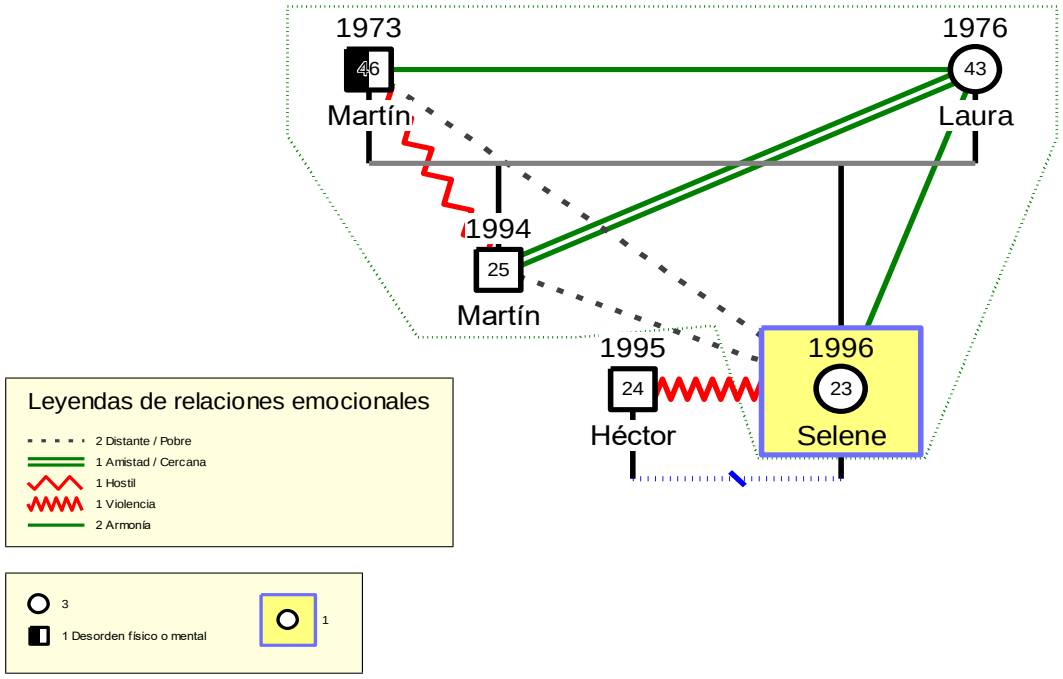
1. A partir de las entrevistas iniciales parte del proceso en el CSP, el supervisor asignó el caso a la terapeuta.
2. Se programaron 10 sesiones; en el marco de los modelos del MRI y TBCS bajo el siguiente esquema:
    a. Sesión 1, exploración del motivo de consulta
    b. Sesiones 2-5, trabajo con genograma e historia de la relación. En la S. 5, aplicación de preguntas de escala en torno al malestar de la usuaria.
    c. Sesiones 5-9, trabajo con el duelo, mitos del amor romántico y recursos de la consultante.
    d. Sesión 10, cierre del proceso terapéutico y aplicación de pregunta de escala acerca del malestar.
    e. Sesión de seguimiento, se planteó una llamada de seguimiento para verificar el mantenimiento de los cambios (entre 3 y 6 meses posteriores al proceso).
3. Durante las sesiones, se tomaron notas y se grabó audio con el consentimiento informado de la consultante.
4. En un segundo momento, se realizó el análisis de las sesiones respecto de las técnicas y enfoques usados.

4.10 Presentación del caso

Ficha de identificación

Nombre:	Selene[1]
Edad:	23
Sexo:	M
Estado civil:	Soltera
Escolaridad:	Licenciatura en curso
Ocupación:	Estudiante de licenciatura.
Referida por institución:	No
Motivo de consulta:	Refiere que, a partir de la ruptura con Héctor, se siente triste y “sin ganas de hacer nada”. Indica que a veces no puede dejar de pensar en él a pesar del episodio de violencia que vivió. Agrega malestar desde la infancia debido a los problemas familiares que se agudizaron durante su adolescencia.

Genograma



[1] Los nombres de la consultante y personas cercanas fueron modificados por confidencialidad.

Tabla de composición familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación
Selene	Consultante	23	Estudiante Lic.
Martín	Padre	46	Empleado
Laura	Madre	43	Empleada
Martín	Hermano	25	Empleado
Héctor	*expareja*	*24*	*Desempleado*

Hipótesis sistémicas

La violencia “sutil” no es vista como tal, sino únicamente identificada como chantaje, por lo que es posible que Selene normalice conductas similares y no las nombre como violencia. Sin embargo, tiene recursos para intuir que no es una situación cómoda ni benéfica para las mujeres.

La violencia física, es vista como la única forma de violencia a partir de las pautas familiares; además, se tiene asociada como castigo ante la “desobediencia”. Por tanto, es posible que, ante la violencia de pareja, Selene se sienta culpable o castigada.

Selene ya ha “trasgredido” algunas normas familiares antes por lo que se puede alentar a poner límites claros con su familia que no la pongan en riesgo. El efecto sistémico será que tales límites también los ponga en otros tipos de relaciones.

Selene cuenta con recursos para lograr la separación psicológica del generador de violencia, sin embargo, será importante visibilizar otras formas de violencia y de perpetuación de la misma para que ella logre realizar cambios.

Focos de intervención

Retomando los fenómenos psicológicos en la violencia y el motivo de consulta de Selene, se consideraron los siguientes focos:

- Visibilización de formas “sutiles” de violencia.
- Clarificar pautas familiares que puedan normalizar la violencia de pareja.
- Visibilización de los recursos con los que Selene cuenta.
- Promover la separación psicológica y curso del duelo por el generador de violencia.

Capítulo 5. Resultados y conclusiones

“Los que sobrevivieron a sus propios infiernos
y buscan el cielo de la libertad,
en el amor, no importa la regla,
solo la excepción”
Rodrigo Rojas

5.1 Descripción general del proceso terapéutico

En esta sección, se describen de forma general las fases de la terapia; organizada por fases, se anotan situaciones que se trabajaron o abonaron al proceso pero que no se incluyen en la sección de análisis (debido a que no son específicas sobre violencia).

Fase inicial. Sesiones 1-3

Si bien los enfoques del MRI y la TBCS no contemplan un diagnóstico, se consideró importante realizar el genograma de Selene y a partir de ello, establecer un “mapa” de las relaciones familiares de la consultante. Así, se encontraron pautas particulares: por una parte, la distancia que Selene tiene para con los varones de la familia; por otra, la relación tan cercana que Selene percibe entre su madre y hermano, así como la percepción de buena relación entre sus padres.

Selene relató que su padre padecía depresión pero que no quería tratarla y que “no necesitaba ir al psicólogo” y destacó que él, es “dado al chantaje” como la abuela paterna. Agregó que se explica la percepción de buena relación entre sus padres a partir de observar que Laura suele “hacer caso al chantaje” de Martín.

Señaló como origen de la distancia con su padre, diversas situaciones; entre ellas, violencia física cuando “no obedecía”. También el que Martín constantemente la tacha de “rebelde”. También, Selene ha sentido que cuando su padre dice que “de algo tiene que valer estar aquí en la ciudad”, le “está cobrando” el haber dejado el pueblo de origen de Martín para que Selene estudiara la carrera.

Con esto, como se describió en las hipótesis; se puede inferir que dentro de la familia existen pautas de comportamiento normalizadas de violencia. La idea de las jerarquías establecidas y el lugar de las mujeres como “obedientes” y que no pueden tomar decisiones, se hace presente a partir de la diada parental y el subsistema conyugal. Por otro lado, se puede decir que la salud mental o malestar emocional no figura como un tema importante a tratar en la familia.

Respecto de su madre, indicó que le tiene confianza y se lleva bien con ella; sin embargo, no suele mostrar su tristeza a nadie. Describió a su madre como sensible, adaptable y responsable con el trabajo. En cuanto a las familias de origen, describió a la de su padre como “cerrados, aunque con respeto y unión entre hermanos” [sic]. No sabía mucho más acerca de los abuelos ya que ambos ya fallecieron; únicamente mencionó al abuelo como “proveedor” y a la abuela como “chantajista”. Y en el caso de la familia de Laura, los señaló como “hipócritas, no unidos y se brindan poco apoyo entre ellos” [sic]. A la abuela materna, la describió como “grosera, gritona, enojada y regañona” [sic]. Del abuelo, indicó que tenía un consumo problemático de alcohol y que hace muchos años, solía ser violento con la abuela. En la actualidad, ella era quien se mostraba grosera y gritaba al abuelo.

Externó que su hermano era “rebelde, trabajador y que no muestra afectos”. Indicó que también hay distancia con él y que se burló de que ella asistiera a terapia.

Sobre sí misma, Selene se describió como “no lloro, no expreso, no quiero ser tan sensible, no quiero dejarme de ningún hombre y no demuestro afecto, soy responsable en la escuela”.

También fue durante esta etapa, que Selene indicó sus gustos e intereses como salir con sus amigos, ir al gimnasio y bailar. Estos, se observaron como recursos de la consultante.

Fase intermedia. Sesiones 4-7

En esta fase, se trabajó con mayor profundidad la violencia vivida; incluso en otras áreas como la escolar y familiar. No se profundizó en torno a conocer cómo había ocurrido; sino cómo las soluciones encontradas podrían aplicarse no sólo a las relaciones de pareja. Se hilaron las pautas familiares que describió en la fase anterior, con la normalización de la violencia.

Se identificaron algunos síntomas de estrés postraumático; pero no se le transmitió como patologización. Se procuró la normalización en términos sistémicos, de que la situación fue tan impactante, que se esperaban reacciones como las pesadillas en torno al evento agudo de violencia.

Siguiendo a De Shazer (como se citó en Beyebach, 2014), un cambio no lo es sino “hasta que es percibido como tal en un contexto social”. Selene compartió en estas sesiones, los efectos que tuvo su cambio. Por ejemplo, señaló que su compañero de escuela le dijo que estaba “más fría”. Y en su familia, observaron que se mostraba más afectuosa.

Fase final. Sesiones 8-(10) y seguimiento.

Durante la sesión 8, la terapeuta observó que Selene ya no habló del motivo inicial de consulta y preguntó acerca del mismo. Selene confirmó que se sentía mejor al respecto y continuó con otros temas que le eran relevantes. Por ejemplo, la interacción con un profesor que era estricto y que en ocasiones

“terapeaba” [sic] al alumnado; o los conflictos con su padre debido a que tuvo que decirle que ya había iniciado su vida sexual para poder hacerse unos estudios ginecológicos.

Cabe señalar que en la sesión 8, se anunció el cierre de la terapia a la consultante. Ella mencionó estar de acuerdo con un par de sesiones más; sin embargo, decidió no continuar el proceso señalando dificultades para trasladarse y carga de trabajo en la universidad.

Tras poco más de un año de iniciado el proceso, se solicitó una entrevista de seguimiento a la cual la consultante accedió. En dicha entrevista, realizada vía telefónica; únicamente se indagó acerca de cómo se encontraba, si consideraba que los objetivos de la terapia se habían cumplido, qué recursos considera que tiene en la actualidad y qué mejoría notó desde la terapia. No se realizó mayor intervención más allá de la devolución de recursos que no nombró pero que la terapeuta observó durante la entrevista.

A lo largo de todo el proceso se procuró usar la postura del cliente (Ochoa, 2004) y esto facilitó la confianza. Así mismo, se realizaron algunas revelaciones y la terapeuta se permitió reaccionar a acontecimientos con el fin de reducir el diferencial de poder entre la terapeuta y Selene.

5.2 Análisis sesión por sesión

A continuación, se presenta en un formato de tabla, el análisis de las sesiones tomando en cuenta lo siguiente:

- Ψ Hay anotaciones de momentos específicos de las sesiones que incluyen narraciones que compartió la consultante.
- Ψ Los momentos analizados son únicamente en relación a la violencia de pareja que vivió, aunque se hilan con otras vivencias (principalmente familiares) que mencionó Selene.
- Ψ Se encuentra por separado lo que se retomó de cada enfoque (MRI, TBCS y T. Feminista) durante las sesiones y para los momentos específicos antes mencionados. En los preceptos que se retoman, no siempre derivaron en una intervención. En ocasiones, se mantuvo presente como parte de la “doble consciencia” de la que Baber y Allen (1992) hablan.
- Ψ Los espacios en blanco significan que, para ese momento, no hubo alguna intervención o pauta que se siguiera de ese enfoque en particular.

Sesión 1				
Fecha	30 ago. 2019			
Tema general	Exploración del motivo de consulta.			
Resumen de la sesión	Se exploró el motivo de consulta a partir de los datos recogidos en la entrevista inicial. Selene narró situaciones familiares, así como la historia de la pareja incluyendo un episodio de violencia que vivió. Mencionó que ha sido difícil la separación de Héctor porque no se explica cómo puede seguir queriendo a alguien que la lastimó.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Descripción de la historia de la relación de pareja. La consultante mencionó que su relación "inició bien, le tenía mucha confianza a Héctor y le contaba mis cosas, como que yo seguía hablando con un exnovio con el que terminé bien la relación". Héctor al inicio no decía nada al respecto y conforme pasó el tiempo, comenzó a revisar el celular de ella. También identificó que, a partir de esos momentos, Héctor le prohibió varias interacciones y acciones.	Mientras Selene narraba cómo se fue dando la relación con Héctor, la terapeuta evitó patologizar sus vínculos. Es decir, colocar alguna categoría o etiqueta; atendiendo a la ética del modelo MRI (Casabianca, 2014) Así mismo, se indagó acerca del problema; al que Selene nombró como: "a pesar de que ya terminamos, no lo puedo olvidar". La terapeuta asumió que el problema se construyó en la significación. (Casabianca, 2014). Añadió que se daba cuenta de no poder olvidar a su expareja porque solía buscar publicaciones nuevas	Se observaron las fortalezas de Selene cuando narró que ella tomó distancia después de que Héctor comenzó a celarla y a exigirle que borrara contactos de su red social. La terapeuta mencionó como una fortaleza, que si su padre no había logrado coaccionarla para que dejara de hacer cosas que le gustan, quizá tampoco lo haría con su novio de ese momento.	Desde la narración de Selene, se observan los inicios y los diferentes tipos y ámbitos de violencia que ella fue viviendo durante la relación de pareja. Adicionalmente, la terapeuta observó el diferencial de poder que había en la relación. Sin embargo, la terapeuta no lo mencionó en este punto dado el carácter exploratorio de la sesión. Así mismo, comprendió que la situación en que se encontraba Selene, es del tipo I que plantean Laso et al. (2020): salió de la relación físicamente pero aún no realizó la separación psicológica.	No se realizaron preguntas sobre el avance.

	en las redes sociales de Héctor. Con esto, se fue historiando la ocurrencia del problema que propone la MRI.		No se emitieron juicios, pero la terapeuta se permitió expresar sorpresa ante algunos sucesos; principalmente, para señalar las fortalezas. Por ejemplo, la fuerza con que defendió su derecho a tener amigos.	
Descripción de un evento de violencia física. Narró un episodio en el que Héctor le reclamó acerca de la relación de Selene con su exnovio y ella le contestó que sólo eran amigos. Ante esto, él quería quitarle el celular y en la confrontación, la empujó hacia unos vidrios rotos que había en el lugar.		Se indagó acerca de otras ocasiones en que Selene hubiera recibido violencia y, como plantea la TBCS, promover la descripción de soluciones que tuvo ante esas situaciones y cómo ello puede contribuir a la mejoría de la presente situación (Bayebach, 2014).	Al explicitar las conductas de ejercicio de violencia, se realiza una mejor categorización de los tipos y modalidades de la misma. Por otra parte, se retoman los principios de la t. feminista en la que la terapeuta no atribuye los eventos de violencia a la consultante o como resultado de una interacción o relación “enferma”.	No se realizaron preguntas sobre el avance.

Sesión 2				
Fecha	6 sept. 2019			
Tema general	Genograma y eventos recientes que Selene quiso compartir.			
Resumen de la sesión	La consultante comentó que su familia tuvo diferentes posturas ante el hecho de estar en terapia. También, se completó el genograma con la información de la sesión 1 y con preguntas respecto de las pautas familiares. Finalmente, narró situaciones de abuso que vivió a lo largo de su vida.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Pautas familiares.			A partir de la elaboración del genograma, se exploraron las pautas relacionales en la familia de Selene; por ejemplo, que en su familia no suelen mostrarse afecto, que hubo un tiempo en que a su padre no le gustaba que los demás lloraran y que sus abuelos maternos tenían una relación de maltrato (señaló que antes el maltrato era del abuelo a la abuela, pero en los últimos años, fue al revés). La terapeuta comenzó a formular algunas hipótesis acerca del efecto de las pautas en Selene. Se devolvió un poco acerca de los comportamientos esperados en las mujeres: de su abuela, quien vivó maltrato por parte de su esposo, se esperaba que ella continuara en el matrimonio. De igual forma,	No se realizaron preguntas sobre el avance.

			aunque Martín se muestra autoritario y chantajista, Laura continúa en esa relación y procura mediar en la misma. Se lanzó la hipótesis de que, en la familia, se fomenta o espera, que las mujeres se mantengan unidas a sus parejas sin importar nada más. No se patologiza, pero sí se devuelve como parte del aprendizaje tácito de la familia, así como la invitación a realizar el análisis de los roles y pautas.	
Situaciones de violencia sexual en infancia y adolescencia. Selene compartió que cuando se encontraba en la primaria, los amigos de su hermano solían tocarla sin su consentimiento; agregó un suceso en el que unos compañeros de escuela, la ataron para tocar sus piernas. También, recordó que, en la secundaria, comenzó a defenderse cuando chicos de su escuela le “daban nalgadas”.		La terapeuta elogió el hecho de que se defendiera de los abusos de sus compañeros. Se indagó acerca de cómo sucedió y Selene respondió que “simplemente un día me harté y dije que nunca más”.	Se realizó la devolución de que la responsabilidad de la violencia, es de quien la ejerció; aun cuando replicaban una pauta cultural, tenían noción de que no era correcto lo que hacían. Asimismo, se mostró empatía con las emociones causadas por los acontecimientos; la terapeuta se permitió reaccionar (Worell & Remer, 1992) con indignación ante los sucesos.	No se realizaron preguntas sobre el avance.

Narraciones sobre sí misma. Una de las preguntas que se realizó durante la elaboración del genograma fue ¿Cómo describirías a…? con su familia nuclear y consigo misma. Entre las respuestas sobre sí, estuvieron: “No lloro, no expreso, soy fría, no quiero dejarme de ningún hombre, no es frecuente el afecto en mí”	Se le mencionó a la consultante que tal vez un efecto de la pauta familiar era que ella no se permitía mostrar todas sus emociones y que esto no era gratuito: su hermano se había burlado de ella por estar en terapia y a su padre en el pasado no le gustaba que lloraran; además, Martín no le ha dado importancia al hecho de padecer depresión pues no ha querido atender la situación. Con esta redefinición (Casabianca, 2014; Ochoa, 2004), Selene tuvo la oportunidad de explicarse desde otro lugar, lo que ella nombró como “frialdad”.	Al hacer notar la connotación negativa que le dio a su descripción, se realizó una pregunta de afrontamiento (Beyebach, 2014): ¿qué podría decir de sí misma que le gustara o que fuera algo que se reconocía? Mencionó que era muy responsable con la escuela. Se hiló esto con una característica que halló en su madre, ya que la describió como responsable en el trabajo.	A partir de la escucha de las narraciones de Selene sobre sí misma, se complementaron las hipótesis antes surgidas. La terapeuta hiló el “no dejarse de ningún hombre” con sus experiencias anteriores de maltrato; así como con las características que describió acerca de las familias de origen de sus padres.	No se realizaron preguntas sobre el avance.

Sesión 3				
Fecha	13 sept. 2019			
Tema general	Episodio de violencia.			
Resumen de la sesión	Selene evocó el episodio de violencia a partir del que la relación con Héctor terminó. Se enmarcó y nombró la situación como violencia, lo que permitió nombrarla y expresar las emociones que le provocó.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Antecedentes del episodio. Selene narró el fallecimiento del padre de Héctor como un factor precipitante del episodio de violencia. Mencionó haber estado con él durante el proceso de duelo, llegando incluso a perder su empleo para estar disponible y apoyarle. Fue en aumento las veces y la intensidad de los insultos hacia ella durante los rosarios del padre de él.		La terapeuta rescató como excepción, el recuerdo de Selene respecto de su pensamiento previo al fallecimiento del padre de Héctor; cuando él trataba de controlar con quién se relacionaba y dónde iba, ella solía pensar que no tenía por qué dar explicaciones y salía con sus amigos.	Se cuestionó si realmente el fallecimiento del padre justificaba el maltrato que tenía hacia Selene. Por otro lado, se retomó la pauta de las mujeres de su familia a estar “a pesar de todo” y se le invitó a cuestionarse si eso era algo que ella quería hacer.	No se realizaron preguntas sobre el avance.
Episodio de violencia. Una noche que Selene se encontraba en casa de Héctor, éste comenzó a reclamarle porque lo tenía	Se realizó un reencuadre en términos de pensar en situaciones que apunten hacia la violencia; que Selene las pueda detectar	Para realizar las devoluciones e hipótesis, se retomó el lenguaje de la consultante.	Al realizar la descripción de los hechos por parte de Selene, se observó que no indicó emociones al respecto. La terapeuta preguntó qué emociones se fueron dando durante todo el evento. La consultante señaló que sintió	No se realizaron preguntas sobre el avance.

guardado como contacto del celular con su nombre y no como “amor”. Ella trató de calmarlo y él comenzó a insultarla. Cambió el nombre del contacto y él exigió le diera el celular. Ella se negó y forcejearon, él la mordió y sujetó fuerte para que soltara el teléfono y cuando estaba revisándolo, le dijo que encontraría “algo para dejarla”. Continuó el forcejeo, empujó a Selene y ella cayó al suelo. Él, se burló de ella diciendo que ella estaba fingiendo la caída, que era una exagerada. La corrió de su casa, pero no le quería devolver sus pertenencias. Finalmente, logró irse de la casa y le dijo lo sucedido a Laura; ella, la alentó a realizar una denuncia, sin embargo, Selene dijo que sólo haría un acta de hechos, pero no denuncia.	antes. Para ello, se resumieron algunos momentos clave del evento en los que puede ponerse a salvo.	Se alentó la perspectiva hacia el futuro, preguntando qué consideraciones tendría en relaciones futuras. Selene contestó que no quería una pareja por el momento, que quería ver por sí misma. También se elogió esto.	decepción. Se le preguntó explícitamente si sintió miedo. Aunque al inicio dijo que no, después señaló que tuvo sueños posteriores al evento en los que “Héctor y otro chico que conocí, me agredían”. Se le confrontó además “Puedo imaginar que, si estabas corriendo, había miedo, ¿hay una dificultad de nombrar las emociones?” Ella respondió que se sintió triste y humillada. Se realizó también una pregunta en torno a la dimensión de la experiencia vivida: “¿Crees que hubiera pasado algo más?” Selene contestó que sí pensó en que, si ella también le pegaba, “las cosas podrían haber salido peor”. También se confrontó a través de la pregunta de si era difícil nombrar el evento como violencia. Selene mencionó que no le gustaba nombrarlo así porque “se le hacía muy fuerte”. Se realiza una devolución en torno a las actitudes y comportamientos de Héctor. También, acerca de la diferencia entre agresión y violencia; colocando la responsabilidad de la violencia en Héctor y nombrando la respuesta de ella (una cachetada), como agresión. También, se explicitó el que “no importaba lo que hicieras para calmarle (cambiar el nombre de contacto, asegurarle que era un	

			amigo…), él no iba a parar de exigirte”. Se propuso la revisión del violentómetro, recordando las experiencias más fuertes que haya vivido en la relación con Héctor; se le indicó que el objetivo de tal tarea, era la prevención y el acomodo de la experiencia.	

Sesión 4				
Fecha	20 sept. 2019			
Tema general	Trabajo con apoyo del violentómetro.			
Resumen de la sesión	Se retomó lo que Selene investigó y recordó acerca de otros eventos de violencia, incluso más sutiles, con apoyo del violentómetro. Así mismo, se alentó para, en cada una de ellas, imaginar cómo podría poner límites.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Revisión de conductas de Héctor a partir del violentómetro. Se llevó un modelo del violentómetro en físico y se le pidió a la consultante, hiciera mención de lo que fue recordando en la semana. Señaló la mayoría de las conductas hasta aproximadamente la #18 (empujar-jalonear).	Dada la solución única “poner un alto” que brindaba la consultante; la terapeuta sugirió conductas alternativas (Casabianca, 2014). Por ejemplo, la negociación de acuerdos en la pareja, tener claros los aspectos negociables y los no-negociables para ella.	Para orientar a soluciones, la terapeuta preguntó a Selene qué se le ocurría para prevenir especialmente el chantaje, que era la forma más recurrente que vivió de violencia. Ella contestó que hablarlo desde antes, y estar pendiente de las actitudes. Además, se le invitó a pensar en cómo poner límite en las conductas que el violentómetro marca como “más graves”. Dentro de cada conducta, mencionó “poner un alto” como la solución. Tras adoptar una postura del MRI, Selene enlistó qué aspectos eran negociables y cuáles no. Por ejemplo, mencionó que revisar el celular, no sería negociable para ella.	Se rescatan frases “características” alrededor de cada conducta. Las que resaltaron, fueron: celar, chantajear, culpabilizar, humillar. La terapeuta fue anotando en una hoja las conductas y frases, las compartió con Selene y se le pidió observara si encontraba algo en común. Cayó en cuenta de que lo más recurrente, era el chantaje. La terapeuta hizo notar la naturaleza cíclica y creciente de la violencia; quitando de la responsabilidad de la misma a la usuaria, pero poniendo énfasis en que, en varios puntos, ella tiene el poder para detener el avance de la misma (Bosch et al., 2005). Al realizar una hipótesis en torno a las pautas familiares y el trato “normal” entre sus papás, recordó que su mamá solía decir de su exnovio que	Se realizaron preguntas de escala (Bayebach, 2014; De Shazer, 1989) en torno al malestar. Indicó que, al inicio del proceso, se encontraba en 8/10 y en esta sesión, 5/10 y añadió: “ya me siento mejor”.

			“le hacía falta carácter”. La terapeuta retó la idea tradicional de lo que un hombre /pareja debía ser: “quizá puede haber varones con carácter pero que no ejerzan violencia”.	

Sesión 5				
Fecha	27 sept. 2019			
Tema general	Dudas respecto de salir con alguien nuevo.			
Resumen de la sesión	Selene compartió cómo se ha sentido al salir con una persona diferente. Mencionó que tenía dudas por miedo a que le pasara algo similar que con Héctor. Se trabajó sobre la prevención de la violencia, potenciar su asertividad y resaltar los recursos con los que contaba.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Sueños acerca de la violencia. Señaló Selene que se sentía mejor respecto de extrañar a Héctor. Sin embargo, detecta que no es así en torno al episodio de violencia. Narró que tuvo un sueño en el que un chico que recién conoció, la maltrataba. Recordó que se despertó agitada y sudando, incluso temerosa de seguir conviviendo con él	No se patologizó como estrés postraumático; se usó el recurso de la normalización en términos de los efectos: tuvo un impacto importante, porque no era para menos; estas reacciones, las pesadillas, se esperan en cualquier persona que haya atravesado una situación semejante (Ayala, 2012).		No se patologizó su sentir. Por el contrario, se promovió la escucha de la experiencia (Worell & Remer, 1992). En otro punto de la sesión, se hizo la conexión del sueño con la situación incómoda que tenía con su amigo (ver momento “límites con amistades”).	Se realizaron preguntas de escala (Bayebach, 2014; De Shazer, 1989). En esta ocasión, se le preguntó por el grado de avance que presentó al inicio y al día de la sesión. Señaló que, en la primera, estaba en 2/10 y esta, 5/10 y que lo valoró así porque siente que va “superando” a Héctor, pero no el episodio de violencia.
Dudas sobre cita. La consultante compartió que, al chico del sueño, lo conoció en el gimnasio y que se ha mostrado interesado en ella. Un día antes de la sesión, la invitó a salir. Ella no contestó la	Se redefinió el “no ser mala onda” en torno a rechazar al joven del gimnasio; brindando la hipótesis de que, cuando no se muestra clara, no puede comunicar lo que realmente quiere.	La terapeuta procuró provocar soluciones en torno a la pregunta: ¿cómo hacerle saber al chico que no estaba interesada? Fue difícil encontrar que “no pasa nada” si le rechaza.	Se retó el estereotipo de que las mujeres no deben ser groseras o tajantes en sus decisiones. Se procuró el empoderamiento a través de la promoción de la asertividad (realizar un rechazo al joven simplemente	

propuesta. En la sesión, admitió que tenía dudas respecto de ir a una cita y no sabía si contarle o no, lo que le había pasado con Héctor.	Ante la solicitud directa de consejo respecto de decir o no su experiencia, se brindó una sugerencia de conducta alternativa: decir únicamente que no la pasó bien en su anterior relación y que por esto no está lista para otra.		porque ella no se siente a gusto).	
Límites con amistades. Selene narró que tiene un amigo con el que trabaja en unas prácticas de su carrera. Añadió varias situaciones que la hicieron sentir incómoda. Entre ellas, que no le gusta cómo se acerca con ella, que le diga que no quiere una relación, pero se comporta como lo contrario o que trata de chantajearla diciendo que se siente mal y pidiéndole que lo vaya a ver.	La terapeuta usó la metáfora de la liga; indicó que, si los límites se extienden, es como una liga que se estira y estira hasta que revienta en el momento menos esperado. Sin embargo, si se coloca un límite claro cuando la liga se ha estirado solo un poco, no corre tanto riesgo de romperse.	Continuando por el camino de provocar soluciones, la terapeuta también lo exploró acerca de cómo poner límites con amistades. Mencionó como acciones tomadas: "alejarme de la persona y no hacer caso de sus chantajes". Se elogió como recurso, que detectó mejor y más rápido el chantaje, así como la incomodidad de las interacciones con su amigo.	Se instó a extender los límites en diferentes ámbitos donde se puede dar la violencia (laboral, escolar, amistades, familiar). La terapeuta adelantó que, si bien socialmente se vería como "la mala del cuento", "no pasa nada" si ella ponía límites claros. Respecto de su amigo, se hiló con el sueño que narró antes: la incomodidad por decir lo menos, que generó el amigo pudo detonar el recuerdo del maltrato.	

Sesión 6				
Fecha	11 oct. 2019			
Tema general	Interacciones con varones y huella de las palabras de Héctor.			
Resumen de la sesión	Se dio seguimiento a las conclusiones de la sesión anterior, señaló Selene que pudo ser clara con el chico que la invitó a salir. Por otro lado, mencionó la interacción que tuvo con un exnovio en la que no se sentía tan cómoda. Finalmente, abrió que era difícil aún, "superar" a Héctor y admitió que le importaba lo que él pensara si sabía que estaba saliendo con otra persona.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Cita e interacción con conocido. Selene compartió que sí salió con el chico del gimnasio y que pudo decirle que ella no quería iniciar ninguna relación. Sin embargo, él insistió ("soy muy necio y hasta que me digas que solo amigos") y omitió lo que ella había dicho.	Se realizó la redefinición de "ser grosera"; mencionando que, aunque socialmente se mire así, otra forma de verlo sería que esos límites la protegen de situaciones de violencia, incluso sutil.	La terapeuta insistió en la búsqueda de soluciones ante posibles situaciones de violencia. Por ejemplo, el hecho de que el chico omitió su comentario de no estar interesada en una relación. Se le elogió cuando identificó una acción específica que detonaría un límite mayor (que la forzara a besarlo).	Se alertó respecto de la "delgada línea" que hay entre respetar y ejercer violencia sutil. Y se le invitó a estar pendiente de ello y de los límites que desee establecer en momentos que ella decida.	No se realizaron preguntas sobre el avance.
Interacción con exnovio. Agregó la consultante que platicó con un exnovio quien suele enviar dobles mensajes; por ejemplo, le decía que él le "pondría su consultorio" pero no aclaraba por qué.			La terapeuta visibilizó el compromiso que el exnovio generó en la interacción con Selene. Se compartió como parte del rol de las mujeres, el sentir (nos) en deuda con aquel que ha sido amable o ha acompañado en	No se realizaron preguntas sobre el avance

Selene infirió que era una invitación a regresar con él. Finalmente, él la invitó a ir al cine, ella se explica que accedió a ir con él porque se ha sentido apoyada por él y que le tenía cariño.			momentos difíciles. Se le invitó a realizar esto desde su deseo y no desde la sensación de deuda o compromiso.	
Importancia de lo que Héctor piense. En este punto, Selene abrió que no tiene ganas de conocer a alguien no sólo por la experiencia que tuvo con Héctor, sino porque reconoce, "me importa lo que vaya a decir mi exnovio". Recordó frases que Héctor le solía decir: "Tú vas a buscar a tus exnovios y ligues", "sé que vas a estar con alguien más"	El cuestionamiento que se realizó respecto de la lógica de Héctor, podría constituir por sí misma una redefinición. Se utilizó la analogía de "trampa" ante los dobles mensajes; no se puede ganar ante frases como "sé que vas a estar con alguien más".	Selene recordó que Héctor solía asegurar que él era mejor que todos los demás, con regular insistencia. Se le preguntó qué creía que motivaba esto. Selene concluyó, por una parte, que era porque tenía poca autoestima. Por otro, que "quizá él quería hacerme pensar que él era el único". También identificó que no le gustaba que Héctor humillara a otras personas de esa forma. Esto se devolvió como un recurso importante para "sacudirse" esas frases que dejaron huella y preocupación en ella.	La terapeuta confrontó las frases que le decía Héctor. Se retó la lógica de él. Ante la frase de "vas a estar con alguien más", se le preguntó: "¿Qué esperaba Héctor que hicieras entonces?" Devolvió que "Se le va a cumplir, pero no por las razones que él dio". Se invitó a asumir que él también hablaría "mal" de ella dada esta lógica por parte de Héctor; donde las mujeres que él juzga le traicionaron, entran en la categoría de "zorra".	No se realizaron preguntas sobre el avance
Cuestionarse en torno a haber terminado la relación. Selene compartió que se preguntaba por qué seguía "sintiendo cosas	No se patologizó ni juzgó lo compartido por Selene. Por el contrario, se normalizó y redefinió como una dificultad y parte del proceso, dejar		Se hizo énfasis en los dobles mensajes por parte de Héctor. Por ejemplo, que cuando él tildaba de "zorra" a su exnovia; lanzaba otro	No se realizaron preguntas de avance.

[sic] a pesar de todo lo que me hizo". También comentó que en ocasiones ha tenido ganas de buscar a Héctor.	de creer lo que alguien tan importante en su vida, piense o diga.		mensaje (si tú haces lo que ella, también lo serás). Se retomó la noción de "trampa" usado en el momento anterior.	

Sesión 7				
Fecha	18 oct. 2019			
Tema general	Historización de las rupturas de pareja anteriores.			
Resumen de la sesión	Selene comentó cómo puso límites a los chicos que la pretendían, así mismo, se indagó acerca de las rupturas que ha tenido, con el objetivo de abonar a la separación psicológica de Héctor. Se dejó de tarea, potenciar el enojo y la decepción una vez que se sintiera lista para “superar” a su expareja.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Sentirse bien de poner límites claros y a partir de su deseo. Selene compartió que el amigo de la escuela se mostró más abierto y finalmente le dijo que le gustaba y que quería acercarse a ella para ver si se “daba algo”. Ella, le puso en claro que no está interesada en él. Por otro lado, comentó que el chico del gimnasio, también se ha mostrado insistente en que salgan con mayor frecuencia. Agregó que esa y otras interacciones, le molestaron; por lo que trató de alejarse de él.	La terapeuta compartió como sugerencia alternativa, el “escuchar al cuerpo” cuando se sentía incómoda. Así mismo, se presentó la analogía del termómetro; si ella sabía interpretar a partir de qué momento pasaba de incomodidad a sentir que estaba recibiendo violencia, podría hacer uso de sus recursos para detenerlo.		Se alentó la agencia personal a partir de saber cuál es su deseo y que esto se tradujera en colocar un límite con los dos chicos. Una hipótesis que se compartió, fue la de que ambos chicos parecieron no escuchar el deseo de ella de no querer una relación con ninguno y que, en el caso del chico del gimnasio, parecía que él asumía que estaban saliendo apuntando hacia una relación de pareja. Otra hipótesis derivada de lo anterior, fue que ese estilo, no facilita la comunicación y que esto podría resultar en un factor de riesgo para violencia.	

Terminación de relaciones anteriores. Selene narró la finalización de 2 relaciones previas; en la primera, fue debido a que su novio de ese momento, la engañó. Ella decidió terminar la relación y admitió que no estaba tan dolida pero que sí la lastimó el engaño. En la segunda relación, indicó que fue por culpa. Indicó como antecedente que ella se sentía “aburrida” en esa relación y que, en una fiesta, besó a un chico que no era su novio. Esto, le dio vergüenza e hizo que quisiera terminar el noviazgo. Agregó que hubo veces en que consideró “karma” la relación con Héctor debido a la culpa de cómo terminó su relación anterior.	La terapeuta naturalizó el duelo romántico, a partir de preguntar por el tiempo y los hechos que ocurrieron en cada uno. Realizó una devolución en la que indicaba que era de esperarse un tiempo difícil para superarlo ya que, en sus relaciones anteriores, fue complejo.	Selene comentó que aún no se explicaba cómo no “superaba” a Héctor; así, se lanzó la pregunta: “¿Cómo te darías cuenta de que lo superaste?” Ante esto, ella recapituló esos duelos. Se resaltaron los aspectos que abonaron en otras rupturas: la distancia y sentir decepción de la persona.	Se lanzó la hipótesis de que tal vez aún no estaba lista porque veía “el tamaño de la decepción y enojo que se avecinaba” por la magnitud de la experiencia de violencia ejercida por Héctor. La terapeuta invitó a Selene a que, cuando se sintiera lista, potenciara la decepción y enojo hacia Héctor (Baber & Allen, 1992).	

Sesión 8				
Fecha	25 oct. 2019			
Tema general	Contacto con el enojo, hilar el ejercicio de sus derechos en otras esferas de la vida.			
Resumen de la sesión	Se dio seguimiento a la invitación anterior y Selene compartió que sí se dio oportunidad de molestarse con Héctor por el evento mayor de violencia; concluyó que eso le ayudó a no sentirse tan pendiente de él. Además, abrió que en realidad la carrera que está terminando, no es la que quería estudiar. Asimismo, se anunció el cierre del proceso terapéutico.			
Momentos	MRI	TBCS	T. Feminista	Avance percibido
Contacto con el enojo. Se preguntó por el ejercicio propuesto la sesión anterior. Selene mencionó que no lo había podido realizar del todo, pero describió que vio la red social de su exnovio y que no sintió nada. Agregó que estuvo pensando en el último evento de violencia y que esto detonó molestia en ella y finalmente, ya no estuviera tan pendiente de las publicaciones de Héctor.		Se elogió el avance percibido por Selene en cuanto a no estar pendiente del perfil de Héctor en redes sociales.	Con el ejercicio en el que contactó con el enojo, se retó el estereotipo de que las mujeres “no deben enojarse” y se potenció el reconocimiento de esta emoción como útil y no negativa.	La consultante verbalizó que se sintió mejor porque le comenzaba a ser indiferente Héctor. Cuando se le mencionó del cierre del proceso respecto de su motivo inicial de consulta, Selene indicó que estaba de acuerdo con ello y reiteró sentirse mejor.
Dinámica con familia. La consultante abrió que la carrera que estudiaba no era la que a ella más le hubiera gustado estudiar; sin	La terapeuta sugirió alternativas que apuntaran a la autonomía, por ejemplo, acudir a asociaciones o centros de salud	Ante las sugerencias, Selene compartió que había visto la opción de que una amiga le prestara el dinero, pero al no estar trabajando, lo descartó.	Se retroalimentó procurando promover la autonomía y el ejercicio pleno de sus derechos al reiterar lo que Selene contestó a su padre: “No tenía por qué decirte”.	

embargo, señaló haberla escogido porque “le llamó la atención” y porque sus papás estaban más conformes con esa elección. También, narró que su padre se enojó con ella cuando le pidió dinero para unos estudios ginecológicos. Martín, se molestó con ella por “no avisarle” del inicio de su vida sexual; tal enojo, lo demostró dejándole de hablar y no dándole el dinero para los estudios.	para realizarse los estudios.	Hacia el final de la sesión, se elogió la búsqueda de soluciones alternativas.	Por otro lado, se puso énfasis en el diferencial de poder entre su padre y ella (Jones, 1995). Adicionalmente, la terapeuta compartió un cupón de descuento para los estudios en un laboratorio, con la intención de abonar a la autonomía y mayor agencia personal de Selene, así como desafiar la jerarquía de los roles en la terapia y del rol de competencia entre mujeres.	
Autocuidado. Selene mencionó estar confundida porque no sabía por qué le daba tanta “flojera” salir con sus amistades. Identificó que, respecto de no ir al gimnasio, era por cansancio de la dinámica escolar.			La terapeuta no centró la mirada en que Selene “pudiera lograr todo”; sino que retroalimentó las cargas de trabajo no remunerado que tiene: la escuela de tiempo completo, las prácticas de la carrera, las clases de inglés y en casa, los deberes que tiene asignados. Se instó a incluir espacios de descanso en sus rutinas.	

Entrevista de seguimiento	
Fecha	13 sept. 2020
Tema general	Entrevista de seguimiento.
Resumen de la sesión	Durante la llamada, Selene se mostró atenta de las llamadas y compartió abiertamente que se encontraba realizando servicio social y que ya había terminado los créditos de su carrera y por iniciar su trabajo final. Compartió que ha puesto límites firmes y que se encuentra en una nueva relación donde se siente bien y está realizando algunos cambios.
Momentos	
Cambios favorables. Se preguntó en torno a los cambios que experimentó desde su proceso terapéutico; indicó estar concentrada en su carrera y que ya había terminado la carrera e iniciado el servicio social. En cuanto a sus relaciones interpersonales, mencionó que su compañero de carrera, "se puso agresivo" en una salida con amistades y que ella lo confrontó y finalmente, rompió contacto con él. Agregó que actualmente se encuentra en una relación en la que se siente a gusto y aunque hay momentos en que llega a sentir miedo o tiene recuerdos acerca de Héctor, su pareja suele ser comprensivo con la situación. En la nueva dinámica con su pareja, señaló que ya no le da miedo confrontarlo ante alguna molestia y que prefiere que hablen y no pelear. También observó que, con su familia, especialmente su papá, "ya se está entendiendo que es grande". Se flexibilizó y ahora sólo pide que le avise cuando va a salir. Otro aspecto que consideró favorable fue que su actual novio fue a presentarse con sus padres y esto les dio tranquilidad.	
Objetivos de la terapia. Se preguntó si consideraba que se cumplieron los objetivos del proceso; Selene indicó que sí ya que tiene presente las cosas que no iba a permitir; tanto con su pareja como en otras relaciones.	
Autoimagen. Selene mencionó que considera que mejoró su autoimagen y que algo que ayudó fue confirmar que yo no había hecho algo para que "Héctor llegara a ese punto, él ya tenía problemas desde chiquito".	
Avance. Se realizaron preguntas de escala (Beyebach, 2014) donde indicó que recuerda haber estado en 5/10 y que, al momento de la entrevista telefónica, estaba en 8.5/10	
Recursos. Se preguntó por los recursos que consideraba poseía. Contestó que contar sus problemas a personas de confianza, saber que cuenta con lugares donde brindan ayuda psicológica gratuita y poder contar con Laura, su madre.	

La terapeuta cerró la llamada devolviendo otros recursos que no nombró en ese momento pero que surgieron durante la entrevista: identificación oportuna de violencias incluso sutiles, puesta de límites firmes, fomentar el diálogo y la negociación en su relación de pareja y el apuntar hacia su autonomía.

5.3 Discusión

En la fase inicial del proceso terapéutico, se hace notar lo observado por Walker (2013) respecto lo difícil que es asimilar y abrir que se ha vivido violencia. Sin embargo, al sentir la seguridad y confianza en el espacio terapéutico, Selene pudo compartir la experiencia de una relación donde se fueron acumulando una serie de violencias.

También en esta fase, es que se realizó un mapa familiar que dotó de sentido a la consultante en cuanto a las dinámicas que se sienten “normales” y cuestionarlas; poder construir nuevas y reconocer que ella ya había iniciado el camino al “trasgredir” algunas de esas pautas rígidas y generacionales.

Durante la fase intermedia, se trabajaron los efectos de la violencia; el uso del violentómetro (IPN s/f), permitió que ella pudiera dar dimensión a las diferentes conductas que Héctor presentaba y, además, poder elegir lo que sería permitido y lo que no: los límites.

Por otro lado, se fomentó la separación psicológica (Laso, et al., 2020) procurando que Selene contactara con el enojo, desde la terapia feminista (Baber & Allen, 1992). También en este momento, se retaron varios estereotipos y roles de género que ella ya tenía “sospecha”, podrían ser distintos.

La fase final se vio acortada debido a que la consultante decidió cesar el proceso; sin embargo, se cumplió el objetivo principal del mismo: mejoría respecto del motivo de consulta inicial, que era el rompimiento de su relación y la violencia que vivió en ella.

Las preguntas de escala resultaron también útiles para dar dimensión a los avances de Selene. Señaló que pasó de 8/10 a 5/10 en malestar y en avance, de 2/10 a 5/10. Para la entrevista de seguimiento, indicó estar en 8.5/10 de avance, lo cual permite inferir que el proceso terapéutico tuvo efectos positivos.

Respecto de los enfoques usados, se puede decir que del enfoque del MRI se retomó el uso de metáforas y analogías, normalizaciones, así como las redefiniciones. Esto, permitió una atmósfera de confianza ya que no hubo juicios a su actuar. Además, facilitó el compartir ideas e hipótesis que ofrecieran explicaciones alternativas a las que la usuaria había dado a la violencia vivida y a otras relaciones significativas. La ética del modelo permitió no patologizar, lo que derivó en la confianza de la consultante para compartir vivencias profundamente dolorosas (Casabianca, 2014).

En cuanto al modelo TBCS, se usó el marco esperanzador (Bannink, 2010) y positivo del mismo al reconocer a Selene con recursos para salir de la situación que la llevó a terapia. De igual forma, se utilizó: provocación y ampliación de soluciones, el anclaje de los cambios, la proyección al futuro, la búsqueda de excepciones y los elogios ante los avances de Selene. Esto, posibilitó que Selene se

observara con recursos incluso desde los momentos en que vivió violencia y al mismo tiempo, enriquecer aquellos para el futuro.

La perspectiva feminista, fue el hilo que atravesó todo el proceso terapéutico. De no haber tenido esta mirada, quizá la consultante hubiera sido revictimizada (Laso, et al., 2020) y sentido que ella tenía la culpa de la violencia vivida. En cuanto a la terapia feminista, se ocuparon técnicas que cuestionaron los roles, estereotipos y el poder. Desde la TBCS o en la MRI, las intervenciones, como las redefiniciones se desarrollaron con y desde una óptica feminista. Uno de los cruces entre la terapia breve y la terapia feminista radica en la importancia de realizar preguntas; sin embargo, suelen tener objetivos diferentes: mientras para la TBCS son las soluciones a un problema, para el MRI es para *construir* el problema y para la terapia feminista, es la reflexión. La integración de los enfoques permite enriquecer las posibilidades en la terapia y detonar el cambio.

La entrevista de seguimiento resulta reveladora respecto de los efectos a mediano plazo del proceso terapéutico. En ella, se puede inferir que la consultante continúa su desarrollo y crecimiento en varias áreas de su vida; especialmente, las que generaron la consulta en primer lugar. Aun cuando no hubo un cierre propiamente dicho del proceso.

Limitaciones

Al tratarse de un estudio de caso, se enfrenta a las limitaciones del mismo: no se puede generalizar; en este caso, que la terapia de corte sistémica-feminista resulte útil para todos los casos de violencia. Sin embargo, para Selene, tuvo el efecto de manejar la ruptura de la relación y los efectos de la violencia.

En un análisis desde los preceptos de la terapia feminista, se encontraron algunas situaciones a considerar: en una de las sesiones, la terapeuta hizo referencia a “la señora de los gatos” lo que pudo dar una connotación negativa de las mujeres que deciden no hacer vida en pareja. Así mismo, el asegurar que la consultante tendría en algún momento, una pareja. Esto, da cuenta de la importancia de la “doble consciencia” que las terapeutas feministas instan, se tenga. De igual manera, quizá esa sesión pudo ser oportunidad para abordar el tema de la soledad y la idea de vivirse sin pareja.

En general, el adecuar las intervenciones a un lenguaje más sencillo posiblemente habría potenciado las intervenciones. En la revisión posterior de las grabaciones de audio, la terapeuta notó que la consultante solía preguntar ya que no había sido clara la intervención de la terapeuta.

Por otro lado, aunque Selene ya no se encontraba en una relación con Héctor, se considera que era fundamental valorar el riesgo y trabajar en un plan de seguridad, así quedara en un nivel preventivo.

Debido a las pocas sesiones, se trató de un trabajo muy focalizado y se pudo enriquecer al trabajar otros temas de relevancia en la terapia sistémica-feminista; por ejemplo, visualizar la violencia en otros niveles, como el estructural. Trabajar con mayor profundidad los mandatos de género, el amor romántico; fortalecer la autovalidación y en general, apuntar a la autonomía.

Se requiere de mayores estudios para explorar la integración de la terapia breve y la feminista, así como los efectos de la misma en diversas problemáticas, no solo en violencia familiar o de pareja.

5.4 Conclusiones

La integración de la terapia sistémica con la feminista, es posible ya que esta, al partir de una teoría como lo es el feminismo, permite que éste se transversalice y la característica no lineal de la primera posibilita el enriquecimiento de los enfoques. La ética y cuerpo metodológico de los modelos es similar, lo que facilita también la integración. En el caso de la TBCS, se integra a partir de su relación con la sistémica clásica ya que se puede considerar que conserva algunas bases de ella e incluso, recurre a la MRI en ciertas circunstancias.

La violencia es un problema social y de salud pública que debe atenderse y las personas terapeutas pueden hacer uso de enfoques como el feminista para no revictimizar y, por el contrario, abonar a la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Se propone que las personas terapeutas, tengan en cuenta no sólo lo teórico, sino también la práctica, lo personal y los sesgos de género. Si bien es un reto, las supervisiones, la formación continua y la revisión de los procesos y estilo de la persona terapeuta, resultan fundamentales para tal propósito.

La terapia sistémica-feminista es otra forma de hacer que lo privado sea político y que se traduzca en incidencia social, aunque se trabaje en individual, basta recordar la premisa sistémica de que un pequeño cambio, tiene efectos en el resto del sistema.

Referencias

Aguilar, T. (2008). El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis [En línea]*. doi:https://doi.org/10.4000/amnis.537

Álamo, D. (2008). Recensión de Teoría Feminista: de la ilustración a la globalización. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*(15), 185-208.

Amorós, C. (2011). Qué es el feminismo. *Pienso, luego existo*. España. Obtenido de https://vimeo.com/33350423

Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional.* Buenos Aires: Paidós.

Aparicio, D. (18 de junio de 2012). *David Rosenhan, el psicólogo que cambió los manuales psiquiátricos.* Obtenido de Psyciencia: https://www.psyciencia.com/david-rosenhan-el-psicologo-que-cambio-los-manuales-psiquiatricos/

Araujo, B. (2011). *Empoderamiento femenino y comunicación de pareja desde una perspectiva sistémica.* (Tesis de Maestría). UNAM, México.

Atencio, G. (Ed.). (2015). *Feminicidio: De la categoría político-jurídica a la justicia universal.* Madrid: Catarata.

Ávila-Fuenmayor, F. (2006). El concepto de poder en Michel Foucault. *Telos, 8*(2), 215-234.

Ayala, J. (14 de septiembre de 2012). *Normalizar y despatologizar*. Obtenido de Psyciencia: https://www.psyciencia.com/normalizar-y-despatologizar/

Baber, K., & Allen, K. (1992). *Women and families. Feminist reconstructions.* New York: Guilford Press.

Ballou, M., Hill, M., & West, C. (Edits.). (2007). *Feminist Therapy Theory and Practice: A Contemporary Perspective.* New York: Springer Publishing Company.

Bannink, F. (2010). *1001 preguntas centradas en soluciones. Manual para entrevista centrada en soluciones.* Londres: W. W. Norton & Company.

Batista, M. (18 de abril de 2018). *Marcela Lagarde, el mayor referente del feminismo en Latinoamérica*. Obtenido de Revista Petra: https://revistapetra.com/marcela-lagarde-el-mayor-referente-del-feminismo-en-latinoamerica/#more-5887

Bermúdez, C., & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica.* Madrid: Síntesis.

Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas.* Barcelona: Paidós.

Beyebach, M. (2014). Terapia breve centrada en soluciones. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica* (págs. 449-467). Bilbao: Desclee.

Bonilla-Algovia, E., & Rivas Rivero, E. (2018). Mitos del amor romántico en una muestra de futuros y futuras docentes. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación, 5*(2), 113-117. doi:https://doi.org/10.17979/reipe.2018.5.2.3624

Borraz, M. (18 de junio de 2018). *La OMS deja de considerar la transexualidad un trastorno mental.* Obtenido de El diario.es: https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedad-incongruencia_0_783572396.html

Bosch, E., Ferrer, V., & Alzamora, A. (diciembre de 2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*, 121-136. Recuperado el 21 de enero de 2021, de https://n9.cl/8azn5

Boscolo, L., & Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual.* Buenos Aires: Amorrortu.

Cámara de Diputados. (19 de abril de 2001). *Reformas constitucionales.* Obtenido de De Reformas al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: http://www.diputados.gob.mx/sia/coord/refconst_lviii/html/028.htm

Carmona, M. (2012). *Perspectiva sistémica y posmoderna en la masculinidad y violencia de género dentro de la familia.* (Tesis de Maestría). UNAM, México.

Casabianca, R. (2014). Terapia breve del MRI. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (págs. 414-445). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Chapa, A. C. (2020). Incorporación de una perspectiva feminista para el acompañamiento psicológico en casos de violencia de género en Instituciones de Educación Superior. En R. Güereca, M. Huacuz, & E. (. Martín, *Estrategias de intervención ante la violencia por motivos de género en las instituciones de educación superior* (págs. 121-140). Estado de México: UAM Unidad Lerma.

Crisol. (s/f). *Quienes somos*. Obtenido de Crisol: https://www.institutocrisol.org/quienes-somos1/

De Castilla, R. (2008). *Escuelas de terapia sistémica: formación terapéutica y práctica clínica.* Manuscrito inédito. México.

De Miguel, A. (2000). Los feminismos a través de la historia. En C. Amorós, *Diez palalbras sobre ser mujer.* Pamplona: Verbo Divino.

Díaz, A., Interian, A., & Waters, D. (2010). The integration of CBT, multicultural and feminist psychotherapies with latinas. *Journal of Psychotherapy Integration, 20*(3), 312-326.

Díaz, N., & Flores, R. (2009). *Cedoc Inmujeres.* Obtenido de Modelos de atención de la violencia contra las mujeres: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/28.pdf

Eguiluz, L. (Ed.). (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día.* México: Pax.

Eguiluz, L. (2006). *La terapia sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar.* México: UNAM-UAT.

Evans, K., Kincade, E., & Seem, S. (2011). *Introduction to feminist therapy.* California: SAGE.

Facultad de Psicología. (noviembre de 2007). *Programa Único de Especializaciones en Psicología*. Obtenido de PUEP: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/puep/Tomo_I_PUEP.pdf

Fundación mujeres. (2011). *Coeducación y mitos del amor romántico.* Obtenido de Fundación mujeres: http://www.fundacionmujeres.es/documents/view/coeduacion_y_mitos_del_amor_romantico.html

García, J., Hernández, C., & Monter, N. (2019). Amor romántico entre estudiantes universitarios (hombres y mujeres), una mirada desde la perspectiva de género. *La ventana. Revista de estudios de género, 6*(49). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362019000100218&lang=pt

Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar.* México: El Manual Moderno.

Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B., & Halstead, K. (1989). *Terapia familiar feminista.* Buenos Aires: Paidós.

Gutiérrez, P., & Luengo, M. (2011). Los feminismos en el siglo XXI. Pluralidad de pensamientos. *BROCAR*(35), 335-351.

Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta.* Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas.* Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.

Herrera, C. (2010a). *El amor cortés.* Obtenido de https://haikita.blogspot.com/2010/12/el-amor-cortes.html

Herrera, C. (2010b). *El romanticismo patriarcal.* Obtenido de https://haikita.blogspot.com/2010/03/el-romanticismo-patriarcal.html

Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A., & Campos, E. (junio de 2014). Depresión y ansiedada en mujeres en situación de maltrawto en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema, 1*(1), 123-136.

IFAC. (2018). *Nosotros*. Obtenido de IFAC: https://www.ifac.edu.mx/nosotros/

Instituto Bateson. (2014). *Historia de la Psicoterapia Sistémica.* Obtenido de Instituto Bateson de psicoterapia sistémica: http://www.institutobateson.edu.mx/

Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. (2007). *La equidad de género en la administración pública, capacitación para el personal del Gobierno del Distrito Federal.* (Vol. Fundamentos teóricos). México: Autor.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *Guías de referencia rápida.* Obtenido de Diagnóstico y manejo del estrés postraumático: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/515GRR.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2003). *Mujeres violentadas por su pareja en México.* Obtenido de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/muj_viol.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Resultados de la encuesta nacional del uso del tiempo (ENUT) 2019.* México: INEGI. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENUT/Enut_Nal20.pdf

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (agosto de 2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.* Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). *Guía metodológica para la sensibilización en género: Una herramienta didáctica para la capacitación en la administración pública* (Vol. IV: La Violencia Contra las Mujeres). México: Autor.

Instituto Politécnico Nacional. (s/f). *Materiales*. Obtenido de Violentómetro: https://www.ipn.mx/genero/materialesdeapoyo/violentometro.html

Jaime, D. (2013). *Generalidades de la terapia familiar sistémica.* (Tesis de maestría inédita). UNAM, México.

Jones, E. (1995). The construction of gender in family therapy. En C. Burk, & B. Speed (Edits.), *Gender, power and relationships.* New York: Routledge.

Juárez, N. (2011). Curso-taller para padres y madres de familia con hijos e hijas en edad preescolar: sensibilización a la perspectiva de género. (tesis de licenciatura). UNAM, México.

Kahn, J. (2011). Feminist therapy for men: challenging asumptions and moving foward. *Women & Therapy, 34*, 59-76.

Kaur, R. (2018). *El sol y sus flores.* México: Planeta.

Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., & Alarcón, R. (abril de 2019). Depresión y ansiedad en mujeres vícitmas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11*(1), 1-8. Obtenido de revistas.unc.edu.ar/index.php/racc

Laso, e., Macias-Esparza, L., & Cirici, R. F. (2020). Facilitando la separación psicológica de las mujeres en proceso de terminar una relación de pareja violenta. *Clínica Contemporánea, 11*(1), 1-17. doi:https://doi.org/10.5093/cc2020a4

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2007). Diario Oficial de la Federación. México, México, 1 de febrero de 2007.

Llamas, M. (2003). *La terapia feminista en México.* (Tesis de licenciatura) UNAM, México.

López, J. (2016). *El síndrome de la mujer maltratada en relación con las emociones y los procesos educativos de sus hijos.* (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.

Maturana, H., & Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento.* Buenos Aires: Lumen.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar.* Barcelona: Gedisa.

Medina, M. E. (2020). *Plan de desarrollo 2020-2024.* Obtenido de Facultad de Psicología UNAM: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/informesyplanes/Plan-de-Desarrollo-de-la-Facultad-de-Psicologia-2020-2024-Maria-Elena-Medina-Mora-Fac-Psicologia-UNAM.pdf

Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., & Rodríguez, J. (2008). *Familia. Introducción al estudio de sus elementos.* México: Editores de Textos Mexicanos.

Moreno, A. (2011). "Quiero recuperar el control". Un caso de terapia individual desde el enfoque sistémico. *Clínica Contemporánea, 2*(1), 25-37.

Moreno, A. (Ed.). (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención.* Bilbao: Desclee.

Mujeres en Movimiento. (s/f). *Los Estados y la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado el julio de 2020, de Mujeres en Movimiento: https://mujeresenmovimiento.mx/content/los-estados-y-la-ley-general-de-acceso-las-mujeres-una-vida-libre-de-violencia

Muñoz, A., & Novoa, M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia psicológica, 30*(1), 25-36.

Navarro, V. (2011). *Manual de violencia doméstica.* México: Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana.

Ochoa, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica.* Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W., & Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia.* Nueva York: W. W. Norton and company.

ONU Mujeres. (30 de diciembre de 2011). *Principales leyes, instrumentos y acuerdos internacionales y regionales*. Obtenido de https://www.endvawnow.org/es/articles/1125-principales-leyes-instrumentos-y-acuerdos-internacionales-y-regionales.html

Organización Mundial de la Salud. (29 de noviembre de 2017). *Violencia contra la mujer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Organización Mundial de la Salud. (s/f). *Violencia*. Recuperado el julio de 2020, de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/topics/violence/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Violencia contra las mujeres.* Recuperado el 6 de agosto de 2020, de Comprender y abordar la violencia contra la smujeres. Consecuencias para la salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf;jsessionid=CD014CCCC5D87F39DDDD423563A98E1C?sequence=1#:~:text=Por%20ejemplo%2C%20el%20Estudio%20multipa%C3%ADs,que%20otras%20mujeres%20(4).

Polo, C. (2014). La perspectiva de género en terapia familiar sistémica. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (págs. 99-132). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Psychotherapy web. (1997). *Feminist Therapy with Lenore Walker [video]*. Obtenido de https://youtu.be/mnE2WON4q8c

Quesada, S. (2004). Estudio sobre los motivos de consulta psicológica en una población universitaria. *Universitas Psychologica, 3*(1), 7-16.

Rocha, T., & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *anales de psicología, 21*(1), 42-49.

Rociosileo. (12 de diciembre de 2017). *¿Qué es el feminismo interseccional?* . Obtenido de Escritura Feminista: https://escriturafeminista.com/2017/12/12/que-es-el-feminismo-interseccional/

Rodríguez, A., & Barbagelata, N. (2014). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención.* Bilbao: Desclee.

Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. Eguiluz, *Terapia familiar. Su uso hoy en día.* Pax.

Rodríguez, L., & Negroni, L. (marzo de 2018). Imaginarios del amor en gays, lesbianas y bisexuales de México y España. Una investigación cualitativa. *Margen*(88), 1-16. Obtenido de https://www.margen.org/suscri/margen88/otero_88.pdf

Sánchez-Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas.* México: Manual Moderno.

Sau, V. (2004). Psicología y feminismo(s). En E. Barberá, & I. Martínez, *Psicología y género* (págs. 107-117). Madrid: Pearson Educación.

Sendón de León, V. (octubre de 2019). *Nosotras las mujeres: El feminismo postgénero de la Cuarta ola*. Obtenido de Mujeres en Red. El periódico feminista: http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2355

Shakerspeare, W. (1597/1974). *Romeo y Julieta* (decimosexta ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria. Obtenido de https://books.google.com.mx/books?id=6tUt_02YKGcC&lpg=PP1&dq=romeo%20y%20julieta&pg=PR4#v=onepage&q=romeo%20y%20julieta&f=false

Siles, C., & Delgado, G. (agosto de 2014). *Teoría de género: ¿De qué estamos hablando? 5 claves para el debate.* Obtenido de Instituto de estudios de la sociedad: https://www.ieschile.cl/claves/teoria.pdf

Sojo, D., Sierra, B., & López, I. (Edits.). (2002). *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación.* Madrid: Paso de Zebra.

Stake, R. (1995). *Investigación con estudio de casos.* Madrid: Morata.

Suárez, T. (2014). El contexto de intervención. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención.*

Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Buenos Aires: Paidós.

Thomas, M., & de Gracia, M. (octubre de 2008). El origen del movimiento cibernético: las conferencias Macy y los primeros modelos mentales. *Revista de historia de la psicología, 29*(3), 261-268. Obtenido de https://pdfs.semanticscholar.org/fe0d/e7f49faf0ce7a10452ea7ec7fffd7a225fb5.pdf

Thomen, M. (20 de febrero de 2020). *Tipos de feminismo que existen en la actualidad*. Obtenido de Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/tipos-de-feminismo-que-existen-en-la-actualidad-4500.html#anchor_2

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes.* Barcelona: B de Bolsillo. Obtenido de http://es.scribd.com/doc/213062009/Feminismo-Para-Principiantes-Nuria-Varela#

Varela, N. (2019). *Feminismo 4.0. La cuarta ola.* Barcelona: Penguin Random House.

Walker, L. (2013). *Amar bajo el terror.* Madrid: Queimada.

Walters, M., Carter, B., Papp, P., & Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares.* Buenos Aires: Paidós.

Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1974). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas.* Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Wikipedia. (21 de septiembre de 2019). *GenoPro.* Obtenido de Wikipedia. The free encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/GenoPro

Worell, J., & Remer, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy.* New York: John Wiley & Sons.