



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD

FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN “HOMBRES QUE CONSTRUYEN
RELACIONES POSITIVAS DE PAREJA: VIOLENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL”

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LAURA ROJO ORNELAS

TUTORA PRINCIPAL
DOCTORA CORINA LENORA BENJET
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

COMITÉ TUTOR
TUTORA ADJUNTA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
TUTORA EXTERNA. DOCTORA JENNIFER LIRA MANDUJANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ JURADO
JURADO A. MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
JURADO B. PATRICIA TRUJANO RUIZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MARZO DE 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN “HOMBRES QUE
CONSTRUYEN RELACIONES POSITIVAS DE PAREJA:
VIOLENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL”**

Agradecimientos

Hombres valientes

Agradezco a cada uno de los hombres que tuvieron el valor de hablar acerca de sus miedos, dolencias, preocupaciones, deseos y sueños. Hombres que quieren cambiar y que merecen un contexto amable en el cual hacerlo. Sin ustedes, el desarrollo de esta tesis habría sido imposible.

Dios

Me resulta imposible hablar de cualquier etapa o proceso de mi vida sin hacer referencia a Dios. En Dios me he sostenido infinidad de veces, de su mano compasiva me he sujetado cuando he necesitado salir del abismo, sobre su regazo he llorado cuando las lágrimas han ahogado mi corazón, tras su abrazo siempre siento calma.

Solo Dios sabe lo difícil que fue para mí vivir el proceso doctoral a la par de la enfermedad y consecuente muerte de mis padres, lo que en muchas ocasiones me llevó a dudar acerca de continuar en el camino, así como sabe de la sed de vivir que representó el nacimiento de mi hija y la motivación que con ella vino.

Gracias Dios por esta vida.

Papá, Mamá, Diego, Victoria & Cosette

Me recuerdo de 12 años, tomada de la mano de mis padres en Ciudad Universitaria con objeto de visitar los museos. Recuerdo bien a mi papá transmitiéndome un sueño -Algún día vas a ser universitaria. Ese sueño se materializó cuando fui aceptada en la Escuela Nacional Preparatoria y continuó creciendo en la Facultad de Psicología, hasta llegar al deseo de estudiar un Doctorado. Mi papá y yo soñamos juntos muchas veces, de la mano fuimos moldeando el sueño, saboreamos uno a lado del otro los fragmentos que se iban haciendo realidad, hasta que en junio del 2019 él decidió irse y con él se fueron mis ganas de soñar. Exactamente seis meses después, en diciembre de 2019 mi mamá también decidió partir; la mujer que me enseñó todo lo valioso que sé, la que creyó en mí, la que me impulsó para no darme por vencida me dejó sola al inicio del camino y con una pesada carga. Es así como la vida dejó de ser disfrutable y se volvió una condena.

Afortunadamente Diego, mi compañero de vida, me hizo ver que había una manera de salir del abismo, me propuso nuevas metas y más importante, me incluyó en sus sueños. Lo que hemos ido soñando y materializando llegó a ser sublime, nuestra hija Victoria. Cuando Victoria nació y la tuve por primera vez en mi pecho, con su manita sujetando uno de mis dedos sentí que volvía a disfrutar, que tenía una bella realidad y que valía la pena hacer todo lo posible por crecer cada vez más.

En toda esa oscuridad y también como un rayo de luz estuvo Cosette, mi bebé de 12 años, la Cocker doctora en psicología que se desveló muchas veces conmigo y que con su pelito secó otras tantas veces mis lágrimas, la que se alegró cuando su hermana Victoria llegó por primera vez a la casa, la que ha estado ahí desde el inicio y la que va a prevalecer hasta el final.

Te amo papá por haberme enseñado a soñar...

*Te amo mamá por haberme enseñado a confiar en mí, sin ti no habría materializado mis
sueños...*

Te amo Diego por sostenerme, por compartir tus sueños conmigo, por darme el regalo de ser la mamá de Victoria, por ser mi compañero...

Te amo Victoria por devolverme las ganas de vivir, tu hermosa existencia llena mi vida, este trabajo representa tan solo uno de los caminos que puedes elegir, deseo que te ayude a mantenerte firme en la idea de que vas a llegar tan lejos como decidas...

Te amo Cosette por ser mi luz.

Familia & Amigos

Me gusta la idea acerca de que los amigos son la familia que uno elige, a lo que sumo que solo considero familia a las personas que han estado conmigo apoyándome en los momentos más difíciles y con quienes he compartido vivencias alegres.

Gracias Julio, porque a pesar de que ya “no estás” sigues siendo una guía para mí...

Gracias Angélica, por transitar conmigo el duelo por la muerte de nuestros papás, gracias por amarme y por amar tanto a Victoria...

Gracias Aldair y Alan, por ser un ejemplo para mi hija y por cuidarla y amarla tanto...

Gracias Sandra, porque no eres mi amiga, eres mi hermana, eres mi refugio...

Gracias Señora Faby, por cuidarme, acogerme y escucharme, gracias porque a través de su amor existe Victoria...

Gracias Ana, por tu compañía y cálida escucha a lo largo de tantos años...

Gracias Fátima y Laura, por compartir tanto conmigo.

Doctoras Corina, Rebeca & Jennifer

Agradezco a cada una de ustedes el no solo ser guías a nivel académico o profesional, sino el ser guías a nivel personal. Son mujeres a las que admiro y a quienes considero un ejemplo.

Gracias Doctora Corina, por haber confiado en mí sin conocerme, por haberme tenido tanta paciencia, por haberme abierto las puertas de su casa...

Gracias Doctora Rebeca, por demostrarme que puedo llegar tan lejos como me lo proponga, por incentivar me, por su disposición a compartir su saber...

Gracias Doctora Jennifer, por hacerme sentir parte de su grupo de estudiantes, por tener siempre tiempo para mí, y, sobre todo gracias por haber hecho un espacio para escuchar todo lo que tenía que decir tras la muerte de mis padres.

Doctoras Marcela & Patricia

Gracias Doctora Marcela y gracias Doctora Patricia por compartir sus saberes conmigo, y por dedicarle a la revisión de ésta tesis y por ende a mí, algo muy valioso... tiempo.

Gracias a CONAHCYT por la beca otorgada durante mis estudios de Doctorado.

Dedicatoria

Para mi papá, Juan Rojo

Por mi hija, Ana Victoria Rojo

Índice de contenido

Agradecimientos	I
Dedicatoria.....	VI
Resumen	1
Planteamiento del problema y justificación del estudio	3
Violencia.....	5
Violencia de pareja	5
Estadísticas de la violencia de pareja	8
Consecuencias de la violencia de pareja	9
Modelos explicativos de la violencia de pareja.....	11
Tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja	15
Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja ..	20
Sugerencias para el tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja.....	21
Conclusiones	27
Alcohol	28
Consumo problemático de alcohol	28
Estadísticas del consumo de alcohol	29
Consecuencias del consumo de alcohol	30
Modelos explicativos del consumo de alcohol.....	30
Tratamiento de los hombres que consumen alcohol	31
Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres que consumen alcohol	40
Sugerencias para el tratamiento de los hombres que consumen alcohol.....	40
Conclusiones	43
Violencia de pareja y consumo de sustancias.....	45
Violencia de pareja y consumo de alcohol	45
Violencia de pareja y consumo problemático de alcohol	46
Estadísticas del diagnóstico dual (violencia de pareja y consumo de alcohol).....	47
Modelos explicativos de la asociación entre la violencia de pareja y el consumo de alcohol	48
Tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol	49
Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol	50

Sugerencias para el tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol.....	59
Conclusiones	60
Motivación.....	61
Modelos explicativos de la motivación	61
Modelo transteórico de cambio	61
Teoría de la autodeterminación	64
Entrevista Motivacional	68
Taxonomía de la motivación.....	72
Desmotivación.....	73
Motivación intrínseca.....	73
Motivación extrínseca	74
Motivación extrínseca externamente regulada.....	74
Motivación extrínseca introyectadamente regulada.....	74
Motivación extrínseca identificadamente regulada.....	75
Motivación extrínseca integradamente regulada.....	75
Autonomía e internalización	76
Motivación, violencia de pareja y consumo problemático de alcohol.....	77
Conclusiones	79
Estudio 1. Detección de necesidades de tratamiento.....	81
Objetivo general.....	81
Objetivos específicos	81
Hipótesis	81
Características de los participantes	81
Procedimiento de muestreo, tamaño de la muestra y escenario	82
Instrumentos y herramientas de evaluación.....	82
Criterios de inclusión y exclusión	82
Consumo de alcohol	82
Grupos focales.....	83
Tipo de estudio y Diseño	84
Procedimiento	84
Desarrollo de la guía de preguntas para la conducción de los grupos focales	84
Conducción de los grupos focales.....	92

Análisis de datos	95
Resultados (características de los participantes)	97
Fase 1 de análisis. Codificación abierta	103
Fase 2 de análisis. Codificación axial	113
Fase 3 de análisis. Codificación selectiva	119
Teoría propuesta	119
Triangulación	123
Triangulación de datos con los participantes	123
Triangulación de datos con investigadores expertos	126
Análisis de datos (integración de los resultados obtenidos a través de la triangulación)	130
Triangulación de datos que conforman teorías	133
Intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”	140
Descripción y justificación de cada sesión	141
Pre-sesiones (línea base)	141
Procedimiento general de cada una de las sesiones	141
Procedimiento específico de cada una de las sesiones	142
Módulo 1	142
Módulo 2	143
Módulo 3	144
Módulo 4	145
Módulo 5	146
Módulo 6	146
Sesión de evaluación final	146
Sesiones de seguimiento	147
Consistencia de la intervención	147
Estudio 2. Factibilidad de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”	149
Objetivo general	149
Objetivos específicos	149
Hipótesis	149
Características de los participantes	150

Población objetivo.....	150
Jueces	150
Procedimiento de muestreo, tamaño de la muestra y escenario	151
Tipo de estudio y Diseño	151
Variable.....	151
Definición conceptual	151
Definición operacional	151
Estímulo	152
Herramientas de evaluación.....	152
Población objetivo.....	152
Jueces expertos.....	156
Procedimiento	164
Población objetivo.....	164
Jueces expertos.....	165
Análisis de datos	166
Análisis cuantitativo.....	166
Análisis cualitativo.....	167
Resultados.....	167
Población objetivo.....	167
Jueces expertos.....	173
Conclusiones	181
Consideraciones éticas.....	182
Discusión y conclusiones	183
Principales hallazgos.....	183
Significado de los hallazgos	187
Relación entre los hallazgos descritos en esta tesis y los reportados en estudios previos	188
Limitaciones y fortalezas	190
Valor de los hallazgos presentados sobre el campo de estudio	193
Referencias	196
Anexos.....	215
Anexo 1.....	215
Formulario de opinión acerca de la guía de preguntas para los grupos focales	215

Anexo 2.....	219
Guía de preguntas para el grupo focal.....	219
Anexo 3.....	226
Aprobación del Honorable Comité de Ética	226
Anexo 4.....	227
Poster para la difusión de la campaña de reclutamiento de participantes para el estudio 1	227
Anexo 5.....	228
Formato de consentimiento informado estudio 1	228
Anexo 6.....	234
Regalos otorgados a los participantes	234
Anexo 7.....	235
Pauta de chequeo/evaluación de la conducción del grupo focal 1	235
Anexo 8.....	236
Guía de preguntas para la triangulación con participantes.....	236
Anexo 9.....	239
Formato de autorregistro	239
Anexo 10.....	240
Matriz de objetivos de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”	240
Anexo 11	252
Violentómetro.....	253
Anexo 12.....	254
Formato de consentimiento informado estudio 2 (población objetivo)	254
Anexo 13.....	260
Formato de consentimiento informado estudio 2 (jueces expertos).....	260

Resumen

La violencia de pareja (VP) y el consumo de alcohol (CA) son dos variables fuertemente asociadas. Esto ha conducido al desarrollo de diversos modelos explicativos acerca de una posible relación causal entre variables, que han fungido como bases de una amplia gama de programas de intervención, caracterizados por resultados escuetos y fugaces en el tiempo; ante ésta situación, algunos investigadores argumentan que el objetivo al respecto más que buscar causalidad, debería ser el hallazgo de las variables que contribuyen a la génesis, desarrollo y progresión de dicha asociación, lo que conduciría al desarrollo de intervenciones efectivas y eficaces. En esta línea, la pregunta que surge se refiere a la posibilidad de concretar esta propuesta, debido a que implica no solo desarrollar un programa de intervención, sino hacerlo desde una base sólida acerca de la etiología de la asociación entre la VP y el CA, construida a través de un estudio acerca de la historia de estas variables en la población objetivo, y de las necesidades de tratamiento que surgen en consecuencia; puntos que son propuesta de esta investigación.

La hipótesis que se puso a prueba fue la siguiente: la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”, es factible; para probar la hipótesis se condujeron dos estudios. Estudio 1. Se trató de un estudio exploratorio de detección de necesidades de tratamiento con la población objetivo, en el cual participaron 14 hombres mexicanos consumidores de alcohol y generadores de violencia de pareja, el estudio se llevó a cabo mediante la técnica de grupos focales. Los resultados fueron analizados con base en la teoría fundamentada, además de ser sometidos a un procedimiento de triangulación triple para garantizar validez metodológica. Como hallazgo principal, la socialización normativa de ser hombre resultó ser la etiología de los problemas de pareja, caracterizados por desregulación emocional (violencia), consumo de alcohol, falta de habilidades de convivencia en pareja y mal uso del dinero; a partir de estas categorías fueron desarrollados los contenidos de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”. Estudio 2. Fue un estudio exploratorio para evaluar la factibilidad de la intervención, en el cual participaron tres hombres del estudio 1 con un nivel de dependencia moderado al alcohol, y tres expertos en el tema, para extraer la información fueron aplicados diversos cuestionarios desarrollados

específicamente para el estudio. Se recogieron datos tanto cualitativos como cuantitativos, el análisis cualitativo fue hecho a través del estadístico V de Aiken, pues se buscaba determinar el grado de acuerdo en cuanto a la claridad y precisión de los objetivos de la intervención en general y de sus módulos, de los contenidos, las actividades, las técnicas de intervención, el diseño y la evaluación; los resultados cualitativos fueron utilizados para explicar con mayor detalle los hallazgos cuantitativos. Los resultados permitieron corroborar el cumplimiento de la hipótesis de investigación y concluir la factibilidad de la intervención, lo que da pie a la siguiente etapa, que se refiere a la prueba de efectividad y eficacia.

Los resultados de esta investigación ofrecen una explicación novedosa acerca de la etiología de los problemas de pareja en población mexicana, que posiciona a la violencia y al consumo de alcohol como variables de importancia, y que más allá de buscar el establecimiento de una relación causal, describe otras variables que pueden funcionar como moderadores y/o mediadores de dicha asociación. Estas variables pueden ser consideradas como predictoras de éxito y/o fracaso para el desarrollo de futuras intervenciones o para el alcance del éxito en tratamientos individuales.

Planteamiento del problema y justificación del estudio

El consumo nocivo de alcohol se asocia con más de 200 enfermedades (Organización Mundial de la Salud [ONU], 2018). El consumo problemático de alcohol se caracteriza por los problemas que el episodio de consumo le genera al usuario (ONU, 1994); para 2016, en nuestro país, de acuerdo con información recabada mediante la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017), se estimó que el 59.8% de los hombres que consumieron alcohol, lo hicieron dentro de este patrón (explosivo-episódico) (Villatoro et al., 2017). Patrón que puede predecirse ha ido en aumento, predicción que se hace mediante la información recabada en encuestas anteriores, y debido a la ausencia de datos duros a partir de que en enero del año 2022 se hiciera oficial la declaración de la Comisión Nacional de Adicciones (CONADIC) de que no se llevaría a cabo una nueva encuesta (Pradilla, 2022).

El consumo de alcohol no solo impacta al consumidor, sino a toda la familia, siendo una de las asociaciones más frecuentes la violencia de pareja. Ésta se define como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual (Bott et al., 2019). Se estima que a nivel mundial cerca del 70% de las mujeres ha sufrido violencia de pareja (Soleymani et al., 2018), cifra que aumentó a raíz de la pandemia por COVID-19 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022; INFOBAE, 2022; ONU MUJERES, 2021). En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), se reporta que cerca del 39.9% de las mujeres mayores de 15 años ha sufrido violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación (INEGI, 2022). Aunque la dirección de esta violencia es mayor de hombre a mujer, los hombres son raramente atendidos (Walker, 2015).

El consumo problemático de alcohol y la violencia de pareja están robustamente relacionados tanto teórica como empíricamente (McCrary et al., 2016; Stuart et al., 2013). El consumo problemático de alcohol reduce el autocontrol, incrementando los problemas de pareja, aumentando a su vez la frecuencia e intensidad de la violencia (Krug et al., 2002). A nivel mundial, se estima que cerca del 79% de los generadores de violencia de pareja comete estos actos bajo la influencia del alcohol (Stewart et al., 2014). En el Estado de

México, las mujeres cuyas parejas consumen alcohol ocasionalmente tienen una probabilidad 47% más alta de sufrir violencia, comparadas con aquellas cuyas parejas no consumen (Jaen-Cortés et al., 2015).

Como resultado de una revisión de la literatura en dos metabuscadores y dos bases de datos, se encontraron 10 artículos en los que se reporta el efecto de diversas intervenciones conjuntas dirigidas a hombres, con el objetivo de brindar tratamiento para su consumo de alcohol/sustancias y la violencia de pareja que ejercen. Se encontró que éstas intervenciones en su mayoría están diseñadas para hombres en proceso judicial, dejando de lado la motivación al cambio; parten del supuesto de que sabemos qué es lo que necesitan estos hombres para cambiar, sin prestar atención a las necesidades particulares de tratamiento; y están principalmente desarrolladas bajo el modelo cognitivo-conductual y/o el modelo Duluth de perspectiva feminista, que han sido señalados como poco efectivos para el tratamiento de la violencia de pareja (Babcock et al., 2004; McCrady et al., 2016).

Derivado de los planteamientos anteriores, se propone el desarrollo de una nueva intervención con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y la violencia, incrementando las relaciones positivas de pareja. La intervención está diseñada para población mexicana y está enfocada en las necesidades particulares de tratamiento, tomando como variable moderadora a la motivación intrínseca al cambio (los efectos de la intervención se verán incrementados al aumentar la motivación intrínseca al tratamiento, lo cual redundará en mejores resultados sobre el consumo de alcohol y la violencia de pareja).

La presente investigación se divide en dos estudios, el primero está dirigido a la detección de las necesidades de tratamiento de la población objetivo que servirá como eje para el desarrollo de la nueva intervención, con la intervención diseñada pasamos al segundo estudio, correspondiente a la prueba de factibilidad.

Violencia

La violencia es un fenómeno multidimensional (McGuire, 2008) presente en todas las sociedades y con características distintas en cada una de ellas (Klein & Schermer, 2015). Por lo cual, actuar sobre ella desde una única dimensión y con un solo enfoque es una apuesta arriesgada si lo que se busca son resultados óptimos.

Una de las categorías más destacadas de la violencia, debido a su alta tasa de expresión es la violencia doméstica, dentro de la cual se agrupan la violencia en contra de los niños, la violencia en contra de los adultos mayores y la violencia de pareja, que han sido invisibilizadas por ser etiquetadas dentro del dominio de lo privado, de lo estrictamente familiar, haciéndonos perder de vista que muchos de los actos más crueles y denigrantes en contra de los individuos, son cometidos en el núcleo familiar. De este postulado se subraya la función formativa de la familia sobre la personalidad y la conducta de cada ser, al advertir que una persona que crece en un hogar violento tiene más probabilidades de ejercer y/o sufrir violencia más adelante, explicando así su transmisión intergeneracional.

Violencia de pareja

La violencia generada por hombres en contra de su pareja femenina es común (Murphy et al., 2018; Neighbors et al., 2008; Ramírez, 2006; Rodríguez et al., 2018; Smedslund et al., 2007; Stuart et al., 2013; Valdez et al., 2006), y está presente en todos los entornos y grupos socioeconómicos, religiosos y culturales (García-Moreno et al., 2013). Su prevalencia, la gravedad de sus consecuencias, los tratamientos impuestos que interfieren con el alcance de los resultados, los modestos resultados obtenidos, y las altas tasas de abandono y reincidencia requieren una profunda investigación en esta área (Neighbors et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia de pareja como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación (García-Moreno et al., 2013). Así, la violencia de pareja toma diversas formas: física, psicológica, sexual y

económica/patrimonial; traducidas en maltrato, intimidación, abuso y privación (García-Moreno et al., 2013; Soleymani et al., 2018). Aun cuando la violencia física es la más visible, ésta tiende a presentarse en conjunto con otros tipos de violencia como la sexual y la psicológica (Echeburúa et al., 2009; García-Moreno et al., 2013). La violencia de pareja tiene un carácter crónico (Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009), se estima que las mujeres que la sufren son maltratadas por más de cinco años antes de que sus parejas acudan a tratamiento, si es que lo hacen. Además, tiende a iniciar en el noviazgo (Boira & Jodrá, 2010) por distintas razones como desregulación emocional, historia de abuso, necesidad de dominación y control, o la provocación de la pareja (Øverup et al., 2017).

Se postula que el factor de riesgo más fuerte para sufrir violencia de pareja es ser mujer (Walker, 2015); sin embargo, es importante resaltar que ésta violencia no solo es dirigida del hombre hacia la mujer, también existe evidencia de una dirección opuesta, es decir, de la mujer hacia el hombre (Barros et al., 2019; Day et al., 2009; Klein & Schermer, 2015; Rincón, 2016; Valdez et al., 2006). Este fenómeno es importante y fue descrito y nombrado originalmente por Steinmetz (1977), como el *síndrome del esposo maltratado*. Sin embargo, y aun cuando el planteamiento de Steinmetz es de gran valor, tuvo fuertes críticas, la principal fue hecha por Dobash y colaboradores (1992), quienes sugieren que antes de plantear el mito de la simetría sexual de la violencia marital, las investigaciones deberían estar dirigidas al entendimiento de la conducta violenta de la pareja. A lo que se suma la perspectiva de Rincón (2016), quien señala la urgencia de no encasillar un proceso tan complejo como lo es la violencia de pareja, dentro de una dicotomía rígida: direccionalidad hombre-mujer o mujer-hombre.

Casi medio siglo más tarde y en medio de un polémico debate acerca de lo que es equidad y de lo que es imposición, Rincón (2016), planteó una tipología del hombre maltratado en la cual se describe al hombre que sufre violencia de pareja como un ente silencioso y temeroso a la burla y/o la represalia de la cónyuge, temor que le lleva a alejarse de sus hijos en un intento de protegerse y protegerlos. Postulado reforzado por los hallazgos de Barros y colaboradores (2019), quienes condujeron una investigación en la que participaron 442 hombres ecuatorianos casados, de los cuales el 77% reportó haber sufrido

violencia de pareja caracterizada por golpes con objetos contundentes que en poco más del 70% de los casos implicó tres días de incapacidad laboral, con una tasa de denuncia casi nula. Este hallazgo es apoyado por diversos autores, que indican que el porcentaje de denuncias por violencia de pareja direccionalidad mujer-hombre, es bajo (García-Moreno et al., 2013; Tollefson & Phillips, 2015), con cifras que van desde un 10% (Walker, 2015), hasta el 20% (Mbilinyi et al., 2011) o poco más (Trujano et al., 2010); cifras que podrían deberse de acuerdo con Steinmetz (1977), a un proceso de inatención selectiva, a lo que Trujano y colaboradores (2010) suman intereses políticos. Siguiendo el enfoque de Dobash y colaboradores (1992), y tomando en cuenta la importancia del trabajo de Steinmetz (1972), se resalta la importancia del tratamiento oportuno, efectivo y eficaz para los hombres inmersos en relaciones de pareja violentas, ya que, de acuerdo con Walker (2015), solo un escaso porcentaje de ellos es atendido.

Al respecto, es importante señalar que el objetivo de este trabajo dista de ser la invisibilización de los hombres que sufren de violencia de pareja, la criminalización de los que la generan, o la revictimización de las mujeres que la experimentan. A partir de las estadísticas y las consecuencias negativas que esta violencia genera sobre quien la genera y sobre quien la recibe; el objetivo de este trabajo en primera línea es disminuir su gravedad y frecuencia, lo que nos conduce a centrar el trabajo en los hombres que la generan, educándolos y atendiéndolos en entornos seguros y libres de juicios. En segunda instancia, el objetivo se enfoca en la protección de las mujeres que la sufren, quienes conforman el grupo más vulnerabilizado; ya que, sumando al número de hombres que participan en relaciones libres de violencia, restamos al número de mujeres que la experimentan (mujeres cuya probabilidad de generar violencia de pareja es alta).

Echeburúa y colaboradores (2009) encontraron que los hombres que generan violencia en contra de su pareja tienen distorsiones cognitivas relacionadas con ideas machistas y la legitimación de la violencia como una estrategia eficaz de hacer frente a los problemas. Lo que Romero y Moya (2013) complementan argumentando que estos hombres poseen menor flexibilidad cognitiva, lo que les hace mantener esquemas de comportamiento rígido y machista. Celaya-Alston (2000) encontró que, para los hombres

mexicanos, la violencia de pareja más que ser vista como un método de control que resalta la inequidad de género, es el resultado esperado de una serie de factores que el hombre no puede manejar como el uso de alcohol, la presión en el trabajo, el desempleo, los problemas económicos, los celos, la desesperanza, las críticas de la familia, la educación de los hijos, el embarazo y el nacimiento de algún bebé que no sea del sexo esperado.

Estadísticas de la violencia de pareja

De acuerdo con Walker (2015) es a partir de 1960 cuando se inicia la lucha por la visualización de los derechos legales, civiles y sociales de la mujer que comenzó a ser necesario para algunos hombres usar o usar más la violencia de pareja como método de control, lo cual derivó en su incremento.

Se estima que alrededor del mundo, el 70% de las mujeres ha sufrido de este tipo de violencia (Soleymani et al., 2018; Walker, 2015), y que aproximadamente una de cada tres parejas la experimenta cada año (Øverup et al., 2017); lo cual quiere decir que si 7 de cada 10 mujeres son violentadas por su pareja, 7 de cada 10 hombres requiere atención. Estudios realizados en diferentes países revelan que entre el 40% y el 70% de las mujeres asesinadas en el contexto de una relación de maltrato, tenían antecedentes de haber sufrido violencia de pareja (García-Moreno et al., 2013).

El caso de México no dista por completo de estas estadísticas, con datos confiables arrojados por la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH, conducida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI; dicha encuesta tiene como objetivo analizar las violencias a las cuales las mujeres mexicanas mayores de 15 años han sido y/o son sometidas. La muestra en dichas encuestas es representativa y ha quedado conformada por un promedio de 50.5 millones de mujeres. De acuerdo con la ENDIREH 2022, cerca del 39.9% de las mujeres mexicanas mayores de 15 años ha sido violentada a lo largo de su vida al menos una vez por alguna de sus parejas masculinas, de estas mujeres, el 20.7% reportó haber sufrido esta violencia en el último año (octubre de 2020 a octubre de 2021). El tipo de violencia de pareja más frecuente para el año 2021 fue la psicológica (35.4% a lo largo de la vida; 18.4% en el último año), seguida

de la económica o patrimonial (19.1%; 8.1%), la física (16.8%; 5.2%), y la sexual (6.9%; 2.1%). En el Estado de México se reportó que en 2016 el 53.3% de las mujeres mexiquenses había sufrido violencia de pareja al menos una vez a lo largo de su vida, cifra que disminuyó a 41.3% para 2021. Una cifra más que también resulta alarmante es el porcentaje de mujeres receptoras de violencia de pareja que denunciaron (13.1%) y que contrasta con el que no denunció (85.7%) por las siguientes razones: a) se trató de un incidente sin importancia que no le afectó (27.7%), tuvo miedo a las consecuencias o amenazas (22.2%), por vergüenza (18%); no sabía cómo y dónde denunciar (13.5%), y porque pensó que no le iban a creer o que le iban a decir que había sido su culpa (4.1%) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; 2022).

A mediados del año 2020 la Organización Panamericana de la Salud ([OPS], 2020), advirtió que derivado de la pandemia por COVID-19, podíamos estimar que las cifras de violencia aumentarían, estimado que se cumplió, pues, de acuerdo con datos de la ENDIREH 2021, del total de mujeres que experimentó violencia de pareja en el periodo de octubre de 2020 a octubre de 2021 (20.7%), el 15.4% percibió que los problemas iniciaron o aumentaron durante la emergencia sanitaria por COVID-19, esta percepción fue más aguda en las mujeres separadas, divorciadas o viudas (cuyas parejas fallecieron durante la pandemia) (INEGI, 2022); por lo cual, la intervención oportuna se ha vuelto una prioridad, en palabras de la directora del INEGI “*prevenir la violencia es una responsabilidad social*” (INEGI, 2022).

Consecuencias de la violencia de pareja

La alta prevalencia de este tipo de violencia la vuelve un problema común con graves y variadas consecuencias (Murphy et al., 2018) para quien la genera y para quienes la reciben directa o indirectamente (Echeburúa, 2013). Los efectos de la violencia de pareja son agrupados dentro del síndrome de la mujer violentada (BWS por sus siglas en inglés *Batterer Woman Syndrome*). Las mujeres que padecen este síndrome se ven afectadas en seis áreas que se manifiestan de la siguiente manera: 1) altos niveles de excitación psicológica y fisiológica, medidos como ansiedad; 2) altos niveles de depresión, evitación, represión, minimización, disociación, conducta suicida y /o negación; 3) reexperimentación

del trauma (trastorno por estrés postraumático); 4) culpa, ruptura de las relaciones interpersonales (aislamiento social), dependencia emocional de la pareja abusiva (permanencia a su lado); 5) alteraciones en la imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria y baja autoestima; 6) sexualidad disfuncional; además de problemas de concentración, atención, sueño, uso y abuso de sustancias y confusión cognitiva (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; García-Moreno et al., 2013; Ramírez et al., 2006; Soleymani et al., 2018; Walker, 2015). Como resultado de la violencia de pareja sufrida, la mujer se enfrasca en un estado de desesperanza aprendida, que se instaura cuando pierde la habilidad de predecir cuál de sus acciones será efectiva para obtener el resultado que espera, que en estos términos tiene que ver con el cese de la violencia; es así, que la mujer aprende que cualquier cosa que haga no va a detener la violencia, lo que se traduce en una ruptura de la contingencia entre la respuesta de violencia y el resultado de detenerla (Walker, 2015). Se ha postulado que, a mayor gravedad de la violencia, mayores serán las repercusiones en cuanto a frecuencia e intensidad (García-Moreno et al., 2013), mismas que pueden llevar a la muerte. Pese a estas consecuencias, más de la mitad de las receptoras de violencia permanece con su pareja (Kraanen et al., 2013; Stover, 2015).

Las consecuencias de la violencia de pareja también afectan a los niños y adolescentes que la viven como testigos o receptores directos en casa, lo que conlleva al desarrollo de problemas académicos, depresión, ansiedad, uso de sustancias y agresión (Easton et al., 2018; García-Moreno et al., 2013; Kraanen et al., 2013; Satyanarayana et al., 2016; Soleymani et al., 2018). Entre más grave sea el abuso, mayores serán estas consecuencias (Walker, 2015). Se estima que los niños expuestos a esta violencia son 700 veces más propensos a ser violentos con los demás y con ellos mismos, comparados con los niños no expuestos. Existe una asociación del 50% que indica que los hombres violentos contra sus parejas, también lo son contra sus hijos (Echeburúa et al., 2009; Walker, 2015); además, se calcula que cerca del 30% de los generadores de violencia que se divorcian de sus parejas, obtienen la custodia de sus hijos (Stover et al., 2011), por lo cual, el tratamiento oportuno de estos hombres se vuelve indispensable.

Estas consecuencias se extienden también hacia el generador de violencia, quien las experimenta como resultado de su conducta, incluyendo apatía, sentimientos de culpa, distracción laboral, sentimientos de abandono, evitación hacia los hijos y personas cercanas, además de conducta violenta en el trabajo (Easton et al., 2018; Soleymani et al., 2018).

Modelos explicativos de la violencia de pareja

Existen diversos modelos explicativos de la violencia de pareja, estos varían desde los unicausales que sostienen que la violencia deriva de un solo factor, hasta los multicausales que toman en cuenta diversas variables que convergen (García, 2015).

Modelo feminista. Es el modelo más ampliamente difundido y respaldado, en él se postula que el uso de la violencia de pareja (hombre-mujer) durante la vida adulta es el resultado de una historia de exposición temprana a la violencia caracterizada por culpa, vergüenza, humillación y desempoderamiento (Celaya-Alston, 2000). La base de esta violencia es el patriarcado, que se sirve del proceso de socialización (masculina) para dominar, controlar, devaluar y desempoderar a la mujer (Klein & Schermer, 2015; Soleymani et al., 2018), y es utilizada como un medio de mantenimiento del control y del poder jerárquico entre géneros (Dobash et al., 1992; García, 2015; García-Moreno et al., 2013; Ramírez, 2006; Valdez et al., 2006). Este modelo es utilizado por Walker (2015) para explicar el ciclo de la violencia que el hombre genera en contra de la mujer. Este ciclo parte de un periodo de conductas amorosas (luna de miel) en el que la tensión se va acumulando hasta que ocurre un episodio violento (que tiende a ser más grave conforme más corto es el periodo de luna de miel); seguido de un intento por borrar el incidente mediante disculpas con palabras y acciones, y con la promesa de que no se va a repetir; retornando al comportamiento amoroso y reproduciendo el ciclo infinitamente.

Modelo clínico-psicopatológico. Este modelo parte de la negación de tratar a todos los hombres como individuos psicopáticos, y se divide en tres aproximaciones: a) teoría del rasgo patológico; b) teoría feminista de perspectiva clínica; y c) teoría de la vergüenza. La teoría del rasgo patológico identifica rasgos del carácter, perfiles de personalidad, déficits

conductuales o su combinación para distinguir a los hombres violentos, así, se les declara enfermos e incapaces de hacerse cargo de su conducta. La teoría feminista menciona que la dominación masculina a nivel social es el factor crucial para mantener el abuso a nivel personal, la conducta violenta es la expresión de reglas culturales implícitas que permiten a los hombres usar la violencia y la intimidación para controlar a la mujer. La teoría de la vergüenza menciona que los hombres son enseñados a presentarse como individuos fuertes, estoicos y capaces de lidiar consigo mismos y con su emocionalidad, vulnerabilidad y dependencia, los hombres que no se muestren así, deben sentirse avergonzados. De acuerdo con las tres aproximaciones, las situaciones que exponen la dependencia de los hombres afectando su concepto masculino y revelando los límites de su poder o elicitando su vulnerabilidad, detonan la conducta violenta como respuesta de defensa de la masculinidad (Celaya-Alston, 2000).

Modelo ecológico. Siguiendo este modelo, la violencia de pareja se origina por diversos factores que suceden en el hombre (juventud, baja escolaridad, historia como testigo o receptor de violencia en la infancia, uso y/o abuso de sustancias/alcohol, padecimiento de algún trastorno de la personalidad, uso de la violencia como herramienta para preservar el orden, etc.) interactuando a diferentes niveles (Celaya-Alston, 2000; García-Moreno et al., 2013; Neighbors et al., 2008) con los numerosos factores que suceden en la mujer (baja o alta escolaridad, historia como testigo o receptor de violencia en la infancia, exposición a la violencia de pareja, historia de abuso sexual, normalización de la violencia, etc.); y con varios factores relacionales (conflicto o insatisfacción con la relación, dominio masculino, dificultades económicas, hombres con múltiples compañeras sexuales, disparidad de logros educativos, etc.), y comunitarios/sociales (socialización normativa de género no equitativa, pobreza, sanciones comunitarias y jurídicas débiles en casos de violencia de pareja, aceptación de la violencia como una herramienta resolver conflictos, etc.) (García-Moreno et al., 2013).

Con la intención de reducir el modelo ecológico a las interacciones específicas de la familia/pareja, se derivaron tres desarrollos más, el modelo de los sistemas familiares, que engendró al modelo del aprendizaje social y el modelo sociocultural.

- Modelo de los sistemas familiares. En el cual se propone a los estresores sociales (nombrados factores comunitarios/sociales) como detonantes de la conducta violenta, aceptada como una herramienta eficaz para resolver conflictos, esta conducta es modelada y moldeada por la familia de origen, y caracterizada por coerción, hostilidad, abuso y disparidad (Celaya-Alston, 2000; Echeburúa, 2013).
 - Modelo del aprendizaje social. En este modelo se explica que la violencia se aprende a través de la observación y las recompensas, y se posiciona a la familia como el entorno ideal para modelar esta conducta y reforzar su aprendizaje (Celaya-Alston, 2000; Echeburúa, 2013).
- Modelo sociocultural. En este modelo los detonantes de la conducta violenta son los factores contextuales (comunitarios/sociales), en unión con los factores situacionales (factores del hombre y de la mujer, y factores relacionales), y con las premisas dictadas por la sociedad respecto a que esta violencia es resultado de un sistema de dominación masculina que ha existido histórica y transculturalmente (Celaya-Alston, 2000).

Aun cuando existen diversos modelos explicativos de la violencia y a que hay concordancia respecto a que su origen es producto de la interacción de diversos factores, no se ha logrado establecer un consenso, pues se postula que, dado que cada individuo es diferente, en cada uno se dan procesos distintos que acomodan a diferentes modelos. De acuerdo con McGuire (2008) la mayoría de los episodios violentos son el resultado de una intrincada secuencia de eventos y procesos separados que se interconectan en un punto. Los intercambios hostiles que resultan en violencia están influenciados por un juego de factores tanto disposicionales como situacionales.

Como un intento más de entender la conducta violenta sin apegarse a un modelo que explicara sus orígenes y mantenimiento, algunos autores propusieron un perfil distintivo de los hombres que ejercen violencia de pareja, basado en la carencia: falta de empatía, autocuidado, control de impulsos, habilidades de comunicación y solución de problemas; y la presencia de pensamientos distorsionados, cargas genéticas que predisponen a la violencia, contextos desfavorecedores, historia de violencia, uso de sustancias (Echeburúa,

2013; Echeburúa et al., 2009; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015), y problemas de apego y afecto (Sygel et al., 2014). A partir de este perfil, se desarrolló una categorización del tipo de generador de violencia de pareja: centrado en la familia/pareja, patológico borderline/disfórico, y general o antisocial (Gondolf, 2011; Loinaz y Echeburúa, 2010; Neighbors et al., 2008; Velonis et al., 2016); y una más sobre el tipo de violencia: coercitiva o controladora, situacional y de resistencia violenta (Velonis et al., 2016). Como es de esperarse, cada uno de los tres tipos de generadores de violencia presenta diferentes características: A) Centrado en la familia: la violencia es poco frecuente, de gravedad variable y se limita a la pareja, además, no hay antecedentes violentos. Su estilo de apego es seguro y flexible, se adapta en las relaciones y no necesita manipular, expresa sus necesidades habitualmente sin recurrir a la violencia y muestra mayor empatía; su dependencia emocional es moderada, el consumo de alcohol/sustancias es similar al de la población general y es negado al igual que la violencia. Hay una posible relación entre el consumo y la violencia, pero sin dependencia, tienden a acumular la ira y la hostilidad hasta explotar, su nivel de distorsiones cognitivas es bajo, su estilo de personalidad es dependiente/pasivo-agresivo/evitativo y tienden a ser de riesgo bajo (Romero & Moya; 2013). Para ellos se recomiendan programas breves centrados en la expresión adecuada de las emociones y en la gestión de la ira, así como en la valoración de la necesidad del tratamiento toxicológico (Loinaz y Echeburúa, 2010). B) Patológico borderline/disfórico: dirige la violencia principalmente hacia la pareja, predomina la violencia psicológica, puede o no tener antecedentes penales. El estilo de apego es preocupado y temeroso, es poco distante, en las discusiones el abandono de la pareja es el mejor predictor de su violencia, es celoso y dependiente, puede ser ansioso e irritable ante el abandono e hipersensible al rechazo, su dependencia emocional es alta. Su consumo de alcohol/sustancias va de moderado a alto y está relacionado con el malestar afectivo, las distorsiones cognitivas se caracterizan por atribuciones negativas, su personalidad es límite y es de riesgo medio (Romero & Moya; 2013). Se recomiendan programas de mediana a larga duración, con especial atención en el ámbito relacional, el apego y la psicopatología ansiosa o depresiva, hay una posible necesidad de tratamiento toxicológico (Loinaz y Echeburúa, 2010). C) General o antisocial: La violencia se extiende fuera del hogar y es predominantemente física, cuenta con muchos antecedentes de violencia. El estilo de apego

es rechazante, controlador y distante, el mayor precursor de su agresión es la defensiva, muestra poco interés o poca capacidad de reconocer las emociones propias y las de los demás, su dependencia emocional es baja. Su consumo de alcohol/sustancias es alto y variado, hay un patrón relacionado con la búsqueda de sensaciones y la gratificación inmediata, sus hábitos delictivos tienden a expresar la hostilidad generalizada y la violencia, las distorsiones cognitivas van orientadas a justificar la violencia, su estilo de personalidad es antisocial/narcisista y su riesgo es alto (Romero & Moya; 2013). Se recomiendan programas largos, estructurados y directivos centrados en las consecuencias negativas de su conducta, la necesidad de tratamiento toxicológico es frecuente (Loinaz y Echeburúa, 2010). De acuerdo con Scott y colaboradores (2015), los generadores de violencia que tienden a reincidir están dentro de la categoría antisocial, se estima que cerca del 20% de los generadores de violencia son antisociales (Boira & Jodrá, 2010).

Tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja

La reciente historia de los tratamientos para generadores de violencia de pareja comenzó entre 1970 y 1980 (Stewart et al., 2014; Velonis et al., 2016, 2020) como resultado de la primera conferencia sobre los derechos de las mujeres celebrada al tiempo en que se inicia el activismo feminista y las reformas legales, civiles y sociales (Walker, 2015), fomentados por organismos internacionales como la Plataforma de Acción de la Organización Mundial de la Salud (Geldschlager et al., 2010). Estos tratamientos surgieron en Estados Unidos de América, expandiéndose poco después por Latinoamérica y Europa (Echeburúa, 2013; Geldschlager et al., 2010), destacando los modelos IDAP (*Integrated Domestic Abuse Programs*) (Sygel et al., 2014) caracterizados por ser sanciones legales (a modo de intervención) (Scott et al., 2015), lo que provocaba la separación de la pareja (Walker, 2015). El problema con este modelo de intervención, es que la separación es el tiempo en el que la violencia incrementa drásticamente y la mujer tiene más riesgo de ser asesinada (Walker, 2015), acosada u hostigada (Echeburúa, 2013); además de crear un falso sentimiento de seguridad (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Geldschlager et al., 2010). Desde su surgimiento, estos programas fueron criticados (Velonis et al., 2016) y hasta la fecha hay pocos estudios bien controlados al respecto (Stewart et al., 2014).

Como un intento de analizar las debilidades y fortalezas de estos programas de tratamiento, en 2004 Babcock y colaboradores, realizaron un metaanálisis con el objetivo averiguar la relación existente entre el tipo de diseño de las intervenciones para el tratamiento de los generadores de violencia y los tamaños del efecto reportados. Este continúa siendo reconocido como el mejor estudio de su tipo. Los investigadores hallaron un total de 68 estudios, clasificados de acuerdo con su diseño: experimental (5), cuasi experimental (17) y diseño pretest/posttest (48). Los estudios pretest/posttest fueron analizados antes de ser incluidos, encontrando una gran debilidad metodológica que tendía a sobrestimar el tamaño del efecto, por lo cual se decidió excluirlos, restando 22 estudios desarrollados en su mayoría bajo el modelo Duluth y el cognitivo-conductual. Para 2010, Geldschlager y colaboradores realizaron un trabajo similar en el que solo incluyeron intervenciones europeas basadas en el enfoque dinámico relacional o psicoterapéutico, encontrando un gran número de fallas metodológicas en las intervenciones revisadas. Lo anterior resalta no solo la novedad de estos tratamientos, sino su carencia de validez metodológica y de resultados.

A la fecha existen dos enfoques principales de tratamiento para generadores de violencia de pareja: el cognitivo conductual y el psico educativo con enfoque de género, también llamado modelo Duluth (Babcock et al., 2004; Chovanec, 2009; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; Gondolf, 2011; Murphy et al., 2018; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016), a los cuales se suma un tercer enfoque menos conocido, el dinámico relacional, que busca llegar a lo más profundo del trauma, la vergüenza y otros factores del desarrollo que perpetúan la respuesta violenta ante el estrés y el conflicto (Babcock et al., 2004; Echeburúa, 2013; Klein & Schermer, 2015). Estos tratamientos generalmente se implementan en formato grupal, como una alternativa a la condena judicial (Babcock et al., 2004; Chovanec, 2009; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; García, 2015; Gondolf, 2011; Murphy et al., 2018; Scott et al., 2015; Stover et al., 2011; Soleymani et al., 2018; Stewart et al., 2014; Stuart et al., 2013; Sygel et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016, 2020). Su duración va de entre 12 a 52 sesiones (Babcock et al., 2004; García, 2015; Gondolf, 2011; Loinaz y Echeburúa, 2010; Sygel et al., 2014; Velonis et al., 2016), con un total de entre 8 a 15

participantes (García, 2015; Gondolf, 2011; Sygel et al., 2014), y están dirigidos a un público adulto, ya que la edad media de los hombres generadores de violencia de pareja en tratamiento es de 40 años ($sd=9.69$) (García, 2015).

De acuerdo con Velonis y colaboradores (2020) las intervenciones bajo los modelos cognitivo-conductual y Duluth, parten y deben partir de la definición del contexto (factores contextuales), las estrategias, los mecanismos de cambio y los resultados esperados. El siguiente paso es la implementación de diversas actividades (estrategias) que combinadas con los factores contextuales disparen procesos internos de cambio (mecanismo de cambio) en los participantes, que conduzcan al objetivo esperado (resultado) (Velonis et al., 2016). El contexto es crítico porque en él participan múltiples factores tanto individuales como socio-estructurales difíciles de controlar, los programas de intervención deben orientarse a detectar los mecanismos contextuales de cambio (Day et al., 2009; Velonis et al., 2016, 2020). Los objetivos son: 1) La aceptación de la responsabilidad por la conducta violenta (Babcock et al., 2004; Boira & Jodrá, 2010; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010) que surge al activar los mecanismos reflexivos de cambio, tras el reconocimiento de la conducta, la percepción de daño, la insatisfacción, la vergüenza, la culpa y el estrés. 2) Los cambios en las actitudes y creencias acerca del uso del poder y el control en las relaciones de pareja hacia relaciones igualitarias y creencias acerca de la inaceptabilidad de la violencia (Babcock et al., 2004; Boira & Jodrá, 2010; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014). 3) El desarrollo de empatía hacia la pareja que incrementa la responsabilidad por la conducta violenta y reduce la defensividad, mediante un proceso interno crítico y reflexivo (Day et al., 2009; Loinaz y Echeburúa, 2010; Walker, 2015). Cuando se logra empatía hacia la pareja, se reduce el riesgo de que ésta sufra otro episodio violento (Day et al., 2009; García, 2015; Tollefson & Phillips, 2015). 4) El desarrollo de habilidades de manejo de la ira y control emocional que incrementa la comunicación positiva y reduce la sobre excitación emocional que deriva en el uso de violencia (Babcock et al., 2004; Boira & Jodrá, 2010; Day et al., 2009; Grupo 5, 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014; Sygel et al., 2014; Walker, 2015). Antes de entrar en esta fase,

se debe incentivar la motivación al cambio, que ayude a incrementar la confianza en la propia capacidad y que permita ver el beneficio de practicar estas nuevas habilidades, promoviendo su uso constante (Stewart et al., 2014; Velonis et al., 2020).

Estos objetivos contrastan ligeramente con los de los tratamientos psicodinámicos, enfocados en los asuntos emocionales del generador de violencia, la psicopatología presente y las dinámicas interpersonales, incluyendo el concepto de apego (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Gondolf, 2011), enfoque ampliamente utilizado en Europa.

La terapia cognitivo conductual es frecuentemente usada para el tratamiento de hombres que violentan a sus parejas, esta terapia no solo se enfoca en el cambio conductual, sino que además busca cambiar patrones de pensamiento (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Smedslund et al., 2007). Desde que la violencia es establecida como una conducta aprendida, la no violencia puede ser aprendida de manera similar. Bajo este modelo, la violencia continúa porque es funcional para el usuario, reduciendo la tensión corporal, ayudando a conseguir sumisión, poniéndole fin a una temporal e incómoda situación, y dándole al abusador un sentimiento de poder y control (Babcock et al., 2004). Los tratamientos cognitivo-conductuales generalmente están conformados por tres grandes bloques divididos en módulos, el primero se usa para establecer la alianza terapéutica sirviendo para el tratamiento de los factores motivacionales, el desarrollo de empatía con la receptora de violencia y la toma de contacto con los objetivos del programa. El segundo se dedica al control emocional y al entrenamiento en habilidades sociales, el tercer bloque implica la prevención de recaídas y la promoción de un estilo de vida saludable (salud pública). En algunos tratamientos se puede incluir el uso de la psicoeducación en cuanto a la violencia de género y las estructuras de poder (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; García, 2015; Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2018; Neighbors et al., 2008; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016, 2020). Sin embargo, aún existen pocos ensayos controlados aleatorizados para establecer conclusiones acerca de la efectividad de esta terapia en el tratamiento de hombres que generan violencia de pareja (Day et al., 2009; Smedslund et al., 2007).

El modelo Duluth con bases en el enfoque psicoeducacional de género tiene un fuerte nexo con el sistema judicial e incluye el conocimiento de todo un sistema de creencias acerca de la masculinidad (Chovanec, 2009; Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Neighbors et al., 2008) reforzadas por el sistema patriarcal en cuanto al uso del poder como una forma de control hacia las mujeres. Su herramienta fundamental es la rueda de control y poder, que refiere a la violencia como parte de un patrón de conducta que incluye la intimidación, los privilegios masculinos, el aislamiento, el abuso emocional y económico y las explosiones de enojo e ira. La meta de la aplicación del modelo es ayudar a los hombres a cambiar las conductas descritas en la rueda de control y poder que resultan en relaciones autoritarias y destructivas, usando conductas de la rueda de equidad (trato igualitario), que son la base de las relaciones equilibradas (Babcock et al., 2004). El modelo busca que el generador de violencia se haga cargo de su responsabilidad a la vez que la receptora se empodere, dirigiéndola hacia servicios de apoyo social para facilitar la separación/divorcio; el hombre es monitoreado con el objetivo de proteger a la pareja. Este programa ha demostrado ser eficaz empoderando a la receptora de violencia y protegiéndola a ella y a sus hijos; sin embargo, no logra mucho con el generador de violencia (Day et al., 2009).

La evidencia señala que los tratamientos diseñados bajo estos enfoques poseen fallas conceptuales y metodológicas pues generalmente implican una mezcla, lo que impide explicar a qué componente se debe adjudicar el cambio (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; Gondolf, 2011; Klein & Schermer, 2015; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2020). Los tratamientos bajo el modelo cognitivo-conductual que se adhieren rigurosamente a la teoría han arrojado mejores resultados (Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014), sin embargo, la diferencia no resulta significativa (Babcock et al., 2004; Tollefson & Phillips, 2015). La mayoría de las alternativas actuales de tratamiento requieren evaluaciones más extensivas y mediciones individuales que permitan separar a los generadores de violencia en grupos y romper con el esquema de *lo mismo les va bien a todos* (Day et al., 2009; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2018; Velonis et al., 2016).

Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja

Las conclusiones actuales derivadas de las revisiones y metaanálisis respecto a los tratamientos para hombres generadores de violencia de pareja resaltan los pequeños o incluso inexistentes tamaños del efecto (Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; Gondolf, 2011; Murphy et al., 2018; Scott et al., 2015; Soleymani et al., 2018; Stewart et al., 2014; Sygel et al., 2014; Velonis et al., 2016, 2020). Babcock y colaboradores (2004) establecen los tamaños del efecto de los programas de tratamiento en $d=0.35$ para los diseñados bajo el modelo Duluth y en $d=0.29$ para los diseñados bajo el modelo cognitivo-conductual cuando se toman en cuenta los autoreportes, los reportes hechos por la pareja y los obtenidos mediante el sistema judicial, y cuando el diseño experimental no es estricto. Estos datos se reducen cuando los diseños son más estrictos y cuando se emplean únicamente los reportes policiales y los hechos por la pareja: $d=0.09$ para el modelo Duluth y $d=0.12$ para el cognitivo-conductual. Se ha postulado que aquellos que arrojan resultados positivos solo incluyen a los individuos que terminaron el tratamiento (García, 2015), o emplean análisis de intención de tratamiento prediciendo los resultados de los que abandonan (Babcock et al., 2004), lo que impide obtener conclusiones precisas acerca de su eficacia (García, 2015).

Además, estos tratamientos tienen tasas de abandono que oscilan entre el 50% y 60%, colocándose como las más altas considerando otros problemas clínicos (Babcock et al., 2004; Chovanec, 2009; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; García, 2015; Loinaz y Echeburúa, 2010; Soleymani et al., 2018; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015) lo que redundará en altas tasas de reincidencia. Estas cifras pueden explicarse por la escasa y fluctuante motivación de los participantes, y por la utilización de la negación o minimización del problema como estrategia de afrontamiento (Echeburúa et al., 2009). De acuerdo con Babcock y colaboradores (2004) los hombres que terminan los tratamientos tienden a ser diferentes de los que abandonan: su nivel educativo es más alto, tienen empleos mejor remunerados, son casados y su historia de violencia es reducida. Otra característica diferenciadora es la tasa de reincidencia, mientras que algunos autores mencionan que la reincidencia es mucho más alta para los que abandonan (39.7%), que para quienes terminan los tratamientos (17.9%)

(Chovanec, 2009; Loinaz y Echeburúa, 2010; Soleymani et al., 2018; Stewart et al., 2014). Otros como Babcock y colaboradores (2004) encontraron que las parejas de los hombres que concluyen los tratamientos tienen tan solo 5% menos probabilidad de ser violentadas que aquellas cuyas parejas no concluyen, evidencia sostenida por Day y colaboradores (2009), y Eckhardt y colaboradores (2006) quienes reportan que los hombres sin tratamiento tenían tasas de reincidencia de 39%, comparadas con 36% de quienes si acudían a tratamiento; esto puede ser explicado por la diferencia temporal, con el tiempo los programas pudieron haber mejorado y con ello, aumentar la retención. Fuera del porcentaje de reincidencia y las diferencias reportadas se estima que cerca del 97.4% de quienes reinciden, lo hacen en contra de la misma mujer (Scott et al., 2015).

Una repercusión más de las altas tasas de abandono es la reducción de la calidad metodológica de la evaluación, lo que tiene importantes consecuencias sobre la prueba de hipótesis y, por ende, sobre la interpretación de los efectos del tratamiento. De acuerdo con Day y colaboradores (2009), Stewart y colaboradores (2014), Tollefson y Phillips (2015) y Velonis y colaboradores (2016) los principales factores asociados con la reincidencia son el uso de sustancias, la presencia de psicopatología, los antecedentes de violencia, la edad (juventud) y el nivel de motivación (bajo o nulo).

Sugerencias para el tratamiento de los hombres que generan violencia de pareja

Bonta (2010; citado en Kraanen et al., 2013) planteó un modelo en el cual propone tres principios centrales para el tratamiento de los generadores de violencia de pareja: a) principio del riesgo (emparejar la intensidad del tratamiento con el nivel de riesgo del participante); b) principio de la necesidad (el objetivo son los factores dinámicos de riesgo como los pensamientos antisociales o el uso de sustancias); y c) principio de responsabilidad general (uso de un modelo basado en evidencia). McMurrin y Gilchrist (2008), y Neighbors y colaboradores (2008) plantean que estas intervenciones deben sustentarse en la aproximación riesgo-necesidad, enfocándonos en los factores dinámicos de riesgo para que suceda la violencia de pareja de cada uno de los participantes, estableciendo el consumo de sustancias como uno de los factores de riesgo principales.

Eckhardt y colaboradores (2006) presentan una serie de ideas retomadas más adelante por Day y colaboradores (2009) que pueden explicar por qué las intervenciones para el tratamiento de los generadores de violencia de pareja están tan atrasadas: 1) La brecha en la investigación, comienza desde el desacuerdo en cuanto a la etiología de este tipo de violencia y las intervenciones para abordarla (Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; Geldschläger et al., 2010). Cada intervención debe comprender la naturaleza de la violencia masculina, sus efectos, intencionalidad de control, las creencias derivadas de la socialización masculina, el contexto sexista y las justificaciones de los hombres para ejercerla (Grupo 5, 2006). 2) Las dificultades para definir y diseñar las intervenciones ¿qué son? ¿son castigos ante una infracción a la justicia? ¿son intervenciones terapéuticas para ayudar a los individuos y si es así, a cuáles individuos? ¿son experiencias educativas? o ¿son una amalgama de los tres? En este punto Babcock y colaboradores (2004) mencionan que después de tener bien definido qué es y para qué es la intervención, se debe entender que ésta no es responsable del cambio en su totalidad, el cambio se logra en conjunto con el sistema, lo cual implica hablar de la politización del fenómeno. En cuanto al diseño, para hacer un estudio válido de efectividad hay que preguntarse: ¿cómo es que una intervención particular logra alcanzar sus metas en cuanto a la reducción de la conducta violenta?, ¿en qué condiciones y por quién está dirigido el trabajo?, ¿qué componentes de la intervención se presume son los responsables del cambio? ¿cuál es el mejor diseño?, manifestando que aquellos estudios que emplean la asignación aleatoria de los participantes permiten obtener grados altos de control sobre las variables extrañas, ofreciendo resultados certeros acerca de la efectividad y eficacia de las intervenciones. De acuerdo con Loinaz y Echeburúa (2010) ha llegado el momento de optar por diseños individuales, que permitan llegar más a fondo. Aquí se abre una consideración más acerca de la formación de quienes aplican las intervenciones (Grupo 5, 2006). 3) Fuentes de financiamiento, pese a la gravedad de este tipo de violencia, los financiamientos para su tratamiento son escasos y la mayoría de ellos son proporcionados por instancias policíacas que buscan la reducción del crimen, limitando de antemano las condiciones óptimas del tratamiento; desde que la violencia de pareja dejó de ser considerada un trastorno en el DSM-IV, la financiación para su tratamiento se redujo, para 2006 solo un 20% del dinero del *National Institute of Mental Health* fue destinado al trabajo con violencia. Finalmente, instan a preguntarnos ¿por qué enviamos a

rehabilitarse a hombres que ni siquiera tienen una mínima motivación para hacerlo? y ¿por qué no somos capaces de definir a qué nos referimos con estos programas?

Derivado del debate surgido como resultado de la efectividad de las intervenciones desarrolladas para hombres generadores de violencia de pareja, algunos clínicos hicieron varias recomendaciones, la primera se centra en la inclusión de la perspectiva psicodinámica a los programas cognitivo-conductuales o psicoeducacionales tradicionales (Babcock et al., 2004; Gondolf, 2011), con la intención de atender las necesidades de cada uno de los clientes (Boira & Jodrá, 2010; Murphy et al., 2020; Soleymani et al., 2018) como la psicopatología o el uso de sustancias (Day et al., 2009; Tollefson & Phillips, 2015), lo que deja de ser cien por ciento compatible con el tratamiento grupal y apoya al individual de caso, que pese a ser más costoso, ha mostrado resultados prometedores (Loinaz y Echeburúa, 2010; Murphy et al., 2020). Además, se deben basar en un modelo multidimensional (con cuatro componentes: un educacional, un cognitivo, un emocional y un conductual), con perspectiva de género que brinde seguridad a la pareja e intervención precoz e intensiva (Grupo 5, 2006); actualmente esta necesidad puede ser atendida con el desarrollo de intervenciones basadas en los modelos terapéuticos contextuales de carácter individual.

Otra recomendación que va de la mano con la anterior es el diseño de programas con la capacidad de identificar a los diferentes tipos de generadores de violencia (asociado con su nivel de riesgo), sus necesidades criminogénicas particulares, y los diversos factores individuales que se han asociado con un mayor éxito en los tratamientos, para brindarles un tratamiento más a la medida (Babcock et al., 2004; Boira & Jodrá, 2010; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Scott et al., 2015; Stewart et al., 2014; Velonis et al., 2016), eligiendo los ingredientes activos clave para maximizar el impacto de la intervención (Klein & Schermer, 2015), y sin obviar la dinámica sobre la cual se gesta la violencia (Day et al., 2009); puesto que se ha encontrado una correlación positiva entre el número de necesidades criminogénicas atendidas en las intervenciones y el tamaño del efecto de éstas (McGuire,

2008). Esta sugerencia se basa en la crítica acerca de los excesivos criterios de inclusión de los programas de tratamiento para generadores de violencia, mismos que más que atender necesidades particulares, se cierran a un grupo muy específico de la población tratado de manera homogénea (García, 2015; Loinaz y Echeburúa, 2010). De acuerdo con Loinaz y Echeburúa (2010) la reincidencia tiene más que ver con las características de los individuos, que con el tipo de intervención que reciben.

Una tercera recomendación recae sobre el modelo terapéutico bajo el cual se va a desarrollar la intervención y sobre la especificación clara de los componentes (técnicas) de tratamiento que se van a utilizar, para poder establecer con claridad a cuál de todos los componentes se le deben atribuir los resultados positivos y poder reducir recursos (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Stewart et al., 2014), de manera que se vaya acumulando evidencia de lo que es necesario para desarrollar, mejorar y/o replicar intervenciones (Velonis et al., 2016, 2020). En este punto es importante el uso de modelos terapéuticos que eviten la psicopatologización de la conducta violenta (Grupo 5, 2006).

Una recomendación más es la elaboración de programas específicos para cada cultura, para cada población (Boira & Jodrá, 2010; Celaya-Alston, 2000; Gondolf, 2011), pues como se planteó al inicio de este capítulo, la violencia se manifiesta de diferentes formas de acuerdo con la sociedad en la que se presenta, y los conceptos relacionados con este término varían de cultura a cultura (García, 2015). Desde un marco cultural sensible, el desarrollo de una intervención efectiva para disminuir la violencia en contra de la mujer requiere una examinación de las creencias y actitudes del grupo cultural para la identificación de diferencias relevantes.

Otra de las recomendaciones es respecto a la duración de las intervenciones, se habla de un mínimo de 15 sesiones y de un máximo de 30 (Echeburúa, 2013; Grupo 5, 2006). Si lo ponemos en términos de una sesión a la semana, hablamos de periodos de intervención que van de los cuatro a los ocho meses; sin embargo, las mejores predicciones de reducción de la violencia se obtienen de los programas más largos, de 9 meses o más

(Echeburúa, 2013). En esta línea resalta la importancia de tener periodos de seguimiento prolongados que lleguen hasta un año después de finalizado el tratamiento, esto con la intención de poder evaluar la reincidencia y el mantenimiento de los efectos de la intervención, así como la evaluación del riesgo que puede o no correr la receptora de violencia (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; García, 2015; Grupo 5, 2006). De acuerdo con Loinaz y Echeburúa (2010) las habilidades adquiridas con las intervenciones suelen afianzarse hasta los dos años posteriores a su finalización, lo que hace importante el seguimiento. Además, la violencia es un fenómeno episódico y relativamente poco frecuente, en especial la violencia física cuyo porcentaje de frecuencia es de 43.12% (Boira & Jodrá, 2010), y es la más evaluada (Eckhardt et al., 2006; Gondolf, 2011), por lo cual, hacer seguimientos menores a los 3 meses no nos brinda resultados consistentes acerca de la reincidencia y contribuye al aumento de los falsos positivos en el éxito de los tratamientos. Durante estos periodos de seguimiento es de suma importancia que los participantes apliquen los planes de prevención de recaídas desarrollados durante la intervención (Day et al., 2009; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014), por tanto, la elaboración de estos también es una sugerencia vital.

Una recomendación poco frecuente, pero sumamente importante versa sobre la inclusión en el formato de consentimiento informado de un apartado en el que el participante autorice al terapeuta vulnerar el secreto profesional en caso de una situación de riesgo grave para los receptores de violencia. Se recomienda también que las intervenciones sean aplicadas en entornos compatibles con la vida de los participantes, y que los objetivos de las intervenciones sean planteados en términos realistas (Echeburúa, 2013).

La recomendación estelar es sobre la consideración de la motivación de cada cliente para cambiar y su disposición para hacerlo, lo que está directamente relacionado con la toma de responsabilidad por la violencia generada (Babcock et al., 2004; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; García, 2015; Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006; Murphy & Maiuro, 2009; Scott et al., 2015; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016). El problema de la escasa motivación es que repercute sobre el establecimiento de la alianza terapéutica limitando el compromiso con la realización de las tareas y el tratamiento en general,

asociado con la obtención de resultados exitosos de tratamiento. Por esta razón resulta esencial incentivar, hacer crecer y mantener la motivación al cambio y el compromiso con el tratamiento para el progreso del generador de violencia y del programa (Eckhardt et al., 2006; Murphy et al., 2018; Soleymani et al., 2018). Un punto importante al respecto es que no solo se trata de considerar la motivación en general, sino de hacer énfasis en la motivación intrínseca que favorece el mantenimiento en el tratamiento (Chovanec, 2009; García, 2015). Emparejar un tratamiento con la etapa adecuada de motivación al cambio mejorará la confiabilidad del tratamiento y permitirá alcanzar los resultados deseados (Day et al., 2009; Murphy et al., 2018; Murphy & Maiuro, 2009), sin embargo, aún no existe evidencia de pruebas adecuadas para evaluar esta disposición en el caso particular de la violencia de pareja (Gondolf, 2011).

Las recomendaciones mencionadas aparecen como consistentes en algunas intervenciones, sin embargo, existen otras sugerencias que más bien son divergentes entre autores. La primera versa sobre la inclusión de la pareja en el tratamiento, ya que mientras hay quienes lo consideran de vital importancia argumentando que en la violencia de pareja intervienen ambos miembros (Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006), unos más dicen que incluir a la pareja, más que beneficiarla puede ponerla en riesgo, e indican este formato solo cuando el cliente genera violencia leve, no presenta comorbilidades (como uso de sustancias), y está genuinamente motivado para cambiar, defendiendo que la inclusión de la pareja no aumenta los resultados positivos (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010).

Otra recomendación en este orden implica los métodos de evaluación que deben ser válidos y confiables (Babcock et al., 2004; Day et al., 2009; Geldschläger et al., 2010; Grupo 5, 2006), haciendo hincapié en el uso del autoreporte como una herramienta válida pero limitada, y en la importancia de la inclusión de la pareja como informante colateral, de manera que tengamos la oportunidad de hacer una evaluación comparativa que nos permita establecer un parámetro válido de cambio (García, 2015; Murphy & Maiuro, 2009), y tener una evaluación más objetiva de la reincidencia (Velonis et al., 2016). Una recomendación más, bastante cuestionada y que ha generado polémica, es la inclusión de la voz de los

generadores de violencia (Day et al., 2009), es importante resaltar esto, ya que, si partimos de la premisa de que nadie conoce más las necesidades de una persona que la persona misma, solo ésta podrá decir con claridad qué es lo que necesita, por lo cual, antes de diseñar algún tratamiento, deberíamos preguntar a los receptores de éste qué les resulta necesario.

Conclusiones

Hasta este punto y después de haber mencionado las estadísticas de violencia de pareja, sus formas más comunes de expresión, y sus múltiples consecuencias, la pregunta conveniente sería ¿cómo acabar con este tipo de violencia? De acuerdo con las agendas políticas mundiales, la respuesta está en la prevención; logramos prevenir a través de la educación, y es justo aquí en dónde es necesario generar activamente nuestro papel, pues lidiar con la violencia no solo es trabajo de los terapeutas o del ámbito clínico-psicológico, incluye a la sociedad entera. Familias y comunidades, entornos legales, políticos y socioeconómicos deben atender estos problemas a múltiples niveles, así como cada una de sus causas (Echeburúa et al., 2009; Klein & Schermer, 2015), y factores intervinientes, tal como el uso de alcohol.

Alcohol

El consumo de alcohol es un problema de salud pública con múltiples consecuencias (Anderson et al., 2016; Kaner et al., 2017, 2018; Lefio et al., 2013). Incluye un amplio espectro que va desde el consumo riesgoso hasta el diagnosticado como trastorno (Glass et al., 2015), el cual es el más prevalente de los trastornos por consumo de sustancias (Mellentin et al., 2017) debido a sus componentes psicológicos y conductuales (Gustafson et al., 2014).

En contraste con otras sustancias el alcohol es legal y socialmente aceptado en casi todas las sociedades, pues se le considera facilitador de la interacción y la convivencia (Ornelas et al., 2015). Sin embargo, el alcohol no solo está presente en situaciones sociales, lo está en todos los contextos, haciendo la exposición al alcohol imposible de evitar (Mellentin et al., 2017). Ornelas y colaboradores (2015) realizaron un estudio con inmigrantes latinos residentes de los Estados Unidos de América, en el cual indagaron acerca de las características de su consumo, encontraron que estos hombres generalmente beben los fines de semana cuando no hay jornada laboral y lo hacen como una recompensa al esfuerzo realizado durante toda la semana. Mencionaron que beber les ayudaba a reducir la tristeza y la desesperación (traducidos en depresión y ansiedad), además de ser una oportunidad para relacionarse con otros hombres sintiéndose más fuertes y con más confianza.

Consumo problemático de alcohol

El consumo problemático de alcohol, más que caracterizarse por el número de tragos estándar consumidos por ocasión, se distingue por su asociación con un conjunto de consecuencias sociales, interpersonales, conductuales y/o médicas presentes en cada episodio de consumo (McCaul et al., 2019).

En años recientes se han evaluado intervenciones tecnológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual para el uso de alcohol, la mayoría de las cuales se enfocan en bebedores problema; los resultados al respecto son prometedores, con reducciones significativas en el consumo (cambio de consumo problemático a social) y reducción de los

problemas asociados (Carroll & Kiluk, 2017). En nuestro país existe una intervención específicamente diseñada para bebedores con consumo problemático de alcohol, el Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría et al., 2012). El Manual fue desarrollado en el año 2000 por un equipo de especialistas en el área de adicciones de la Secretaría de Salud y proporciona una opción de tratamiento basada en los principios de la entrevista motivacional. Sus principales características son: a) evitar calificar o etiquetar al cliente; b) no confrontar, escuchar reflexivamente; c) proporcionar retroalimentación objetiva y no amenazante; d) orientar al cliente hacia el cambio de hábitos; y e) involucrarlo en la planeación de metas y desarrollo del tratamiento. La evidencia respalda su eficacia, pues su aplicación se asocia con reducción del consumo en términos de cantidad y frecuencia (Balbuena, 2013; Cuevas, 2006; Fukushima, 2006; González, 2007; Loyola, 2006; Mojarro, 2007; Ojeda, 2009; Trejo, 2014), aumento de la confianza para rechazar el consumo (Balbuena, 2013; Cuevas, 2006; Loyola, 2006; Trejo, 2014), autoeficacia para dejar de consumir alcohol (Balbuena, 2013; Cuevas, 2006; González, 2007; Ojeda, 2019; Osorio, 2009), reconocimiento de las consecuencias vinculadas al consumo (Balbuena, 2013) y reducción de los problemas derivados de la ocasión de consumo (Cuevas, 2006; Fukushima, 2006; Mojarro, 2007; Ojeda, 2009), además del uso de diferentes habilidades de comunicación, habilidades de rechazo del consumo, autocontrol emocional y constancia con los seguimientos, vinculadas como variables importantes para el éxito del tratamiento. La etapa de motivación al cambio es la variable de mayor impacto, ya que mientras las etapas menores aumentan la deserción, las mayores (determinación y acción) incrementan la adherencia (Rivera, 2018). Al respecto, se sugiere la personalización del tratamiento en función de las necesidades de cada usuario (Trejo, 2014), ya que se ha encontrado que los efectos de las diversas intervenciones para disminuir o impactar positivamente en indicadores asociados al consumo problemático son pequeños, y no se ha demostrado impacto significativo sobre el mantenimiento de los efectos en periodos de seguimiento iguales o superiores a los dos años (Lefio et al., 2013).

Estadísticas del consumo de alcohol

La prevalencia del trastorno por consumo de alcohol a lo largo de la vida es de 29.1% (Cavicchioli et al., 2018); en México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional

de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Villatoro et al., 2017), para 2016 el 22.1% de los hombres de entre 18 y 65 años había consumido alcohol de manera excesiva en el último mes, de estos, se estima que el 4.6% eran dependientes y que el 59.8% eran consumidores problemáticos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (INEGI - Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2019), la población de más de 20 años que consume alcohol pasó de 53.9% en 2012 a 63.8% en 2018, alza que se observa particularmente en hombres (de 67.8% en 2012 a 80.6% en 2018). De los hombres que consumen, 5.7% lo hacen a diario y 30.2% de manera semanal. En el Estado de México, los Centros de Integración Juvenil (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2019) reportaron que, en 2018 el 90.9% de quienes solicitaron tratamiento, consumían alcohol, la razón de consumo fue de 6.2 hombres por cada mujer.

Consecuencias del consumo de alcohol

El consumo de alcohol se asocia con más de 200 enfermedades (OMS, 1994), lo que representa un grave riesgo de mortalidad y morbilidad (Anderson et al., 2016; Coates et al., 2018; Foxcroft et al., 2016). En México el consumo de alcohol es una de las cinco principales causas de muerte (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], 2016); particularmente, el consumo problemático de alcohol se asocia con diversas situaciones de conflicto interpersonal, especialmente con la familia (Lefio et al., 2013).

Modelos explicativos del consumo de alcohol

El principal modelo explicativo del consumo de alcohol se basa en la teoría del afecto positivo y negativo, surgida del modelo cognitivo-conductual, y se explica de la siguiente manera: las expectativas de los resultados positivos de consumir están asociadas con la génesis, progresión y mantenimiento de la dependencia, que puede ser considerada como un proceso cíclico de anticipación (preocupación o *craving*), intoxicación aguda y retirada (abstinencia temporal y afecto negativo) (Coates et al., 2018; Markus et al., 2015). La dependencia al alcohol se caracteriza por varios síntomas interrelacionados como: fuerte deseo por consumir, beber para evitar los estados afectivos negativos y el síndrome de abstinencia (Roos et al., 2017). Estas etapas reflejan el movimiento de la impulsividad y las

expectativas de reforzamiento positivo a la motivación por consumir para reducir el afecto negativo, lo que, en su lugar, lo aumenta, por lo cual, la reducción de estas expectativas es un importante aspecto del éxito del tratamiento. Su reducción decrementa la motivación para beber y aumenta el compromiso con el rechazo a la bebida. La impulsividad es en general considerada predisposición a la conducta, causalmente asociada con el consumo grave prediciendo su aumento, además, está relacionada con pobres resultados y con riesgo de recaída hasta 12 meses después del tratamiento (Coates et al., 2018).

La etapa de anticipación es un elemento clave para la recaída, tomando la forma de una intensa urgencia por consumir o *craving*, referido al deseo o intención de consumir de manera inmediata (Markus et al., 2015), es común entre los usuarios de sustancias y tiene implicaciones en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Coates et al., 2018). El *craving* es considerado una asociación entre las pistas ambientales y la respuesta cognitiva rígida (Cavicchioli et al., 2018), aparece, se mantiene y aumenta gracias al pensamiento deseoso y la rumiación. El pensamiento deseoso se refiere a los elaborados recuerdos del consumo que conllevan una escalada en la intensidad del *craving* y propician el aumento del consumo, estos recuerdos están relacionados con un tipo de pensamiento perseverante, que es la rumia, cuya eliminación predice el mantenimiento de los resultados de tratamiento a largo plazo. La rumia incrementa el *craving* solo en consumidores dependientes, no en sociales o problemáticos. Cuando aparecen en conjunto los pensamientos deseados y la rumiación se incrementa la intensidad del *craving*, ya que la rumia resulta en un incremento del afecto negativo, asociado con la recaída (Coates et al., 2018; Markus et al., 2015).

Tratamiento de los hombres que consumen alcohol

Antes de 1960 había muy pocos estudios acerca de la eficacia de los tratamientos para el consumo de alcohol y solo cuatro ensayos controlados aleatorizados. A mediados de los setenta, había 265. La primera revisión narrativa se publicó en 1980 con más de 600 referencias (Miller & Wilbourne, 2002), a la fecha hay un número abundante de tratamientos en los que incluso, se ha replanteado la abstinencia por la reducción del consumo hacia el uso saludable (Kramer et al., 2018).

Pese a las estadísticas, a las variadas e importantes consecuencias del consumo de alcohol (Glass et al., 2015), y a la gran cantidad de tratamientos disponibles (Kramer et al., 2018), muy pocas personas reciben tratamiento (Glass et al., 2015). Bergmark y colaboradores (2014) informan que existen tres guías prácticas de tratamiento para el consumo de alcohol: a) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorder, American Psychiatric Association APA* (2006); b) *Alcohol-Use Disorders. The Nice Guideline on Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence* (2011), *National Collaborating Centre for Mental Health, British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists*; y c) *Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems, Australian Government, Department of Health and Ageing* (2009). En las tres guías los tratamientos psicosociales que se muestran como efectivos son la terapia motivacional, las terapias conductuales, las terapias cognitivo-conductuales (TCC), la *Twelve Step Facilitation* (TSF) o programa de 12 pasos, la terapia de pareja, la terapia psicodinámica y los grupos de autoapoyo y apoyo mutuo (AA). En las guías británica y australiana se agregan el mindfulness y el manejo de contingencias. En la guía de APA se habla de forma aislada de las terapias de grupo y las familiares; en la guía británica de la consejería y el trabajo social, de las terapias basadas en el ambiente, de los tratamientos multimodales y de las intervenciones psicoeducacionales; finalmente, en la guía australiana se suma el autocontrol conductual, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la exposición a pistas conductuales, la terapia enfocada en la solución, la terapia narrativa, las estrategias de prevención de recaídas, la *SMART Recovery*, el cuidado posterior al tratamiento y el seguimiento prolongado, y las intervenciones breves. La recomendación estelar en la guía de la APA es la TCC y la TSF, en la guía británica se recomienda la TCC y la entrevista motivacional, tanto como intervención principal como intervención complementaria, y en la guía australiana la entrevista motivacional y la TSF (Bergmark et al., 2014).

Con base en lo anterior y de acuerdo con la literatura, tres modelos han resultado en el desarrollo de las intervenciones más costo-efectivas (mostrando confiables indicadores de abstinencia y prevención de recaídas) para el tratamiento del consumo de alcohol, incluidas la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia motivacional y la *Twelve Step*

Facilitation (TSF) (Bergmark et al., 2014; Carroll & Kiluk, 2017; Cavicchioli et al., 2018; Coates et al., 2018; Glass et al., 2015; Roos et al., 2017). En 2014, se examinaron mediante el proyecto MATCH los ingredientes activos de los tres modelos de tratamiento antes referidos como los estelares (Coates et al., 2018; Magill et al., 2015). Un ingrediente activo de tratamiento engloba cualquier herramienta terapéutica, proceso o componente que tenga una relación demostrada con el resultado o con el mediador del resultado; un mecanismo de cambio conductual es un evento o proceso ocurriendo dentro del participante o una conducta promulgada por él, que está asociada con un cambio subsecuente en el alcance del resultado de interés (Magill et al., 2016). Derivado del estudio se encontró que las tres modalidades de tratamiento principales tuvieron una efectividad similar, aunque poco se sabe acerca de los mecanismos de cada tratamiento para producir esos efectos (Magill et al., 2015, 2016), problema que coincide con los tratamientos para la violencia de pareja. De acuerdo con Roos y colaboradores (2017) entender los mecanismos del cambio conductual puede ayudarnos a optimizar los resultados del tratamiento, refinando y personalizando las bases de éste.

Para 1987, cuando se publicó el primer número de *Psychology of Addictive Behaviors*, el modelo de TCC figuraba como el principal método de tratamiento para los consumidores de alcohol, iniciando un proceso de investigación para descubrir cómo utilizar las habilidades cognitivas y conductuales para ayudar a los individuos a dejar de consumir y a mantenerse. Actualmente la TCC continúa estando entre las aproximaciones con el más alto nivel de evidencia, con tamaños del efecto pequeños pero significativos en el tratamiento del consumo de alcohol ($g=0.08$ a $g=0.13$) (Carroll & Kiluk, 2017; Magill et al., 2016). Este modelo se basa en la premisa de que el uso de alcohol es una conducta aprendida de afrontamiento (Magill et al., 2016), una de sus características distintivas es la relativa durabilidad de sus efectos cuando se le combina con otras aproximaciones como la entrevista motivacional y el manejo de contingencias. La TCC está diseñada para enseñar herramientas efectivas e incrementar la habilidad de afrontar las situaciones de alto riesgo que precipitan el consumo, además de aumentar la autoeficacia para evitar el uso de alcohol (Magill et al., 2016). Dos de sus elementos principales son el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, cuya mejora funge como mediador de los efectos de tratamiento (se ha

encontrado que a mayor dependencia, mayor es el número de estrategias requeridas para el cambio conductual) (Roos et al., 2017); y el incremento de la autoeficacia (considerado producto de la mejora de las habilidades de afrontamiento); y como mediador de la relación entre el entrenamiento en rechazo del consumo y los resultados sobre el consumo (Carroll & Kiluk, 2017; Magill et al., 2016; Miller & Wilbourne, 2002). Otro componente clave son las tareas que facilitan la generalización y mantenimiento de las habilidades entrenadas. Se ha encontrado que existe una robusta relación entre el cumplimiento con las tareas y los resultados del tratamiento, específicamente la reducción del consumo (Carroll & Kiluk, 2017); sin embargo, dado que el uso crónico y excesivo de alcohol afecta las habilidades cognitivas, los procesos de tratamiento se ven dañados, perjudicando la implementación de una terapia tan demandante como lo es la TCC (Magill et al., 2016).

Derivado de la terapia cognitivo-conductual han surgido diversas variantes para enfocarse tanto en el contexto como en las funciones psicológicas de los eventos, más que en su frecuencia, contenido, validez e intensidad; tales como el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés *Acceptance and Commitment Therapy*), que usan la aceptación y la regulación emocional para facilitar el vivir con eventos estresantes y reducir la vulnerabilidad hacia las emociones abrumadoras (Carroll & Kiluk, 2017). Gustafson y colaboradores (2014) y Magill y colaboradores (2016) sugieren que la investigación futura debe incluir la función cognitiva como un moderador de los procesos de tratamiento y los resultados, y alternativas de tratamiento cognitivo-conductual contextual, centradas en la persona ya que cada individuo cambia bajo diferentes procesos causales en diferentes contextos.

La terapia cognitivo-conductual tradicional incluye la prevención de recaídas, aproximación de tratamiento prevalente durante los últimos 30 años (Carroll & Kiluk, 2017; Martínez et al., 2018; Miller & Wilbourne, 2002). Algunos autores han hipotetizado acerca de las ventajas de agregar componentes del mindfulness basados en la prevención de la recaída para lograr tratamientos más efectivos. En el contexto de las adicciones, el mindfulness ayuda a tomar consciencia acerca de los disparadores de la ansiedad y a elegir aminorarla, debilitando la respuesta habitual, e interrumpiendo la respuesta de *craving*

(Carroll & Kiluk, 2017; Cavicchioli et al., 2018). Se ha encontrado que el mindfulness promueve el mantenimiento de la abstinencia, disminuye el *craving*, la impulsividad, el estrés percibido, la ansiedad y la depresión asociados con el consumo, la afectividad negativa y el uso del estilo de afrontamiento evitativo, además de incrementar la motivación de mantenimiento en el tratamiento (Cavicchioli et al., 2018). A esto se suma el cuidado continuo, ya que de acuerdo con la evidencia, para la prevención de recaídas es altamente efectivo, ya sea mediante seguimiento telefónico, vía postal o e-mail (Gustafson et al., 2014; Lefio et al., 2013), o mediante grupos focales o visitas a domicilio, aunque algunos autores opinan lo contrario (Kramer et al., 2018).

Mas allá de la perspectiva de tratamiento, los programas efectivos tienden a incorporar monitoreo cercano tanto del uso de alcohol como de las conductas terapéuticas, tomando un rol activo en el tratamiento; este monitoreo habitualmente tiene una duración superior a los tres meses (Rose et al., 2015). Particularmente, las aplicaciones digitales de seguimiento ayudan al terapeuta a brindar apoyo, información y monitoreo constante a los participantes, reforzándolos para combatir cualquier momento de necesidad o urgencia de consumir. Estas aplicaciones se han asociado con menos días de riesgo de consumo y mayor propensión a la abstinencia (Gustafson et al., 2014; Rose et al., 2015), lo que confirma la efectividad del cuidado continuo en la mejora de los resultados de las intervenciones.

La TSF es el modelo prevalente de tratamiento para el consumo de alcohol (Magill et al., 2016). Se basa en el concepto del consumo de alcohol como una enfermedad espiritual, buscando motivar el compromiso con la asistencia a las reuniones de AA (Bergmark et al., 2014). Los factores comunes son el apoyo social y la autoeficacia para lograr la abstinencia, los específicos son las prácticas espirituales y el trabajo grupal (Magill et al., 2016). De acuerdo con Martínez y colaboradores (2018) este modelo resulta ampliamente útil porque el trabajo grupal (formato grupo abierto) propicia el andamiaje que ayuda a reducir el índice de abandono, permite el *insight*, muestra a los individuos que no son los únicos experimentado esas situaciones, emociones y sentimientos e invita a los participantes a adoptar modelos alternos de comportamiento; además, permite optimizar

recursos traducidos en tiempo del terapeuta y en la apertura del espacio a personas en diferentes fases del tratamiento. Hasta la fecha no hay ensayos controlados aleatorizados en los que se evalúe la eficacia de la intervención AA, sin embargo, se ha encontrado que la asistencia a las sesiones se asocia con tasas altas de abstinencia y mejores resultados en cuanto al consumo, además de promover la asistencia continua (Bergmark et al., 2014; Magill et al., 2016). Cuando se complementa con cuidado prolongado, se hallan mejores resultados que con las intervenciones TCC, además, la evidencia sugiere que los individuos cuyo consumo es más grave se benefician más de este tipo de programa, sin embargo, mientras que la guía americana recomienda extensamente el uso de la TSF, las guías australiana y británica la recomiendan en segundo grado (Bergmark et al., 2014).

La entrevista motivacional deriva de la terapia motivacional, y se asocia con rápidos aumentos de la motivación intrínseca al cambio mediante la exploración y resolución de la ambivalencia, usando métodos y estrategias motivacionales, así como recursos y valores del participante (Bergmark et al., 2014; Magill et al., 2015, 2016). Su función central es la exploración y psicoeducación de las actitudes de cambio y la conexión interpersonal (alianza terapéutica) (Magill et al., 2015). La terapia motivacional es una de las más recomendadas para el tratamiento de las adicciones (Bergmark et al., 2014; Foxcroft et al., 2016; Magill et al., 2015, 2016), y es una técnica popular para prevenir el uso y abuso de alcohol, así como los problemas relacionados con el consumo (Foxcroft et al., 2016). Es efectiva para clientes que incluso no están altamente motivados al cambio, lo que le da una ventaja sobre otras terapias (Bergmark et al., 2014).

Existen tres hipótesis acerca de cómo la entrevista motivacional funciona: 1) El aumento de la intensidad de la motivación al cambio ocurre a través de la exploración de la ambivalencia dentro de un entorno seguro. El método es directivo (proceso causal técnico) y está centrado en el cliente (proceso causal relacional), se emplea para promover la motivación intrínseca al cambio mediante la exploración y la resolución de la ambivalencia (resolución de conflictos). 2) El aumento de la intensidad de la motivación al cambio sucede cuando se exploran las razones del cliente para cambiar, dentro de una atmósfera de aceptación y compasión. La entrevista motivacional es un estilo de comunicación

colaborativa, orientado a metas y diseñado para fortalecer el compromiso con el cambio. 3) El aumento de la motivación al cambio sucede cuando se atienden óptimamente los dos lados de la ambivalencia del cliente. El ejercicio del balance decisional (sopesar los pros y los contras de continuar o cambiar la conducta de consumo) se caracteriza por la objetividad terapéutica respecto a la última decisión del cliente.

En la guía británica la calidad de la evidencia respecto a la terapia motivacional es evaluada como moderada, recomendada para ser usada como parte de la evaluación inicial, ya que, de acuerdo con esta guía no hay evidencia clínica de que la entrevista motivacional sea más efectiva que otras intervenciones (Bergmark et al., 2014); de acuerdo con Carroll y Kiluk (2017) la inclusión de la entrevista motivacional en etapas tempranas del tratamiento es efectiva para incrementar la motivación de mantenimiento. Contrario a esto, la guía australiana la recomienda como tratamiento de primera línea o única intervención, más que como complemento de otros tratamientos (Bergmark et al., 2014), puesto que se ha encontrado que la terapia de mejora motivacional que frecuentemente incluye cuatro sesiones es tan efectiva como la TCC de larga duración (Kramer et al., 2018), ya que se asocia con reducciones en la cantidad de alcohol consumido y en los problemas asociados al consumo, aunque con pequeños tamaños del efecto (Foxcroft et al., 2016).

Respecto al consejo breve, este se define como una conversación que comprende cinco o menos sesiones de consejo acerca del estilo de vida, con una duración promedio de entre 20 y 30 minutos por sesión, se basa en la teoría del cambio conductual y en el incremento de la motivación al cambio (Kaner et al., 2018). Por ser aplicado principalmente en departamentos de emergencias, es comúnmente brindado por personal de enfermería, que al percibirse como conocedor del tema aporta mayor impacto al consejo (Kaner et al., 2017), tomando usualmente la forma de conversación (Kaner et al., 2018). Se usa como base la retroalimentación personalizada del consumo para persuadir al participante de hacer un cambio conductual, así como la psicoeducación acerca de las consecuencias del consumo, la elaboración de un plan personal de reducción y la canalización a tratamientos especializados. Resultados de su aplicación lo asocian con reducciones en la cantidad del consumo (Kaner et al., 2017, 2018), aunque también se ha asociado con aumento en el

número de episodios de consumo excesivo y de problemas al conducir (Kaner et al., 2018). De acuerdo con Anderson y colaboradores (2016) las intervenciones basadas en el consejo breve que implican acompañamiento terapéutico y reembolso financiero, han demostrado ser las más efectivas para involucrar a los usuarios en tratamientos más largos y con más objetivos.

De la entrevista motivacional y el consejo breve se han derivado las intervenciones breves (Glass et al., 2015; Magill et al., 2016; Miller & Wilbourne, 2002; Ornelas et al., 2015), cuyo objetivo principal es reducir el consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste en bebedores con consumo peligroso y perjudicial que no buscan ayuda de manera activa para resolver estas situaciones (Kaner et al., 2018). Estas tienden a ser efectivas para las personas con consumo grave (McCaul et al., 2019) y leve-moderado (Glass et al., 2015; Miller & Wilbourne, 2002; Ornelas et al., 2015; Schmidt et al., 2016), aunadas a la farmacoterapia, han dado los mejores resultados (McCaul et al., 2019). Los protocolos estándar de intervención breve varían en contenido, pero generalmente incluyen retroalimentación personalizada en cuanto al consumo, discusión de los beneficios y consecuencias del consumo (balance decisional), y la elaboración de un plan de cambio conductual, más sesiones de refuerzo o canalización a tratamientos más prolongados. Mediante éstas se busca lograr el cambio manteniendo la autonomía de los participantes y fomentando la autoeficacia (Glass et al., 2015; Ornelas et al., 2015). Su uso se ha asociado con reducciones en el uso de alcohol, de los episodios de consumo grave (Schmidt et al., 2016), de las lesiones, de la conducta de manejar alcoholizado (Glass et al., 2015; Schmidt et al., 2016), de la obtención de infracciones de tránsito y de los problemas relacionados con el consumo (colocándolas como adecuadas para el trabajo con bebedores problema); en cuanto a las tasas de retención, estas oscilan entre 38% y 89.5% con una media de 75% (Schmidt et al., 2016).

Como una mezcla de los tres principales enfoques antes presentados surgió la terapia conductual de alcohol para parejas (ABCT por sus siglas en inglés *Alcohol Behavioral Couples Therapy*), esta ha arrojado resultados positivos sobre la reducción del consumo de alcohol y el aumento de la satisfacción con la relación de pareja (Magill et al.,

2016). La investigación sugiere que la ABCT arroja resultados positivos sobre el consumo y mejora la satisfacción con la relación; el reforzamiento de la abstinencia por parte del otro significativo (pareja), el uso de las habilidades para la relación de pareja y las mejoras en el funcionamiento de la relación, son predictores positivos de los resultados en cuanto al consumo. Contiene cuatro ingredientes activos de tratamiento: mejora motivacional, entrenamiento en habilidades generales y de pareja, y habilidades de interacción. Estos cuatro ingredientes afectan a cuatro mecanismos de cambio conductual: la motivación para consumir, las habilidades de afrontamiento del consumo, el apoyo de la pareja y la mejora de la interacción. Los comportamientos terapéuticos primarios incluyen: psicoeducación, modelado y ensayo de nuevas conductas, y el reforzamiento de las aproximaciones sucesivas hacia los resultados deseados (Magill et al., 2016).

Dentro de los tratamientos más recientes está la exposición a pistas conductuales, sin embargo, no se ha encontrado evidencia consistente en su favor, los efectos son generalmente pequeños y aparecen a través del tiempo en los seguimientos a 6 y 12 meses, ayudando a prevenir medianamente las recaídas (Carroll & Kiluk, 2017; Mellentin et al., 2017). Otro tratamiento reciente es la desviación atencional, en el cual se postula que las memorias episódicas de consumo pueden reducir el *craving*, el consumo en sí mismo y los índices de recaída con la desensibilización y el reprocesamiento mediante movimientos oculares. Durante el tratamiento se identifican y reactivan memorias específicas mientras el participante sigue con sus ojos los movimientos horizontales que el terapeuta hace con su mano, así, los movimientos oculares compiten con la memoria reactivada por quedarse almacenados, volviendo a las memorias específicas menos vívidas y emocionalmente cargadas, esta técnica predice disminución del *craving*, de las recaídas y, por ende, del consumo (Markus et al., 2015). Asimismo, en los últimos años se ha expandido el uso de intervenciones digitales o vía internet, cuyos resultados son prometedores (Kaner et al., 2017; Lefio et al., 2013; McCaul et al., 2019), sin embargo, se critica la falta de empatía generada con el cliente en estas intervenciones (Lefio et al., 2013; McCaul et al., 2019).

Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres que consumen alcohol

Pese a los esfuerzos, los resultados positivos de los tratamientos para el trastorno por consumo de alcohol siguen siendo modestos; estos tratamientos se caracterizan por las altas tasas de recaída (Coates et al., 2018). Se estima que más del 60% de los participantes recaen durante el año posterior al tratamiento (Markus et al., 2015; Martínez et al., 2018), tan solo una de cada cuatro personas que participan en tratamientos para dejar de consumir alcohol se mantienen en abstinencia hasta un año después de la intervención (Coates et al., 2018; Gustafson et al., 2014).

En un metaanálisis realizado por Miller y Wilbourne (2002) en el cual se revisaron 361 ensayos controlados aleatorizados, de los cuales solo 62 estudios (17%) cubrieron el criterio de metodología excelente, se observó una significancia estadística modesta entre la calidad metodológica y los efectos de tratamiento (menos del 2% de varianza común $r=0.14$ $p<.01$). El 73% de los estudios revisados fueron desarrollados en América del norte (58% en Estados Unidos y 15% en Canadá), por lo cual, la generalización internacional se vuelve complicada; los autores concluyen que la mayoría de los estudios en cuanto a los resultados de tratamiento para el consumo de alcohol ocupan muestras pequeñas, con limitado poder y tamaño del efecto medio; lo más relevante es que en el 47% de los ensayos no se reportaron efectos significativos de tratamiento.

Sugerencias para el tratamiento de los hombres que consumen alcohol

Existe una gran y variada lista de sugerencias hechas por diversos autores con el fin de mejorar los efectos de las intervenciones dirigidas a consumidores de alcohol, a continuación, se presentan algunas de ellas. Las intervenciones deben ser conducidas en espacios seguros y familiares para los participantes (Ornelas et al., 2015); los terapeutas encargados de aplicar la intervención deben estar altamente capacitados para ello, además de recibir supervisión y retroalimentación (Carroll & Kiluk, 2017). Bergmark y colaboradores (2014) resaltan la importancia de saber reconocer bajo qué circunstancias un tratamiento es encontrado como efectivo, punto en el cuál Coates y colaboradores (2018) subrayan que cada tratamiento debe encontrarse emparejado con las necesidades y

características particulares de cada cliente. Se debe especificar bajo cuál modelo está desarrollada cada una de las intervenciones con un detallado análisis de sus componentes (Carroll & Kiluk, 2017; Magill et al., 2016). Se ha encontrado que los componentes básicos de la TCC son detectados en menos del 6% de cada una de las sesiones de tratamiento (Carroll & Kiluk, 2017). De acuerdo con Magill y colaboradores (2016) y Miller y Wilbourne (2002) es importante definir en qué punto un ingrediente o componente es encontrado como activo, y cuáles son los moderadores destacados de ese ingrediente. Además, Coates y colaboradores (2018) indican que se debe considerar que tomar en cuenta los mecanismos, va a implicar la modificación de las metas de tratamiento. En la línea de los componentes de las intervenciones, se habla de que cada intervención debe agregar un componente psicoeducacional, mediante el cual los participantes sean capacitados en cuanto a las características, consecuencias, etiología, etc., del consumo, pues pese a que muchos llevan más de cinco años consumiendo, poco saben al respecto (Ornelas et al., 2015). El componente psicoeducacional les permite entender su consumo, aceptar su responsabilidad y comprometerse activamente al cambio.

Respecto a la duración de los tratamientos, los modelos que intentan explicar la asociación entre la duración del tratamiento para el consumo de alcohol y los resultados son los modelos dosis-efecto o de nivel suficientemente bueno; el primero está basado en el entendimiento médico de que la dosis tiene una asociación positiva con el resultado, es decir, que los individuos mejoran conforme el número de sesiones incrementa, pero a dosis altas el beneficio de las sesiones adicionales decreta. Basado en este modelo, se estima que, entre después de las 13 y 18 sesiones, el 50% de las personas obtienen un buen resultado clínico. El segundo modelo está basado en la creencia de que las personas responden al tratamiento a diferentes tasas, con resultados más escarpados para quienes atienden menos sesiones, lo que indica que los tratamientos de larga duración están asociados con tasas de cambio más lentas a nivel individual; se estima que 26 semanas de tratamiento es uno de los puntos más estables para obtener resultados (Kramer et al., 2018).

También se habla de la inclusión de controles fuertes y no débiles como las listas de espera, de manera que podamos observar de forma real los efectos del tratamiento e

impidamos que estos sean exagerados. En el marco de los resultados, respecto a las evaluaciones, se sugiere limitar el uso de los autoreportes dada su escasa validez metodológica, y remplazarlos por instrumentos estandarizados, válidos y confiables, así como la ampliación de los periodos de seguimiento que nos permitan evaluar de manera objetiva el mantenimiento de los efectos del tratamiento (Carroll & Kiluk, 2017), al igual que con los tratamientos dirigidos a los hombres que ejercen violencia de pareja.

Una recomendación más implica prestar atención a los predictores de éxito y fracaso, y colocarlos como objetivo de las intervenciones. Dentro de los principales predictores de los resultados de tratamiento para consumidores de alcohol están: el consumo en la línea base, la gravedad de la dependencia o gravedad del consumo (Glass et al., 2015), el empleo (nivel socioeconómico e ingresos), el género, la historia de tratamientos, la motivación, la autoeficacia (Markus et al., 2015), las expectativas positivas del consumo, la impulsividad, el *craving* (Coates et al., 2018; Martínez et al., 2018) y la psicopatología (Markus et al., 2015; Martínez et al., 2018). Se ha comprobado que el aumento en la autoeficacia durante el tratamiento predice resultados positivos, sin embargo, un sentimiento excesivo de autoeficacia es inconsistente con la habilidad del participante para resistir la urgencia de consumir, lo que conduce a recaídas (Markus et al., 2015). Dada la estrecha relación entre el *craving*, la recaída y el aumento del consumo (Cavicchioli et al., 2018; Coates et al., 2018; Markus et al., 2015), es de vital importancia su consideración como objetivo de tratamiento, y su evaluación antes, durante y después de este; dado que tanto la impulsividad como las expectativas positivas de consumo aumentan el afecto negativo y el consumo, su reducción es un importante aspecto para considerar (Coates et al., 2018). La recomendación estelar en esta línea es sobre la importancia de considerar como un objetivo de las intervenciones el aumento de la motivación al cambio (Ornelas et al., 2015), y la toma en cuenta de la disposición al cambio de cada uno de los participantes para brindarles lo que necesitan dentro de la intervención (Cavicchioli et al., 2018), objetivo estelar también de las intervenciones para hombres que generan violencia de pareja.

Finalmente, y como una guía de resultados a evaluar con el fin de detectar tanto efectividad como eficacia de las intervenciones dirigidas a consumidores de alcohol, Shorter y colaboradores (2021) describen 10 factores: A) *Consumo promedio durante un periodo de tiempo determinado*: 1) Frecuencia típica de consumo; 2) Cantidad típica de consumo; 3) Frecuencia de los episodios de consumo grave; 4) Medida de consumo combinado (promedio de los tres primeros resultados: frecuencia, cantidad y episodios de consumo grave); 5) Episodios de consumo dañino o peligroso. B) *Comportamiento actual y reciente de consumo*: 6) Tragos estándar consumidos durante la semana previa; 7) Consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol; 8) Daños físicos y/o autolesiones causadas por el consumo. C) *Impacto del consumo (uso de servicios, daños, consecuencias)*: 9) Uso de servicios de emergencia asociados con el consumo de alcohol. D) *Calidad de vida (salud, comodidad, felicidad)*: 10) Calidad de vida.

Conclusiones

Derivado de la magnitud del problema que representa el consumo nocivo de alcohol, algunos autores han sugerido su abordaje desde una perspectiva de salud pública, que implique la evaluación de los programas de intervención aplicados, colocando los resultados en un escenario poblacional, con una mirada de cobertura universal y con criterios de equidad. Resulta crucial para este propósito el análisis sistemático de las investigaciones o aproximaciones cualitativas, que permita una mirada más profunda y socialmente contextualizada, contribuyendo así al desarrollo de estrategias más efectivas y adecuadas al significado social del consumo. Además, a pesar de no existir consenso al respecto, existe evidencia relevante que indica que las estrategias de políticas públicas, como el aumento de impuestos y las restricciones publicitarias, han demostrado un mayor impacto en disminuir los costos para la salud de la población en el caso del alcohol (Lefio et al., 2013).

En cuanto al tratamiento, la población de individuos que consumen alcohol es heterogénea (son diferentes en cuanto a patrón de consumo, vulnerabilidad genética para desarrollar dependencia, disposición al cambio y motivación para entrar al tratamiento y otros problemas físicos y psiquiátricos, además de diferencias en el contexto social y

cultural; por lo cual, diferencias entre grupos de clientes y combinaciones de intervenciones y diferencias en su intensidad pueden derivar en distintos resultados), lo que implica diferencias en las condiciones de tratamiento (Bergmark et al., 2014; Kramer et al., 2018). Por ende, se requiere el diseño de intervenciones que se enfoquen en el tratamiento de las particularidades de cada cliente, traducidas en términos de conductas que coocurren al consumo, como la violencia de pareja.

Violencia de pareja y consumo de sustancias

Existe una fuerte relación entre la violencia de pareja y el consumo de sustancias (Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2013, 2014; Mbilinyi et al., 2011; McCrady et al., 2016; Oberleitner et al., 2013), que constituye un importante problema de salud pública debido a las graves consecuencias psicosociales que le acompañan (Stover et al., 2019). Los hombres que generan violencia de pareja comparten varias características con los que consumen sustancias, incluyendo la externalización negativa de sentimientos y emociones, el daño hacia los demás y la minimización del impacto de su conducta (Mbilinyi et al., 2011).

Se estima que este diagnóstico dual aparece entre el 40% y el 60% de los individuos que llegan a tratamiento para una u otra problemática (Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2013; Mbilinyi et al., 2011; Stover et al., 2011; Stover et al., 2019), y que más de dos tercios de los hombres en tratamiento para el consumo de sustancias reportan antecedentes de violencia de pareja durante el año previo al tratamiento (Kraanen et al., 2013).

Violencia de pareja y consumo de alcohol

Generalmente, el efecto de las intervenciones para generadores de violencia de pareja se ve afectado por problemas que ocurren al mismo tiempo, tales como el consumo de sustancias (Easton et al., 2018; Murphy et al., 2018), principalmente alcohol (Easton et al., 2018; Oberleitner et al., 2013) y cocaína (Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2013). Éstas últimas ligadas a manifestaciones más graves de violencia de pareja (Easton et al., 2018; Walker, 2015).

Como se puede interpretar, el consumo de alcohol se encuentra asociado con el aumento de la agresividad y la expresión de diferentes tipos de violencia, incluyendo la de pareja; el análisis cognitivo-afectivo que modula esta relación señala a las funciones ejecutivas como un factor importante, debido a que se encuentran implicadas en la planificación, el inicio, la regulación y la dirección del comportamiento, de manera que su alteración disminuye el control conductual y conduce a la adopción de conductas de riesgo y de búsqueda de sensaciones extremas en un contexto de impulsividad, ansiedad y

agresividad, seleccionando refuerzos inmediatos sin considerar consecuencias futuras (Romero & Moya, 2013). De acuerdo con el análisis, las funciones ejecutivas actúan tanto como mediadores como moderadores de la agresión durante la fase de intoxicación por consumo de alcohol, sin embargo, no se ha establecido aun si la alteración de las funciones cognitivas de nivel superior, especialmente el control inhibitorio, es una consecuencia del consumo problemático de alcohol que condiciona de manera indirecta a la violencia, o es una característica que antecede al desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol, o sea una consecuencia del consumo prolongado, de manera que cumpla un rol mediador en la relación consumo-violencia (López & Richaud, 2021). La poca capacidad de inhibición y la escasa velocidad de procesamiento subyacen a la pobre capacidad para tomar decisiones, todos estos déficits en las funciones ejecutivas se relacionan con la memoria de trabajo, que se ve afectada; así, las dificultades en los procesos involucrados en la manifestación de pensamientos, ideas y emociones son críticas para el empleo de la violencia, pues en el registro (memoria de trabajo) únicamente hay modos de expresión inadecuados. Las dificultades verbales más los procesos de atención mermados conllevan a la incapacidad de discriminar las emociones de los demás, lo que favorece las atribuciones hostiles y activa distintas áreas cerebrales (de manera anormal), explicando tanto la falta de empatía como el exceso de violencia (Romero & Moya, 2013); entonces, el deterioro de las funciones cognitivas puede deteriorar a su vez las habilidades sociales en consumidores de alcohol, modulando la violencia relacionada con el consumo (López & Richaud, 2021; Romero & Moya, 2013).

Violencia de pareja y consumo problemático de alcohol

Un factor de riesgo establecido para la ocurrencia de la violencia de pareja es el uso problemático de alcohol; los efectos de la asociación aún no están claramente establecidos, sin embargo, esta asociación se ha expresado como positiva y robusta entre el uso problemático de alcohol y la frecuencia y gravedad de la violencia de pareja; el tamaño del efecto de ésta asociación en hombres se estima como moderado ($r=0.27$), y es más alto que la asociación de otros tipos de consumo con esta violencia ($r=0.19$) (Rodríguez et al., 2018). Se calcula que cerca del 35% de los hombres en tratamiento para la violencia de pareja consumen alcohol de forma problemática (Stuart et al., 2013). Algunos factores

individuales como el control de impulsos, el manejo de la ira, la experimentación previa de violencia, etc., han sido considerados moderadores del consumo problemático de alcohol; si nos orientamos a identificar, prevenir y reducir la violencia de pareja es importante identificar los factores individuales y relacionales que fortalecen y debilitan esta asociación, como la motivación de las personas para mantenerse en la relación (Rodríguez et al., 2018).

Estadísticas del diagnóstico dual (violencia de pareja y consumo de alcohol)

La violencia interpersonal y el consumo de alcohol son algunos de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública mundial, ya que el alcohol es causante de 3 000 000 de muertes al año, y la violencia interpersonal es responsable de unas 520 000 (Krug et al., 2002).

El consumo habitual de alcohol se ha señalado como factor de riesgo para el surgimiento de violencia de pareja (Krug et al., 2002). En todo el mundo, se estima que cerca del 79% de los hombres generadores de violencia de pareja, lo hacen bajo el influjo del alcohol (Stewart et al., 2014). De acuerdo con Thompson y Kingree (2006) las mujeres cuyas parejas beben, tienen una probabilidad más alta de ser golpeadas que aquellas cuyas parejas son abstemias; antes, Fals-Stewart (2003) había encontrado que los hombres tienden a ser de 8 a 11 veces más abusivos en contra de su pareja los días que beben. De manera específica por país, en los Estados Unidos de América, Inglaterra y Gales, cerca del 40% de las mujeres receptoras de violencia de pareja dijeron que su compañero había bebido antes del episodio de violencia. En Sudáfrica, el 65% de estas mujeres dijo que sus parejas consumían alcohol siempre o la mayoría de las veces antes de violentarlas, cifras similares se establecen en la India, Uganda, Vietnam y Zimbabue. En Australia, el 36% de los homicidas de pareja estaba bajo los efectos del alcohol al momento del asesinato, en Rusia, el 10.5% estaban ebrios (Krug et al., 2002).

Cerca de la mitad de los hombres en tratamiento para la violencia de pareja reportan que el alcohol es un factor que contribuye a su conducta violenta (Murphy et al., 2020; Oberleitner et al., 2013; Satyanarayana et al., 2016) y a la exacerbación de ésta (Oberleitner et al., 2013; Romero & Moya, 2013). Se estima que cerca de dos tercios de los hombres en

programas estándar alrededor del mundo para generadores de violencia de pareja reportan consumo nocivo de alcohol (Boira & Jodrá, 2010; Echeburúa et al., 2009) y 42% son dependientes a él (Stuart et al., 2013). Para el caso particular de México, Rey y colaboradores (2011) reportaron que cuando el hombre consumía alcohol se presentaba abuso físico importante en contra de su pareja, y el riesgo de violencia era 3.3 veces mayor cuando el hombre consumía diariamente. Este patrón se mostró dado que el hombre mexicano tiende a beber con mayor frecuencia en casa, en donde la principal compañía no de consumo, sino de cuidado del consumidor es la pareja, lo que aumenta su riesgo de sufrir violencia. En 2003, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Violencia de Pareja en Usuarías de Servicios Públicos de Salud en México (Rico et al., 2003), el porcentaje de las mujeres que eran violentadas por parejas que consumían a diario era del 40%, que iba decrementando conforme decrementaba el consumo, hasta llegar a cerca del 13% cuando las parejas no consumían alcohol. De acuerdo con Jaen-Cortés y colaboradores (2015) en el Estado de México las mujeres cuyas parejas consumen alcohol de manera ocasional tienen una probabilidad de sufrir violencia de pareja 47% mayor que las que tienen parejas que no consumen, probabilidad que aumenta a 68% para aquellas cuyas parejas consumen alcohol frecuentemente. De manera que tanto a nivel internacional como nacional es posible decir que la mayoría de los episodios más graves de violencia de pareja ocurren bajo el influjo del alcohol (Boira & Jodrá, 2010; Scott et al., 2015; Walker, 2015).

Modelos explicativos de la asociación entre la violencia de pareja y el consumo de alcohol

A pesar de la existencia de esta asociación, aun no se ha establecido una relación causal específica, aunque sí se han hecho sugerencias; Leonard y Quigley (1999) propusieron tres modelos para explicar esta relación: a) modelo de los efectos proximales (el alcohol causa la violencia), b) modelo de los efectos indirectos (el alcohol daña la relación, causando conflictos que terminan en violencia), y c) modelo espurio (una tercera variable es la responsable tanto del consumo de alcohol como de la violencia de pareja). La mayoría de la evidencia favorece al modelo de los efectos proximales, hipotetizando que el uso de alcohol provoca una falla en la evaluación del comportamiento y desinhibición, lo que incrementa la probabilidad de cometer actos violentos en contra de la pareja. Krug y

colaboradores (2002) lo explican de la siguiente manera: cuando un miembro de la pareja consume alcohol, incrementan los problemas económicos, los relacionados con la crianza, la infidelidad, etc., aumentando la tensión y los estresores que comúnmente derivan en episodios violentos, además, la creencia acerca de que el consumo de alcohol incita a la violencia alienta este comportamiento y su justificación. Contario a esta postura, Satyanarayana y colaboradores (2016) encontraron tras realizar entrevistas a profundidad a 20 hombres indios generadores de violencia de pareja y con consumo grave de alcohol, y a sus esposas, que en ambos grupos hubo pobre manejo de la ira, falta de asertividad, así como escasas habilidades de negociación y de resolución de conflictos; lo que va en concordancia con el modelo espurio más que con el proximal. Quizás sea que estas terceras variables (modelo espurio), dañen la relación (modelo de los efectos indirectos), culminando en violencia; y no que se pase directamente del consumo a la violencia. Por ello, las intervenciones más exitosas son las que contemplan la evaluación de terceras variables que puedan estar interviniendo en la relación de las dos principales, modificándola favorablemente.

Tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol

Aun cuando la existencia de esta asociación es conocida desde hace un par de siglos, lo concerniente al impacto del alcohol sobre las familias y al involucramiento de éstas en el tratamiento del alcoholismo data de 1800, en un movimiento que se inició para brindar protección a las esposas de los hombres alcohólicos (McCrary et al., 2016); sin embargo, la historia de los tratamientos para hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol empezó a mediados del siglo XX (Boira & Jodrá, 2010; Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010; McCrary et al., 2016), época en la que algunos teóricos comenzaron a preguntarse ¿por qué los tratamientos para el consumo de alcohol y la violencia de pareja se dirigían en su mayoría a los hombres? La respuesta a la fecha sigue siendo la misma, la prevalencia de problemas asociados al consumo de alcohol es menor en mujeres, además, estos problemas continúan generando un estigma acerca de que hay más mujeres que experimentan violencia de parte de sus parejas alcohólicas que viceversa. A lo anterior se suma que los hombres cuyas parejas consumen alcohol, difícilmente aceptan acudir a tratamiento (McCrary et al., 2016). Como parte de

un movimiento de terapia inclusivo que lidiara con el problema de la pregunta antes planteada, de 1956 a 1982 se probaron diversos tratamientos de pareja. De 1958 a 1969 se dio el auge de las terapias grupales enfocadas en brindar apoyo a las parejas de estos hombres, a principios de los setentas comenzó la aplicación de las terapias conductual y sistémica, de las cuales surgirían para 1985 los estudios de la eficacia de la terapia conductual de parejas (*behavioral couples therapy*), cuyos resultados la posicionaron como la más efectiva hasta hace un par de décadas cuando comenzaron a surgir otros enfoques (McCrary et al., 2016) basados en los grupos de autoapoyo y apoyo mutuo (*twelve step facilitation*), la teoría de género, las etapas de cambio (que utilizan como base la entrevista motivacional), las aproximaciones cuerpo-mente (Tollefson & Phillips, 2015), y algunos más derivados de la combinación entre estos, de los cuales la más popular es la terapia conductual para parejas que consumen alcohol (*alcohol-focused behavioral couples therapy*), bajo la cual se asume que existe una relación recíproca entre el consumo de alcohol y el funcionamiento de la relación (McCrary et al., 2016).

Hallazgos en cuanto al tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol

En tratamiento se ha encontrado que el uso de alcohol se relaciona con la reincidencia violenta (Scott et al., 2015), y que existe una prevalencia tres veces más alta de reincidencia violenta en los participantes que mantienen su consumo al menos durante la cuarta parte de los tratamientos comparados con aquellos que lo hacen ocasionalmente, prevalencia 16 veces más alta comparada con los participantes que se mantienen abstinentes; además, la abstinencia (Murphy et al., 2020) o el decremento del consumo (Stuart et al., 2013) se asocian consistentemente con reducciones sustanciales en la frecuencia de la violencia (Kraanen et al., 2014; Murphy et al., 2020), que van desde el 30% hasta el 40% (Stuart et al., 2013). También se relaciona con altas tasas de abandono (Boira & Jodrá, 2010; Murphy et al., 2020), con el incumplimiento de las tareas asignadas, la poca alianza terapéutica y la baja cohesión grupal (Murphy et al., 2020). Cuando el consumo es grave, se asocia con menos sesiones atendidas, menos días de abstinencia y reacciones de afrontamiento basadas en la ira (Oberleitner et al., 2013).

Además, de manera aislada se halló que los tratamientos para el consumo de alcohol están asociados con reducciones en la violencia de pareja (Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2014; Stuart et al., 2013), lo que sugiere que los generadores de violencia de pareja que consumen alcohol se benefician más de tratamientos conjuntos, que de uno solo de ellos o de ambos de manera separada (Stuart et al., 2013). Basado en este planteamiento, en la robusta relación entre estas variables y en el hecho de que los hombres que se abstienen del uso de alcohol evitan las conductas violentas, mientras que aquellos que recaen en el consumo reinciden en la violencia, se ha sugerido el diseño de programas de intervención duales (Day et al., 2009; Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2013, 2014; Mbilinyi et al., 2011; McCrady et al., 2016; Satyanarayana et al., 2016; Stuart et al., 2013). Sin embargo, y aun cuando se han hallado resultados positivos tras ésta integración (Satyanarayana et al., 2016; Stover, 2015) (mismos que no han sido abundantes por la reciente aparición de este tratamiento dual), las intervenciones para el tratamiento de la violencia de pareja raramente incluyen componentes para el tratamiento del consumo y viceversa; y en las que se incluyen, se tiende a tratar primero el consumo, siendo pocos los participantes que reciben el nivel de atención que necesitan para cambiar su conducta violenta (Easton et al., 2018; Stover et al., 2019). A esto se suma que dichos tratamientos raramente subrayan sus componentes de intervención y analizan su grado de participación en los resultados, por lo cual no es posible definir a qué le debemos atribuir el cambio (Easton et al., 2018; Stover et al., 2011).

Con el objetivo de obtener una visión general acerca del estado actual de la investigación en el área de la perpetración de violencia de pareja y el consumo de alcohol, específicamente en cuanto a las intervenciones de tratamiento que han sido desarrolladas para hombres con este diagnóstico dual, se realizó una detallada revisión de la literatura de acuerdo con los lineamientos del informe *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Urrútia & Bonfill, 2010), en el cual se propone un método sistemático para reunir la evidencia y presentarla. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: A) artículos originales y revisiones; B) idiomas inglés y español; C) publicados entre 2010 y 2020; D) cuya temática coincidiera con la seleccionada para la revisión; E) en los que se reportaran resultados cuantitativos de la evaluación de las variables de estudio

(violencia de pareja y consumo de alcohol). Fueron excluidos los artículos meramente cualitativos, aquellos con resultados cualitativos y cuantitativos fueron rescatados tomando en cuenta solo la parte cuantitativa; también se excluyeron los que obtuvieron una puntuación débil en la valoración de su calidad metodológica, esto con base en el instrumento *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) (Evans et al., 2015). Los términos de búsqueda empleados del *Medical Subject Headings* (MeSH) fueron: *substance use disorder*, *substance-related disorders*, *alcohol use disorder*, *alcohol-related disorders*, *intimate partner violence* y *domestic violence*. Se utilizaron los operadores booleanos de intersección (AND) para establecer operaciones lógicas entre conceptos y (OR) para recuperar documentos donde solo apareciera al menos uno de los términos.

La búsqueda fue realizada en cuatro bases de datos: PSYCINFO (términos: *substance use disorder*, *alcohol use disorder*, *intimate partner violence*; filtros: *empirical human population: adulthood*, *population groups: male*), PUBMED (términos: *substance use disorder*, *alcohol use disorder*, *intimate partner violence*; filtros: *ages: adult 19+*, *sex: male*), COCHRANE *central register of controlled trials* y COCHRANE *database of systematic reviews* (términos: *substance-related disorders*, *alcohol-related disorders*, *intimate partner violence*, *domestic violence*); y el metabuscador EBSCO (términos: *substance use disorder*, *alcohol use disorder*, *intimate partner violence*).

Una vez realizada la búsqueda, se procedió a hacer el primer filtro de limpieza de la información: lectura de títulos y resúmenes de los artículos encontrados, eliminando los duplicados en la misma base y los que no cumplían los criterios de inclusión, posteriormente se eliminaron los repetidos entre bases. Para el segundo filtro se hizo la lectura completa de los textos restantes. El tercer filtro fue la valoración de la calidad metodológica mediante el EPHPP (puntuaciones: 1=fuerte; 2=moderado; 3=débil o no aplica). A través de la estrategia inicial de búsqueda se identificó un total de 2591 artículos, restando 1910 después de la eliminación de duplicados, 91 después de eliminar poblaciones no coincidentes o artículos que no empataban con el objetivo de la búsqueda, 26 después de eliminar repetidos intra y entre bases; 11 después de la lectura completa, y 10 después de la evaluación de la calidad metodológica (ver Figura 1).

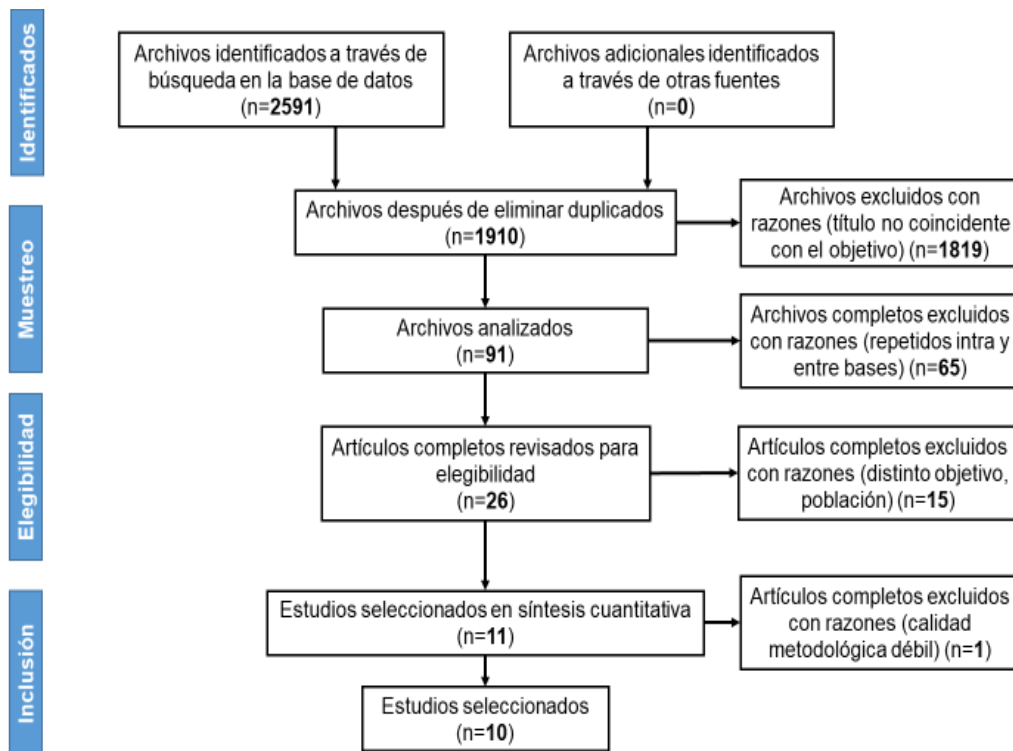


Figura 1

Cribado de los artículos seleccionados con base en PRISMA

De los 10 artículos seleccionados, ocho están clasificados como puramente cuantitativos y dos como mixtos, solo se consideró la parte cuantitativa de los dos últimos. Respecto a la calidad metodológica de los artículos, solo tres cubrieron todos los criterios necesarios. Siete de los ocho estudios cuantitativos fueron valorados con calidad metodológica moderada y uno con fuerte, los mixtos con calidad moderada; lo cual reduce la posibilidad de establecer conclusiones contundentes acerca de los resultados de las intervenciones. Una investigación de calidad metodológica débil debe ser interpretada con cuidado, debido a que una mala aplicación del método conduce a resultados sesgados; sin embargo, pese a esto y aun cuando se incluyen diseños variados, todos se apegaron rigurosamente al método (un tipo específico de diseño no es superior a otro, lo que aportó validez fue la rigurosidad con la que los investigadores se apegaron al método).

En cuanto a los participantes, aun cuando la violencia de pareja y el consumo de alcohol/sustancias es un problema de alta prevalencia, las muestras en estos estudios fueron reducidas; una explicación se dirige hacia los prejuicios que aún existen respecto a la búsqueda de atención, lo que se relaciona directamente con lo reportado por Mbilinyi y colaboradores (2011) quienes hablan de que cerca del 90% de los hombres con este diagnóstico dual no buscan tratamiento, cuando se logran muestras grandes, se compromete la motivación, pues estas suelen componerse de participantes enviados por la corte. Aun cuando en la literatura se hace hincapié en la importancia de la motivación como uno de los principales predictores de éxito que permite concluir las metas del tratamiento, incrementar la alianza terapéutica, facilitar el reconocimiento de los problemas y mantener los efectos de las intervenciones a largo plazo (Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006), esta no es plenamente considerada por los investigadores de estos estudios, lo cual repercute directamente sobre los resultados obtenidos. Solamente en una de las investigaciones se evalúa la motivación al cambio, sin embargo, no se especifica si es intrínseca o extrínseca, lo cual pone en juego el mantenimiento de los efectos de la intervención; de acuerdo con Ryan y Deci (2008) para lograr éxito genuino (y no temporal) en una actividad, se requiere que la motivación intrínseca sea la base de esa actividad, pues son los verdaderos intereses del individuo los que le conducen a la conclusión de la actividad y a su mantenimiento.

Es curioso observar que tan solo en cuatro de los diez estudios uno de los criterios de inclusión sea el diagnóstico de trastorno por dependencia, que de todos los demás en solo dos se especifique un patrón de consumo y en los restantes esto no sea un requisito verificable, lo cual implica que dentro del tratamiento se incluye a cualquier hombre que beba, aun cuando una de las sugerencias es trabajar específicamente con un patrón, debido a sus características peculiares. Se subraya que solo en uno fue requisito que los actos de violencia fueran cometidos bajo el influjo del alcohol, y más interesante aún es que únicamente en uno se contempla un punto de corte de antecedentes violentos que permita fijar un patrón y observar realmente un cambio. Respecto al grado de gravedad de la violencia, en dos estudios se excluye la violencia grave, lo que deja de lado a las mujeres más expuestas; en los demás no se fija un punto de corte, lo que nuevamente nos hace pensar que cualquier hombre es admitido y no se están considerando sus necesidades

individuales. Aunque estas diferencias fueron consideradas por algunos autores como variables de balanceo en la aleatorización, esto no implicó módulos de tratamiento especial de acuerdo con cada necesidad, reduciendo así el efecto potencial de cada una de las intervenciones. De las intervenciones es posible notar que la gran mayoría apuntan al tratamiento integrativo; sin embargo, unas dan prioridad casi exclusiva a una de las dos variables principales, lo que nos impide observar si cada uno de los participantes recibió la *dosis* que necesitaba de la intervención, problema que crece cuando agregamos lo antes mencionado respecto a que varias de estas intervenciones están diseñadas para hombres con cualquier grado de consumo y violencia.

En la literatura se plantea que las principales técnicas empleadas para el tratamiento de la violencia de pareja son: A) Modelo cognitivo-conductual: el entrenamiento en habilidades (García, 2015; Gondolf, 2011; Klein & Schermer, 2015; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Stuart et al., 2013; Sygel et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016, 2020; Walker, 2015), la reestructuración cognitiva (García, 2015; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016; Walker, 2015), el *role playing* (García, 2015; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Sygel et al., 2014; Velonis et al., 2016), el modelado y el ensayo conductual (McGuire, 2008), el autorregistro y el automonitoreo (García, 2015; Gondolf, 2011; Murphy et al., 2018; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016), el análisis funcional de la conducta (García, 2015; McGuire, 2008; Tollefson & Phillips, 2015), la imaginación guiada y las técnicas de relajación (García, 2015; Sygel et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015), la retroalimentación (McGuire, 2008; Tollefson & Phillips, 2015), el tiempo fuera (García, 2015; Tollefson & Phillips, 2015), los contratos de contingencias (McGuire, 2008), y las tareas (Murphy et al., 2018). B) Modelo motivacional: el balance decisional y el desarrollo de un plan de cambio (García, 2015; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016), y la escucha activa y reflexiva (Murphy et al., 2018). C) Modelo Duluth: la psicoeducación y el debate (García, 2015; Scott et al., 2015; Stewart et al., 2014; Velonis et al., 2020). Algunas de estas técnicas coinciden con las empleadas por los autores de las investigaciones presentadas; sin embargo, aún existe un enorme hueco en la literatura por rellenar, el cual debería responder

a la siguiente pregunta ¿cuáles son los componentes de las intervenciones para generadores de violencia de pareja que consumen alcohol, encargados del cambio? Esta pregunta es lo primero por resolver antes de optar por el desarrollo de más intervenciones en las que se usen nuevos componentes o se intente seguir buscando un efecto que no se ha probado.

Respecto a la duración de las intervenciones, mientras que Echeburúa (2013) plantea que para que la intervención tenga éxito la duración recomendada es de nueve meses, Taft y colaboradores (2013) sugieren programas de máximo seis meses de intervención. Lo anterior puede ser explicado dado el efecto de la motivación, ya que Echeburúa recomienda trabajar con varones que ya estén motivados al cambio, por lo cual, el hecho de que se mantengan en tratamiento es más viable que aquellos sujetos que no lo están y para quienes los tratamientos breves resultasen más convenientes. En este caso, vemos que la mayoría de los programas de intervención propuestos cumplen con este parámetro, lo cual puede explicar los resultados obtenidos y su mantenimiento. Como se puede apreciar en la descripción de las características de las intervenciones, el número de seguimientos es variado, lo cual en algunos casos no nos permite ver con claridad cuál es el alcance temporal de la intervención, lo que representa un punto en contra para las intervenciones cuyos seguimientos apenas alcanzan los tres meses o incluso menos.

En lo referente a las intervenciones de comparación, de las ocho intervenciones descritas, solo tres toman en consideración el tratamiento de las dos variables principales: el consumo de alcohol/sustancias y la violencia de pareja; permitiéndonos argumentar que en seis de las diez investigaciones (excluyendo el estudio de caso y las tres antes mencionadas), existe un sesgo anidado en las intervenciones de comparación que repercute en los resultados, incitando al favorecimiento de la intervención principal; es decir, estas comparaciones están sesgadas, ya que dentro de los objetivos se especifica la evaluación comparativa de dos intervenciones con objetivos distintos (dirigidas al consumo de alcohol/sustancias o a la reducción de la violencia de pareja) sobre las mismas variables de interés (violencia y consumo de alcohol/sustancias).

En cuanto a la evaluación, en algunas intervenciones no solo se consideran las dos variables principales, sino que se incluyen otras como moderadoras o mediadoras, derivado del análisis de esas variables podemos subrayar la importancia de evaluar el efecto de intervenir en el consumo de alcohol y la violencia de pareja sobre la relación de pareja en sí misma, categorizada como ajuste, calidad o satisfacción con la relación, pudiendo así probar la relación existente entre estas tres variables. De manera semejante podemos ver la inclusión de la variable parentalidad en lugar de la variable relación de pareja, y la relación probada por Stover (2015) y Stover y colaboradores (2019) entre estas tres variables, argumentando que el logro de la parentalidad positiva se asocia de manera directa con mejores resultados en cuanto a la reducción del consumo de sustancias y la violencia de pareja.

Al respecto de la proporción de completadores, es importante resaltar que solo en siete de las investigaciones se muestran porcentajes de completamiento cuyo promedio ($M=73.05$) resultó ser mayor a lo reportado en la literatura para las intervenciones separadas (Babcock et al., 2004; Foxcroft et al., 2016; Gondolf, 2011), lo cual puede indicar que una vez que la intervención está integrada, ésta se vuelve más interesante y por ende los participantes se comprometen más a asistir; sin embargo, no por esto podemos decir que los resultados sean mejores. Para el caso del consumo de alcohol preintervención/postintervención, en cinco estudios se mencionan resultados, en cuatro se habla de éxito significativo (solo uno reportado estadísticamente) y en uno de fracaso (reportado estadísticamente); haciendo de estas intervenciones un punto de partida no tan efectivo para la reducción del consumo de alcohol. También en cinco intervenciones se mencionan resultados en cuanto a la violencia de pareja en estas mediciones, en cuatro se habla de éxito (solo en una se reporta estadísticamente) y en una de fracaso (se reporta estadísticamente y es la misma que fracasó en la reducción del consumo, es curioso resaltar que esta misma intervención tuvo éxito en ambas variables cuando el diseño fue un ensayo controlado aleatorizado y fracasó cuando se trató de un diseño de caso único); en este caso los resultados son más favorecedores, pues, de acuerdo con la literatura (Babcock et al., 2004; Gondolf, 2011) las intervenciones para el tratamiento de la violencia de pareja no tienen efectos positivos la gran mayoría de las veces, esto indica que las intervenciones

para el tratamiento de este diagnóstico dual son potencialmente más efectivas para la disminución de la violencia de pareja que las intervenciones aisladas, pero no lo son para el tratamiento del consumo de alcohol, en donde se ha encontrado mayor efectividad en tratamientos no integrados (Foxcroft et al., 2016).

Los resultados siguen siendo alentadores en cuanto a la reducción de la violencia en los seguimientos. En siete de las diez investigaciones se habla de los efectos en los seguimientos, pero solo en tres se reportan estadísticamente, únicamente en una de estas investigaciones los efectos positivos de la reducción se mantienen al año, en dos hasta los seis meses (en una de estas con un aumento al año), y en dos hasta los tres meses. En dos más se logró un cese completo de la violencia hasta el seguimiento de seis meses, y únicamente en una se reportó un aumento de la violencia al mes. Para el caso del alcohol, en cinco estudios se reporta estadísticamente el efecto logrado, en tres aumenta y en dos disminuye; únicamente en una la disminución se prolonga hasta el año, pero después de un aumento entre los tres y los seis meses; y en una más disminuye a los tres meses, pero aumenta significativamente al año.

Ahora, es importante resaltar que la mayoría de los análisis fueron hechos con el total de la muestra captada y no con el total de completadores (Easton et al., 2018; Kraanen et al., 2014; Mbilinyi et al., 2011; Murphy et al., 2020; Satyanarayana et al., 2016; Stover et al., 2019; Stuart et al., 2013), mediante el *intention to treat analyses*. Este análisis considera a todos aquellos que completaron la línea base y pronostica los datos por obtener para cada participante en las siguientes mediciones tomando como base la medición preintervención; aunque este análisis es valioso, implica un sesgo directo al imputar resultados y no tomar los reales. Solo en un estudio se usó un porcentaje de la muestra menor al total: en el de Stover y colaboradores (2011) con 85.3%; en un único estudio no se menciona el porcentaje de la muestra considerado para el análisis (Stover, 2015). Además, el hecho de que solo en pocos estudios los efectos sean reportados estadísticamente, hace dudar acerca de la significancia de los resultados.

Referente a la inclusión de la pareja como informante colateral, se ha encontrado que cerca de tan solo el 60% de los reportes de pareja son consistentes con lo dicho por el participante principal; además, tan solo el 50% de ellas acepta participar (Stover, 2015; Stover et al., 2011). Aun cuando se busque la participación de informantes colaterales, esta no va a ser confiable hasta que garanticemos protección; las receptoras de violencia y sus hijos no deben ser vistos como fuentes de datos, sino como individuos en peligro. Quizás si las mujeres se sintieran seguras, aumentaría el número de interesadas en participar, así como la confiabilidad de sus reportes.

Sugerencias para el tratamiento de los hombres generadores de violencia de pareja que consumen alcohol

Mbilinyi y colaboradores (2011) sugieren que el principal objetivo de estas intervenciones duales debería ser el involucramiento de los participantes de manera temprana, facilitando su motivación al cambio, más allá de enfocarnos en las variables de salida y su reducción o cese inmediato; y subrayan la importancia de evitar la colaboración de informantes colaterales cuando se trabaja con hombres que acuden voluntariamente al tratamiento, evitando la suspicacia. También se habla de la inclusión de la crianza como un factor moderador de apoyo para obtener mejores resultados de tratamiento (Stover, 2015; Stover et al., 2019; Stuart et al., 2013; Walker, 2015). Kraanen y colaboradores (2013) señalan como prioridad la inclusión de tópicos de intervención para las dos variables en cada una de las sesiones. Stuart y colaboradores (2013) recomiendan el uso de sesiones de refuerzo, asociadas con mejores resultados durante los seguimientos (menor reincidencia y menos recaídas). En cuanto al formato de la intervención, Easton y colaboradores (2018) indican que los tratamientos individuales y de pareja son más efectivos, pues consideran las necesidades de los participantes de manera específica, recurriendo al tratamiento grupal solo cuando en los individuos estos formatos puedan resultar prematuros o incluso, contraindicados. Al respecto Kraanen y colaboradores (2013; 2014) hacen hincapié en la inclusión de la pareja dentro del tratamiento, pues se ha demostrado que los cambios hechos por la pareja influyen de manera positiva en el participante principal, la pareja puede ser incluida al menos en una sesión, puesto que ambos miembros de la relación son responsables de la interacción que conlleva a la violencia. Finalmente, se señala un aspecto

importante referido a la ética cuando se trabaja con esta población, ya que la verificación de la violencia es frecuentemente difícil en ambientes reales, dado que muchas parejas no quieren verse envueltas en los protocolos de verificación, debemos garantizar seguridad absoluta a todas las parejas y confidencialidad a las que aceptan ser informantes (Easton et al., 2018), tejiendo para ellas y para sus hijos, redes de apoyo familiar y comunitario.

Se sugiere que las variables pronósticas de éxito y fracaso de las intervenciones (búsqueda de tratamiento, ser padre, días de consumo), y las sugeridas por otros autores (alianza terapéutica [reincidencia baja], cumplimiento con las tareas [niveles bajos de violencia psicológica], la motivación inicial y de mantenimiento [conclusión de metas, mantenimiento de los efectos a largo plazo], vivir con la pareja y nivel socioeconómico estable [conclusión del tratamiento], historia de maltrato [violencia grave, reincidencia, efectividad nula de la intervención] (García, 2015; Gondolf, 2011; Klein & Schermer, 2015; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Stewart et al., 2014; Sygel et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015; Velonis et al., 2016, 2020; Walker, 2015), sean consideradas en futuros diseños de intervención, coadyuvando al modelo de atención de necesidades específicas de tratamiento e intervenciones personalizadas.

Conclusiones

Después de los planteamientos en los tres capítulos hasta ahora revisados, es perfectamente posible advertir que la violencia de pareja y el consumo problemático de alcohol son dos problemas de salud pública altamente relevantes a nivel individual, cuyos efectos sobre la salud incrementan cuando se presentan en conjunto, asociación altamente presente en las sociedades contemporáneas. Esto nos pone de frente con la necesidad de intervenir sobre este diagnóstico dual de manera efectiva y eficaz, observando y prestando atención a lo que ya se ha hecho y a cómo ha sido hecho, considerando la motivación intrínseca, particularmente su función como potencial moderador de la asociación existente entre la violencia de pareja y el consumo problemático de alcohol. Esto, no con la finalidad de acercarnos al planteamiento de un modelo teórico, sino con la de utilizar este juego de variables para el diseño de un tratamiento que resulte óptimo para atender esta situación.

Motivación

Antes de iniciar cualquier tratamiento dirigido al cambio es importante preguntarnos ¿qué motiva a la gente al cambio? y ¿cuál es la naturaleza de esa motivación? De acuerdo con Prochaska y DiClemente (1983) considerados los padres de la teoría moderna del cambio, la mayoría de las personas contemplan cambiar por dos razones fundamentales: a) satisfacción de necesidades internas inherentes al desarrollo, y b) demandas del ambiente; dependiendo de la manera en que la razón sea percibida o interpretada, la gente puede reaccionar abierta o defensivamente al cambio. Una vez definida la razón (interna o externa) acontece otra situación, que se refiere a las condiciones que tienen que darse para que se inicie el cambio. Al respecto, Echeburúa y colaboradores (2009) y Echeburúa (2013) explican que la decisión genuina de cambiar se adopta solo cuando se dan tres condiciones: 1) el reconocimiento de la existencia del problema; 2) el darse cuenta de que el problema no puede ser resuelto sin ayuda; y 3) el entendimiento de que el cambio mejorara el nivel de bienestar actual.

Modelos explicativos de la motivación

Modelo transteórico de cambio

Como una forma de entender el camino que se atraviesa al intentar hacer un cambio, Prochaska y DiClemente desarrollaron el modelo transteórico de cambio. Envuelve 10 procesos (alcance de la consciencia, auto liberación, liberación social, auto reevaluación, reevaluación ambiental, contra condicionamiento, control de estímulos, manejo del reforzamiento, alivio dramático y redes de apoyo) (Prochaska & DiClemente, 1983), con diferente aplicación durante cinco etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), a niveles experienciales o experimentales en orden de la producción del cambio (Chovanec, 2009; Prochaska & DiClemente, 1982; 1983).

Durante las dos primeras etapas de cambio (precontemplación y contemplación) los individuos apenas están pensando en la posibilidad de cambiar su conducta, ya sea por falta de conocimiento acerca de las consecuencias adversas de ésta o por los beneficios que reporta (Prochaska & DiClemente, 1982; 1983). Cuando se trabaja con generadores de

violencia es particularmente importante fortalecer e incentivar la motivación aplicando estrategias para hacer consciencia respecto a la violencia generada (Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006), evitando la confrontación, la crítica y las actitudes punitivas (Chovanec, 2009; Eckhardt et al., 2006; Murphy & Maiuro, 2009) que son estándar del modelo Duluth. Se estima que cerca de un tercio de los hombres generadores de violencia de pareja se encuentran en estas etapas, es decir, no son capaces de reconocer la existencia del problema, ni de hacer intentos activos por cambiar. Además, los hombres *precontemplativos* son más propensos a generar conductas violentas y a negar su responsabilidad sobre éstas (Chovanec, 2009; Echeburúa, 2013; Eckhardt et al., 2006; Murphy & Maiuro, 2009). En la etapa de contemplación, el hombre ya reconoce su conducta violenta, sin embargo, aún no ha decidido comenzar a cambiar (Chovanec, 2009; Murphy & Maiuro, 2009). Aquí el objetivo principal es incentivar la motivación genuina al cambio (Echeburúa, 2013). En estas dos etapas Chovanec (2009) insiste en tres temas: la presencia de un guía para el cambio (un hombre que haya pasado por la misma experiencia y se encuentre más avanzado), similar al concepto de andamiaje planteado por Vygotsky y al del padrino en los grupos de autoayuda y ayuda mutua; el constante balance decisional y la frecuente evaluación de la motivación intrínseca al cambio. Se ha encontrado que la baja disposición al cambio correlaciona con la poca aceptación de responsabilidad sobre la conducta violenta y la minimización del impacto que ésta tiene, por lo cual, no es de extrañar que los hombres en estas etapas reporten menos problemas de manejo de la ira, menos violencia, menos síntomas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés) y menos uso de alcohol/sustancias (Murphy & Maiuro, 2009).

En la siguiente etapa (preparación), los individuos deciden detener (dejar de generar) la conducta sujeta a cambio y piensan seriamente en cambiarla usando la consciencia adquirida mediante la retroalimentación y la educación al respecto. Aun no es claro qué es lo que mueve a la gente a la etapa de preparación (Chovanec, 2009; Echeburúa, 2013; Murphy & Maiuro, 2009; Prochaska & DiClemente, 1983); sin embargo, se sugiere el entrenamiento en habilidades para ampliar el repertorio conductual (Day et al., 2009). La cuarta etapa (acción) se caracteriza por la modificación activa de los hábitos y/o del ambiente (Prochaska & DiClemente, 1982). Los sujetos en esta etapa tienden a hacer más

cambios conductuales porque se comprometen con ello, se usa la auto liberación, el contra condicionamiento, el control de estímulos y mayormente el manejo de los reforzadores; el reforzamiento auto aplicado y el que se recibe por parte de los demás (redes de apoyo) favorecen el cambio (Prochaska & DiClemente, 1983). Dado que los primeros pasos hacia el cambio se hacen consistentes (Chovanec, 2009; Echeburúa, 2013; Murphy & Maiuro, 2009) se opta por el auto monitoreo y el manejo de contingencias (Day et al., 2009). Finalmente, la quinta etapa (mantenimiento) se refiere a los esfuerzos que hay que hacer para mantener los nuevos hábitos. Cada momento en la etapa de mantenimiento representa un riesgo de recaída que requiere un deseo constante de cambio e implica trabajar con el estrés y la ansiedad derivados del mismo (Chovanec, 2009; Echeburúa, 2013; Murphy & Maiuro, 2009; Prochaska & DiClemente, 1982). En esta etapa se reduce el reforzamiento y se enfatiza el contra condicionamiento y el control de estímulos (control ambiental que va en contra de las terapias contextuales), para afrontar la recaída o reincidencia, según sea el caso (Day et al., 2009; Prochaska & DiClemente, 1983).

Como es posible advertir, las etapas se caracterizan por diferentes actitudes, pensamientos, creencias y valores (Prochaska & DiClemente, 1982), y se basan en las actitudes de resistencia contra las actitudes de disposición, las de culpa contra las de aceptación de la responsabilidad, y las de baja respuesta al tratamiento contra las de proactividad (Soleymani et al., 2018). La dimensión temporal entre etapas es dinámica, es decir, los clientes pueden ir de una a otra etapa o quedarse en una sola (Chovanec, 2009; Day et al., 2009; Murphy & Maiuro, 2009; Prochaska & DiClemente, 1982; Soleymani et al., 2018). Durante el proceso de cambio hay recaídas/reincidencias, de las cuales es posible recuperarse manteniendo el deseo por el cambio (Murphy & Maiuro, 2009); aun cuando los factores que la determinan no están claros, se hipotetiza la fuerza del patrón/hábito, la debilidad del compromiso de cambio, las contingencias ambientales, las pocas habilidades de mantenimiento del cambio y el hecho de que terapeuta y cliente estén trabajando desde etapas de cambio diferentes. Prochaska y DiClemente (1982) plantean que la variable más fuertemente asociada al mantenimiento del cambio es la autoeficacia percibida (concepto similar al de competencia de la teoría de la autodeterminación), ya que, entre más auto eficaz se perciba el individuo, más preparado estará para lidiar con las

presiones internas y externas y más fácil le será resistir las recaídas; sin embargo, como ya se planteó antes, un excesivo sentimiento de autoeficacia resulta recontra productivo en cuanto a la disminución o cese del consumo de alcohol pues se asocia con aumento del *craving* (Markus et al., 2015). Las expectativas de eficacia son cogniciones que intervienen en el compromiso del cliente con el cambio ayudándole a hacer frente a las dificultades y a los obstáculos. Un curso de cambio exitoso implica no solo la reestructuración del patrón conductual, sino la reestructuración de las cogniciones acerca de sí mismo. La reestructuración cognitiva es el resultado de la efectividad del individuo aplicada apropiadamente al proceso de cambio durante cada etapa (concepto incongruente con las terapias contextuales, que más allá de la reestructuración, buscan aceptar y observar la conducta a modificar, restándole el valor que se le había asignado). Respecto al tratamiento, asumiendo este modelo debemos entender que no todas las personas están listas para el cambio, es decir, que no todos están en la etapa de acción, por lo cual un tratamiento efectivo debe agrupar a las personas con base en estas etapas y adaptar el tratamiento a sus necesidades (Prochaska & DiClemente, 1982; 1983).

Teoría de la autodeterminación

Casi al tiempo en que fue planteado el modelo transteórico de cambio, se desarrolló la teoría de la autodeterminación, la cual atiende los asuntos referidos al desarrollo de la personalidad, la autorregulación, las necesidades psicológicas universales, las metas de la vida y las aspiraciones, la energía y la vitalidad, los procesos inconscientes, la relación entre cultura y motivación, y el impacto del ambiente social sobre la motivación, el afecto, la conducta y el bienestar (Deci & Ryan, 2008; Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2020). Esta teoría provee información acerca de cómo motivar a la gente a explorar experiencias y eventos, y a que desde una base reflexiva se hagan cambios adaptativos en metas, conductas y relaciones (Ryan & Deci, 2008), propuesta similar a la de las terapias contextuales.

De acuerdo con la teoría de la autodeterminación, el estudio de la motivación es la exploración de la energización y la dirección de la conducta; la energía es un asunto de necesidades fundamentales innatas al organismo y de necesidades que son adquiridas a

través de la interacción con el ambiente, las cuales deben ser satisfechas para que el organismo este saludable. La dirección se refiere al proceso y a la estructura del organismo que le dan significado a los estímulos internos y externos dirigidos a la acción para satisfacer las necesidades. Esta visión trata a los estímulos no como causas de la conducta, sino como oportunidades que el organismo puede utilizar para satisfacer sus necesidades (Deci & Ryan, 1985). Existen tres necesidades psicológicas básicas que deben ser satisfechas por el contexto social y cuya satisfacción redundante en personas que están más automotivadas, energizadas e integradas en algunas situaciones, dominios y culturas que en otras (Deci & Ryan, 2008; Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2000, 2008, 2020). Una necesidad se traduce como un estado energizante que, si es satisfecho, conduce hacia la salud y el bienestar, en caso contrario, conduce a la patología y el malestar (Ryan & Deci, 2000, 2008, 2020). Estas necesidades se refieren a ser competente, a relacionarse, y a percibirse como autónomo, y parecen ser esenciales para facilitar el funcionamiento óptimo de las propensiones naturales hacia el crecimiento y la integración, así como para un desarrollo social constructivo y el bienestar personal (Deci & Ryan, 2008; Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2000, 2008, 2020).

La autonomía se refiere al sentimiento de autodomínio (competencia), iniciativa y dirección; se fortalece mediante la vivencia de experiencias de interés y valor, y está determinada por el control externo (Ryan & Deci, 2008) ejercido por la recompensa y el castigo (Ryan & Deci, 2020). Aumenta conforme lo hacen el conocimiento, el entendimiento, la consideración y el apoyo a la decisión propios y la minimización de la presión y el control tanto interno como externo. Juega un rol crítico en la internalización de la motivación (motivación intrínseca). Para apoyar su desarrollo debemos entender, comprender y responder a la perspectiva del otro, brindándole oportunidades de autodirigirse y de tomar la iniciativa en tareas variadas que le generen interés; considerando sus barreras, necesidades y recursos emocionales, cognitivos y culturales, llevándolas de un sentimiento de alienación a uno de seguridad. Así, la percepción de decisión incrementa la de autodirección (que conduce a la ejecución de la conducta y abre la curiosidad) y autonomía, lo que resulta en motivación intrínseca, y a su vez incrementa la autonomía; sin embargo, no todas las decisiones conllevan autonomía (Ryan & Deci, 2020). La autonomía

es un elemento crítico de la terapia exitosa, asociada con resultados positivos que persisten a lo largo del tiempo (Ryan & Deci, 2008).

La competencia implica autodomínio y dominio del ambiente; se pone a prueba en entornos desafiantes que permiten ampliar el repertorio de habilidades, conduciendo al crecimiento (Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2008; 2020). Esta necesidad se satisface en ambientes estructurados que invitan al desafío óptimo, brindan retroalimentación positiva y oportunidades constantes de crecimiento (Ryan & Deci, 2008; 2020). Su frustración redundante en el percibirse a sí mismo como ineficaz, y en un aumento de la desesperanza ante el cambio, además de pobres resultados en cualquier ambiente en que la competencia sea puesta a prueba (Neighbors et al., 2008). La necesidad de relacionarse con otros se refiere al sentimiento de pertenencia y conexión, es facilitada mediante el respeto y el cuidado en las primeras relaciones (Ryan & Deci, 2000; 2008; 2020), y se satisface formando y manteniendo relaciones saludables a lo largo de la vida (Neighbors et al., 2008).

Dado que la motivación es la variable crítica en la producción de un cambio duradero, atender a la presencia relativa o a la privación del apoyo para estas necesidades psicológicas básicas es fundamental para que el individuo experimente un sentido continuo de integridad y bienestar o *eudaimonia*. La satisfacción de las necesidades promueve la motivación autónoma, la iniciativa, el compromiso y el ajuste (Ryan & Deci, 2020); y, aunque las tres necesidades son universales y persistentes durante todo el desarrollo, su relevancia relativa y su satisfacción es diferente en cada etapa de la vida y en cada cultura y sociedad, por lo cual, es importante facilitar la consciencia de la gente acerca de sus necesidades básicas y explorar las necesidades para satisfacerlas (Ryan & Deci, 2000; 2008; 2020). Cuando una necesidad es ignorada o evitada por los clientes, implica que esa necesidad no ha sido satisfecha, el enojo, la tristeza y los problemas en la dinámica relacional son resultado de la insatisfacción de necesidades, la autonomía fue bloqueada, se criticó la competencia, o se experimentó rechazo por parte de los otros significativos (Ryan & Deci, 2008).

Existen dos conceptos individuales que acompañan a la satisfacción de estas necesidades, la orientación causal y las metas de vida. Las orientaciones motivacionales causales son tanto externas como internas: A) Externas: pistas a través de las cuales el ambiente informa cómo iniciar y regular la conducta; B) Internas: respuestas autodeterminadas a través de diversas situaciones y dominios, las hay autónoma, controlada e impersonal (Deci & Ryan, 2008; Øverup et al., 2017; Rodríguez et al., 2018). La orientación autónoma lleva a regular la conducta con base en los intereses y valores personales, los individuos autónomamente orientados tienden a valorar las interacciones honestas y reflexionan antes de actuar (Øverup et al., 2017). El desarrollo de una fuerte orientación autónoma resulta de la satisfacción de las tres necesidades básicas (Deci & Ryan, 2008). La orientación controlada refleja la tendencia de dejarse envolver por el ego, la conducta es regulada por controles internos y externos, presiones, expectativas y demandas. Las personas controladamente orientadas tienden a reaccionar defensivamente ante situaciones de conflicto interpersonal, y a percibir daño al ego (Øverup et al., 2017). El desarrollo de una orientación controlada resulta de una satisfacción media de las necesidades de competencia y relación, y de un bloqueo de la de autonomía (Deci & Ryan, 2008). La orientación impersonal implica un sentimiento general de desmotivación, ineffectividad y falta de interés. La gente interpersonalmente orientada vive en el pasado pensando que el fracaso anterior va a repetirse y que no hay ningún resultado deseable que valga la pena (Øverup et al., 2017), resulta de un bloqueo o insatisfacción general de las tres necesidades (Deci & Ryan, 2008). La orientación autónoma está positivamente relacionada con la salud psicológica y los resultados conductuales efectivos, la controlada se relaciona con la regulación a través de contingencias introyectadas y externas, funcionamiento rígido y disminución del bienestar, la orientación impersonal se relaciona con pobre funcionamiento y síntomas de falta de bienestar como la autocrítica y la falta de vitalidad (Deci & Ryan, 2008). Cada persona tiene un poco de las tres orientaciones (Deci & Ryan, 2008; Øverup et al., 2017), una o más de ellas pueden ser usadas para hacer predicciones acerca de varios tipos de resultados psicológicos o conductuales (Deci & Ryan, 2008).

La teoría de la autodeterminación, además, distingue entre la idea de control y la de estructura. Las conductas controladas presionan al individuo a alcanzar algo, la estructura pone en el escenario las metas y las expectativas, así como la guía y las reglas para alcanzarlas, mediante información y retroalimentación. El apoyo a la autonomía y la estructura predicen un aumento de la motivación autónoma tanto intrínseca como identificada, mayor autorregulación y menos ansiedad. La estructura ayuda a satisfacer la necesidad de competencia, sus efectos son influenciados por la forma en que es distribuida, ya sea mediante el control o mediante el apoyo. La internalización y la competencia son facilitadas por el apoyo a la autonomía y la provisión de estructura (Ryan & Deci, 2020).

La gente usa las metas a largo plazo para guiar sus actividades, estas metas caen en dos categorías generales: aspiraciones intrínsecas y aspiraciones extrínsecas (Deci & Ryan, 2008). Las aspiraciones intrínsecas (afiliación, crecimiento personal, comunidad, etc.) comparadas con las extrínsecas (riqueza, fama, imagen, etc.), son las que producen bienestar, las segundas lo merman. El significado de la obtención de las metas es influenciado culturalmente, de tal manera que el modo en que las metas específicas se asocian con el bienestar es variable, habiendo muchos factores que llevan a enfatizar metas vitales no satisfactorias plenamente de la necesidad. Los déficits previos en la satisfacción de necesidades se asocian con individuos que anhelan metas más extrínsecas como un mecanismo sustitutivo o compensatorio de la verdadera necesidad (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2000).

Entrevista Motivacional

Dado el éxito del modelo transteórico de cambio comenzaron a surgir algunas aproximaciones terapéuticas que lo tomaron como base, la más renombrada es la entrevista motivacional, que durante muchos años ha sido considerada el estándar de oro para incentivar la motivación al cambio no solo de los consumidores de alcohol, campo en el que surgió este modelo terapéutico (Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2008), sino también la motivación al cambio de los generadores de violencia de pareja (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Murphy et al., 2018; Murphy & Maiuro, 2009; Soleymani et al., 2018). En ambos campos se ha asociado con la maximización del grado de

compromiso con las metas de la intervención, el incremento de la confianza en el terapeuta y con el desarrollo de estrategias para incentivar la motivación, positivamente asociados con reducción de la reincidencia/recaída y la obtención de mejores resultados de tratamiento (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Soleymani et al., 2018).

La entrevista motivacional guarda estrecha relación con los principios de la teoría de la autodeterminación (Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2008), enfocándose en el hecho de que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas provee un contexto para pensar acerca de cómo y por qué los hombres generan conductas violentas y por qué esas conductas se sostienen en el control (Neighbors et al., 2008). Es una aproximación terapéutica centrada en el cliente, dirigida a la resolución de la ambivalencia para incrementar la motivación al cambio (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2008; Soleymani et al., 2018), implica generar una atmósfera de respeto y aceptación de las metas (un ambiente de satisfacción de las tres necesidades básicas) para favorecer la expresión del deseo de cambio (Neighbors et al., 2008), encontrando la fuente de motivación interna (motivación intrínseca) (Ryan & Deci, 2008). La atmósfera de respeto y aceptación se logra mediante el desarrollo de la alianza terapéutica y el incremento del compromiso con el tratamiento (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Soleymani et al., 2018). La alianza terapéutica es el grado de acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las metas y tareas de la intervención, así como la brecha afectiva entre ellos, está relacionada con el completamiento del tratamiento y su éxito (Day et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Soleymani et al., 2018). La ambivalencia es un elemento natural del proceso de cambio, se resuelve expresando empatía por el cliente y encontrando las discrepancias entre sus valores, metas y conductas; la resistencia es un indicador para reducir la confrontación y aumentar la escucha reflexiva (Neighbors et al., 2008). Como ya se mencionó, este modelo terapéutico se alinea con las tres necesidades básicas de autonomía (a través de una reflexión e introspección no directiva), competencia (a través de la provisión de información), y relación con otros (mediante una relación caracterizada por un pensamiento positivo incondicional) (Ryan & Deci, 2008).

La atmósfera de apoyo a la autonomía facilita la satisfacción de las tres necesidades, al permitir que las personas puedan identificarse e integrar sus valores y regulaciones hacia nuevas formas de ser, percibir y comportarse. Se trata de la integración dentro de la personalidad, más que de un cambio conductual per se (Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2008). Apoyar la autonomía significa evitar decirles a los clientes lo que deben hacer, en su lugar, ellos deben saber que son los más indicados para tomar decisiones personales acerca de su vida, señalando sus propios deseos y razones para el cambio, y experimentando más opciones de decisión (Neighbors et al., 2008). Ayudar al cliente a clarificar y verbalizar cómo el cambio de conducta puede beneficiarlo y cómo este es consistente con sus valores e ideas, evoca el deseo de cambio y un sentimiento de autodominio sobre el proceso, más que uno de obligación, defensividad o resistencia (Neighbors et al., 2008). La percepción de apoyo a la autonomía predice la motivación autónoma para el tratamiento y la alianza terapéutica, así como el incremento de la competencia percibida (Ryan & Deci, 2008). Con base en esta información podemos argumentar que no es necesario que las personas inicien un tratamiento intrínsecamente motivadas, pues el cambio de la motivación será facilitado durante el curso de la intervención. Además, es congruente con los principios de las terapias contextuales, que buscan más que un cambio conductual, la internalización de los valores que motivan genuinamente a la persona al cambio.

La necesidad de competencia es consistente con el principio de apoyo a la autoeficacia de la entrevista motivacional, esta necesidad se satisface proponiendo tareas que representen desafíos alcanzables, identificando cambios exitosos hechos en el pasado, ayudando al cliente a desarrollar metas apropiadas, y brindando retroalimentación positiva del progreso a través del cambio conductual. La gente crece cuando siente que sus elecciones y decisiones son propias, más que impuestas por alguna fuerza externa (Neighbors et al., 2008). La necesidad de relacionarse se satisface valorando los sentimientos, pensamientos y creencias del cliente; cuando el terapeuta es experimentado por el cliente como cuidadoso y receptivo la relación se abre más al cambio. El principio de empatía de la entrevista motivacional se relaciona directamente con la satisfacción de esta necesidad. Los terapeutas deben estar genuinamente interesados por entender la perspectiva

del cliente a través de una cuidadosa y reflexiva escucha, evitando hablar desde el rol de experto, brindándole al cliente la sensación de que él es el experto en sí mismo, en sus pensamientos, sentimientos y experiencias (Neighbors et al., 2008). Para respetar la experiencia del cliente no es necesario respaldar sus valores o conductas, más allá de eso, representa un intento de entender completamente como el individuo ve la situación, interna y externamente (Ryan & Deci, 2008). Otras técnicas que pueden nutrir la necesidad del cliente de relacionarse incluyen la exploración de sus preocupaciones, la evitación del juicio y la culpa, y el uso de afirmaciones; las afirmaciones deben ser auténticas y deben estar relacionadas con las cualidades internas de cada cliente. Los clientes que se sienten genuinamente apreciados se sienten más cómodos hablando acerca de temas tabú o que generan vergüenza (Neighbors et al., 2008), como es el caso de la violencia de pareja y del consumo de alcohol. De manera que, apoyar la satisfacción de las tres necesidades básicas en el contexto terapéutico significa apoyar la autoeficacia, enfatizando la decisión y brindando empatía (Neighbors et al., 2008).

Una vez abordados estos modelos teóricos, es importante hablar de su principal diferencia, la cual recae en que mientras que el modelo de cambio toma como principal incentivador de la motivación al reforzamiento externo; es decir, se basa en la motivación extrínseca, la teoría de la autodeterminación cita que es solo a través de la motivación intrínseca que se puede internalizar el valor de la conducta, logrando entonces un cambio, y como ya se señaló antes, la motivación intrínseca no necesita reforzamiento externo por surgir del inherente disfrute por la actividad. De acuerdo con Deci y Ryan (1985) la principal razón de la recaída/reincidencia, es que la secuencia del cambio conductual siempre termina con reforzamientos, autoadministrados o administrados por otros, así, la conducta se sigue viendo determinada por los reforzadores, dejando de lado la autodeterminación, y descuidando la integración motivacional de las cogniciones, los afectos y las conductas, y sin reconocer la diferencia entre control interno y autorregulación.

Taxonomía de la motivación

La motivación es altamente valorada debido a sus consecuencias. Existen diversos tipos de motivación, cada uno de los cuales tiene diversas consecuencias específicas para el aprendizaje, el desempeño, la experiencia personal y el bienestar. Las personas pueden estar motivadas debido a que valoran una actividad o a que hay una fuerte coerción externa (Ryan & Deci, 2000; 2008). Los diferentes tipos de motivación se ubican a lo largo de un continuo de autonomía relativa para autorregularse (Øverup et al., 2017; Ryan & Deci, 2000; 2008). La principal diferencia está entre la motivación autónoma y la controlada. La motivación autónoma comprende tanto la motivación intrínseca como los varios tipos de motivación extrínseca en los que la gente se identifica con el valor de una actividad y trata de integrarse a ella dándole sentido. Cuando la gente está autónomamente motivada, experimenta voluntad e involucramiento con sus acciones. La motivación controlada, en contraste, consiste tanto en la regulación externa en la cual la conducta es función de contingencias, recompensas o castigos, como en la regulación introyectada, en la cual la regulación de la acción ha sido parcialmente internalizada y nutrida por factores como la aprobación, la evitación de la vergüenza, la autoestima contingente y el ego. Cuando la gente es controlada, experimenta presión de pensar, sentir o actuar de una manera determinada. Ambas motivaciones (autónoma y controlada), nutren y dirigen la conducta, contrastando con la desmotivación, referida a la falta de intención y motivación. La motivación autónoma se asocia con mayor salud psicológica, ejecución más efectiva de las actividades, y persistencia y mantenimiento de las conductas a largo plazo (Deci & Ryan, 2008).

El constructo autonomía se refiere al autoapoyo para una conducta y al sentimiento de acompañamiento de la intención y la disposición. Cuando los individuos están más autónomamente comprometidos con el proceso terapéutico, cuando tienen un locus interno de causalidad percibida, es más probable que integren tanto el aprendizaje como el cambio conductual, obteniendo resultados positivos; esto es porque, cuando la gente experimenta el tratamiento o el cambio como una función de factores externos experimenta también conflicto y división en el proceso de cambio, volviéndolo inestable. Hasta que el cliente internaliza la responsabilidad por el proceso de cambio, se acerca al éxito a mediano plazo

(Ryan & Deci, 2008). Aunque la motivación opera a nivel consciente e inconsciente, en ambos niveles las ventajas de la motivación autónoma son superiores (Deci & Ryan, 2008). El proceso motivacional básico requiere la activación de un mecanismo de regulación a través del cual la integración e internalización de los valores se vuelve congruente, lo que prepara a la gente para experimentar el significado informacional de la emoción, tomando una decisión auténtica y reflexiva acerca de su expresión, basado en las consecuencias derivadas. Este proceso es relevante para adquirir nuevas conductas a través del desarrollo de un nuevo aparato regulador (Ryan & Deci, 2008).

Desmotivación

En el continuo de la motivación hallamos primero a su contrario, la desmotivación. La desmotivación es un estado en el cual se carece de la intención de actuar. Resulta de no otorgar valor a las actividades, de no sentirse competente para generarlas y/o de no esperar resultados deseados (Ryan & Deci, 2000; 2020); similar al concepto de desesperanza aprendida antes descrito. La desmotivación es un fuerte predictor negativo de compromiso, aprendizaje y bienestar (Ryan & Deci, 2020).

Motivación intrínseca

La motivación intrínseca es la máxima intención no solo de actuar, sino de ser actuando. Surge de la tendencia humana y del interés espontáneo de aprender (y asimilar el aprendizaje), crear, explorar, buscar la novedad y el desafío, y extender y ejercitar las propias habilidades/capacidades hasta alcanzar el dominio; lo que es esencial para el desarrollo cognitivo y social, fuente de disfrute y vitalidad (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000; 2020). Su mantenimiento y ampliación requiere de apoyo (Ryan & Deci, 2000) para establecer interacciones libres y efectivas con el ambiente y con los sentimientos de interés y disfrute inmersos (Deci & Ryan, 1985). La motivación intrínseca puede verse reducida por las expectativas de recompensas tangibles, las amenazas, las fechas límite, las directivas, las evaluaciones y las metas impuestas, por conducir a un locus externo de causalidad percibida (Neighbors et al., 2008; Ryan, 1982.; Ryan & Deci, 2000, 2020). En contraste, el sentido de elección, el reconocimiento de los sentimientos y la oportunidad de autodirección amplían la motivación intrínseca debido a que permiten un mayor

sentimiento de autonomía (Ryan & Deci, 2000). El asunto central de la autodirección es la flexibilidad en las estructuras psicológicas, la flexibilidad permite que las actitudes dirijan la acción hacia el alcance de la satisfacción de las necesidades (Deci & Ryan, 1985), concepto que se adapta con el de flexibilidad psicológica de la terapia de aceptación y compromiso (ACT).

Motivación extrínseca

La motivación extrínseca implica el actuar para obtener algún resultado tangible. Esta motivación varía en cuanto a su nivel de autonomía (sentimiento de elección versus obediencia de la regulación externa), que disminuye conforme aumentan las presiones sociales (Ryan & Deci, 2000; 2020). La teoría de la integración orgánica detalla sus variantes y los factores contextuales que promueven o impiden la internalización y la integración de la regulación de las conductas extrínsecamente motivadas (Ryan & Deci, 2000) que varían en el grado en que su regulación es autónoma (Ryan & Deci, 2000; 2020).

Motivación extrínseca externamente regulada

Esta motivación extrínseca de actuar representa el menor grado de autonomía. Implica conductas reguladas por uno o varios factores del ambiente, generadas para satisfacer demandas impuestas externamente o para obtener recompensas contingentes; se experimentan como controladas o alienadas y con un locus externo de causalidad percibida (Ryan & Deci, 2000; 2020). Los tratamientos ordenados por la corte se asocian con baja autonomía, además de bajo entusiasmo, la tensión de estas personas predice la atribución de poca importancia a la terapia, poca persistencia y baja autoestima (Ryan & Deci, 2008).

Motivación extrínseca introyectadamente regulada

Esta motivación extrínseca se refiere a actuar para resolver un aspecto propio (introyectado) negado. La introyección implica autorregulación de la conducta, pero en este caso, negando que la conducta parte de uno mismo; entonces, las conductas son generadas para evitar la culpa o la ansiedad, o para cubrir fines del ego como el orgullo. Aunque son internamente impulsadas, las conductas introyectadas todavía tienen un locus externo de

causalidad percibida, así que las conductas no son experimentadas como parte del yo (Ryan & Deci, 2000; 2020). La regulación introyectada se relaciona positivamente con el empleo de mayores esfuerzos, pero también con ansiedad y pobre enfrentamiento del fracaso (Ryan & Deci, 2000). Ayudar a desafiar las introyecciones es permitir reevaluar las demandas internas y volverlas realidad, es la decisión reflexiva acerca de si las demandas son congruentes y significativas para los individuos. Una vez que éstas son consideradas auténticas y apropiadas, los clientes pueden trabajar en su integración (Ryan & Deci, 2008).

Motivación extrínseca identificadamente regulada

Esta motivación extrínseca implica un actuar más autónomo, ya que la conducta sí se identifica como propia y personalmente importante, pero sigue siendo controlada en cierto grado por el ambiente o la presión externa (Ryan & Deci, 2000; 2020). Se asocia con mayor interés y disfrute de las actividades y con estilos de afrontamiento más positivos, así como con el empleo de mayores esfuerzos (Ryan & Deci, 2000). Las personas tienen una experiencia más autónoma cuando se identifican con las metas de la terapia y voluntariamente persiguen el cambio, esta identificación voluntaria puede transformarse en regulación integrada cuando es congruente con sus valores y percepciones (Ryan & Deci, 2008).

Motivación extrínseca integradamente regulada

Es la forma de motivación extrínseca más autónoma, pues la identificación es totalmente asimilada por el yo, lo cual significa que las conductas han sido evaluadas e introducidas dentro de la congruencia con los otros valores y necesidades personales (Neighbors et al., 2008; Ryan & Deci, 2000; 2020). Las acciones que la caracterizan comparten muchas cualidades con la motivación intrínseca, aunque son consideradas extrínsecas porque se hacen para obtener resultados más que por su inherente disfrute (Ryan & Deci, 2000; 2020). Cuando las personas internalizan las regulaciones y las asimilan al yo, experimentan una mayor autonomía de la acción, con relativa facilidad se interiorizan nuevas regulaciones comportamentales en cualquier punto a lo largo del continuo en dependencia tanto de las experiencias previas como de los factores

situacionales actuantes. En este sentido, el apoyo a la autonomía permite a los individuos transformar activamente sus valores (Ryan & Deci, 2000).

Autonomía e internalización

La internalización implica autonomía. Los individuos más autónomos son los más motivados por la terapia, creen en la terapia, se distraen poco durante ella, experimentan poca tensión, son los más satisfechos, tienen intención de persistir, tienen alta autoestima, bajos síntomas depresivos, un grado alto de satisfacción con la vida, y mejores resultados terapéuticos porque la autonomía está relacionada con el progreso en las metas y el esfuerzo sostenido. Los clientes con metas más autónomas están más dispuestos a confrontar y superar las dificultades y barreras del cambio; la internalización tiende a hacerse más evidente cuando hay apoyos ambientales para sentirse relacionado. La experiencia de autonomía facilita la internalización, y en particular, es un elemento crítico para que la regulación sea integrada (Deci & Ryan, 1985). La autonomía está asociada con mejor atención e internalización del tratamiento, reflejado en los cambios en el estilo de vida (Ryan & Deci, 2008), de tal manera que la meta de la terapia es fortalecer la orientación autónoma, referida a la capacidad de ser autodeterminado (Deci & Ryan, 1985). Una mayor internalización se asocia con mayor atención e involucramiento, más efectividad comportamental, mayor persistencia volitiva, incremento del bienestar subjetivo, y una mejor asimilación del individuo dentro de su grupo social (Ryan & Deci, 2000).

Debido a que las conductas extrínsecamente motivadas no son protópicamente interesantes, la razón primaria de su ejecución es debido a que son promovidas, modeladas o valiosas para otras personas significativas, lo que sugiere la necesidad de relacionarse, de sentir pertenencia y conexión con otros, volviendo a la necesidad de relacionarse, importante para la internalización. La internalización relativa de las actividades motivadas extrínsecamente también es una función de la competencia percibida. Las personas tienden a adoptar actividades que valoran grupos relevantes cuando ellos se sienten eficaces respecto a esas actividades. Los contextos pueden producir regulación introyectada si un grupo de referencia relevante respalda la actividad y si la persona se siente competente y

relacionada, pudiendo producir una regulación autónoma solo si apoyan la autonomía, y por lo tanto le permiten a la persona sentirse competente, relacionada y autónoma; las acciones extrínsecamente motivadas también pueden devenir en autodeterminadas cuando los individuos se identifican y asimilan plenamente su regulación. Por lo tanto, es a través de la internalización y de la integración que los individuos pueden estar extrínsecamente motivados y aún estar comprometidos y ser auténticos. El compromiso y la autenticidad reflejada en la motivación intrínseca e integrada en la extrínseca tienden a ser más evidentes cuando los individuos experimentan apoyo para la competencia, la autonomía y la necesidad de relacionarse. En el lado opuesto, se habla de la alienación y la falta de autenticidad y es relevante cuando hablamos de la baja adherencia a los tratamientos, lo que se traduce como una baja en la motivación intrínseca y un fracaso de la internalización. Para resolverlo, primero se atiende al contexto social inmediato y después a los ambientes del desarrollo para examinar el grado en el cual las necesidades están siendo o han sido frustradas, un fracaso en esta identificación contribuye a la alienación y al malestar (Deci & Ryan, 1985).

Motivación, violencia de pareja y consumo problemático de alcohol

La motivación es un factor importante para entender la interacción de las parejas románticas (Rodríguez et al., 2018). De acuerdo con la teoría de la autodeterminación, algunos aspectos de la violencia de pareja pueden ser vistos como intentos inefectivos de satisfacer las necesidades básicas (Neighbors et al., 2008). Las personas cuyas necesidades básicas han sido satisfechas tienden a estar autónomamente motivadas, por el contrario, aquellas cuyas necesidades han sido frustradas, tienden a una motivación más controlada. Aplicado al campo de la relación de pareja, se explica que las personas autónomamente motivadas a estar en su relación lo hacen por un deseo genuino de estar con su pareja, encontrando un significado y satisfacción inherente a la relación, por el contrario, la gente que está en su relación por razones de control, se maneja por algún tipo de presión interna o externa, pueden estar porque sienten culpa de terminar, tienen miedo de estar solos o sienten que la ruptura va a ocasionarles problemas con familiares y/o amigos (Rodríguez et al., 2018).

Se ha encontrado que la motivación para mantener la relación predice tanto la probabilidad como la frecuencia de la violencia de pareja (Øverup et al., 2017). Neighbors y colaboradores (2008) explican la relación entre la motivación y la violencia de pareja de la siguiente manera: los hogares en los cuales hay violencia de pareja son ambientes de control, coerción y uso de la fuerza, en los que no existe la decisión; la exposición crónica y repetida a ambientes con estas características contribuye al desarrollo de la orientación motivacional centrada en el control, los individuos que desarrollan una orientación más controlada tienen más problemas con la agresión y la reactividad emocional. De forma opuesta, los contextos que facilitan la decisión y el apoyo a la autonomía están asociados con resultados positivos, estos contextos proveen más oportunidad de decidir, mayor sentido de competencia, conocimiento de los propios sentimientos y las opciones disponibles, metas desafiantes pero alcanzables y explicaciones de la conducta con sentido. Los resultados positivos asociados con los ambientes que apoyan la autonomía incluyen afecto positivo, persistencia, competencia percibida, desempeño, motivación intrínseca y mejores resultados.

De acuerdo con Rodríguez y colaboradores (2018) a esta relación se le puede agregar un tercer factor: el consumo problemático de alcohol, de manera que la relación entre el consumo problemático de alcohol y la violencia de pareja varía en función del tipo de motivación que hace que el individuo se mantenga en la relación. Dicha relación se explica de la siguiente manera: los niveles altos de motivación autónoma y los niveles bajos de motivación controlada predicen menos respuestas defensivas asociadas con el conflicto (Øverup et al., 2017; Rodríguez et al., 2018). Particularmente, se ha encontrado que los bebedores problema autónomamente motivados controlan menos a su pareja, tienen mayor control sobre sí mismos (sobre su conducta), y, durante las situaciones de conflicto, cuentan con más estrategias adaptativas que mitigan la probabilidad de la violencia, siendo más propensos a ver el conflicto como una oportunidad de entender mejor la perspectiva de su pareja; así, la motivación autónoma es considerada un factor protector que modera la relación entre la violencia de pareja y el consumo problemático de alcohol (Øverup et al., 2017; Rodríguez et al., 2018). De forma opuesta, los bebedores problema controladamente motivados tienden a controlar a sus parejas, y son particularmente propensos a reaccionar

agresivamente en su contra, lo que posiciona a la motivación controlada como un fuerte y robusto indicador de desinhibición (Øverup et al., 2017; Rodríguez et al., 2018). Desde la perspectiva de un generador de violencia, el éxito en el control de su relación demuestra competencia y autonomía, insisten en controlar su ambiente y a su pareja de forma específica, lo cual es una estrategia desadaptativa para satisfacer la necesidad de autonomía. Las estrategias desadaptativas de los generadores de violencia para satisfacer la necesidad de relacionarse se manifiestan en esfuerzos por mantener la relación mediante la fuerza y la coerción (Neighbors et al., 2008). Las personas controladamente motivadas tienen expectativas menos flexibles acerca de la dinámica de la relación y tienden a justificar la violencia, reflejando un estado permanente de percepción de daño, lo que los lleva a responder defensivamente (Øverup et al., 2017). Además, la motivación controlada está asociada con la mejora relativa del individuo, pero no con la de su relación de pareja (Rodríguez et al., 2018), lo que explica por qué el modelo transteórico de cambio resulta eficaz para el individuo, pero no lo es así cuando se involucra a alguien más.

Finalmente, la gente con orientación impersonal no responde reactivamente a la agresión por su falta de motivación para reaccionar y por su necesidad percibida, pudiendo verse enganchada en conductas violentas como resultado de la incapacidad para manejar sus emociones. Puede ser que la desmotivación refleje una falta de intención que se asocie con un sentimiento de necesidad, lo que predice menos violencia, o que se asocie con pobre regulación emocional y falta de intención en la conducta, lo que sugiere más violencia como resultado de no ser apto para manejar las propias respuestas (Øverup et al., 2017).

Conclusiones

Dado que una intervención que se sostiene en la voluntad de los individuos para asistir, y en su motivación para detener la violencia incrementa la efectividad del tratamiento, reduce las altas tasas de abandono y garantiza resultados óptimos (Neighbors et al., 2008), y dado que solo de la motivación intrínseca surge el cambio genuino a través de la integración de los valores personales, se sugiere el desarrollo de intervenciones que incrementen la motivación autónoma para permanecer en pareja, reduciendo las conductas violentas y desadaptativas presentes en las relaciones románticas (Øverup et al., 2017), que

tomen como base la teoría de la autodeterminación, que resulta adecuada para promover e incrementar la motivación intrínseca genuinamente autónoma en generadores de violencia de pareja con consumo problemático de alcohol, que buscan cambiar su conducta y con ello alcanzar el bienestar no solo propio, sino de su pareja.

Estudio 1. Detección de necesidades de tratamiento

Objetivo general

Identificar las necesidades de tratamiento de los hombres mexicanos que consumen alcohol y que ejercen violencia de pareja.

Objetivos específicos

1. Categorizar las necesidades de tratamiento de los hombres mexicanos que consumen alcohol y que ejercen violencia de pareja.
2. Desarrollar los contenidos de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.
3. Diseñar y manualizar la intervención.

Hipótesis

Por tratarse de un estudio exploratorio, no hay hipótesis.

Características de los participantes

Criterios de inclusión: A) Ser hombre; B) Tener entre 18 y 65 años; C) Saber leer y escribir; D) Ser miembro de una relación heterosexual de pareja de al menos tres años de duración (tener intención manifiesta de mejorar la relación); E) Antecedentes de violencia de pareja al menos en los seis meses previos al estudio; F) No encontrarse en tratamiento para la violencia de pareja y/o el manejo de la ira; G) Historia de consumo de alcohol de al menos tres años.

Criterios de exclusión: A) Consumo de alguna sustancia diferente al alcohol (excepto nicotina); B) Encontrarse bajo el influjo de alguna sustancia al momento del procedimiento; C) Padecimiento(s) psiquiátrico(s) (referido[s] por el mismo participante en la entrevista).

Criterios de eliminación: A) Conducta agresiva hacia alguno de los participantes o hacia la investigadora durante el procedimiento; B) Participación nula o escueta durante el procedimiento (ausencia de comentarios en la discusión, así como centro en aportaciones irrelevantes para el estudio).

Procedimiento de muestreo, tamaño de la muestra y escenario

El muestreo fue no probabilístico mediante la técnica de bola de nieve (Otzen & Manterola, 2017); el reclutamiento se condujo vía redes sociales a través de *Facebook* y *WhatsApp*, mediante una campaña de marketing a pequeña escala. La muestra quedó conformada por 14 participantes divididos en tres grupos (seis, cinco y tres); reunidos en un municipio al norte del Estado de México, respetando cada una de las medidas de sanidad y prevención del contagio del virus por COVID-19 (detalladas más adelante en el procedimiento del estudio).

Instrumentos y herramientas de evaluación

Criterios de inclusión y exclusión

Objetivo: Características personales requeridas. Entrevista inicial (Echeverría et al., 2012). Entrevista para indagar acerca de la historia de vida y la historia personal de consumo, solo se consideraron los 34 reactivos iniciales, excluyendo los referentes al consumo de otras sustancias ajenas al alcohol; fueron agregados dos reactivos para evaluar la violencia de pareja generada.

Consumo de alcohol

Objetivo: Información acerca del consumo, nivel de dependencia. Prueba de Identificación del Trastorno por uso de Alcohol [*Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)] en su versión de entrevista. Original: Babor y colaboradores (1989). Objetivo: Permite identificar a las personas que tienen un consumo de alcohol problemático, ya sea por riesgos o daños a su salud, o por dependencia. Evalúa consumo peligroso (cantidad de consumo de bebidas alcohólicas), síntomas de dependencia y consumo nocivo (problemas físicos y sociales). Estructura: Se compone de 8 preguntas que van de: Nunca o No (0) a

Cuatro o más veces por semana o Diario o casi diario (4); de No (0) a Sí (4). Adaptación y validación en población mexicana: Medina-Mora y colaboradores (1998), la validación se llevó a cabo con 966 trabajadores de una empresa textil de cuatro turnos, con una media de edad de 24 años; 87% estudió la secundaria completa o menos. Se realizaron algunas modificaciones con la finalidad de que las preguntas fueran comprensibles para los trabajadores. Propiedades psicométricas: La correlación de cada reactivo con la escala total osciló entre 0.34 y 0.75. Se efectuó un análisis factorial con rotación oblicua y método de extracción de máxima verosimilitud (ML), el cual arrojó dos factores. Las dos últimas preguntas de la escala original tuvieron cargas factoriales menores a 0.40. El coeficiente de consistencia interna obtenido para la escala global fue de 0.83, y para las subescalas frecuencia-cantidad de 0.82 y consumo excesivo de 0.81. Se determinaron los puntos de corte de la prueba rápida para determinar niveles de riesgo: frecuencia-cantidad y consumo excesivo (3), y dependencia (5). Ejemplo de reactivos: ¿Qué tan frecuentemente toma bebidas alcohólicas?; Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?; Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

Grupos focales

Objetivo: Conducción de los grupos focales (obtención de información). Guía de preguntas para el grupo focal. Se trata de un formulario de cuatro preguntas guía para la conducción de los grupos focales, cuya finalidad es dirigir hacia la máxima obtención de información referente al fenómeno de estudio.

Objetivo: Calidad de la conducción de los grupos focales. Formato de evaluación del grupo focal. Es una herramienta en formato de lápiz y papel que integra una *checklist* compuesta por 11 ítems (*el lugar en dónde se llevó a cabo la reunión es adecuado en tamaño y acústica, el moderador permitió hablar a todos los asistentes, la reunión fue audio grabada, etc.*) y una pregunta abierta, con la meta de que el asistente de investigación evalúe el contenido y desarrollo de los grupos focales.

Tipo de estudio y Diseño

Estudio. Exploratorio. Diseño. Grupo focal: esta herramienta de investigación e instrumento de recolección de datos permite obtener información a profundidad acerca de la opinión de un grupo de personas sobre un mismo tema. El grupo focal es elegido sobre la entrevista a profundidad cuando el tema a tratar es controversial y se requiere el contagio grupal para obtener la mayor cantidad de información posible. Se trata de grupos de discusión, guiados por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con el objetivo de incitar actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones respecto a la temática abordada, que se expanden gracias al contexto grupal. El grupo focal se centra, más que en las respuestas, en las interacciones dentro del grupo que eliciten esas respuestas; es óptimo cuando el tema de investigación además de ser complejo incluye diversas variables. Permite descubrir la percepción de los participantes respecto a un comportamiento particular, así como sus reacciones, ideas y conductas hacia éste, ayudando a identificar necesidades no solo personales, sino comunitarias (Bonilla-Jiménez y Escobar, 2017).

Procedimiento

Desarrollo de la guía de preguntas para la conducción de los grupos focales

El desarrollo de la guía de preguntas para la conducción de los grupos focales se realizó en tres fases. Fase 1. Se creó una lluvia de ideas sobre las preguntas que podrían funcionar, las cuales fueron revisadas por un grupo de expertos en el área. Fase 2. Las preguntas seleccionadas por los expertos fueron agrupadas en dos guías diferentes para proceder a seleccionar la que resultara mejor, tanto conceptual como gramaticalmente. Fase 3. La guía fue sometida a un piloteo con el grupo objetivo, para ello, fue plasmada en un formulario de la aplicación *Google Forms* y distribuida en redes sociales (*WhatsApp* y *Facebook*). En dicho formulario no se solicitó ningún dato sociodemográfico, solo se incluyeron dos preguntas cuyo objetivo fue filtrar a los participantes: ¿consumes alcohol? y ¿has tenido problemas con tu pareja por tu consumo de alcohol?, ambas dicotómicas y cuya respuesta debía ser afirmativa para poder responder el cuestionario.

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la tercera fase. El formulario de opinión acerca de la guía de preguntas para los grupos focales se tituló: “*Hombres construyendo relaciones positivas de pareja ¿Tú qué opinas?*”. El enlace para responder el formulario fue habilitado durante 4 días (del 4 al 8 de agosto del 2020), y fue respondido por 58 personas. La guía se dividió en cinco secciones (cada una con tres preguntas) correspondientes a cada una de las cuatro preguntas de la guía (apertura, inducción, transición y clave), exceptuando la pregunta de cierre y añadiendo una quinta sección referente a la factibilidad del estudio (con una pregunta) (anexo 1).

Sección 1. Pregunta 1. ¿Por qué quieres mejorar la relación con tu pareja?

- I. ¿Entendiste la pregunta? Con dos opciones de respuesta: SI y NO
 - El 96.6% (56 personas) respondió afirmativamente.
- II. Si tu respuesta fue SI, ¿qué entendiste que tienes que contestar? Respuesta abierta.
 - Las respuestas se clasificaron en seis categorías (las categorías fueron generadas arbitrariamente por la investigadora en cada una de las secciones):
 - Entendió la pregunta: 26 (“*Decir las razones por las que me gustaría mejorar mi relación*”).
 - Respondió narrando su experiencia: 15 (“*Porque quisiera que tengamos una mejor relación para futuro*”).
 - Respondió opinando: 7 (“*Que siempre existen problemas, ya sea por motivos del alcohol, y por los motivos de la convivencia de pareja y si existe alguna ayuda para mejorar es bienvenida*”).
 - Entendió algo relacionado con la pregunta: 7 (“*Si veo viable mejorar la relación de pareja*”).
 - Entendió algo absolutamente diferente: 1 (“*Quieren saver mi opinion acerca de cuatro preguntas sobre que ingredientes deve tener una terapia*”).
 - No entendió: 2.
 - Dado que las 15 personas que respondieron narrando su experiencia lo hicieron lógicamente, indicando que entendieron la pregunta, al igual que los

7 que respondieron con su opinión, resultó un 82.75% (48) de personas que entendieron, contra el 96.6% que había dicho que sí.

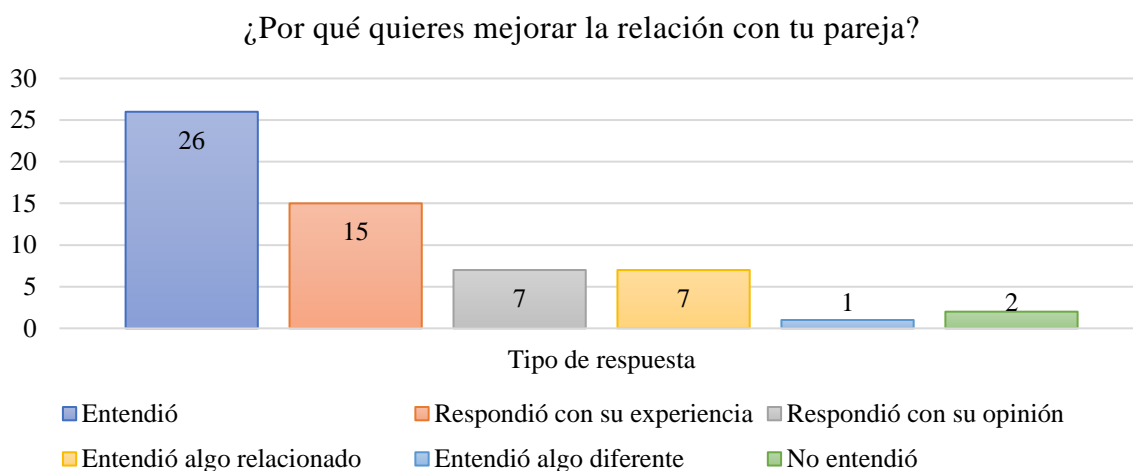


Figura 2

Categorías de respuesta resultantes de la pregunta II sección I

- III. Piensa en tus amigos, ¿cómo les preguntarías tú, por qué quieren mejorar la relación con su pareja? Respuesta abierta.
 - Las respuestas se clasificaron en siete categorías:
 - Propuso una pregunta: 19 (*“Hermano de todo lo q me has contado; cual seria la razon mas importante de querer tener una mejor relacion con tu pareja!!”*).
 - Propuso una pregunta que no se dirige al objetivo: 30 (*“Qué broncas tienes con tu novia que quieres arreglar?”*).
 - Propone algo, pero no pregunta: 4 (*“Primero preguntaria si quieren hacerlo”*).
 - Aconseja: 1 (*“Por que no tratas de hablar con tu pareja sin interrupciones, tu hablas ella habla, y al final lleguen un acuerdo”*).
 - Entendió algo absolutamente diferente: 2 (*“. Que onda compadre todo bien en casa. en la mia pues la fiera ya no aguanta mi mi tomadera y pues ya quiero andar bien con la fiera”*).
 - No entendió: 1.
 - No les preguntaría: 1.

- El cambio principal radicó en añadir a la pregunta los términos *razones o motivos*, resultando en *¿Cuáles son los motivos / las razones que tienes para mejorar la relación con tu pareja?*

Sección 2. Pregunta 2. ¿Qué hacen tú y tu pareja, que provoca que a veces su relación sea mala?

- I. ¿Entendiste la pregunta?
 - El 100% (58) respondió que SI.
- II. Si tu respuesta fue SI, ¿qué entendiste que tienes que contestar?
 - Las respuestas se clasificaron en tres categorías:
 - Entendió la pregunta: 39 (*“La pregunta hace referencia a cuáles son las situaciones frecuentes que desencadenan un conflicto, un desgaste o una situación de violencia entre la pareja”*).
 - Respondió narrando su experiencia: 16 (*“Somos intolerantes y perdemos el control de nuestras emociones, haciendo berrinches, gritando o ignorando a la otra persona. Dejando de lado la opción de hablar de manera pacífica para solucionar nuestros problemas”*).
 - Entendió algo relacionado con la pregunta: 3 (*“Hay conflictos entre los dos por lo cual la relación no funcione”*).
 - Los 16 que respondieron narrando su experiencia, lo hicieron de forma coherente, lo que indica que sí entendieron la pregunta. Si sumamos, obtenemos un total de 55 personas (95%) que entendieron, contra el 100% que había dicho que sí.

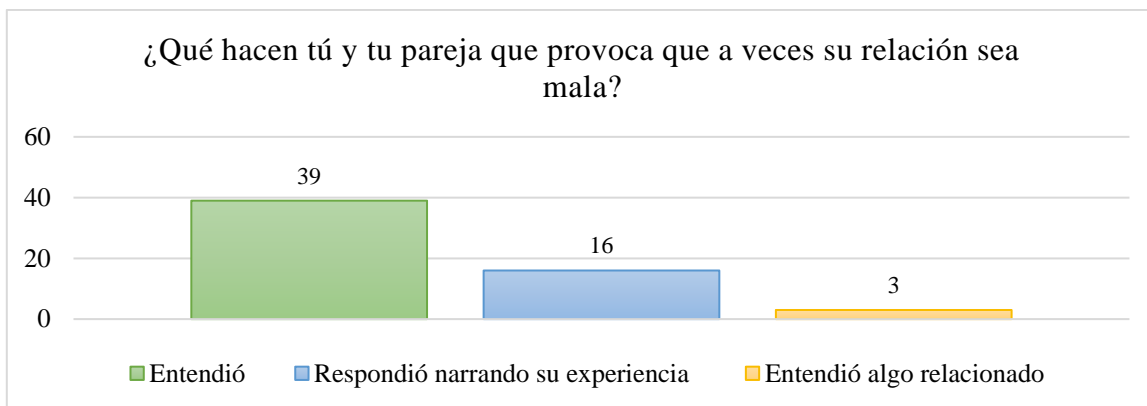


Figura 3

Categorías de respuesta resultantes de la pregunta II sección 2

- III. Escribe como les preguntarías tú lo mismo a los hombres con los que te llevas bien, es decir, ¿qué pregunta les harías tú para saber qué hacen ellos y sus parejas que provoque que a veces su relación sea mala?
 - Las respuestas se clasificaron en cuatro categorías:
 - Propuso una pregunta: 21 (*“Mira ya sin rodeos y la verdad que es lo que hacen que tengan malos ratos y peleas y porque lo hacen?”*).
 - Propuso una pregunta unilateral: 20 (*“Pues para que haya problemas tiene que haber dos y seguro cada uno lleva su parte, cuenta ¿que haces tu para que existan problemas?”*).
 - Propuso una pregunta con diferente objetivo: 15 (*“¿Qué acciones o actitudes tienes en determinadas situaciones y qué crees que podrías hacer para comunicarte mejor?”*).
 - No les preguntaría: 2.
 - Las preguntas unilaterales se pueden complementar, haciéndolas válidas y resultando en 41 propuestas. Los términos: causa, acciones y peleas, aparecen con frecuencia, la nueva pregunta quedó de la siguiente manera: *¿Cuáles son las acciones tuyas y de tu pareja que causan peleas entre ustedes?*

Sección 3. Pregunta 3. ¿Cómo piensas que el alcohol perjudica tu relación de pareja?

- I. ¿Entendiste la pregunta?

- El 96.6% (56) dijo haber entendido la pregunta.
- II. Si tu respuesta fue SI, ¿qué entendiste que tienes que contestar?
 - Las respuestas se clasificaron en tres categorías:
 - Entendió la pregunta: 36 (“El factor del alcohol como coadyuvante de un deterioro en la relación de pareja”).
 - Respondió narrando su experiencia: 13 (“He notado o me han dicho que cuando tomo, adopto ciertos comportamientos...”).
 - Entendió algo relacionado con la pregunta: 9 (“El alcohol trastorna en entendimiento, inhibe el buen juicio y hace daño física y mentalmente”).
 - Los 13 que respondieron con su experiencia, lo hicieron lógicamente, entendieron la pregunta. Resultando 49 (84.48%) personas que entendieron, contra 56 (96.6%) que habían dicho que sí.

¿Cómo piensas que el alcohol perjudica tu relación de pareja?

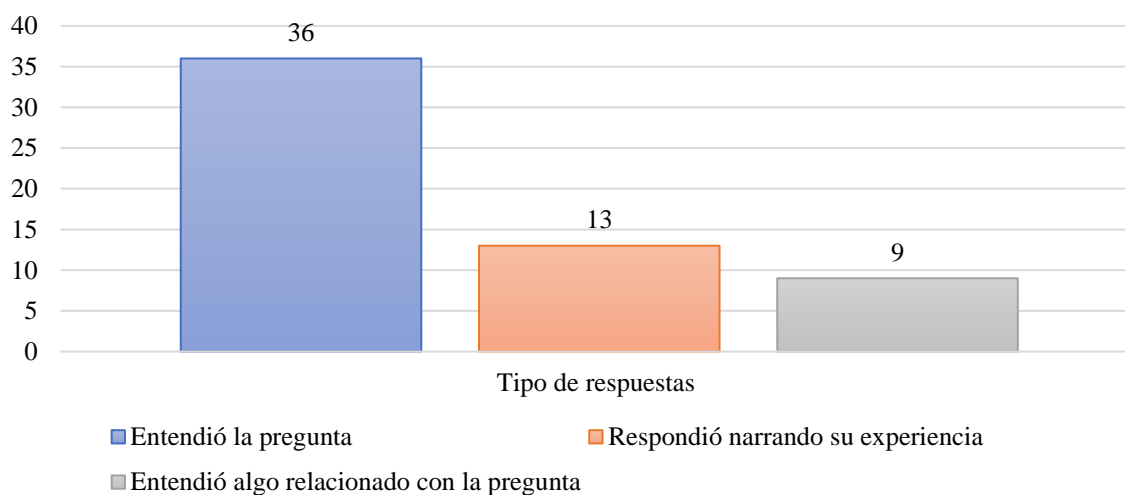


Figura 4

Categorías de respuesta resultantes de la pregunta II sección 3

- III. Escribe qué pregunta les harías tú a los hombres a los que les tienes confianza para que te dijeran cómo piensan que el alcohol perjudica su relación de pareja. Imagina que estás con ellos y haz la pregunta cómo se te ocurra.
 - Las respuestas se clasificaron en seis categorías:

- Propuso una pregunta: 24 (“*Wey, ¿crees que tomar afecta la relación que tienes con tu novia? ¿Por qué?*”).
 - Propuso una pregunta que no se dirige al objetivo: 2 (“*Has una lista de lo que has perdido a causa del alcohol. ¿Sabes que tienes una enfermedad llamada alcoholismo y que esta afecta a tu familia?*”).
 - Propuso una pregunta de respuesta cerrada: 26 (“*¿El alcohol te ha provocado conflictos con tu pareja?*”).
 - Aconseja: 3 (“*Deja de tomar cabrón, ya perdiste tu matrimonio por borracho*”).
 - Entendió algo absolutamente diferente: 2 (“*Cómo podía dejar el alcohol para ya no tener problemas con las pareja*”).
 - No entendió: 1.
- Las preguntas de respuesta cerrada funcionan si se les agrega ¿por qué? o ¿cómo?, resultando en 50 preguntas funcionales. En general se agrega el término *problemas*, resultando en *¿Qué problemas de pareja tienes a causa del alcohol?*

Sección 4. Pregunta 4. Para la pregunta 4 tenemos dos opciones: A) ¿Qué necesitas para mejorar la relación con tu pareja?; B) ¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja?, necesitamos que nos digas:

- I. ¿Cuál te parece mejor?
 - El 67.2% (39) eligió la pregunta B) ¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja? Estos participantes tendieron a ser quienes tuvieron mayor comprensión de las preguntas en general, mientras que la pregunta A) ¿Qué necesitas para mejorar la relación con tu pareja?, fue elegida en su mayoría por aquellos que respondían narrando su experiencia (32.8%).
- II. Piensa en la pregunta que elegiste, ¿qué entendiste que tienes que contestar?
 - Las respuestas se clasificaron en tres categorías:
 - Entendió la pregunta: 34 (“*Acciones propias para mejorar en una relacion*”).

- Respondió narrando su experiencia: 22 (*“Improve on communication and build more trust”*).
 - Entendió algo absolutamente diferente: 2 (*“La segunda pregunta es mas inclusiva mucha gente no sabe que necesitas pero todos podemos pensar lo que podemos hacer para mejorarla”*).
 - Dado que las 22 preguntas respondidas con experiencia personal arrojaron respuestas lógicas, se considera que la pregunta fue entendida, sumando 56 (96.6%) personas que sí entendieron la pregunta.
- III. Recuerda la pregunta que elegiste, ¿cómo le preguntarías lo mismo a los hombres que conoces? Usa tus propias palabras.
 - Las respuestas se clasificaron en cinco categorías:
 - Propuso una pregunta: 44 (*“Al chile, ¿Que harías tú para mejorar la relación con tu pareja? ¿Cambiarías algo, dejarías de hacer ciertas cosas?”*).
 - Propuso una pregunta que no se dirige al objetivo: 8 (*“¿Haz pensado si tú pareja se siente feliz contigo?”*).
 - Aconseja: 3 (*“Si quieres a tu pareja, que necesitas y que esperas para hacerlo y no perderla”*).
 - Entendió algo absolutamente diferente: 2 (*“Si ellos tienes unas enseñanza o consejo que me puedan dar para no tener más problemas con mi pareja”*).
 - No les preguntaría: 1.
 - En general, las preguntas propuestas se orientan a cosas que la persona puede hacer con el fin de mejorar su relación, por lo cual la pregunta se mantiene igual: *¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja?*

Sección 5. Pregunta adicional acerca de la factibilidad de la investigación.

- I. Una última cosa, ¿si te invitarán a participar en una terapia psicológica para mejorar tu relación de pareja, aceptarías tomarla?

- El 89.7% (52) dijo que SI, contra el 10.3% (6) que dijo que NO. Lo cual, nos da un buen indicador acerca de la disposición de los hombres para participar en la intervención.

Una vez que la guía fue reformulada con base en los resultados del piloteo con el grupo objetivo, se procedió a conformar el formato final (anexo 2).

Conducción de los grupos focales

Antes de dar por iniciado el reclutamiento de los participantes, el estudio fue sometido a revisión por parte del comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y aprobado (anexo 3). Debido a la pandemia por COVID-19, el reclutamiento de los participantes para los grupos focales se retrasó y sufrió una modificación, pasando de ser mediante la distribución de carteles a una distribución vía digital en grupos de la asociación de Alcohólicos Anónimos creados en las plataformas de *WhatsApp* y *Facebook* (anexo 4), esta difusión inició el 20 de marzo del 2021 y concluyó el 28 del mismo mes, con una publicación diaria.

Una vez que los interesados contactaban a la investigadora, se les explicaba el objetivo general del estudio, la forma en que la entrevista se iba a conducir (duración y objetivo) y se agendaba una cita en el horario que a ellos les resultara conveniente para realizar la entrevista diagnóstica. La entrevista diagnóstica fue conducida presencialmente, de manera individual con cada uno de los participantes, la duración de ésta se mantuvo entre 60 y 90 minutos. Cada una de las entrevistas se condujo bajo el mismo procedimiento: A) Explicación general del objetivo del estudio (en dónde se preguntó a cada uno de los participantes si estaban dispuestos a participar en un grupo focal presencial con un horario preestablecido); B) Firma del formato de consentimiento informado (anexo 5); C) Aplicación de la entrevista semiestructurada; D) Aplicación del AUDIT; E) Cierre de la entrevista con un resumen; F) Elección del horario del grupo focal en el cual les gustaría participar y de un seudónimo con el cual serían llamados en el grupo. Además, se pidió a cada uno de los participantes que proporcionaran un número telefónico de contacto con la finalidad de poder avisarles acerca de cualquier eventualidad. En el periodo que va del 29

de marzo al 9 de abril del 2021, la investigadora realizó un total de 19 entrevistas, las cuales implicaron a 18 participantes que cumplieron los criterios de inclusión para participar en el estudio y fueron asignados al grupo focal en la fecha y horario de su elección. El participante que no cubrió los criterios de inclusión fue referido a los centros de atención psicológica del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y con un psicólogo privado que cubría sus criterios económicos.

Se condujeron tres grupos focales entre el 11 y el 18 de abril del 2021, en el municipio de Tultepec Estado de México. Se consideró y discutió con los participantes la posibilidad de conducir las reuniones de manera no presencial mediante el uso de plataformas digitales, sin embargo, todos los participantes manifestaron su desacuerdo por diferentes razones (no contar con acceso a internet en casa o con un plan de datos, no saber utilizar las plataformas digitales, no querer ser escuchados por su familia durante la sesión, preferir la interacción “cara a cara”). Ante la situación planteada, las sesiones presenciales se condujeron bajo cada una de las normas sanitarias (semáforo naranja-amarillo, uso de desinfectante, cubrebocas, participantes espaciados 1.5 metros entre sí, servicio de alimentos con higiene, espacio abierto, uso de gel antibacterial), de la siguiente manera: conforme cada uno de los participantes fue ingresando al espacio, se les aplicó desinfectante en rociador, gel antibacterial, se les proporcionó un cubrebocas y su gafete con el seudónimo de identificación que hubieran elegido en la entrevista diagnóstica y se les pidió lavaran sus manos antes y después de ingerir los alimentos, y antes de retirarse del espacio de la reunión.

De los ocho participantes elegibles para el primer grupo, dos cancelaron (uno de ellos era positivo a COVID-19, y el otro decidió retirarse del estudio), ambos firmaron vía digital la carta de revocación del consentimiento informado. La sesión tuvo una duración de dos horas con veintisiete minutos. Se explicó nuevamente el objetivo general del estudio y la forma en la cual se iba a conducir la sesión, se leyó en voz alta el formato de consentimiento informado haciendo énfasis en la importancia de la audio grabación de la sesión y en la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento (no hubo dudas ni comentarios), posterior a esto, se les invitó a firmar el formato (procedimiento seguido

también en los dos grupos posteriores), y se dio inicio formal al grupo focal mediante la lectura de la parte introductoria de la guía (momento en el cual se inició la audio grabación), a lo cual siguió la lectura y discusión de las tres primeras preguntas; se abrió un espacio de 20 minutos para que los participantes tomaran algún alimento de los que se ofrecieron. La sesión reinició con la lectura de la pregunta restante y el cierre mediante el resumen, para finalizar, se agradeció a cada uno de los participantes su asistencia, se les preguntó cuántos de ellos estarían interesados en participar en una intervención psicológica para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y la violencia de pareja, y se les entregó un regalo como reconocimiento por su participación que consistió en una botella para agua y una mochila, ambas con frases alusivas al estudio (anexo 6). Derivado del análisis respecto a la conducción del primer grupo focal hecho por el evaluador (anexo 7), en los dos grupos siguientes se decidió imprimir las preguntas en hojas para rotafolio, con el objetivo de presentarlas al tiempo que se iba discutiendo cada una de ellas, permitiendo así que los participantes tuvieran la pregunta vigente, situación que resultó altamente efectiva pues permitió mayor flujo en la conversación.

De los siete participantes previamente entrevistados para el segundo grupo focal, cinco confirmaron (un participante pidió retirarse porque salía de la ciudad la semana en la que se iba a conducir el grupo y el otro dijo que prefería no continuar, ambos firmaron la carta de revocación del consentimiento informado). La sesión tuvo una duración de dos horas con cuarenta y dos minutos y fue conducida bajo el mismo procedimiento del primer grupo. En el tercer grupo focal participaron las tres personas interesadas, la sesión duró dos horas con treinta y ocho minutos, y se dirigió bajo el mismo procedimiento que en los grupos anteriores. La conducción de los tres grupos focales se llevó a cabo sin contratiempos o incidencias, y se apoyó con la evaluación de un profesional.

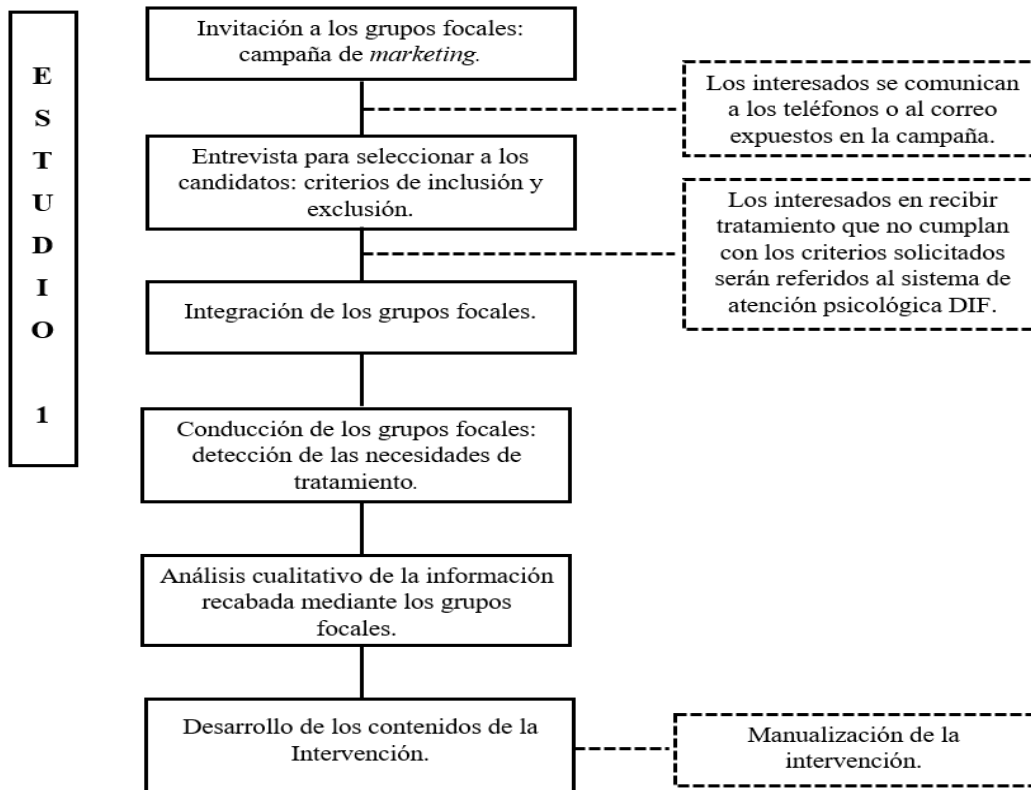


Figura 5

Procedimiento del Estudio 1. Detección de necesidades de tratamiento

Análisis de datos

El análisis cualitativo de los datos se realizó con el objetivo de generar categorías con la información obtenida mediante los grupos focales, que permitieran desarrollar los contenidos del programa de intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”. El diseño elegido para el desarrollo de este estudio y del análisis de la información derivada de la conducción de los tres grupos focales fue el de teoría fundamentada.

La teoría fundamentada originalmente planteada por Barney Glaser y Anselm Strauss en 1967, tiene el objetivo principal de producir una teoría que emerja del proceso de recolección y análisis de los datos (Glaser & Holton, 2004; Glaser & Strauss, 2017; Hernández et al., 2014; Páramo, 2015; Gaete, 2014). Esta teoría debe ser capaz de explicar

lo que sucedió en el pasado, predecir lo que puede suceder en el futuro e interpretar lo que sucede en el presente (Gaete, 2014).

El proceso de análisis recorre tres fases; la primera fase es la codificación abierta, cuya meta es agrupar incidentes (que se refieren a cualquier tipo de dato recabado por ser importante para la investigación) con características comunes bajo una etiqueta/código que los represente. Estos códigos pueden ser en vivo (datos tomados en bruto acerca de lo que dijo/hizo el participante), o derivados de una construcción sociológica (producto del significado que el investigador asigna al incidente/dato), proceso llamado codificación; el siguiente paso consiste en la generación de categorías que agrupen varios códigos con características similares. La segunda fase dentro del análisis de datos cualitativos bajo el diseño de teoría fundamentada es la codificación axial, hasta este momento todos los incidentes se encuentran codificados y agrupados dentro de categorías que los representan, de manera que el siguiente paso es establecer las relaciones existentes de acuerdo con lo postulado por los participantes y el análisis del investigador, entre categorías y subcategorías o códigos. Lo primero es extraer las propiedades de cada categoría y ahondar en el fenómeno al que ésta hace referencia, para poder establecer las relaciones entre la categoría y los códigos o subcategorías que agrupa; posteriormente seleccionamos aquellas categorías que estén apareciendo como principales de acuerdo con su interrelación con los códigos, frecuencia e importancia para explicar el fenómeno. Finalmente, se buscan las claves necesarias que ayuden a relacionar las categorías principales entre sí, para lo cual ayuda la matriz condicional/consecuencial, una tabla de contingencias cruzadas que requiere que en las filas se coloquen las condiciones (detonantes) causales, intervinientes y contextuales que crean las situaciones que dan origen al fenómeno; en los recuadros de contingencia van las acciones/interacciones que se refieren a las respuestas realizadas por los participantes ante dichas condiciones; y en las filas están las consecuencias positivas y negativas de las acciones/interacciones ante su respectiva condición. Una vez identificadas las condiciones, acciones/interacciones y consecuencias del fenómeno bajo estudio, se ubica el problema en una perspectiva micro y macro observacional y analítica. La tercera y última fase del análisis es la codificación selectiva, la cual permite unificar todas las categorías (previamente analizadas en la matriz), en torno a una sola, la categoría central o

nuclear, ésta es la que representa de manera exhaustiva al fenómeno de estudio, y será el punto de partida de la propuesta teórica derivada de los datos. La categoría central es identificable porque se relaciona con todas las demás categorías de manera lógica, lo que permite el crecimiento de su profundidad y poder explicativo acerca de las variaciones del fenómeno.

Una vez que se identifica la categoría central, se estructura formalmente la teoría explicando detallada, aunque concisa, económica y parsimoniosamente, la relación de la categoría central con todas las demás, y la forma en que ésta explica el fenómeno señalando la amplitud del campo de aplicación de la nueva teoría propuesta, lo que permite ir generando hipótesis (Glaser & Holton, 2004; Glaser & Strauss, 2017; Hernández et al., 2014; Páramo, 2015; Gaete, 2014). En este punto es importante resaltar que la teoría no surge de los datos propuestos previamente en otras investigaciones, surge de los datos/incidentes recabados y analizados en el estudio, así, la teoría previa solo es una fuente más de contrastación de información (Glaser & Holton, 2004; Glaser & Strauss, 2017).

Resultados (características de los participantes)

Antes del análisis de los resultados obtenidos a través de los grupos focales y con el objetivo de analizar las características sociodemográficas, la salud física, la situación laboral y la historia de consumo de los participantes, se realizó un análisis de frecuencias con el paquete estadístico SPSS (versión 22).

Los grupos focales quedaron integrados por 14 participantes con una media de edad de 44 ($sd=15$); ninguno cambió de residencia en el último año previo al estudio. La media de años de consumo excesivo fue de 26 años, la de consumo problemático fue de 15. Once de los participantes dicen haber intentado dejar de beber muchas veces y tres lo han hecho pocas. De los 9 participantes con historia de abstinencia, tres lo han conseguido porque han “jurado”, los demás lo han hecho por reflexión en cuanto a la familia y/o la salud, los resultados se presentan en las tablas 1, 1.1 y 1.2.

Tabla 1*Características sociodemográficas de los participantes*

Características sociodemográficas		
Edad		44 (<i>sd</i> =15)
Escolaridad	Primaria	Frecuencia 6
	Secundaria	5
	Bachillerato	2
	Licenciatura	1
Estado civil	Casado	6
	Unión libre	8
Situación de cohabitación	Vive con su pareja e hijos	7
	Vive con su pareja, hijos y padres/suegros	4
	Vive con su pareja	3
Estatus de la vivienda que habita	Casa propia	6
	Casa rentada	5
	Casa prestada	3
Economía	Ingreso anual estimado	Cantidad \$157000 (<i>sd</i> =50000)
Situación laboral	Trabajo de tiempo completo	Frecuencia 6
	Trabajo ocasional	3
	Trabajo independiente	3
	Jubilado	2
Actividad	Comercio	4
	Música	4
	Transporte	3
	Empleado/obrero	2
	Restaurante/bar	1
	Jardinería	1

Tabla 1.1*Características de la violencia de pareja generada y de la conducta de consumo de alcohol*

Características de la violencia de pareja		
		Frecuencia
Percepción acerca de la gravedad de la violencia de pareja generada	Realmente grave	7
	Grave	4
	Muy grave	1
	Un poco grave	1
	Absolutamente nada grave	1
Características del consumo de alcohol		
Nivel de dependencia (AUDIT)	Sin dependencia	4
	Dependencia baja	2
	Dependencia moderada	1
	Dependencia grave/alta	7
Percepción acerca de la gravedad del consumo de alcohol	Un gran problema	12
	Un problema pequeño	1
	No es un problema	1
Ingreso económico anual dirigido al consumo	Entre el 5% y el 39%	1
	Entre el 40% y el 60%	4
	80%	3
	100%	2
Periodos de abstinencia	Ninguno	5
	Entre 1 y 6 meses	3
	Entre 1 y 3 años	3
	Más de 5 años	1
	Más de 15 años	1
Historia de tratamientos para el consumo de alcohol	Si (AA)	4
	No	10
Bebida alcohólica de preferencia	Cerveza	10
	Destilados	3
	Pulque	1
Actividades relacionadas con el consumo de alcohol	Práctica deportiva	6
	Asistencia a fiestas/bares	4

Tabla 1.2*Daños causados por el consumo de alcohol y otras características de importancia*

Daños causados por el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses previos al estudio		
Problemas de salud	Si	5
	No	9
Situación de desempleo	Si	3
	No	11
Días sin laborar	Si	10
	No	4
Empleos perdidos	Si	4
	No	10
Ingresos al hospital	Si	4
	No	10
Detenciones	Si	2
	No	12
Otras características de importancia		
		Frecuencia
Percepción de apoyo social para modificar los hábitos de consumo de alcohol	La familia y los amigos incitan al consumo	9
	Los amigos incitan al consumo	1
	Ni la familia ni los amigos son fuente de apoyo	11
	Tanto la familia como los amigos son fuente de apoyo	2
	La familia es fuente de apoyo	1
Satisfacción con el estilo de vida	Satisfecho	5
	Muy satisfecho	4
	Insatisfecho	3
	Inseguro al respecto	2
Razones para participar en el grupo focal	Tener una buena relación de pareja	7
	Bienestar familiar (recuperar a la familia)	7

Posterior al análisis de frecuencias se realizaron varios análisis de correlación, con el estadístico rho de Spearman (dado el nivel de medición de las variables) entre la gravedad de la violencia generada hacia la pareja y el nivel de dependencia al alcohol, la edad, la escolaridad, el estado civil y la satisfacción con la vida; sin encontrar asociación alguna. Después se realizaron los mismos análisis de correlación con la variable nivel de dependencia y la edad, la escolaridad, el estado civil, la satisfacción con la vida, el haber acudido a tratamiento, el apoyo percibido, el número de días sin laborar debido al consumo, así como el número de empleos perdidos, el de hospitalizaciones y el de arrestos, el número de años de consumo, la percepción del problema, los intentos por dejar de beber y el periodo de abstinencia dado en meses.

Los hombres con los niveles de dependencia más altos tienen los niveles de escolaridad más altos también, contrario a lo reportado en la literatura, lo cual, requirió de un análisis acerca de la ocupación de los participantes, quienes trabajan dentro de agrupaciones en eventos sociales, en los cuales el alcohol es un componente principal. Además, son quienes viven en unión libre, laboran menos días al año, pierden empleos y son hospitalizados con mayor frecuencia, han acudido a pocos o a ningún tratamiento para el consumo de alcohol, perciben menos apoyo para modificar sus hábitos de consumo y cuyos periodos de abstinencia son cortos e incluso inexistentes (tabla 2).

Tabla 2

Asociaciones entre el nivel de dependencia al alcohol, la percepción acerca de la gravedad de la violencia de pareja generada y los factores clínicos y sociodemográficos de los participantes

Correlaciones positivas		
Nivel de dependencia	Escolaridad (actividad)	$r=0.576; p=0.031$
	Estado civil	$r=0.601; p=0.023$
	Número de días sin laborar	$r=0.739; p=0.003$
	Número de empleos perdidos	$r=0.585; p=0.028$
	Número de ingresos al hospital	$r=0.595; p=0.025$
Correlaciones negativas		
Nivel de dependencia	Número de tratamientos previos	$r=-0.849; p=0.000$
	Apoyo percibido	$r=-0.577; p=0.031$
	Duración del periodo de abstinencia más largo en meses	$r=-0.704; p=0.005$
Sin correlación		
Nivel de dependencia	Percepción acerca de la gravedad de la violencia de pareja generada	$r=-0.488; p=0.077$
	Edad	$r=-0.442; p=0.114$
	Satisfacción con el estilo de vida	$r=0.396; p=0.161$
	Detenciones	$r=0.383; p=0.177$
	Número de años consumiendo	$r=-0.184; p=0.530$
	Percepción acerca de la gravedad del consumo de alcohol	$r=-0.061; p=0.837$
	Número de intentos por dejar de consumir	$r=-0.234; p=0.421$
Percepción acerca de la gravedad de la violencia de pareja generada	Edad	$r=0.336; p=0.241$
	Escolaridad	$r=-0.319; p=0.266$
	Estado civil	$r=-0.134; p=0.647$
	Satisfacción con el estilo de vida	$r=-0.258; p=0.372$

Fase 1 de análisis. Codificación abierta

Identificación de incidentes. El análisis de los incidentes/datos fue hecho mediante la técnica de escrutinio, tomando en consideración la frecuencia/repetición de cada incidente relevante para el fenómeno de estudio. El texto completo derivado de la transcripción de la conducción de los tres grupos focales fue analizado de la siguiente manera: a) por grupo (resultando tres grupos); b) por tema (pregunta; derivando en cuatro preguntas por grupo); c) por participante (con un número variable: seis en el primer grupo, cinco en el segundo y tres en el tercero). El análisis se hizo subrayando en un documento de texto (*Word*): a) los incidentes relevantes para la pregunta (los que la respondían); b) los incidentes relevantes que no respondían a la pregunta/tema dentro del cual estaban, pero sí respondían a otra; y c) los incidentes relevantes para explicar el fenómeno, pero sin relación directa con ningún tema; todos separados por color de acuerdo con cada una de estas tres propiedades y participante al cual pertenecían. Estos incidentes fueron vaciados en una base de datos (*Excel*) nombrada *identificación de incidentes (II)*. Se abrió una hoja para cada participante, misma que fue nombrada con el número de grupo del participante y el seudónimo que cada uno había elegido, lo cual facilitó la identificación de pertenencia de los datos: *G2 (grupo focal 2) Rocket (seudónimo del participante)*. Se asignó una columna a cada una de las cuatro preguntas, y en las filas correspondientes a cada pregunta se colocaron solo los incidentes que respondían a la pregunta en cuestión (los otros dos tipos de incidentes se dejaron pendientes).

Codificación de incidentes. Para codificar los incidentes, se retomó la base de datos II, se generó una nueva base de datos denominada *codificación abierta por tema (CAT)*, en la que se abrió una hoja para cada pregunta, hojas que fueron nombradas con el número de la pregunta a la que hacían referencia (*PREGUNTA 1*). Para cada pregunta las columnas fueron nombradas con códigos que iban emergiendo de la lectura de los incidentes de la base de datos II, sin asignar los incidentes a estos códigos aún. Una vez que cada pregunta tenía códigos, se hizo una segunda lectura de los incidentes, en la cual los incidentes fueron asignados a los códigos correspondientes y separados por participante. Dado que, como ya se mencionó, tras la identificación de incidentes se observó que algunos de estos eran importantes, pero estaban contenidos en temas/ preguntas diferentes a los que les

correspondía, se decidió generar una tercera base de datos denominada *codificación abierta en texto* (CATx). Para esto, se tomaron los elementos subrayados con diferente color para cada participante de la fase de identificación de incidentes y, en una base de estructura idéntica a la base CAT se fueron agregando los incidentes a dónde pertenecían. Además, se generó un nuevo código nombrado adicional (con una función similar al de la categoría miscelánea), en el cual se agruparon las incidencias importantes para explicar el contexto del fenómeno (por su frecuencia y relación con otros códigos), pero no relevantes para ninguna de las preguntas/temas, todo separado por grupo y por participante, pero integrado en la misma base.

Pregunta 1. ¿Cuáles son los motivos o las razones que tienen para mejorar la relación con su pareja? Considerada la pregunta de apertura, su objetivo fue introducir a los participantes de los grupos focales hacia la motivación para generar un cambio en la relación de pareja. Tras la codificación abierta las incidencias fueron agrupadas en diez códigos: bienestar en pareja, bienestar personal, bienestar de los hijos, agradecimiento/retribución a la pareja, amor por la pareja, arrepentimiento por el comportamiento con la pareja, miedo a la soledad e intención de recuperar a la familia, cambio/mejora personal, búsqueda de un cambio general y aumento de los problemas en casa.

Pregunta 2. ¿Cuáles son las acciones tuyas y de su pareja que causan peleas entre ustedes? La pregunta dos se empleó como pregunta de transición, y se usó con el propósito de averiguar si la conversación se dirigía hacia el consumo de alcohol como uno de los factores influyentes en el desarrollo de los problemas de pareja. La pregunta al ser general y no sesgada hacia el consumo abrió la posibilidad de indagar abiertamente las acciones de pareja causantes de los problemas. Las incidencias reportadas en esta pregunta hicieron surgir 17 códigos: celos, control/demanda afectiva, desconfianza, infidelidad, dinero, machismo, consumo de alcohol, ausencia del hogar (falta de atención a la familia), comunicación, manejo emocional (control de la ira/agresión/violencia física), violencia psicológica, violencia sexual, falta de empatía/apoyo, falta de cariño/amor, agresión reactiva, irresponsabilidad/mentiras y cuidado de los hijos/casa.

Pregunta 3. ¿Qué problemas con su pareja tienen a causa del alcohol? Esta pregunta desempeñó el papel clave, permitió ir a fondo para indagar las conductas que se ven facilitadas por el consumo de alcohol y que causan los problemas de pareja. De las respuestas a esta pregunta surgieron 12 códigos: infidelidad, desconfianza, dinero, machismo, daños asociados al consumo, ausencia del hogar (falta de atención a la familia), comunicación, manejo emocional (control de la ira/agresión/violencia física), violencia psicológica, separación/divorcio, cuidado de los hijos/casa e irresponsabilidad/mentiras.

Pregunta 4. ¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja? Esta pregunta fue empleada como cierre. Su objetivo fue identificar lo que cada uno de los participantes pensaba que podía funcionar para mejorar su relación o lo que les había funcionado anteriormente. Las respuestas a esta pregunta fueron agrupadas en 12 códigos: comunicación y escucha efectiva; manejo emocional, control de la ira, cese de la agresión y la violencia física; respeto, amor y tiempo hacia la pareja; cese del consumo de alcohol; toma de consciencia acerca del daño causado por el consumo; adquisición de la responsabilidad familiar; búsqueda de ayuda profesional o espiritual (religión); autoconocimiento; confianza/honestidad hacia y de la pareja; búsqueda y establecimiento de motivación al cambio; reducción del consumo y mantenimiento de la abstinencia.

Generación de categorías. Se realizó una tercera lectura exhaustiva de los incidentes, ahora agrupados en códigos para poder generar categorías que lograran agrupar de manera concisa y explicativa los códigos con propiedades compartidas. En la tabla 3 se puede observar el resultado del proceso de categorización de la pregunta 1, mostrando las cuatro categorías resultantes, además de sus respectivos códigos y frecuencia sumada de incidencias.

Tabla 3

Categorías de respuesta resultantes de los códigos y las incidencias de la pregunta 1 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia de incidencias por código	Frecuencia de incidencias por categoría
Agradecimiento hacia la pareja	Agradecimiento (retribución a la pareja)	49	51
	Amor por la pareja	2	
Búsqueda de bienestar familiar	Bienestar en pareja	14	50
	Bienestar personal	17	
	Bienestar de los hijos	19	
Arrepentimiento por la conducta e intención de recuperar a la familia	Arrepentimiento	14	37
	Miedo a la soledad (recuperar a la familia)	23	
Búsqueda de un cambio	Mejora personal	6	9
	Cambio general	2	
	Aumento de los problemas	1	

La categoría con mayor frecuencia de incidencias fue agradecimiento hacia la pareja, con frases como: *“para que ella [mi esposa] vea que me preocupo por ella”, “como gratitud”, “para agradecerle todo lo que ha hecho por mí”*; haciendo referencia a la intención de agradecer a la pareja lo positivo brindado durante la relación. La siguiente categoría con mayor frecuencia fue búsqueda de bienestar familiar: *“que podamos vivir bien [ella y yo]”, “si nosotros estamos bien, también nuestros hijos”, “yo me siento bien cuando las cosas con mi pareja marchan bien”*; que refleja la intención de cambiar no solo por el bienestar personal o el de la pareja, sino por el de la familia.

La categoría siguiente fue arrepentimiento por la conducta e intención de recuperar a la familia, con frases como: *“mis hijos se van a ir un día y yo me voy a quedar con ella [mi esposa]”, “no quiero perder a mi familia”, “es incómodo volver a casa [después de un acto violento]”*; indicando que una de las motivaciones principales para mejorar la relación es el interés de recuperar los lazos familiares para no estar solo, y el sentimiento de querer

mejorar la relación por el arrepentimiento causado ante la conducta pasada que dañó la relación y a la pareja. La última categoría fue búsqueda de un cambio, que se caracterizó por la inespecificidad en cuanto al área por cambiar: “*que las cosas cambien*”, “*que las cosas salgan bien*”, “*los problemas que siempre hemos tenido se han hecho más fuertes*”.

Las respuestas a la pregunta 2 fueron agrupadas en 17 códigos, que se muestran reunidos en su respectiva categoría en la tabla 4:

Tabla 4

Categorías de respuesta resultantes de los códigos y las incidencias de la pregunta 2 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia de incidencias por código	Frecuencia de incidencias por categoría
Desconfianza e infidelidad	Celos	31	104
	Control/demanda afectiva	20	
	Desconfianza	27	
	Infidelidad	26	
Violencia	Manejo emocional (control de la ira/agresión/violencia física)	66	90
	Violencia psicológica	13	
	Violencia sexual	3	
	Agresión reactiva	8	
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol	73	73
Conductas y pensamientos machistas	Machismo	50	68
	Cuidado de los hijos/casa	18	
Irresponsabilidad con la familia e incumplimiento de promesas acerca del cese del consumo	Irresponsabilidad/mentiras	45	45
Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	41	41
Mal uso del dinero	Dinero	34	34
Comunicación inefectiva	Comunicación	31	31
Falta de empatía	Falta de empatía/apoyo	3	5
	Falta de cariño/amor	2	

Mediante la agrupación de códigos y categorías con su respectiva frecuencia de incidencias, se pudo establecer que los celos, el control/la demanda afectiva, la desconfianza y la infidelidad hacia y de la pareja son la principal causa de peleas (*“siempre fui muy, muy celoso”, “ser muy posesiva”, “para decir [...] que yo siempre le veía la cara”*). Seguidos de la violencia (*“yo no me podía controlar mi violencia cuando discutíamos, cuando peleábamos”, “estallaba en ira [...], rompí este, los vidrios de la casa”, “utilizaba el terrorismo”, “la humillaba”, “le decía si me vuelves a recriminar te vuelvo a chingar delante de ellos [mis hijos], y con una vez que lo hiciera ya no lo volvía a hacer”*); el consumo de alcohol (*“que yo llegaba borracho”, “por mi forma de tomar”, “yo sentía que a mí me hacía falta algo, empezando por el alcohol”*); y las conductas y los pensamientos machistas (*“yo le decía bueno pero, que te hace falta no, tienes casa, dinero, tienes teléfono, internet, televisión a color, tienes a tus hijos, o sea, tienes todo, no te hace falta nada, y, ahora yo para beber no te estoy pidiendo nada”, “porque [yo] decía que yo para eso la mantenía [para que me atendiera bien]”, “yo le decía a ella que no tenía por qué reclamarme nada porque no tenía derecho de nada, el único que tenía derechos ahí era yo”*).

Con una frecuencia menor, pero no menos significativa, se halló la irresponsabilidad con la familia y el incumplimiento de promesas acerca del cese del consumo (*“le enjaretaba responsabilidades a mi esposa”, “en la casa faltaban muchas cosas”, “ella me decía que fuera más responsable”*); y la ausencia del hogar que repercute en falta de atención a la pareja/familia (*“nunca tenía tiempo para ella o para mis hijos”, “[siempre me reclamó] que yo los dejaba a ellos en la casa”, “yo nunca este, tenía tiempo para la familia”*).

Otras categorías fueron el mal uso del dinero (*“estaba mal que me gastara el dinero”, “yo llegaba y le decía que no traía lana”, “allá los alcanzó, voy a ir a trabajar [...], medio trabajaba y medio me iba a gastar, en el alcohol”*), que se diferencia de la irresponsabilidad con la familia; la comunicación inefectiva (*“haber tenido yo unos problemas que nunca pude confesar ni con mi esposa, ni con mis hijos”, “yo sentía que ella no me comprendía”, “cuando yo llego y ella empieza, empieza a hacerla de a pedo yo,*

yo me quedo callado, yo me voy a la cama y me acuesto, y pues yo ni le busco cara para, para pelear”), que generalmente deriva en actos violentos hacia la pareja y/o los hijos; y la falta de empatía por parte de la pareja y hacia la pareja que puede asociarse con la comunicación infectiva de necesidades socioafectivas (*“ella no me apoya”, “no hay apoyo”, “nunca me puse a preguntarle cómo estaba ella, cómo se sentía, cómo le había ido en el día, cómo le hacía”*).

Las incidencias encontradas en la pregunta 3, hicieron surgir 12 códigos, agrupados en nueve categorías muy similares a las surgidas en la pregunta 2 (situación que se esperaba por ser una pregunta antecedente), en la tabla 5 se puede visualizar cada una de las categorías con los códigos que agrupa y su respectiva frecuencia de incidencias.

Tabla 5

Categorías de respuesta resultantes de los códigos y las incidencias de la pregunta 3 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia de incidencias por código	Frecuencia de incidencias por categoría
Violencia	Manejo emocional (control de la ira/agresión/violencia física)	90	102
	Violencia psicológica	12	
Conductas y pensamientos machistas	Machismo	24	27
	Cuidado de los hijos/casa	3	
Mal uso del dinero	Dinero	25	25
Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	25	25
Comunicación infectiva	Comunicación	23	23
Daños asociados al consumo	Daños asociados al consumo	20	20
Irresponsabilidad con la familia e incumplimiento de promesas acerca del cese del consumo	Irresponsabilidad/mentiras	19	19
Desconfianza e	Infidelidad	8	14

infidelidad	Desconfianza	6	
Separación/divorcio	Separación/divorcio	11	11

La categoría con mayor frecuencia de incidencias fue violencia: *“con el alcohol puedo decir que no me acuerdo de una sola vez que no haya, este peleado”, “a mi mujer le agredo cuando estoy borracho”, “[el alcohol me llevó a] humillarla”*. Le siguió conductas y pensamientos machistas: *“el alcohol siempre me hizo sentir que yo era muy valioso, que yo era la gran cosa, siempre me hizo sentir que yo podía con todo, que yo era superior a todos, y que a mí todos me tenían que respetar, que a mí todos me tenían que servir, a mí todos me tenían que atender”, “llegas bien, bien Juan Camaney, bien gallo, y dices a mí todos me la pelan, a mí nadie, nadie me va a decir que puedo que no puedo tomar”, “y por el alcohol pus más me daba ese valor no, de, de porque yo traigo dinero, yo mando porque yo trabaje, y ella, ella este, pues si me lo decía”*.

Posteriormente y con la misma frecuencia de incidencias están mal uso del dinero y ausencia del hogar (falta de atención a la familia), con frases como: *“nunca le di a mi familia mucho y lo que pude haberles dado de más se los quitaba por estar tomando”, “te gastas el dinero en alcohol, ahí se te va”, “cómo para tomar sí tienes y para otras cosas que hacen falta [no]” y “[el alcohol] me llevó a alejarme de mi familia”, “toda la atención que yo le doy al alcohol se la quito a mi familia”, “yo prefería estar en el alcohol [que con mi familia]”, respectivamente.*

Con menor frecuencia de incidencias están comunicación inefectiva (*“dejas de comunicarte con tu pareja”, “[tomados] los dos nos decíamos nuestras cosas”, “nunca he sido capaz de hablar con ella bien porque me enoja”*); daños asociados al consumo (*“yo estoy empezando a tener problemas de salud y me la llevo a ella entre las patas porque es la que la que me echa la mano, la que me ve y la única que me va a ver”, “yo tuve muy buenos trabajos, tuve muy buenas cosas, mi casa muy bien amueblada, con muchos lujos y por el alcohol lo fui perdiendo, porque por lo mismo del alcohol perdía trabajos, mi esposa se enojaba porque me corrían este de los trabajos y luego era empezar a empeñar las cosas empeñar, empeñar hasta deshacernos de todo, este, por el alcohol”, “se me había hecho vicio”*); irresponsabilidad con la familia e incumplimiento de promesas acerca del

cese del consumo (“*tampoco les he dado lo que ellos [mi familia] necesitan, lo que ellas quieren por el alcohol*”, “*ella tenía la idea de iba yo a trabajar, y al final de cuentas yo, yo lo tomaba como una diversión*”, “*como tenía, para mis hijos, ni para mis mismas responsabilidades con ella con mi pareja*”); y desconfianza e infidelidad (“*cuando estoy borracho también dices: a la chingada, yo puedo con una y con tres viejas más*”, “*dónde conoces tú con quien pintarle el cuerno a tu vieja, no te hagas güey, en las pedas*”, “*el alcohol me llevó a desconfiar de mi esposa*”). Al final quedó la categoría separación/divorcio (“*[eso del alcoholismo hizo que] nos llevara a pensar en el divorcio*”, “*mi esposa me dijera alguna vez que me iba a dejar*”, “*me dolió no, me dolió que ella ya se fuera de mi lado*”).

Los 12 códigos resultantes de la pregunta 4, fueron agrupados en cinco categorías, que se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6

Categorías de respuesta resultantes de los códigos y las incidencias de la pregunta 4 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia de incidencias por código	Frecuencia de incidencias por categoría
Desarrollo de habilidades de convivencia en pareja	Respeto/amor/tiempo a la pareja	42	158
	Comunicación/escucha	64	
	Confianza/honestidad	19	
	Responsabilidad	33	
Habilidades de manejo/control emocional	Manejo emocional (control de la ira)	45	66
	Autoconocimiento	21	
Búsqueda de fuentes de motivación al cambio	Consciencia del daño causado por el consumo	33	51
	Motivación al cambio	18	
Modificación de los hábitos de consumo (cese del consumo)	Cese del consumo	39	43
	Reducción del consumo	2	
	Mantenimiento de la abstinencia	2	
Búsqueda de	Religión/búsqueda de ayuda	25	25

A continuación, se brindan ejemplos de cada uno de los códigos: comunicación y escucha efectiva con respuestas como: *“comunicándonos”, “escuchar a, a mi pareja”*; manejo emocional, control de la ira, cese de la agresión y la violencia física, *“que deje de ser violento”, “aprender a reducir el enojo”*; respeto, amor y tiempo hacia la pareja, *“estar más tiempo juntos [...] ella y yo”, “tengo que respetarla más [a mi esposa]”*; cese del consumo de alcohol, *“dejar el alcohol atrás”, “sacar el alcohol de mi vida”*; toma de consciencia acerca del daño causado por el consumo y adquisición de la responsabilidad familiar con la misma frecuencia, *“darme cuenta de que el alcohol no me estaba haciendo nada bien, de que durante mucho tiempo me hizo daño y de que, si yo seguía tomando, me iba a seguir haciendo daño”, “ya no seguir destruyendo a mi familia”*; *“ser responsable”, “[seguir ...] con mis hijos sacándolos a pasear, preocupándome por ellos”*.

Búsqueda de ayuda profesional o espiritual (religión) con respuestas como: *“acercándome a Dios”, “buscar ayuda”*; mediante el autoconocimiento, *“aprender este a darse cuenta de del que nosotros somos de porqué actuamos de maneras”, “aprender qué siento, por qué lo siento”*; con confianza hacia y de la pareja y siendo honestos, *“uno debe tenerle confianza a la señora y la señora a uno”, “dejar de ser este, celoso”*; mediante la búsqueda y el establecimiento de motivación al cambio, *“dejar de tomar porque queremos, porque encontramos buenas razones, encontramos buenas razones para hacerlo, razones que son de nosotros, para nosotros y por nosotros, que nos van a beneficiar a nosotros, a nosotros, a nuestras parejas, a nuestras familias, a nuestros hijos”, “enseñarle [a mi señora] que yo quiero cambiar por mí, por mi familia, por ella, por todos”*.

Y finalmente, los dos últimos códigos con la misma frecuencia, reducción del consumo (*“bajarle al alcohol”, “dejar de tomar en exceso”*), y mantenimiento de la abstinencia (*“que no vuelva a estar tomando como antes”, “seguir [...] sin tomar”*).

Fase 2 de análisis. Codificación axial

Análisis condicional/consecuencial. La tercera lectura exhaustiva de los incidentes agrupados en cada código, a su vez, contenidos en categorías, permitió obtener un panorama amplio acerca de cada una de las categorías, así como dar cuenta del papel de cada una de las incidencias dentro del fenómeno. Para poder asignar un rol conciso de participación a cada una de las categorías presentes en el fenómeno, se desarrolló una matriz condicional/consecuencial con lo reportado en la pregunta 3 (tabla 7). En esta matriz se puede ver la relación entre la *condición* de consumo de alcohol, las *acciones* generadas bajo esta condición, y sus respectivas *consecuencias* (que redundan o pueden verse agrupadas en la categoría *deterioro de la relación de pareja*).

Tabla 7

Matriz condicional/consecuencial de las categorías resultantes de la pregunta 3, con incidencias

Condición	Consecuencias (deterioro de la relación)								
	Violencia	Conductas y pensamientos machistas	Ausencia del hogar/falta de atención a la familia	Mal uso del dinero	Comunicación inefectiva	Daños asociados al consumo	Irresponsabilidad con la familia e incumplimiento de promesas acerca del cese del consumo	Desconfianza e infidelidad	Separación divorcio
Consumo de alcohol	“[el alcohol me llevo a] maltratarla”	“[el alcohol me llevo a] sentir que ella no me merecía y que yo sí lo merecía todo y ella nada”	“He dejado a mi familia de lado por eso [el alcohol]”	“Las apuestas, cuando yo no tomo yo no apuesto”	“[tomados] los dos nos decíamos nuestras cosas”	“Me reclamaba que yo siempre llegaba borracho”	“Tampoco les he dado lo que ellos [mi familia] necesitan, lo que ellas quieren por el alcohol”	“Le reclamaba que de dónde sacaba dinero”	“Nos llevará a pensar en el divorcio”
	“Con el alcohol puedo decir que no me acuerdo de una sola vez que no haya este peleado”	“El juego es el pretexto para irse a tomar y nadie te dice nada porque pues está chido, te lo mereces, te lo ganaste”	“Toda la atención que yo le doy al alcohol se la quitó a mi familia”	“Yo no lo veía así, yo decía: me lo gane, lo trabaje, es mi dinero y chingar a su madre”	“Dejas de comunicarte con tu pareja”	“He tenido accidentes por estar tomado [...] mi esposa ha tenido que ver cómo sacarme”	“Nunca le di a mi familia mucho y lo que pude haberles dado de más se los quitaba por estar tomando”	“Cuando estoy borracho también dices: a la chingada, yo puedo con una y con tres viejas más”	“me pudo hacer perder a mi familia y otra vez no tener nada”
	“[cuando tomo] hago reclamos, hago cosas hirientes que yo no hago”	“Yo quería llegar [de tomar] y bueno, pues te sirvo de comer no”	“El alcohol me llevo a confundirme [...] con las prioridades”	“Te gastas el dinero en alcohol, ahí se te va”	“No sé comunicarme”	“Terminas ahí en los separos por andar de pedote en la calle”	“[me costó mucho trabajo] responsabilizarme”	“Irnos de pedotes y conocías a alguien”	“Mi esposa me dijera alguna vez que me iba a dejar”

La pregunta 3 se planteó con el objetivo de averiguar el tipo de problemas de pareja que los participantes tienen a causa del consumo de alcohol, producto de la matriz condicional/consecuencial desarrollada, se desarrolla la siguiente teoría explicada con base en las categorías resultantes.

La categoría con mayor frecuencia de incidencias fue violencia, con acciones referidas a maltrato, peleas, humillación, gritos, insultos y amenazas como las más frecuentes. La siguiente categoría fue conductas y pensamientos machistas, que hace referencia al uso de la posición de poder en la relación para ejercer control y dominio sobre la pareja, y en este caso particular, justificar el consumo, situación que siempre se ve acompañada de violencia psicológica (por su intención de humillar y restar autonomía), y en ocasiones de violencia física. La tercera categoría relacionada fue la ausencia del hogar y la falta de atención a la familia, que se manifiesta con quejas por parte de la pareja acerca de la inatención hacia la crianza de los hijos (que se espera sea compartida). Esta categoría, a su vez, se relaciona con las conductas y los pensamientos machistas acerca de que la mujer es la encargada de la crianza y con la idea de que basta con que el hombre sea un buen proveedor para decir que cumple con su parte de responsabilidad; en situaciones más complejas, si el hombre no es un buen proveedor, la mujer debe hacerse cargo de proveer e informar al hombre acerca de la fuente de recursos, misma que debe ser aprobada por él. La cuarta categoría está íntimamente relacionada con el último punto, el hombre, como producto de la cultura machista tiene más derechos que la mujer (quien, en ocasiones no tiene ninguno). Entre estos derechos está destinar su dinero a la actividad que más le convenga, en este caso, al consumo de alcohol, aun cuando esto represente insatisfacción de las necesidades familiares de sustento básicas. La quinta categoría fue la comunicación infectiva con acciones que hacen referencia a la incapacidad de comunicarse efectivamente y resolver conflictos, y en su lugar, dirigirse hacia la discusión y las peleas acompañadas de violencia psicológica, que pueden culminar en violencia física; esta categoría se relaciona con las conductas y los pensamientos machistas que dictan la normativa de comportamiento según el género. La categoría siguiente fue daños asociados al consumo, que tiene que ver con las consecuencias directas (físicas, legales, psicológicas) del consumo del hombre, y que su pareja debe asumir y solucionar sin que el hombre deba solicitar nada

explícitamente, porque es deber de su pareja conocer sus necesidades y resolver sus problemas, lo que hace resaltar las conductas y los pensamientos machistas. La siguiente categoría fue la irresponsabilidad y las promesas acerca del cese del consumo, categoría intrínsecamente ligada con las conductas y los pensamientos machistas acerca de que el hombre puede o no asumir su rol y responder a las necesidades de su familia, y no debe ser juzgado por esto ni por su consumo. La penúltima categoría fue desconfianza e infidelidad, de acuerdo con lo relatado por los participantes, la situación de consumo puede fungir como facilitador tanto para cometer un acto de infidelidad como para desconfiar de la lealtad de sus parejas; esto, a su vez, se relaciona nuevamente con las conductas y los pensamientos machistas acerca de cómo la desconfianza conduce a episodios de violencia psicológica y en ocasiones física. Como última categoría de problemas de pareja asociados al consumo de alcohol, está la separación y/o el divorcio a petición de la mujer, lo que lleva al hombre a repensar su conducta a veces de manera seria y otras a manera de solución temporal, categoría relacionada con el machismo, ya que desde este planteamiento es responsabilidad de la mujer cuidar la relación, así el hombre puede asumir un papel pasivo y encontrar en el alcohol un refugio socialmente aceptado.

Para complementar lo hasta aquí expuesto, se hizo un análisis más acerca de la relación entre las categorías de las tres preguntas restantes. El análisis de la pregunta 1 se hizo con el objetivo de indagar los motivos/razones que los participantes tenían para mejorar la relación con su pareja, la categoría que funcionó como condición fue el *arrepentimiento por la conducta pasada*, que dirige hacia la segunda condición, *búsqueda de un cambio*; es decir, una vez que sucede algo que hace que el hombre dé cuenta de las consecuencias negativas de su conducta (arrepentimiento), se da inicio a la búsqueda de un cambio; llevando así a la primera acción: *agradecimiento hacia la pareja*, que hace referencia a la intención de retribuir todo lo que la pareja ha hecho por el bienestar familiar. Esto conduce a la siguiente categoría y consecuencia que es la *búsqueda de bienestar familiar*, de la siguiente manera: dado que la pareja asumió el mantenimiento del bienestar familiar sin ayuda, es deber ahora del hombre agradecer a la pareja por esta acción y asumir la parte que le toca dentro de la búsqueda de bienestar para toda la familia.

Las categorías de la pregunta 2, cuyo objetivo fue averiguar acerca de las acciones/comportamientos de ambos miembros de la pareja que provocan peleas se relacionan de la siguiente manera: la condición son las *conductas y los pensamientos machistas*, las acciones son cada una de las diferentes *manifestaciones conductuales* que hacen referencia a las categorías, y la conclusión son las *peleas de pareja*. La primera categoría fue desconfianza e infidelidad, que incluye actos de infidelidad consumada y desconfianza hacia la pareja por sospechar actos de infidelidad, lo que se manifiesta en control/demanda afectiva y celos. La siguiente categoría fue la violencia, que no solo incluye violencia física (golpes, gritos, peleas, etc.), y psicológica (humillación, amenazas, control, etc.), sino violencia sexual (forzando a la pareja a tener relaciones sexuales y/o a realizar algunas prácticas con las que la pareja no se siente cómoda), y agresión reactiva a veces como un intento de protegerse y a veces como una dinámica de interacción establecida; situación que más que aminorar la violencia, la incrementa. La tercera categoría fue el consumo de alcohol, que refleja cómo el puro acto de consumir está implícito en o implica cierto tipo de acciones que derivan en el deterioro de la relación de pareja, tales como la siguiente categoría que se refiere a las conductas y los pensamientos machistas, sugiriendo una relación bidireccional en la que algunos participantes hacen referencia al consumo como una condición para las conductas y los pensamientos machistas, y otros refieren lo opuesto. Esta última categoría también se encuentra relacionada con las expuestas previamente como condición de ellas, de la siguiente forma: la posición de poder que la cultura machista confiere al hombre sobre la mujer le asigna derecho a este de controlar a su esposa (desconfiando de ella y celándola), así como de mantener relaciones con otras mujeres como un signo de virilidad. Además, se relaciona con la violencia, como ya se había explicado en el análisis de las categorías de la pregunta 3, la violencia es una herramienta para mantener el control sobre la mujer y así, la posición de poder. La siguiente categoría, que también se relaciona con las conductas y los pensamientos machistas como acción, es la ausencia del hogar y la falta de atención a la familia, dados los privilegios de las masculinidades, lo que a su vez explica la categoría búsqueda de bienestar familiar de la pregunta 1. Si partimos de la premisa de que los hombres que buscan tratamiento ya hicieron una evaluación de su conducta y, por ende, han identificado al menos de manera parcial algunas situaciones específicas, podemos decir

que, como parte de ello, han dado cuenta de su distancia en cuanto al desarrollo y mantenimiento del bienestar familiar, manifestado en conductas de desatención a la familia. La categoría siguiente, mal uso del dinero, nuevamente se relaciona como acción con el privilegio masculino de disponer del dinero que se ha ganado con esfuerzo en lo que se desee, lo que incluye consumo de alcohol, sin importar que esto implique desatención a las necesidades familiares. La penúltima categoría hace referencia a la comunicación inefectiva, que nuevamente pone en evidencia la relación con las conductas y pensamientos machistas como condición, haciendo deber exclusivo de la mujer el bienestar de la relación y, por ende, la ejecución de las acciones que esto implique, es decir, comunicarse con el hombre para saber lo que necesita, pero sin comunicación, o sea una paradoja. La última categoría es la falta de empatía que el hombre percibe de su pareja, lo que puede verse como una consecuencia de la comunicación inefectiva y como condición anidada de la infidelidad, y las tres como acción de las conductas y pensamientos machistas.

Finalmente, está la pregunta 4, cuyo objetivo fue averiguar acerca de lo que los participantes creen que deben hacer para mejorar la relación con su pareja, y acercarnos hacia algunos indicadores de los componentes de la intervención, cuyo desarrollo es objetivo del siguiente estudio. La categoría que se presenta como primera condición es la búsqueda de ayuda/apoyo, implica que el primer paso para mejorar la relación de pareja es buscar ayuda, a lo cual le sigue una nueva condición, búsqueda de fuentes de motivación al cambio, en esta fase la persona ya sabe que quiere cambiar y debe encontrar motivación para hacerlo. Como acción derivada de esta última condición surge la modificación de los hábitos de consumo, la persona ya está motivada para cambiar y ahora debe iniciar con el cese o reducción del consumo; lo que conduce a una nueva acción y primera consecuencia, el desarrollo de habilidades de manejo/control emocional, que a su vez, culmina en una tercera acción y segunda consecuencia, el desarrollo de habilidades de convivencia en pareja que, como consecuencia última culmine en relaciones de pareja libres de machismo y por ende de violencia.

Fase 3 de análisis. Codificación selectiva

Identificación de la categoría central/nuclear. La matriz condicional/consecuencial de las categorías facilitó la identificación de una categoría central, en torno a la cual las demás adquirirían distintos roles. De acuerdo con la codificación axial, la categoría que mejor explica el fenómeno por su amplia relación con las demás es la que hace referencia a las conductas y los pensamientos machistas (pese a que no fue la de mayor frecuencia), de los cuales deriva el uso de la violencia como una herramienta para mantener la posición de poder dentro de la relación de pareja. El consumo de alcohol en este caso no es solo una condición o estado facilitador para determinadas acciones, sino que es además una manifestación de comportamiento machista; así, cuando estas dos variables se cruzan, tenemos como resultado todo un conjunto de acciones que culminan en una consecuencia violenta (sea psicológica o física), y conducen al deterioro de la relación.

Dado que el objetivo del presente estudio es hacer una detección de las necesidades de tratamiento de los hombres que consumen alcohol y ejercen violencia de pareja, una conclusión temprana a la que podemos llegar establece que la intervención deberá tener como base el enfoque de género e incluir un componente en el que se trabajen las conductas y los pensamientos machistas.

Teoría propuesta

Las conductas y los pensamientos machistas son el origen de distintos problemas de pareja, algunos se presentan de manera aislada y otros se relacionan entre sí. Una de las principales conductas machistas es el consumo de alcohol, que surge del pensamiento socialmente reforzado acerca de que el hombre tiene derecho de consumir alcohol como una muestra de masculinidad y apertura de un espacio social merecido. El consumo comúnmente facilita el desarrollo de situaciones de violencia familiar en sus manifestaciones física, psicológica y sexual, haciendo uso de la violencia como una herramienta para mantener la posición de poder sobre los demás miembros de la familia y mantener el control y dominio sobre ellos; a su vez, el consumo de alcohol también propicia la aparición de conductas y pensamientos machistas.

La violencia puede verse explicada, además, por la comunicación inefectiva, que también funciona como resultado de ciertos pensamientos machistas que dictan que la comunicación es deber de las mujeres; así, más allá de buscar vías de comunicación eficaces que conduzcan hacia acuerdos, se opta por la violencia como manera efectiva de obtener lo que se pretende. En este punto es importante agregar que el alcohol actúa también como un instrumento empoderador que incita a la demanda activa a través de la violencia, dejando de lado vías alternas de comunicación. A su vez, la falla en el canal de comunicación conduce a otra fuente de problemas: la desconfianza hacia la pareja y la infidelidad, también reforzadas por pensamientos machistas acerca de que la mujer debe servir únicamente a su pareja, debe conocer cada una de sus necesidades y debe saber cómo resolverlas sin que le sean comunicadas y sin ayuda de nadie más, y si ésta parece incapaz al respecto, el hombre tiene derecho de buscar a otra pareja que responda a sus necesidades, sin romper la relación con la pareja anterior, lo que además, es un signo de masculinidad y virilidad; situación relacionada con la falta de empatía hacia la pareja. Hasta aquí, la infidelidad y el consumo de alcohol se asocian en otros dos puntos, la ausencia del hogar y la falta de atención a la familia, y el mal uso del dinero. El hombre tiene derecho de destinar sus recursos materiales, temporales y emocionales en lo que, en dónde o con quién a él le resulte más conveniente, en este caso, los recursos son destinados al alcohol, al tiempo con su(s) otra(s) pareja(s) y a ciertas actividades recreativas con su grupo social, restando recursos a la familia. Además, no tiene por qué ser cuestionado, ya que es libre de ser irresponsable con la familia y de hacer promesas acerca de un cambio que no realizará; lo cual se asocia nuevamente con las conductas y los pensamientos machistas.

A este grado, las conductas del hombre derivadas de una posición privilegiada de género lo han llevado a un punto en el que no solo ha sufrido daños físicos asociados al consumo, sino legales y, sobre todo, daños en sus relaciones familiares que lo han conducido a la separación o el divorcio; es aquí, a partir del arrepentimiento por la conducta pasada y de la intención de recuperar a la familia, en donde nace el interés por el cambio a través de la búsqueda activa de ayuda o apoyo, ya sea de instancias profesionales o religiosas. La búsqueda de apoyo abre paso a la necesidad de encontrar una motivación

genuina al cambio, como la intención de agradecer a la pareja todo el apoyo brindado durante la relación. El cambio se inicia con la modificación de los hábitos de consumo. Una vez que los hábitos de consumo han cambiado a través de toda una reflexión al respecto y de fuentes de motivación genuinas, el hombre procede al desarrollo de habilidades de manejo y control emocional, que lo preparen y lo conduzcan hacia el desarrollo de habilidades de convivencia en pareja, que no se queden en la dupla, sino que guíen hacia la búsqueda y el encuentro del bienestar familiar. Así, este postulado contradice al machismo en lo que respecta a ser hombre: un hombre no busca ayuda, no necesita hacer un examen acerca de la importancia de cambiar, sabe que el consumo de alcohol es parte vital de su masculinidad, no piensa en sus emociones y mucho menos trabaja en ellas, y no le importa su pareja, por lo cual, desarrollar habilidades de convivencia con ella es lo último en su agenda. Sin embargo, al mismo tiempo que lo contradice, nos indica la ruta a seguir para la construcción de relaciones de pareja equitativas, es decir, libres de privilegios y violencia.

En el siguiente diagrama se expone la relación establecida entre las categorías resultantes del análisis (Figura 6).

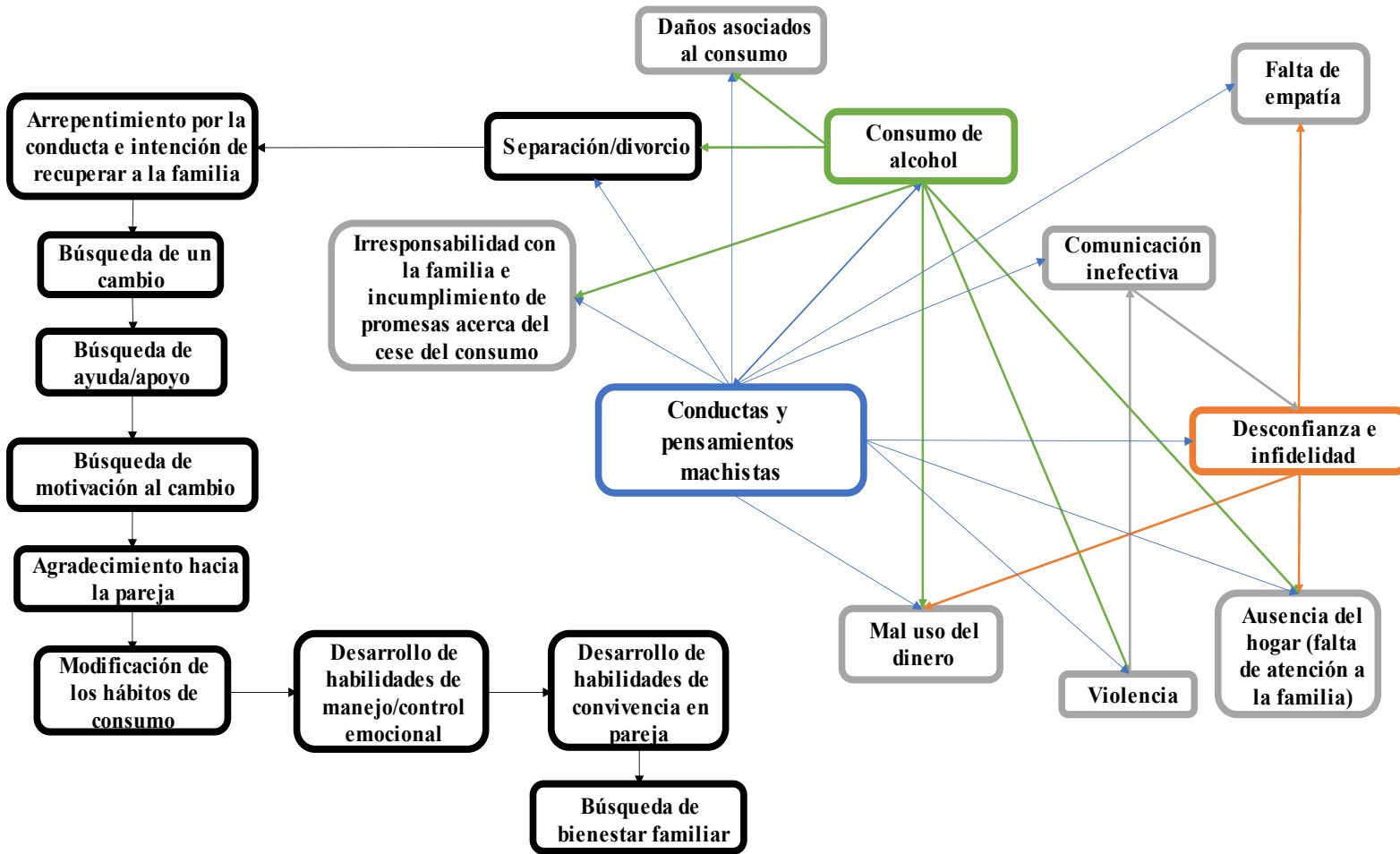


Figura 6

Diagrama de la relación establecida entre las categorías resultantes tras el análisis

Triangulación

Con el objetivo de aumentar la fortaleza metodológica y la calidad del estudio, se realizaron tres procedimientos de triangulación, el primero con participantes (la teoría resultante del análisis de la información fue expuesta a cada uno de los participantes, solicitando su retroalimentación al respecto); el segundo con investigadores expertos (los resultados obtenidos del análisis fueron presentados a dos expertos en el área de género y masculinidades, y autonomía y autodeterminación); y el tercero de teorías, una vez que los resultados de los dos primeros procesos de triangulación fueron integrados a la teoría (la teoría resultante fue comparada con teorías previas).

Triangulación de datos con los participantes

El procedimiento de triangulación se hizo con 10 de los 14 participantes incluidos en los grupos focales. Cada uno de los participantes fue contactado vía telefónica 15 días después de que se condujo el primer grupo focal para averiguar su interés y disposición acerca de participar en el procedimiento de triangulación; en dichas llamadas se les explicó el objetivo y el procedimiento. La triangulación se llevó a cabo de manera individual esa misma semana, mediante una llamada telefónica con una duración máxima de 45 minutos, se enfatizó la importancia de audio grabar la llamada y se solicitó la firma del debido formato de consentimiento informado que se hizo llegar a cada participante mediante la plataforma de *WhatsApp*. Con el objetivo de unificar el procedimiento se desarrolló una guía dentro de la cual se explicaba la teoría fundamentada resultante, se planteaban tres preguntas y se abría un espacio para sugerencias (anexo 8). Los 10 participantes acordaron que la teoría que les fue explicada coincidía con las experiencias que cada uno de ellos había vivido y que relataron durante los grupos focales.

La primera pregunta de la guía hacía referencia a la primera parte de la teoría, en la que se explica la relación entre los problemas de pareja y las diversas conductas y/o pensamientos machistas (dentro de cuyas conductas está presente el consumo de alcohol); con comentarios enfocados en la toma de consciencia acerca de este vínculo (*“Me acuerdo que cuando fueron los 15 años de mi hija la más chica, ella me dijo que no tomara por*

favor, [...], yo lo que hice fue que la cachetié, y como mi señora se metió a defenderla también le pegue a ella”; “Neta sí eh, así cuando me ibas diciendo estaba acá pensando en que todos los hombres somos machos culeros”), y de la responsabilidad que adquieren al generar ese “rol”, incluso fuera de sus propias relaciones de pareja, remontándose a su experiencia como testigos de la relación de sus padres/abuelos (“*yo pienso que sí, yo ya soy viejo y desde que era muy niño en mi casa nos enseñaron eso [machismo]*”; “*que decimos que somos así porque nuestros jefes nos enseñaron, al chile sí, pero también uno quiere*”), lo cual, además, refuerza la cualidad intergeneracional de la violencia, en este caso, machista. La siguiente pregunta se desarrolló con dos objetivos: a) averiguar si la separación y/o el divorcio se veían como la consecuencia máxima de las conductas y los pensamientos machistas; y b) indagar si esta consecuencia era a su vez la causa que incitaba a la búsqueda activa del cambio, que atraviesa diferentes etapas en cuanto a contenido y magnitud. Nuevamente, los 10 participantes estuvieron de acuerdo con el planteamiento (“*Estoy completamente de acuerdo, [...] dejé de beber cuando mi esposa decidió abandonarme al fin, cuando hubo aquel gran incidente del que te hablé y me prohibió legalmente volverla a ver a ella y a mis hijos*”; “*Empecé a preocuparme cuando me di cuenta de que no quería estar solo*”; “*Fíjate que cuando mi esposa me puso un ultimátum, me acorde mucho de mi abuelo, pensé que tenía de dos, o embriagarme como él y llorar a escondidas, o luchar por mi familia*”; “*Para mí fue cuando mi esposa me dijo que me fuera de la casa, que vi todo diferente*”). Finalmente, preguntamos a los participantes que pensaban que le hacía falta a la teoría, en este caso, tres participantes coincidieron en la importancia de la paternidad como motor de cambio (“*no siempre el cambio empieza por la esposa, sino que a veces empieza por los hijos*”), y cuatro resaltaron que el cambio genuino debe ser por sí mismos (“*no siempre el cambio es por la pareja o los hijos, en mi caso, empezó por mí mismo*”; “*a veces el cambio no nada más es por los hijos y la esposa, yo sí empecé así, pero con el paso del tiempo pensé que también valía la pena por recuperarme a mí mismo*”). Los 10 participantes estuvieron de acuerdo en el valor que la toma de consciencia y la responsabilidad acerca de la conducta tienen sobre el cambio (“*Que en vez de andar chillando que eres así que por tu jefe o por tu historia como todos los pendejos adictos, te agarres los huevos y cambies*”; “*podemos cambiar*”).

Este procedimiento de triangulación arrojó a la luz la importancia de hacer ver la responsabilidad que se adquiere con la familia y consigo mismo al generar conductas machistas, lo cual, implica responsabilidad de cambio. El cambio surge a raíz del sentimiento de abandono que se experimenta tras la separación y/o el divorcio, lo que implica pensar más allá, ¿por qué a un hombre que se dirige a sí mismo y no necesita a nadie más, le afecta verse solo? ¿cómo reconocer como propia la vulnerabilidad que surge de la necesidad de vínculo, si la socialización normativa de ser hombre niega lo vulnerable? ¿qué pensamientos y sentimientos se ven involucrados para que esto lo induzca al cambio? En este punto surgió una nueva categoría, el apego inseguro, que nace de la necesidad de pertenecer a un lugar (en donde ser aprobado, porque la aprobación se traduce en vínculos), un lugar (grupo de amigos, equipo de fútbol, pareja, familia) que sea lo suficientemente apto para brindarle el sentimiento de pertenencia, poder y control que le fueron negados desde que intentó iniciarse como hombre, y que fue adquiriendo poco a poco mediante las mismas conductas y pensamientos que más tarde le hicieron perder lo ganado (en unos ámbitos como el familiar) o ganar más (como en el trabajo o el grupo de hombres al que pertenece). De esta manera, la categoría apego inseguro se ve como el núcleo que absorbe a las conductas y/o pensamientos machistas y se explica como sigue: la necesidad de generar vínculos que alimenten los sentimientos de pertenencia y aprobación traza una vía (es la causa) que dirige a los hombres hacia la única manera de saciar esta hambre, las conductas machistas (primera consecuencia y segunda causa), que antes de ser accionadas son pensadas y vividas a través de otros que buscan saciar la misma hambre, y se traducen en toda la serie de comportamientos narrados por los participantes (consumo de alcohol, mal uso del dinero, celos, infidelidad, falta de atención a la familia, etc.). La separación y/o el divorcio (segunda consecuencia y tercera causa), manifestada como miedo a la soledad representa la pérdida de un conjunto de vínculos (con la pareja, los hijos y en ocasiones hasta con amigos y familia extendida), pérdida que dirige a la búsqueda de cambio (tercera consecuencia y cuarta causa), lo cual marca el inicio de un proceso hacia la construcción de nuevos vínculos “sanos” (descartando la recuperación de los vínculos desadaptativos formados previamente), y resulta un desafío. De tal forma que, al parecer, la masculinidad se ve trastocada cuando implica generar vínculos a través del respeto y el amor (autocuidado), y no mediante la imposición violenta y la competencia.

Triangulación de datos con investigadores expertos

Para esta fase se contactó a dos investigadores especialistas en el área de género y masculinidades, y autonomía y autodeterminación; además, los resultados fueron expuestos ante un grupo de expertos. Las conclusiones se presentan a continuación.

Investigador 1. La primera sugerencia de la experta versa sobre la importancia de señalar que todas las categorías resultantes del análisis de respuestas de las preguntas dos y tres, deben ser agrupadas dentro de una categoría central que haga referencia a la *violencia machista* como un todo, y no a las *conductas y pensamientos machistas*, que pueden no ser entendidas como violencia, de manera que se ponga en evidencia que cada una de estas categorías es una manifestación de la violencia machista; además, implicaría resaltar la importancia de este tipo particular de violencia. La segunda observación resalta la importancia de incentivar la motivación intrínseca al cambio, ya que, cuando el cambio inicia motivado por la intención de recuperar a la familia y se mantiene a través del deseo de agradecer a la pareja por el *tiempo invertido en la relación* y su *cualidad tolerante*; perpetúa los roles de género impuestos y puede lucir como un reforzador para que aquellas mujeres que viven relaciones violentas se mantengan en ellas y *soporten*, esto bajo la consigna de que algún día este sacrificio les será recompensado. Como último comentario, la experta hace hincapié en la importancia de conducir la intervención bajo un enfoque de género, el cual señala, no se trata de técnicas específicas bajo teorías determinadas, sino de una orientación terapéutica (sin importar el modelo que sustente la intervención) que remarque la importancia de atender desde el género y desde las vivencias que a este se asocian; otorgando a quienes reciben la intervención, una visión clara acerca de cómo el machismo ha incidido e incide sobre su vida.

A partir de esto, se entiende y acepta la importancia de nombrar a la categoría *violencia machista*, y se propone un sistema de categorías anidadas que absorba a las demás categorías que la reflejan; retomando lo obtenido en la triangulación con participantes y permitiendo que esta categoría sea contenida dentro de la categoría central/nuclear referida al *apego*. Además de incluir componentes para incentivar la motivación intrínseca

contribuyendo a la no revictimización, y al entendimiento del machismo y de sus diferentes manifestaciones.

Investigador 2. La primera sugerencia del investigador consiste en renombrar algunas de las categorías con el objetivo de brindar mayor claridad acerca de su contenido. Pregunta 1. Categorías: *búsqueda de bienestar familiar por bienestar individual e interpersonal (pareja e hijos); arrepentimiento por la conducta e intención de recuperar a la familia por reparación del daño a la pareja e hijos; y búsqueda de un cambio por crecimiento/desarrollo personal (autoconocimiento)*. La segunda observación coincide en mediana medida con la primera sugerencia de la investigadora 1, y se dirige a la importancia de renombrar la categoría central encontrada y algunas de las otras categorías, con el objetivo de agrupar la información en categorías más amplias y exhaustivas a la vez. La categoría central propuesta es *autoconcepto (significado de ser hombre)*; que agruparía a las nuevas categorías: *desregulación emocional* (antes desconfianza e infidelidad), *maltrato* (antes violencia, ausencia del hogar, irresponsabilidad con la familia, las dos últimas agrupadas dentro de *negligencia*); *consumo de alcohol* (se mantiene), *habilidades sociales* (antes comunicación inefectiva, habilidades sociales) y *dinero* (antes mal uso del dinero), con sus respectivos códigos. La tercera señalación que recae sobre la tercera pregunta se refiere a la reducción de las categorías (de nueve a siete) y a su renombramiento. Categorías: de *violencia* a *maltrato* (agrupando los códigos de la categoría violencia y las categorías *ausencia del hogar* e *irresponsabilidad con la familia*, con sus respectivos códigos); *mal uso del dinero* por *problemas económicos*; *separación/divorcio* por *erosión de los vínculos*; *desconfianza e infidelidad* por *infidelidad*; *comunicación inefectiva* por *déficit de habilidades sociales*; *daños asociados al consumo* por *problemas de salud*; y *conductas y pensamientos machistas* por *problemas con el autoconcepto o autoestima*. La cuarta sugerencia se refiere a la ampliación de las categorías (de cinco a seis) y a su renombramiento. Categorías: *abstinencia* (antes modificación de los hábitos de consumo, cese del consumo); *habilidades sociales* (antes desarrollo de habilidades de convivencia en pareja); *desregulación emocional* (habilidades de manejo/control emocional); *toma de decisiones y solución de problemas* (búsqueda de ayuda/apoyo); *autoestima y autoconcepto* (búsqueda de fuentes de motivación al cambio); y *vínculo y apego (pareja/hijo)*, que sería

una nueva categoría propuesta y tendría que ver con la categoría *desarrollo de habilidades de convivencia en pareja*.

Resultado de este procedimiento, surge el siguiente planteamiento. Se propone a la necesidad de vinculación como la categoría central/nuclear, y a la socialización normativa de ser hombre (lo que hemos llamado conductas y pensamientos machistas) como la etiología de los problemas de pareja, ya que la restricción afectiva que limita y compromete la identificación y validación de necesidades, emociones e intereses individuales no está fuera del modelo hegemónico. Esta forma de control psicológico (restricción afectiva crónica), se expresa con una incapacidad incluso lingüística para expresar, lo que compromete la base de las habilidades sociales y de regulación emocional. De manera paralela, las estrategias de socialización normativa validan el uso de la violencia como estrategia de convivencia que perpetúa el liderazgo o las relaciones verticales que sobreviven gracias a la opresión y el sometimiento, erosionando la capacidad de relacionarse y vincularse de manera genuina tanto a nivel individual como interpersonal. Esta falta de vinculación y apego crónico a nivel individual se relaciona con el consumo de alcohol de dos formas, como un espacio de socialización y vinculación validado que favorece y permite la expresión afectiva (con los pares, como sentirse valorado, admirado, poderoso, etc.); aunque paradójicamente y de la segunda forma, representa una estrategia de afrontamiento disfuncional que trasciende al uso de la violencia y a mayor desvinculación. Así, la violencia (en cualquiera de sus manifestaciones) puede entenderse como una estrategia para *pseudo* (dada la imposibilidad de lograr el vínculo desde la autonomía, lo que impide sentir de manera genuina y auténtica) vincularse. Esto puede explicar la progresión de la violencia psicológica a la física y a la negligencia (sin perder de vista el déficit en las habilidades de regulación afectiva): a) para manipular y someter a la pareja garantizando a través de la dependencia afectiva un vínculo y su permanencia; b) para sublimar el miedo ante la percepción de vulnerabilidad por el abandono; y c) como expresión condicionada de vinculación (transmisión intergeneracional de la violencia). El caso de la violencia sexual, además, se relaciona con la construcción sexual masculina como dominante o normativa, en cuanto a su sentido de recompensa y placer que converge con la dificultad para estar presentes o sentir afectivamente a la pareja con la que el hombre

está siendo socializado; ya que se fomenta de manera preferencial el hacer o lograr porque esto permite demostrar. Estas limitaciones generan insatisfacción debido a la construcción desde la cual se plantea y modela (socializa) la sexualidad masculina, o la violencia sexual, que al igual que las otras violencias muestra una imagen distorsionada de la dominación y que valida la infidelidad como estrategia de afrontamiento frente a la frustración que inicialmente el propio hombre generó. De esta manera, la finalidad del uso del poder y el control es la vinculación; lo que se busca es la satisfacción de las necesidades universales (ya mencionadas en el capítulo dedicado a la motivación), pero desde la violencia, desde el modelo normativo, la autonomía se ve opacada por el deber ser hombre, estableciendo relaciones para poder pertenecer y vincularse, pero desde el poder y el control. Esto deja ver la manera en que la autonomía y la autodeterminación se encuentran comprometidas, pues la base de estas conductas para vincularse parte de la motivación extrínseca, la cual va a favorecer la introyección de modelos de socialización que validan la violencia. Respecto a la búsqueda de reparación que motiva el cambio, el investigador señala que se trata de la reparación o solución de la eficiencia en las necesidades no satisfechas de autonomía, vinculación y competencia. La motivación para vincularse (aunque sea ineffectivamente) conduce a la puesta en marcha de las diferentes conductas desadaptativas; llevando al hombre a la búsqueda de relaciones no autodeterminadas y a la imposibilidad de construir una relación genuina (autodeterminada) de pareja.

De primer momento, se acepta dada la lógica el renombramiento de algunas categorías y la anidación de estas dentro de otras; en cuanto al cambio de nombre de la categoría antes expuesta como central/nuclear *conductas y pensamientos machistas* por *autoconcepto (significado de ser hombre)*, se prefiere el término *socialización normativa de ser hombre*; normativa que se sirve de la violencia machista como caja de herramientas para construir la masculinidad y de las diferentes conductas que esto implica, como la variedad de herramientas contenidas en la caja. Nuevamente, se plantea una nueva categoría central/nuclear, que absorbería de primera mano a la de *conductas y pensamientos machistas* (propuesta como *autoconcepto [significado de ser hombre]*), esta categoría es *necesidad de vinculación*, que se relaciona ampliamente con lo propuesto a partir de la triangulación con los participantes y se propone como *apego*.

Grupo de expertos. La observación del grupo de expertos fue considerar la inclusión del apego/vinculación como la variable nuclear, lo que coincide con lo anteriormente expuesto mediante la triangulación.

Análisis de datos (integración de los resultados obtenidos a través de la triangulación)

A continuación, se presentan las categorías renombradas y en algunos casos reagrupadas, de cada una de las cuatro preguntas, así como el nuevo diagrama propuesto y su explicación a partir de los resultados obtenidos mediante el procedimiento de triangulación con participantes y con investigadores expertos. Pregunta 1. ¿Cuáles son los motivos o las razones que tienen para mejorar la relación con su pareja?

Tabla 8

Categorías de respuesta resultantes de la triangulación de los códigos y las incidencias de la pregunta 1 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia
Agradecimiento hacia la pareja	Agradecimiento (retribución a la pareja) Amor por la pareja	51
Bienestar individual e interpersonal (pareja e hijos)	Bienestar en pareja Bienestar personal Bienestar de los hijos	50
Reparación del daño a la pareja e hijos	Arrepentimiento Miedo a la soledad (recuperar a la familia)	37
Crecimiento/desarrollo personal (autoconocimiento)	Mejora personal Cambio general Aumento de los problemas	9

Para el caso de las categorías y los códigos correspondientes solo se hicieron cambios en el nombre de tres categorías: *bienestar individual e interpersonal* (antes búsqueda de bienestar familiar), *reparación del daño a la pareja e hijos* (arrepentimiento por la conducta e intención de recuperar a la familia), y *crecimiento/desarrollo personal*

(búsqueda de un cambio), los cambios fueron hechos con la intención de que cada categoría reflejara por sí misma su contenido de manera clara. Pregunta 2. ¿Cuáles son las acciones tuyas y de su pareja que causan peleas entre ustedes?

Tabla 9

Categorías de respuesta resultantes de la triangulación de los códigos y las incidencias de la pregunta 2 de la guía de grupos focales

Categorías	Subcategorías	Códigos	Frecuencia
Desregulación emocional		Celos Control/demanda afectiva Desconfianza Infidelidad	104
	Violencia machista	Violencia física Violencia psicológica Violencia sexual Agresión reactiva	90
	Negligencia	Irresponsabilidad/mentiras Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	86
Consumo de alcohol		Consumo de alcohol	73
Socialización normativa de ser hombre		Machismo Cuidado de los hijos/casa	68
Habilidades sociales		Comunicación inefectiva Falta de empatía/apoyo Falta de cariño/amor	36
Dinero		Mal uso del dinero	34

Las respuestas a la pregunta dos, fueron agrupadas inicialmente en nueve categorías, sin embargo, tras el procedimiento de triangulación se optó por reducirlas a cinco e incluir dos subcategorías; además, sus nombres fueron modificados para permitir mayor claridad en cuanto al contenido. Categorías: *desregulación emocional* (antes desconfianza e infidelidad), que contiene a las subcategorías *violencia machista* (violencia; cuyo código manejo emocional es remplazado por *violencia física*) y *negligencia* (que contiene

irresponsabilidad/mentiras; ausencia del hogar); *consumo de alcohol*; *socialización normativa de ser hombre* (antes conductas y pensamientos machistas); *habilidades sociales* (que contiene comunicación inefectiva; falta de empatía); y *dinero* (mal uso del dinero).
 Pregunta 3. ¿Qué problemas con su pareja tienen a causa del alcohol?

Tabla 10

Categorías de respuesta resultantes de la triangulación de los códigos y las incidencias de la pregunta 3 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia
Violencia machista	Violencia física Violencia psicológica	102
Negligencia	Irresponsabilidad/mentiras Ausencia del hogar (falta de atención a la familia)	44
Socialización normativa de ser hombre	Machismo Cuidado de los hijos/casa	27
Dinero	Mal uso del dinero	25
Habilidades sociales	Comunicación inefectiva	23
Problemas de salud	Daños asociados al consumo	20
Desconfianza e infidelidad	Desconfianza Infidelidad	14
Erosión de los vínculos	Separación/divorcio	11

Las respuestas de la pregunta tres, pasan a ser agrupadas de nueve a ocho categorías, renombrando siete de ellas: *violencia machista* (violencia, cuyo código manejo emocional es renombrado violencia física); *negligencia* (que agrupa irresponsabilidad/mentiras y ausencia del hogar); *socialización normativa de ser hombre* (conductas y pensamientos machistas); *dinero* (mal uso del dinero); *habilidades sociales* (comunicación inefectiva); *problemas de salud* (daños asociados al consumo); *desconfianza e infidelidad*; *erosión de los vínculos* (separación/divorcio).
 Pregunta 4. ¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja?

Tabla 11

Categorías de respuesta resultantes de la triangulación de los códigos y las incidencias de la pregunta 4 de la guía de grupos focales

Categorías	Códigos	Frecuencia
Habilidades sociales (vínculo y apego)	Respeto/amor/tiempo a la pareja Comunicación/escucha Confianza/honestidad Responsabilidad	158
Toma de decisiones y solución de problemas	Consciencia del daño causado por el consumo Motivación al cambio Religión/búsqueda de ayuda	76
Regulación emocional	Manejo emocional (control de la ira) Autoconocimiento	66
Modificación de los hábitos de consumo	Abstinencia Reducción del consumo Mantenimiento de la abstinencia	43

Finalmente, las respuestas a la pregunta cuatro, pasan de estar agrupadas en cinco categorías a estarlo en cuatro, tres de las cuales son renombradas: *habilidades sociales* (desarrollo de habilidades de convivencia en pareja); *toma de decisiones y solución de problemas* (que incluye búsqueda de ayuda/apoyo y búsqueda de fuentes de motivación al cambio); *regulación emocional* (habilidades de manejo/control emocional); y *modificación de los hábitos de consumo*.

Triangulación de datos que conforman teorías

Los hallazgos tras el proceso de triangulación con participantes y con investigadores expertos, fueron enriquecidos con la triangulación de datos que conforman teorías (respetando la premisa de la teoría fundamentada acerca de la importancia de no comparar la teoría resultante con teorías previas).

Este estudio parte de la premisa de que toda persona nace con una necesidad vital a ser satisfecha, la *necesidad de formar vínculos que le hagan sentir pertenencia, seguridad y protección (apego)* en alguna medida, necesidad que, en el caso de los hombres, es satisfecha a partir de su participación comprometida en el proceso de *socialización normativa de ser hombre* (condición 1); lo que en este caso representa paradójicamente la etiología de los problemas que los hombres experimentan para relacionarse/vincularse parsimoniosamente. García (2015) plantea que la violencia de pareja tiene una estructura jerárquica con forma de pirámide, en la base se coloca el sustrato patriarcal, debajo se halla el proceso de socialización (en este estudio descrito como socialización normativa de ser hombre), seguido de las expectativas de control (demandas y consignas esperadas) y los eventos desencadenantes (actitud hostil, percepción vulnerable de la pareja, ira y un repertorio conductual angosto), hasta llegar a la violencia en contra de las mujeres.

Siguiendo nuestro planteamiento, el proceso de socialización normativa de ser hombre implica una serie de demandas o consignas de índole machista; lo que coincide con lo encontrado por Echeburúa y colaboradores (2009) acerca de que los hombres que generan violencia en contra de su pareja tienen distorsiones cognitivas relacionadas con ideas machistas y la legitimación de la violencia como una estrategia eficaz de hacer frente a los problemas. Estas demandas o consignas de índole machista deben ser generadas por el interesado en vincularse y se agrupan en cuatro grandes categorías (consecuencia 1; condición 2): A) *Desregulación emocional*, referida a la ausencia de responsabilidad sobre el cuidado de las emociones propias y ajenas, y que implica la libertad de hacer uso de la *violencia machista* y de la *negligencia* como estrategias de pseudo regulación de las emociones, y del mantenimiento del poder y del control que se tiene sobre las relaciones y los vínculos establecidos (aun cuando estos no sean efectivos). Lo cual coincide con lo planteado por Klein y Schermer (2015), Soleymani y colaboradores (2018) y García-Moreno y colaboradores (2013) respecto al uso de la violencia como estrategia de mantenimiento del poder y control, y con lo reportado por Øverup y colaboradores (2017) acerca de que la violencia de pareja puede verse facilitada por distintas razones como pobre regulación emocional, historia de abuso, necesidad de dominación y control, o la provocación de la pareja. Este planteamiento, además, permite obtener una explicación

acerca de por qué la violencia de pareja se expresa en mayor proporción en la dirección hombre-mujer, que en la dirección opuesta (García-Moreno et al., 2013; Gondolf, 2011; Mbilinyi et al., 2011; Tollefson & Phillips, 2015; Walker, 2015). B) *Consumo de alcohol*, que se refiere al *derecho* que el hombre tiene de consumir alcohol como un premio por su esfuerzo y como un medio que facilita un espacio de convivencia social con sus pares, espacio en el que puede ser él mismo y en el que es apreciado y valorado, pero que también implica diversos problemas de salud que el hombre debe afrontar en soledad por el hecho de ser hombre. Este hallazgo se ve reforzado con lo reportado por Ornelas y colaboradores (2015) quienes realizaron un estudio con inmigrantes latinos que residían en los Estados Unidos de América, en el cual indagaron acerca de las características de su consumo, y encontraron que estos hombres generalmente beben los fines de semana cuando no hay jornada laboral y lo hacen como una recompensa al esfuerzo realizado durante toda la semana. Mencionaron que beber les ayudaba a reducir la tristeza y la desesperación (traducidos en depresión y ansiedad), además de ser una oportunidad para relacionarse con otros hombres sintiéndose más fuertes y con más confianza. Premisa que nos hace entender por qué el consumo de alcohol es más frecuente y alto en hombres que en mujeres (Villatoro et al., 2017), y por qué los hombres acuden con menor frecuencia al médico y sufren más problemas de salud (no solo asociados al consumo). C) *Falta de habilidades sociales*, hace referencia a la ausencia de habilidades para vincularse efectivamente con todos aquellos en el entorno (no solo con los congéneres), y a la facilidad de justificar a través de la pertenencia a un grupo de hombres la escasez de estas habilidades. Punto ampliamente relacionado con la responsabilidad socioafectiva (carga de cuidado) que se le asigna a la mujer dentro de todo vínculo/relación, responsabilidad de la cual los hombres están exentos. D) *Mal uso de dinero*, que implica la libertad que el hombre tiene de hacer uso de sus recursos materiales como decida, incluso si esto implica perjudicar la calidad de vida familiar, categoría que refleja un privilegio de ser hombre.

De acuerdo con algunos autores, los hombres generadores de violencia de pareja pueden ser agrupados bajo una categoría con las siguientes características basadas en la carencia: falta de empatía, autocuidado, control de impulsos, habilidades de comunicación y solución de problemas; y la presencia de pensamientos distorsionados, cargas genéticas

que predisponen a la violencia, contextos desfavorecedores, historia de violencia, uso de sustancias (Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Satyanarayana et al., 2016; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015), y problemas de apego y afecto (Sygel et al., 2014). En el estudio realizado por Celaya-Alston (2000) podemos hallar coincidencias, pues la autora encontró que, para los hombres mexicanos, la violencia de pareja es el resultado esperado de una serie de factores que el hombre no puede manejar como: el uso de alcohol, la presión en el trabajo, el desempleo, los problemas económicos, los celos, la desesperanza, las críticas de la familia, además de ciertas actitudes machistas relacionadas con la educación de los hijos, el embarazo y el nacimiento de algún bebé que no sea del sexo esperado.

De las cuatro categorías inmersas en el proceso de socialización normativa de ser hombre, la de consumo de alcohol resalta por la manera en que se interrelaciona con las otras tres, funcionando a veces como condición y otras veces como consecuencia, de la siguiente manera: el alcohol puede funcionar como un facilitador de la desregulación emocional; el consumo puede provocar desinhibición y desfrontalización, factores que pueden conducir fácilmente a conductas violentas. A su vez, la desregulación emocional puede servirse del alcohol como una herramienta (desadaptativa) para afrontar las situaciones de dificultad. Ocurre de manera similar con las dos categorías restantes, el consumo de alcohol reduce la capacidad de relacionarse/vincularse efectivamente pues perjudica las habilidades sociales; además, requiere inversión monetaria, lo que perjudica la calidad de vida económica de la familia. Por su parte, el hombre puede recurrir al consumo como herramienta de afrontamiento cuando tiene dificultades para poner en práctica sus habilidades sociales y/o cuando tiene problemas relacionados con su economía. Debido a su efecto desfrontalizador, el consumo de alcohol puede ser la causa/condición que detone a las demás categorías y sus respectivas implicaciones, y también puede ser una herramienta que sirva para afrontarlas. Krug y colaboradores (2002) lo explican de la siguiente manera: cuando un miembro de la pareja consume alcohol, incrementan los problemas económicos, los relacionados con la crianza, la infidelidad, etc., aumentando la tensión y los estresores que comúnmente derivan en episodios violentos. Además, la creencia acerca de que el consumo de alcohol incita a la violencia alienta este comportamiento y su justificación.

Esto coincide con el modelo espurio propuesto por Leonard y Quigley (1999) sobre la relación entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja. De acuerdo con lo planteado en este modelo, una tercera variable es la responsable tanto del consumo de alcohol como de la violencia, esta tercera variable se manifiesta como la socialización normativa de ser hombre, que implica el consumo y la violencia, pero no se restringe a éstas, e incluye el mal uso del dinero y la falta de habilidades sociales. Entonces, el resultado a partir de la participación comprometida en el proceso de la socialización normativa de ser hombre, que implica ausencia de habilidades sociales, desregulación emocional, mal manejo económico y consumo de alcohol, es la *erosión de los vínculos* que se habían establecido (consecuencia 2; condición 3); sin importar que estos se hayan establecido a través del uso de herramientas desadaptativas.

La erosión de los vínculos puede conducir a la separación y/o el divorcio, lo cual, de acuerdo con Easton y colaboradores (2018) y Soleymani y colaboradores (2018), es solo una de las consecuencias que experimentan los hombres inmersos en este proceso de socialización normativa que implica el ejercicio de la violencia de pareja. Los autores plantean que entre otros resultados se encuentran: sentimientos de apatía, culpa y abandono, distracción laboral, evitación hacia los hijos y personas cercanas, además de conducta violenta en el trabajo. De acuerdo con el presente estudio, el punto en que el hombre *es forzado* por la petición de divorcio y/o separación a darse cuenta de que los vínculos establecidos están erosionados, representa el momento clave en el cual experimenta ansiedad por separación (apego, aparición abrupta de la necesidad de vincularse), abandono y miedo; lo cual puede dar inicio al proceso de cambio (consecuencia 3; condición 4), que empieza con la *toma de decisiones* y la *solución de problemas* (la solución de todo aquello que se fracturó mediante las conductas dictadas en la normativa de socialización como hombre), e implica la búsqueda de ayuda y de una fuente genuina (intrínseca) de motivación. El siguiente paso se refiere a la *modificación de los hábitos de consumo* (preferentemente la abstinencia), seguido de un proceso de entrenamiento en *habilidades de regulación emocional* y *habilidades sociales* (particularmente de convivencia en pareja), que tracen el camino hacia el resultado final (consecuencia 4) que es la *construcción de vínculos (relaciones) adaptativos*, forjados desde una base sólida, y que permitan la

satisfacción de la necesidad de pertenencia, seguridad y protección (apego) etiológicamente existente. En la siguiente figura se observa el diagrama que refleja la teoría propuesta, como resultado de la matriz condicional/consecuencial.

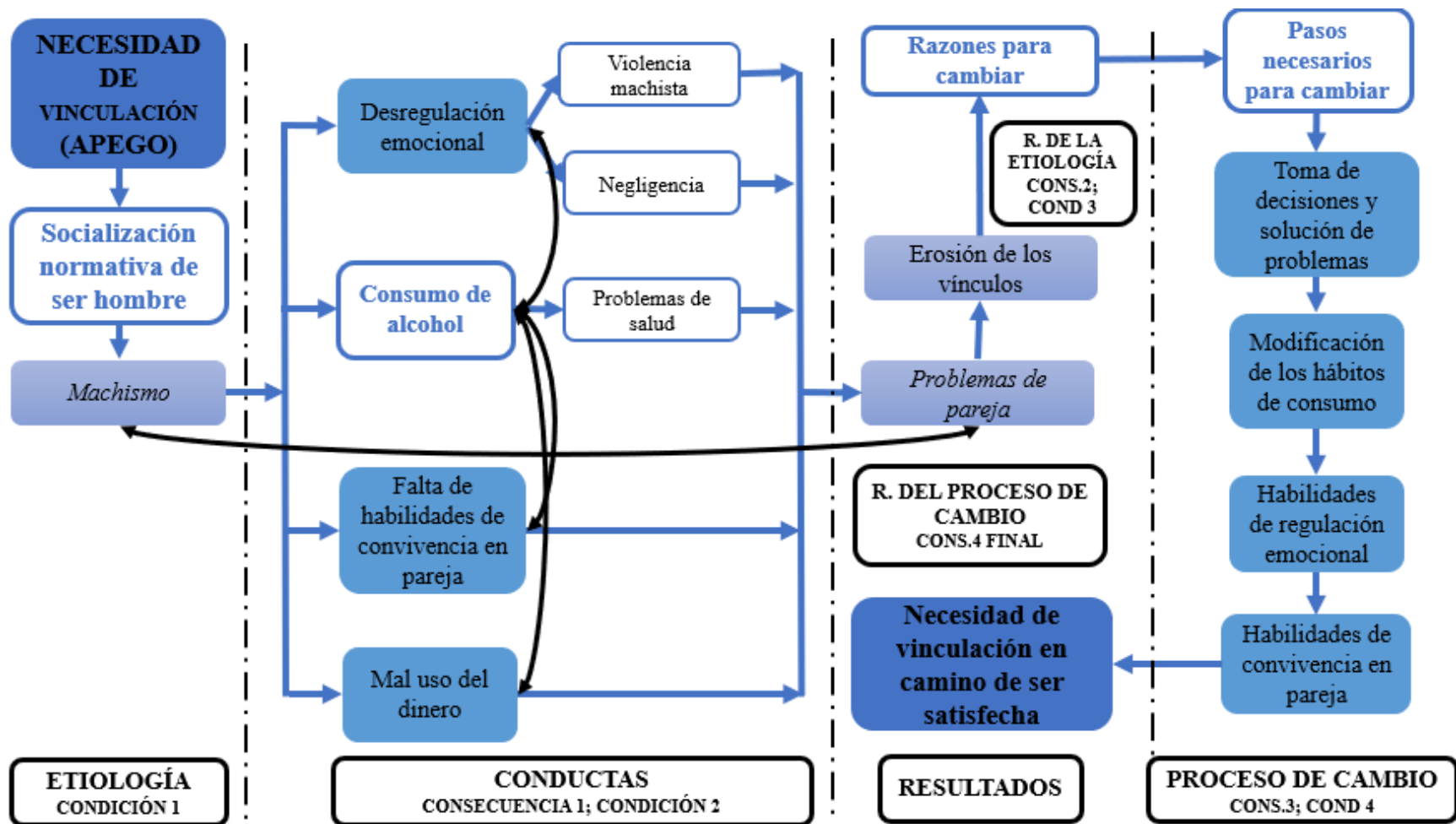


Figura 7

Diagrama de la relación establecida entre las categorías resultantes tras la triangulación con participantes y con investigadores expertos

Intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”

Como resultado de la conducción de los grupos focales, el proceso de análisis de los datos recabados y la triangulación, se obtuvieron distintas categorías asociadas con los módulos que se incluyen en la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

La intervención se compone de un total de seis módulos y 18 sesiones agrupadas en cuatro categorías de acuerdo con su objetivo general: tres sesiones de evaluación inicial con el objetivo de establecer la línea base de las variables objetivo; 11 sesiones de intervención en las cuales se exponen los contenidos; una sesión de evaluación final que permite contrastar *el valor* de las variables objetivo al principio y al final de la intervención; y tres sesiones de seguimiento (la primera un mes después de la sesión de evaluación final, la segunda tres meses después del primer seguimiento y la tercera seis meses después del segundo seguimiento), estas últimas tres sesiones se plantean para monitorear el mantenimiento a corto y mediano plazo de las metas logradas durante las sesiones de intervención. Esta intervención está diseñada a partir de las técnicas más efectivas de tres modelos de intervención de acuerdo con lo reportado en la literatura, a saber, el modelo cognitivo-conductual, el modelo de la entrevista motivacional y el modelo Duluth. Además, se propone la aplicación de los diferentes principios del diseño instruccional en el desarrollo de cada una de las sesiones. Estos han demostrado resultados favorables en cuanto a la motivación para aprehender contenidos, mantenerse en y concluir los programas, y, sobre todo, para trasladar lo aprendido en estos programas o intervenciones al mundo real. Cada sesión tiene objetivos instruccionales claros y específicos, planteados de manera general y que son pulidos de acuerdo con las necesidades de cada participante. Se promueve el involucramiento cognitivo, conductual y emocional, el desarrollo de competencias, de experiencias de aprendizaje, y el pensamiento crítico. La retroalimentación no es solo *in situ* (durante las sesiones), sino cada que los participantes lo requieren a través de un servicio de mensajería electrónica (*WhatsApp*). En cuanto a la evaluación, se plantean cuatro momentos: inicial (identificación de necesidades), formativa (verificación del progreso para avanzar, retroceder o reforzar), sumativa (cumplimiento de

objetivos), y de seguimiento (mantenimiento de objetivos). Lo cual implica que aun cuando el contenido de la intervención es el mismo para cada participante, su desarrollo está planeado con base en el progreso personal, de acuerdo con las necesidades particulares de aprendizaje, y no con base en un formato general.

Descripción y justificación de cada sesión

A continuación, se presenta una descripción precisa de cada uno de los módulos y sesiones que conforman la intervención.

Pre-sesiones (línea base)

Primera medición. Al inicio se plantean los objetivos de la intervención y de la evaluación, se firma el formato de consentimiento informado, y se explica en qué consiste el análisis funcional de la conducta, así como su importancia, la manera en la que la sesión será conducida y la participación que se espera de cada una de las partes involucradas. Posteriormente se procede a la aplicación de los instrumentos de evaluación y se hace el primer análisis funcional de las conductas. Para finalizar, se explica en qué consiste el llenado de los formatos de autorregistro (anexo 9), se le brindan los formatos al participante, se explica la importancia de su debido llenado y se cierra la sesión con la aclaración de dudas en caso de ser necesario.

Segunda y tercera medición. Se revisa el formato de autorregistro de la semana; se entregan los formatos de autorregistro siguientes y se cierra la sesión.

Procedimiento general de cada una de las sesiones

Cada una de las sesiones de intervención sigue un procedimiento general, mismo que tiene diversas particularidades según el tema que se aborda, a continuación, se describe el procedimiento general.

1. Bienvenida al participante y agradecimiento por su asistencia a la sesión.
2. Revisión de la tarea (formatos de autorregistro).
3. Discusión acerca de lo sucedido durante la semana.
4. Descripción breve del tema y objetivo de la sesión.

5. Abordaje de los contenidos de la sesión, y discusión de estos.
6. Resumen de lo discutido.
7. Explicación de la tarea.
8. Cierre de la sesión (establecimiento de la fecha y hora para la siguiente sesión).

Procedimiento específico de cada una de las sesiones

Módulo 1

Sesión 1. Se le da la bienvenida al participante y se le agradece por su asistencia; se revisa el formato de autorregistro, se discuten los acontecimientos importantes ocurridos durante la semana, se menciona el tema de la sesión y se describe el objetivo para poder dar paso al abordaje de los contenidos y su discusión: A) Se brinda la definición de apego, se describen los diferentes tipos y la importancia que el apego tiene sobre el desarrollo de la personalidad, se incentiva al participante a pensar en el tipo de apego que estableció con sus cuidadores y la forma en que esto impactó sobre su comportamiento actual. B) Se discute la necesidad humana de pertenencia a un grupo y se solicita al participante que explique cómo se ha integrado a los grupos a los que pertenece y de qué manera estos grupos han moldeado e incentivado su comportamiento. C) Se aborda el tema de los vínculos afectivos, se explica en qué consiste el establecimiento de vínculos y se le pide al participante que explique cómo se vincula con su pareja, dónde aprendió a vincularse así y cuáles son las consecuencias de esta forma de vincularse; esto con el objetivo de integrar esta información a la discutida previamente sobre el apego y la necesidad de pertenencia. Finalmente, el terapeuta hace un resumen de lo discutido durante la sesión, explica la tarea (que consiste en el llenado de los formatos de autorregistro), aclara las dudas en caso de ser necesario y cierra la sesión indicando la fecha y la hora de la siguiente reunión.

Durante todas las sesiones siguientes se aplica el procedimiento antes descrito, cambiando solo la parte del contenido, por esta razón en adelante solo se describe el contenido de cada sesión.

Sesión 2. A) Se expone la definición de patriarcado y se describe la influencia que tiene sobre la conducta masculina a través de la socialización normativa de ser hombre. B) Se define el término machismo, se discuten las diversas distorsiones cognitivas respecto a la masculinidad, incluyendo el deber ser, la presión social, las expectativas de control y las críticas, así como los roles de género, haciendo énfasis en el cuidado de los hijos y la responsabilidad sobre las tareas del hogar; invitando al participante a cuestionar sus conductas machistas. C) Posteriormente, se habla acerca de las consecuencias del machismo, enfatizando la erosión de los vínculos con la pareja, que implica la separación y/o el divorcio y lo asociado con esto, que lleva inmersa la ansiedad por separación, los sentimientos de culpa, abandono, miedo y apatía, así como la conducta violenta. Finalmente, se hace un análisis de la forma en que esta información converge con lo discutido durante la sesión 1, dirigiendo al participante a comprender la relación entre la manera en que aprendió a vincularse y las consecuencias.

Módulo 2

Sesión 3. A) Se orienta al participante a preguntarse cuáles son sus razones para cambiar y se establecen aquellas que puedan sustentar el cambio a través de la exposición de la definición de motivación intrínseca y extrínseca, y el establecimiento de las diferencias entre cada una; se le pide que piense en las diferentes fuentes de motivación de cada tipo (bienestar, crecimiento, desarrollo y mejora personal, autoconocimiento, agradecimiento hacia la pareja, retribución del daño causado a la familia, arrepentimiento por la conducta pasada, intención de recuperar a la familia y bienestar de la pareja y los hijos). B) Se invita al participante a hacer consciencia sobre el impacto que sus conductas han tenido sobre su vida familiar y de pareja, y a tomar decisiones de cambio. C) Se explica qué es un balance decisional y cuál es su utilidad, junto con el participante se elabora el balance decisional. D) Una vez tomada la decisión de cambio, se plantean los objetivos que se pretenden lograr y las estrategias para hacerlo, lo cual se plasma en el plan de cambio. E) Finalmente, se explica la importancia del compromiso con el cambio y se redacta y firma el contrato conductual.

Módulo 3

Sesión 4. A) Se incita al participante a pensar en la relación que existe entre sus conductas machistas y su consumo de alcohol; se habla de los diferentes objetivos del consumo (como premio, como privilegio masculino y como espacio de convivencia social), y se le invita a reflexionar sobre esto, relacionándolo con el análisis funcional de la conducta. B) Se explica qué son las estrategias de afrontamiento enfatizando el consumo de alcohol como una de ellas, haciendo ver al participante la función utilitaria que ha asignado al alcohol. C) Una vez planteado lo anterior, se pide al participante que piense en las razones por las cuales consume, esto con la finalidad de establecer los antecedentes del consumo en el análisis funcional para que el participante sea consciente de esto y sepa establecerlos como detonantes de la conducta de consumo, y pueda trabajar sobre ellos. D) Se aborda el tema de las emociones mediante su definición y categorización básica, se guía al participante hacia el reconocimiento de las emociones que se asocian con su consumo, y se le invita a pensar en la forma en que la socialización normativa de ser hombre ha influido sobre su proceso de reconocimiento emocional, vinculando el trabajo con el autoconocimiento y el autocuidado. E) Se conduce al participante hacia el establecimiento de la asociación entre la socialización normativa de ser hombre, el consumo de alcohol y la desregulación emocional.

Sesión 5. A) Se postulan las consecuencias y los daños clínicos y sociales asociados al consumo, y se pide al participante que describa las áreas de su vida que se han visto afectadas por el consumo. B) Se solicita al participante que establezca su meta en cuanto al consumo en términos de reducción o abstinencia, y se plantean las razones de la elección. C) Definimos la violencia de pareja y establecemos su tipología (violencia física, psicológica y sexual; agresión reactiva y negligencia [irresponsabilidad, mentiras, ausencia del hogar y falta de atención a la familia]), y consecuencias, invitando al participante a identificar las violencias que genera y a mencionar las consecuencias particulares que él y su pareja han experimentado. Con el fin de integrarlo al análisis funcional de la conducta violenta pedimos al participante que identifique los principales detonantes (antecedentes) de la violencia de pareja que genera (celos, control/demanda afectiva, infidelidad y desconfianza). D) Introducimos al participante a las técnicas para reducir el consumo de

alcohol y a las de regulación emocional (entrenamiento en habilidades de regulación emocional, control de impulsos, manejo de la ira, y ampliación del repertorio conductual).

Sesión 6. Inicia la aplicación de las técnicas para modificar los hábitos de consumo y las técnicas de regulación emocional (relajación, modelado, ensayo conductual y moldeamiento).

Sesión 7. A) El participante modela las técnicas aprendidas en la sesión anterior. B) Continuamos con las técnicas para modificar los hábitos de consumo y las de regulación emocional (autorregulación, manejo de la ira/enojo y tiempo fuera). C) Explicamos el objetivo del plan de prevención de recaídas y del de prevención de reincidencia; retomamos su decisión y metas de cambio tanto de consumo de alcohol como de la conducta violenta.

Módulo 4

Sesión 8. A) Se explica qué son las habilidades de convivencia en pareja. B) Introducimos al participante a las técnicas de entrenamiento en habilidades de convivencia en pareja explicando en qué consisten (comunicación y escucha efectiva, empatía, apoyo, confianza, honestidad, tiempo de calidad, amor y responsabilidad, solución de problemas), y le pedimos que determine qué tan socialmente hábil es, a través de una autoevaluación y de la identificación de sus habilidades. C) Establecemos la asociación entre la socialización normativa de ser hombre y la falta de habilidades de convivencia en pareja, e invitamos al participante a reflexionar acerca de su nivel de habilidad social. Además, lo llevamos a pensar en la asociación entre su consumo, su conducta violenta y su nivel de habilidad de convivencia en pareja.

Sesión 9. A) Solicitamos al participante que modele y ensaye cómo ha aplicado lo aprendido sobre habilidades de convivencia en pareja. B) Presentamos al participante un plan de mantenimiento y desarrollo de las habilidades de convivencia en pareja.

Módulo 5

Sesión 10. A) Establecemos la asociación entre la socialización normativa de ser hombre que hasta el momento implica el consumo de alcohol, la violencia de pareja, la falta de habilidades de convivencia en pareja y el mal manejo de las finanzas. B) Invitamos al participante a reflexionar cómo se relaciona el manejo de sus finanzas con sus problemas de pareja. C) Exponemos la importancia del correcto manejo financiero, brindamos estrategias para lograrlo y junto con el participante diseñamos un plan de manejo financiero.

Módulo 6

Sesión 11. A) Hacemos junto con el participante y con ayuda de las gráficas derivadas de los formatos de autorregistro y los resultados del análisis funcional de la conducta, la evaluación de las habilidades y las herramientas que adquirió a lo largo de las sesiones de intervención previas, así como de las metas logradas. B) Pedimos al participante que reevalúe su plan de mantenimiento de las conductas que le han llevado al alcance de las metas, y que decida si desea actualizarlo o mantenerlo. C) Finalmente, invitamos al participante a reflexionar acerca de cómo se siente, a preguntarse si su necesidad de vinculación/apoyo está en camino de ser satisfecha, e integramos la información mediante un resumen. Dado que ésta es la última sesión de intervención, el cierre es diferente; explicamos al participante que las sesiones de intervención han concluido, pero no su participación, puesto que aún es importante que acuda a cuatro sesiones más, una de evaluación final con el objetivo de analizar lo que logró con la intervención, y tres sesiones de seguimiento con la meta de monitorear el mantenimiento de los objetivos logrados con la intervención. Se explica que ya no es necesario que continúe llenando los formatos de autorregistro, pero que sí es importante que siga practicando las técnicas que le fueron enseñadas, se programa la cita para cada una de éstas cuatro sesiones, se aclaran las dudas y se despide al participante.

Sesión de evaluación final

La sesión inicia dando la bienvenida al participante y agradeciendo su constancia a lo largo de toda la intervención. Se explica el objetivo de la sesión, se invita al participante

a reflexionar acerca de lo que hizo para alcanzar sus objetivos y a tomar consciencia acerca de su trabajo y se dedican unos minutos a analizar cómo se siente. Se aplican los instrumentos de evaluación, se aclara cualquier duda y se reitera la importancia de participar en las sesiones de seguimiento, así mismo, se le insta a seguir aplicando lo aprendido durante la intervención. Para finalizar, al participante se le entrega un reconocimiento escrito por su participación.

Sesiones de seguimiento

El siguiente procedimiento aplica para las tres sesiones de seguimiento. Cada una de las sesiones inicia dando la bienvenida al participante y agradeciendo su participación en las sesiones de seguimiento, se explica el objetivo de la sesión y se aplican los instrumentos de evaluación, se invita al participante a reflexionar acerca de lo que ha hecho para mantener sus objetivos o, en determinado caso, de los obstáculos que ha enfrentado para lograrlo y se dedican unos minutos a analizar cómo se siente. Para finalizar se aclara cualquier duda y se reitera la importancia de seguir participando en las sesiones de seguimiento (excepto en la última sesión), así mismo, se le insta a seguir aplicando lo aprendido durante la intervención.

Consistencia de la intervención

Para corroborar la consistencia de la intervención se diseñó una matriz de objetivos en la que se desglosa cada uno de los módulos y se describen las variables que se incluyen, así como el objetivo que se busca cubrir en cuanto a cada una de ellas, los instrumentos y herramientas de evaluación y las técnicas para alcanzar los objetivos (anexo 10). El objetivo general consiste en diseñar una intervención dual para reducir el consumo de alcohol y la violencia de pareja que ejercen los hombres mexicanos, e incrementar sus relaciones positivas de pareja, empleando la motivación intrínseca al cambio como variable moderadora. Cabe destacar que la intervención fue diseñada siguiendo el modelo:

1. Evaluar. Se evalúa cada una de las variables objetivo con la finalidad de establecer la línea base, y poder, más adelante, evaluar el nivel de cambio.
2. Educar. Psicoeducar en cuanto a los contenidos de la intervención para aclarar el porqué de las conductas y mostrar la importancia del cambio.

3. Motivar. Incentivar e incrementar la motivación al cambio usando como base las fuentes de motivación intrínseca.
4. Enseñar. Mostrar a los participantes cómo cambiar, es decir, indicar los pasos necesarios para lograr el cambio a través de diferentes técnicas.
5. Reevaluar. Las variables objetivo se evalúan constantemente para poder comparar estos resultados con los de la primera evaluación y poder determinar el cumplimiento del objetivo de la intervención.

Este modelo ayuda a integrar la intervención de una manera parsimoniosa que permite visualizar con claridad cada uno de los objetivos, y vincularlos con el objetivo general de la investigación.

Estudio 2. Factibilidad de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”

Objetivo general

Evaluar la factibilidad de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

Objetivos específicos

1. Evaluar la claridad del objetivo general y de los objetivos específicos de la intervención, así como su relación con la información, las técnicas de intervención y las actividades propuestas.
2. Evaluar la calidad, cantidad y uso del lenguaje de la información presentada, así como los títulos tanto de la intervención como de los bloques de evaluación y de los módulos.
3. Evaluar la aplicación de las técnicas de intervención propuestas.
4. Evaluar la aplicación de los principios del diseño instruccional, y la elección de los modelos de intervención.
5. Evaluar la batería propuesta, y la conveniencia de una prueba de conocimientos.
6. Evaluar las características de la prueba piloto de la intervención, en cuanto a terapeutas, formato de aplicación y uso del diseño N=1 de criterio de cambio.
7. Evaluar la calidad del diseño gráfico.

Hipótesis

- Hipótesis de investigación. La intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol” es factible.
- Hipótesis nula. La intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol” no es factible.
- Hipótesis alterna. Algunos bloques/módulos de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol” son factibles.

Características de los participantes

Población objetivo

Criterios de inclusión: A) Ser hombre; B) Tener entre 18 y 65 años; C) Saber leer y escribir; D) Ser miembro de una relación heterosexual de pareja de al menos tres años de duración (tener intención manifiesta de mejorar la relación); E) Antecedentes de violencia de pareja al menos en los seis meses previos al estudio; F) No encontrarse en tratamiento para la violencia de pareja y/o el manejo de la ira; G) Historia de consumo de alcohol de al menos tres años; H) Consumo de alcohol con niveles de dependencia de baja a moderada (puntuación de entre 16 y 19 en la prueba de identificación del trastorno por uso de alcohol [AUDIT]).

Criterios de exclusión: A) Consumo de alguna sustancia diferente al alcohol (excepto nicotina); B) Encontrarse bajo el influjo de alguna sustancia al momento del procedimiento; C) Padecimiento(s) psiquiátrico(s) (referido[s] por el mismo participante en la entrevista).

Criterios de eliminación: A) Conducta agresiva hacia alguno de los participantes o hacia la investigadora durante el procedimiento; B) Participación nula o escueta durante el procedimiento (ausencia de comentarios en la discusión, así como centro en aportaciones irrelevantes para el estudio).

Jueces

Criterios de inclusión: A) Posgrado (maestría y/o doctorado) en psicología de la salud; B) Conocimiento en cuanto al tratamiento del consumo de alcohol y/o de la violencia de pareja y/o de las masculinidades y/o del diseño y desarrollo de intervenciones.

Criterios de exclusión: A) Ideología sociopolítica antiderechos (manifestada directamente).

Procedimiento de muestreo, tamaño de la muestra y escenario

Muestreo. No probabilístico por conveniencia (Otzen & Manterola, 2017), a través de una invitación personal. Tamaño de la muestra. Seis participantes (tres de la población objetivo y tres jueces expertos). Escenario. Población objetivo: un municipio del norte del Estado de México, respetando cada una de las medidas de sanidad y prevención del contagio del virus por COVID-19; jueces expertos: virtual.

Tipo de estudio y Diseño

Estudio. Exploratorio. Diseño. Cualitativo y cuantitativo a través de las técnicas de grupo focal y cuestionarios a profundidad.

Variable

Definición conceptual

Variable. La factibilidad de la intervención se refiere a si la intervención está lista para ser puesta a prueba; es decir, para evaluar si con base en los hallazgos, la intervención puede moldearse para que los futuros resultados sean relevantes y sostenibles (Bowen et al., 2009). En el caso particular de la prueba de factibilidad, se busca indagar si la población a la cual va destinada la intervención y los expertos en el tema base validan su aplicación.

Definición operacional

Variable. La factibilidad de la intervención queda integrada por la evaluación de los siguientes aspectos: la claridad del objetivo general y de los objetivos específicos de la intervención, así como su relación con la información, las técnicas de intervención y las actividades propuestas; la calidad, cantidad y uso del lenguaje de la información presentada; la presencia y aplicación de las técnicas de intervención propuestas; la presencia y aplicación de los principios del diseño instruccional; la batería propuesta; y la calidad del diseño gráfico. Para determinar la factibilidad en términos cuantitativos cada una de las 11 características mencionadas es evaluada en cuanto a su relación con el cumplimiento del objetivo general de la intervención, con base en la siguiente escala: no

cumple el objetivo; cumple medianamente con el objetivo; cumple totalmente con el objetivo. Posteriormente, se aplica el siguiente criterio a la intervención de manera global: no factible (0-3 cumple totalmente con el objetivo); medianamente factible (4-7 cumple totalmente con el objetivo); factible (8-11 cumple totalmente con el objetivo).

Estímulo

Estímulo. El manual de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”, cuyo objetivo es dotar a los participantes de herramientas que les permitan reducir su consumo de alcohol, así como la violencia que generan en contra de su pareja, a la vez que aumenten las relaciones positivas con ésta. La intervención está diseñada a partir de las técnicas más efectivas de tres modelos, el modelo cognitivo-conductual, el modelo de la entrevista motivacional y el modelo Duluth; además de tomar como base los principios del diseño instruccional. Cada sesión tiene objetivos instruccionales claros y específicos, planteados de manera general y que son pulidos de acuerdo con las necesidades de cada participante. Se compone de un total de seis módulos y 18 sesiones agrupadas en cuatro categorías de acuerdo con su objetivo general: tres sesiones de evaluación inicial con la meta de establecer la línea base de las variables objetivo; 11 sesiones de intervención en las cuales se exponen los contenidos; una sesión de evaluación final que permite contrastar el valor de las variables objetivo al principio y al final de la intervención; y tres sesiones de seguimiento.

Herramientas de evaluación

Se trata de cuatro cuestionarios diseñados específicamente para evaluar la factibilidad de la intervención.

Población objetivo

Cuestionario específico para la población objetivo. Se denomina “Cuestionario específico para evaluar pre-sesiones, módulos de intervención, evaluación final y seguimiento de la intervención Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol, con la población objetivo” (tabla 12). Objetivo. Evaluar la claridad de la información presentada en la intervención; el porcentaje de los contenidos

comprendidos; la calificación probable obtenida en un examen de los contenidos; la comprensión de las palabras utilizadas; el aburrimiento; el interés por los contenidos; la cantidad de texto; las recomendaciones para hacer más interesante la intervención; la utilidad de los contenidos para reducir el consumo de alcohol; la utilidad de los contenidos para reducir la conducta violenta; y la información faltante. Al final, se solicita la opinión general acerca del contenido. El formato está compuesto por 17 preguntas cuantitativas (10) y cualitativas (7); con diferentes opciones de respuesta, tanto en escala Likert (4-5 opciones: 1 nada clara a 5 completamente clara; 1 nada interesante a 5 completamente interesante; 1 nada útil a 5 completamente útil; 1 nada a 4 mucho), como en escala porcentual (0-100), y respuesta abierta. Ejemplo de preguntas. Cuantitativas: (P1) ¿Qué tan clara fue para ti la información presentada? (1 nada clara; 2 poco clara; 3 clara; 4 muy clara; 5 completamente clara); (P2) De un porcentaje del 1 al 100, ¿qué porcentaje de los contenidos presentados entendiste bien? (escala del 0 al 100). Cualitativas: (P4) ¿Te sería más fácil entender la información con otras palabras u otra forma de decir las mismas cosas?; (P4.1) Escribe un ejemplo; (P8) ¿Qué fue lo que menos te interesó? ¿por qué?

Tabla 12

Cuestionario específico para la población objetivo

<i>Factores</i>	
<i>Comprensión de los contenidos</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P1) ¿Qué tan clara fue para ti la información presentada? (1 nada clara; 2 poco clara; 3 clara; 4 muy clara; 5 completamente clara); (P2) De un porcentaje del 1 al 100, ¿qué porcentaje de los contenidos presentados entendiste bien? (escala del 0 al 100); (P3) Si te hiciéramos un examen de la información que acabamos de leer, ¿qué calificación piensas que sacarías? (escala del 0 a 10)	(P4) ¿Te sería más fácil entender la información con otras palabras u otra forma de decir las mismas cosas?; (P4.1) Escribe un ejemplo
<i>Interés por los contenidos</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P5) ¿Te aburraste leyendo la información? (escala del 0 [Sí] al 100 [No]); (P6) ¿Qué tan interesante se te hizo la información? (1 nada interesante; 2 poco interesante; 3 interesante; 4 muy interesante; 5 completamente	(P5.1) Si tu respuesta fue sí, ¿qué fue lo que te aburrió?; (P7) ¿Qué fue lo que más te interesó? ¿por qué?; (P8) ¿Qué fue lo que menos te interesó? ¿por qué?

interesante)

Claridad de los contenidos

Preguntas cuantitativas

(P9) ¿Piensas que hay mucho texto (mucho que leer)? (escala del 0 [Sí] al 100 [No])

Preguntas cualitativas

Relación de los contenidos con el objetivo (sugerencias)

Preguntas cuantitativas

P11) ¿Qué tan útil piensas que es la información que acabas de leer, para ayudar a los hombres a bajarle o dejar el consumo de alcohol? (1 nada útil; 2 poco útil; 3 útil; 4 muy útil; 5 completamente útil); (P12) ¿Cuánto piensas que sirve la información que acabas de leer, para ayudar a los hombres a bajarle o dejar el consumo de alcohol? (1 nada; 2 poco; 3 más o menos; 4 mucho); (P13) ¿Qué tan útil piensas que es la información que acabas de leer, para ayudar a los hombres a dejar de comportarse de forma violenta con su pareja? (1 nada útil; 2 poco útil; 3 útil; 4 muy útil; 5 completamente útil); y (P14) ¿Cuánto piensas que sirve la información que acabas de leer, para ayudar a los hombres a dejar de comportarse de forma violenta con su pareja? (1 nada; 2 poco; 3 más o menos; 4 mucho)

Preguntas cualitativas

(P10) De la siguiente lista de opciones, ¿qué nos recomiendas para hacer que la información sea más interesante? Puedes elegir más de una opción (más imágenes; videos en los que se explique la información; uso de colores para hacerlo más atractivo; menos texto (letras); algún juego y/o dinámica; preguntas acerca de los contenidos); (P15) ¿Qué información piensas que hace falta en este bloque?; (P16) Si tú estuvieras participando en esta intervención, ¿qué te gustaría ver, hacer o aprender en este bloque?

Opinión general

Preguntas cuantitativas

Preguntas cualitativas

(P17) Finalmente, escribe por favor tu opinión acerca de este bloque, descríbela lo más posible

Cuestionario general para la población objetivo. Se denomina “Cuestionario general para evaluar la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol, con la población objetivo” (tabla 13). Objetivo. Evaluar la utilidad de un examen al final de cada módulo de intervención; la pertinencia del diseño; la cantidad de instrumentos de la batería de evaluación; el interés por participar en la intervención; la preferencia por las características de un posible terapeuta; el formato de la intervención individual o grupal; la posibilidad de recomendar la intervención; y lo que le hace falta a la intervención. El cuestionario se compone de ocho preguntas cuantitativas (5)

y cualitativas (3); con opciones de respuesta dicotómicas (Sí, No; en grupo, solo), categóricas (hombre, mujer, no tengo ninguna preferencia), y abiertas. Ejemplos de preguntas. Cuantitativas: (P1) ¿Piensas que sería útil hacer un pequeño examen de los contenidos al final de cada módulo? (Sí 0; No 100); cualitativas: Pensemos que tu respuesta a la pregunta 4, fue SI, imagina que puedes elegir quien te va a impartir la intervención, ¿prefieres a una terapeuta (mujer), a un terapeuta (hombre), o no tienes ninguna preferencia? (mujer, hombre, no tengo ninguna preferencia); (P5.1) ¿Por qué?

Tabla 13

Cuestionario general para la población objetivo

<i>Factores Evaluación</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
<p>(P1) ¿Piensas que sería útil hacer un pequeño examen de los contenidos al final de cada módulo? (Sí 0; No 100); (P3) En cuanto a los instrumentos y herramientas para evaluar el cumplimiento de los objetivos (recuerda el apartado de "instrumentos"), piensas que la cantidad de instrumentos que conforman la batería de evaluación es (inadecuada, son pocos instrumentos; adecuada, es la cantidad indicada de instrumentos; exagerada, son muchos instrumentos)</p>	<p>(P1.1) ¿Por qué?; (P3.1) Por favor, escribe tu opinión general acerca de la batería de evaluación</p>
<i>Diseño</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
<p>(P2) El diseño del manual de intervención (imágenes, colores, tipo y tamaño de letra, etc.) ¿te pareció atractivo? (Sí 100; No 0)</p>	<p>(P2.1) ¿Por qué?; (P2.2) ¿Cuáles cambios en el diseño sugieres?</p>
<i>Propuesta de piloteo</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
<p>(P4) Conforme con lo que leíste, ¿te interesaría participar en esta intervención? (Sí 100; No 0); (P7) ¿Le recomendarías a alguien esta intervención? (Sí 100; No 0)</p>	<p>(P4.1) ¿Por qué?; (P5) Pensemos que tu respuesta a la pregunta 4, fue SI, imagina que puedes elegir quien te va a impartir la intervención, ¿prefieres a una terapeuta (mujer), a un terapeuta (hombre), o no tienes ninguna preferencia? (mujer, hombre, no tengo ninguna preferencia); (P5.1) ¿Por qué?; (P6) ¿Te sentirías más cómodo tomando la intervención en grupo</p>

o solo? (en grupo; solo); (P6.1) ¿Por qué?;
(P7.1) ¿Por qué?

Preguntas cuantitativas *Sugerencias* *Preguntas cualitativas*
(P8) ¿Qué piensas que le hace falta a la
intervención?

Jueces expertos

Cuestionario específico para los jueces expertos. Se denomina “Cuestionario para evaluar pre-sesiones, módulos de intervención, evaluación final y seguimiento de la intervención Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol, con jueces expertos” (tabla 14). Objetivo. Evaluar la claridad del objetivo de la evaluación/módulo; la comprensión del objetivo; la relación entre el objetivo de la evaluación/módulo y el cumplimiento del objetivo general de la intervención; la relación entre la información y el cumplimiento del objetivo de la evaluación/módulo; la relación entre las técnicas y el cumplimiento del objetivo de la evaluación/módulo; la aplicación de las técnicas; sugerencias de otras técnicas; la relación entre las actividades y el cumplimiento del objetivo de la evaluación/módulo; actividades adicionales sugeridas; la presencia de los principios del diseño instruccional; la calidad de la información; el lenguaje; la cantidad de información; las recomendaciones para hacer más interesante la evaluación/módulo; el título; y la opinión general acerca de la evaluación/módulo. Se trata de 16 preguntas cuantitativas (13) y cualitativas (3); con diferentes opciones de respuesta: escala Likert (4 o 5 opciones: 1 en absoluto a 4 completamente; 1 baja calidad a 4 alta calidad; 1 inadecuado a 4 muy adecuado; 1 nada claro a 5 completamente claro), respuestas dicotómicas (sí o no), categóricas (inadecuada, adecuada, exagerada), y abiertas. Ejemplo de preguntas. Cuantitativas: (P1) ¿Qué tan claro es el objetivo del módulo? (1 nada claro; 2 poco claro; 3 claro; 4 muy claro; 5 completamente claro); (P8) ¿Las actividades propuestas van de la mano con el cumplimiento del objetivo del módulo? Cualitativas: (P2) Por favor, describe el objetivo con tus propias palabras; (P13.1) Si tu respuesta fue la opción referida a "inadecuada" o "exagerada", por favor, sugiere cuál información eliminarías o agregarías, en orden del cumplimiento del objetivo de las pre-sesiones y explica la razón.

Tabla 14*Cuestionario específico jueces expertos*

<i>Factores y sub-factores</i>	
<i>Factor: objetivo</i>	
<i>Sub-factor: claridad</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P1) ¿Qué tan claro es el objetivo del módulo? (1 nada claro; 2 poco claro; 3 claro; 4 muy claro; 5 completamente claro)	(P2) Por favor, describe el objetivo con tus propias palabras
<i>Sub-factor: cumplimiento</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P3) ¿El objetivo del módulo, va de la mano con el cumplimiento del objetivo general de la intervención (reducción o cese del consumo de alcohol [meta personal de consumo], cese del ejercicio de violencia de pareja y aumento de las relaciones positivas de pareja [habilidades de convivencia en pareja y manejo adecuado de las finanzas personales])? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente); (P4) ¿La información presentada va de la mano con el cumplimiento del objetivo del módulo? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente); (P5) ¿Las técnicas empleadas van de la mano con el cumplimiento del objetivo del módulo? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente); (P8) ¿Las actividades propuestas van de la mano con el cumplimiento del objetivo del módulo? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente)	(P3.1) ¿Por qué?; (P4.1) ¿Por qué?; (P5.1) ¿Por qué?; (P8.1) ¿Por qué?
<i>Factor: técnicas</i>	
<i>Sub-factor: presencia</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P6) A continuación se presentan las técnicas empleadas en el módulo, ¿observas su aplicación? (Sí 100; No 0)	
<i>Sub-factor: sugerencias</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
(P7) ¿Sugieres el uso de otras técnicas? (Sí 100; No 0); (P9) ¿Sugieres otra u otras	(P7.1) Si tu respuesta fue SI, indica cuál o cuáles y el modelo o modelos a los que

actividades? (Sí 100; No 0)

pertenece(n); (P9.1) Si tu respuesta fue SI, indica cuál o cuáles

Factor: información

Sub-factor: calidad

Preguntas cuantitativas

(P11) En cuanto a la calidad de la información presentada, ¿cuál de las siguientes opciones refleja mejor tu juicio? (1 la información es de baja calidad; 2 la información es de mediana calidad; 3 la información es de calidad; 4 la información es de alta calidad)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: lenguaje

Preguntas cuantitativas

(P12) El lenguaje usado para presentar la información es (1 inadecuado, demasiado técnico o muy formal; 2 poco adecuado, un tanto técnico o informal; 3 adecuado, ni técnico ni formal; 4 muy adecuado, se hace el uso correcto del lenguaje técnico y formal)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: cantidad

Preguntas cuantitativas

(P13) La cantidad de información es (0 inadecuada, es poca información; 100 adecuada, es la cantidad indicada de información; 0 exagerada, es mucha información)

Preguntas cualitativas

(P13.1) Si tu respuesta fue la opción referida a "inadecuada" o "exagerada", por favor, sugiere cuál información eliminarías o agregarías, en orden del cumplimiento del objetivo de las pre-sesiones y explica la razón

Factor: diseño

Sub-factor: diseño instruccional

Preguntas cuantitativas

(P10) Los principios del diseño instruccional son: objetivos instruccionales claros y específicos; promoción del involucramiento cognitivo, conductual y emocional; desarrollo de competencias, de experiencias de aprendizaje y del pensamiento crítico; retroalimentación; y evaluación. Con base en esto, responde, ¿observas su presencia en el módulo? (Sí 100; No 0)

Preguntas cualitativas

(P10.1) En caso de que tu respuesta haya sido NO, escribe aquel o aquellos que no observaste

Sub-factor: título

Preguntas cuantitativas

Preguntas cualitativas

(P15) ¿El título del módulo te parece atractivo?; (P15.1) ¿El título del módulo te parece adecuado? (Sí 100; No 0) (P15.2) Por favor, sugiere un título alternativo

Factor: recomendaciones y opinión general

Preguntas cuantitativas

Preguntas cualitativas

(P14) De la siguiente lista de opciones, ¿qué nos recomiendas para hacer que el módulo sea más interesante? Puedes elegir más de una opción (más imágenes; videos en los que se explique la información; uso de colores para hacerlo más atractivo; menos texto; algún juego y/o dinámica; preguntas acerca de los contenidos); (P16) Finalmente, escribe tu opinión general acerca del módulo

Cuestionario general para los jueces expertos. Se denomina “Cuestionario general para evaluar la intervención Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol, con jueces expertos” (tabla 15). Objetivo. Evaluar la claridad del objetivo general de la intervención; la comprensión del objetivo; la relación entre la información y el cumplimiento del objetivo general de la intervención; la relación entre las técnicas y el cumplimiento del objetivo general de la intervención; la aplicación de las técnicas de intervención; las técnicas sugeridas; la relación entre las actividades y el cumplimiento del objetivo general de la intervención; las actividades sugeridas; la presencia de los principios del diseño instruccional; la pertinencia del diseño N=1 de criterio de cambio; la decisión en cuanto a los modelos de intervención empleados; la calidad de la información; el lenguaje usado; la cantidad de información; las sugerencias para hacer la intervención más interesante; el título de la intervención; la utilidad de hacer un examen de los contenidos al final de cada módulo; lo atractivo del diseño; la dimensión de la batería de evaluación; la opinión general acerca de la batería; el sexo de quien debería aplicar la intervención; el formato de aplicación (individual o grupal); la recomendación de la intervención; y los tres principales cambios sugeridos para la intervención. Este cuestionario está integrado por 26 preguntas cuantitativas (19) y cualitativas (7); con las mismas opciones de respuesta que su homónimo específico. Ejemplos de preguntas. Cuantitativas: (P1) ¿Qué tan claro es el objetivo general de la intervención (reducción o

cese del consumo de alcohol [meta personal de consumo], cese del ejercicio de violencia de pareja y aumento de las relaciones positivas de pareja [habilidades de convivencia en pareja y manejo adecuado de las finanzas personales])? (1 nada claro; 2 poco claro; 3 claro; 4 muy claro; 5 completamente claro). Cualitativas: (P2) Por favor, describe el objetivo con tus propias palabras; (P10) Con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención sobre las variables violencia de pareja y consumo de alcohol, se propone utilizar el diseño N=1 ABA de criterio de cambio; ¿Cuál es tu observación al respecto?, ¿Qué nos sugieres?

Tabla 15

Cuestionario general jueces expertos

<i>Factores y sub-factores</i>	
<i>Factor: objetivo</i>	
<i>Sub-factor: claridad</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
<p>(P1) ¿Qué tan claro es el objetivo general de la intervención (reducción o cese del consumo de alcohol [meta personal de consumo], cese del ejercicio de violencia de pareja y aumento de las relaciones positivas de pareja [habilidades de convivencia en pareja y manejo adecuado de las finanzas personales])? (1 nada claro; 2 poco claro; 3 claro; 4 muy claro; 5 completamente claro)</p>	<p>(P2) Por favor, describe el objetivo con tus propias palabras</p>
<i>Sub-factor: cumplimiento</i>	
<i>Preguntas cuantitativas</i>	<i>Preguntas cualitativas</i>
<p>(P3) ¿La información presentada va de la mano con el cumplimiento del objetivo general de la intervención? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente); (P4) ¿Las técnicas empleadas van de la mano con el cumplimiento del objetivo general de la intervención? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente); (P7) ¿Las actividades propuestas van de la mano con el cumplimiento del objetivo general de la intervención? (1 en absoluto; 2 ligeramente; 3 parcialmente; 4 completamente)</p>	<p>(P3.1) ¿Por qué?; (P4.1) ¿Por qué?; (P7.1) ¿Por qué?</p>
<i>Factor: técnicas</i>	

Sub-factor: presencia

Preguntas cuantitativas

(P5) A continuación, se enlistan las técnicas de intervención empleadas, por favor responde la pregunta por cada técnica. A) ¿La técnica fue aplicada en la intervención? (porcentaje)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: aplicación

Preguntas cuantitativas

(P5.1) A continuación, se enlistan las técnicas de intervención empleadas, por favor responde la pregunta por cada técnica. B) ¿La técnica fue aplicada de forma correcta? (porcentaje)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: sugerencias

Preguntas cuantitativas

(P6) ¿Sugieres el uso de otra u otras técnicas? (Sí 0; No 100)

Preguntas cualitativas

(P6.1) Si tu respuesta fue SI, indica cuál o cuáles y el modelo o modelos a los cuales pertenece(n)

Factor: actividades

Sub-factor: sugerencias

Preguntas cuantitativas

(P8) ¿Sugieres otra u otras actividades? (Sí 0; No 100)

Preguntas cualitativas

(P8.1) Si tu respuesta fue SI, indica cuál o cuáles

Factor: información

Sub-factor: calidad

Preguntas cuantitativas

(P12) En cuanto a la calidad de la información presentada, ¿cuál de las siguientes opciones refleja mejor tu juicio? (1 la información es de baja calidad; 2 la información es de mediana calidad; 3 la información es de calidad; 4 la información es de alta calidad)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: lenguaje

Preguntas cuantitativas

(P13). El lenguaje usado para presentar la información es (1 inadecuado, demasiado técnico o formal; 2 poco adecuado, un tanto técnico o formal; 3 adecuado, ni técnico ni formal; 4 muy adecuado, se hace el uso correcto del lenguaje técnico y el informal)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: cantidad

Preguntas cuantitativas

(P14) La cantidad de texto es (0 inadecuada, es poca información; 100 adecuada, es la cantidad indicada de información; 0 exagerada, es mucha información)

Preguntas cualitativas

(P14.1) Si tu respuesta fue la opción "inadecuada" o "exagerada", por favor, sugiere cuál información eliminarías o agregarías, en orden del cumplimiento del objetivo general de la intervención y explica la razón

Factor: diseño

Sub-factor: diseño instruccional

Preguntas cuantitativas

(P9) ¿Observas los principios del diseño instruccional en la intervención? (porcentaje)

Preguntas cualitativas

Sub-factor: modelos

Preguntas cuantitativas

(P11) Cómo ya sabes, los tres modelos base para el diseño de la intervención fueron el cognitivo-conductual, el modelo Duluth de perspectiva feminista y la entrevista motivacional, ¿Cómo evalúas esta decisión, de acuerdo con el objetivo de la intervención? (0 incorrecta, 100 correcta)

Preguntas cualitativas

(P11.1) Si seleccionaste al menos una vez la opción que hace alusión a una decisión "incorrecta" sobre el modelo, explica ¿Por qué?; (P11.2) Si piensas que se debió recurrir a otro u otros modelos, por favor explica a cuál o cuáles

Sub-factor: diseño de evaluación

Preguntas cuantitativas

Preguntas cualitativas

(P10) Con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención sobre las variables violencia de pareja y consumo de alcohol, se propone utilizar el diseño N=1 ABA de criterio de cambio; ¿Cuál es tu observación al respecto?, ¿Qué nos sugieres?

Sub-factor: título

Preguntas cuantitativas

(P16) El título de la intervención te parece atractivo (Sí 100; No 0), adecuado (Sí 100; No 0)

Preguntas cualitativas

(P16.1) Por favor, sugiere un título alternativo

Sub-factor: diseño gráfico

Preguntas cuantitativas

(P18) En cuanto al diseño del manual de intervención (imágenes, colores, tipo y tamaño de letra, etc.) ¿te pareció atractivo? (Sí 100; Un tanto 50; No 0)

Preguntas cualitativas

(P18.1) ¿Por qué?

Factor: evaluación

Sub-factor: batería

Preguntas cuantitativas

(P19) Respecto a los instrumentos y herramientas para evaluar el cumplimiento de los objetivos, ¿piensas que la cantidad de instrumentos que conforman la batería de evaluación es? (0 inadecuada, son pocos instrumentos; 100 adecuada, es la cantidad indicada de instrumentos; 0 exagerada, son muchos instrumentos 0); (P20) La batería te parece (0 inadecuada, los instrumentos no sirven para evaluar puntualmente las variables objetivo; 100 adecuada, los instrumentos sirven para evaluar las variables objetivo; 50 relativa, algunos instrumentos funcionan y otros no)

Sub-factor: examen

Preguntas cuantitativas

(P17) En orden de la evaluación, ¿Piensas que sería útil hacer un pequeño examen de los contenidos al final de cada módulo? (Sí 100; No 0)

Factor: prueba piloto (recomendaciones)

Preguntas cuantitativas

Preguntas cualitativas

(P20.1) Si tu respuesta fue la opción "inadecuada" o "relativa", sugiere los instrumentos que remplazarías y explica la razón; (P20.2) Escribe tu opinión general acerca de la batería de evaluación

Preguntas cualitativas

(P17.1) ¿Por qué?

Preguntas cualitativas

(P23) Si aplicáramos esta intervención sin los cambios que sugieres, la recomendarías (0 no, en absoluto; 50 sí, con reservas; 100 sí, definitivamente); (P24) ¿Cuál sería tu recomendación si la aplicáramos con los cambios que sugieres? (0 no, en absoluto; 50 sí, con reservas; 100 sí, definitivamente)

(P23.1) ¿Por qué?; (P24.1) ¿Por qué?; (P15) De la siguiente lista de opciones, ¿qué nos recomiendas para hacer que la intervención sea más interesante? Puedes elegir más de una opción (más imágenes; videos en los que se explique la información; uso de colores para hacerlo más atractivo; menos texto; algún juego y/o dinámica; preguntas acerca de los contenidos); (P21) De acuerdo con las características de la población a la cual va dirigida esta intervención, sugieres que sea aplicada por (hombres; mujeres; me es indistinto); (P21.1) ¿Por qué?; (P22) Pensando en el diseño (N=1 de criterio de cambio), en las características de la población y en el objetivo, recomiendas la aplicación de la intervención en formato (grupal; individual); (P22.1) ¿Por qué?; (P25) Por favor, escribe en orden de importancia los tres principales cambios que le harías a la intervención, y justifícalos; y (P26) Finalmente, por favor, escribe cualquier sugerencia, comentario y/u observación general acerca de la intervención

Procedimiento

Población objetivo

Se seleccionó de la lista de los 14 participantes del estudio 1, a aquellos con niveles de dependencia de leve a moderada (n=3), debido que la población a la que va dirigida la intervención debe cumplir con esta característica para brindar el nivel de atención óptimo. Una vez detectados los participantes, se hizo una búsqueda en el registro sus datos de contacto y se verificó si en el estudio previo habían indicado interés de participar en el siguiente estudio. Posteriormente los tres elegibles fueron contactados mediante una llamada telefónica, en la cual se les explicó el objetivo y procedimiento del estudio 2; una vez que los tres aceptaron participar, se acordaron horarios y fechas para la prueba.

La evaluación se condujo en grupo siguiendo cada una de las medidas establecidas por la Secretaría de Salud (SS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención de la propagación del contagio por el virus de COVID-19 y sus variantes; y se llevó a cabo en 14 sesiones de dos horas cada una, del lunes 28 de marzo al jueves 14 de abril del 2022. En la primera sesión se explicó de manera detallada el objetivo y procedimiento del estudio 2, y se solicitó la firma del formato de consentimiento informado (anexo 12), además, se evaluó el bloque de las pre-sesiones. En las sesiones dos y tres se evaluó el módulo 1, en la sesión cuatro el módulo 2; en las sesiones cinco, seis, siete y ocho el módulo 3, en las sesiones nueve y diez el módulo 4, en la once el módulo 5, en la doce el módulo 6, en la trece la evaluación final, y en la catorce el seguimiento. En todas las sesiones el procedimiento fue el siguiente: (1) se dio la bienvenida a los participantes; (2) a cada uno les fue entregada una tableta electrónica en la cual se presentaba la intervención y la liga de acceso al formato de evaluación de cada uno de los módulos de evaluación y el contenido de ésta; (3) el bloque o módulo a evaluar fue leído en voz alta de manera aleatoria tanto por los participantes como por la investigadora; y (4) la sesión correspondiente fue evaluada por cada uno de los participantes. En la última sesión, se entregó a cada uno de los participantes un regalo que consistió en una playera y un llavero con frases alusivas a la intervención.

Jueces expertos

Los jueces fueron contactados de acuerdo con su perfil, a cada uno se le hizo llegar una invitación vía correo electrónico para participar como juez experto de la intervención, en esta invitación se especificaba de manera breve el objetivo y procedimiento del estudio, así como los requerimientos de participación. Una vez que los jueces aceptaron la invitación (n=3), se les hizo llegar por la misma vía el formato de consentimiento informado (anexo 13), en el cual se explicaba de manera amplia y detallada tanto el objetivo como el procedimiento del estudio, y se les proporcionó el número telefónico de la investigadora con el fin de solicitar cualquier clase de aclaración o información adicional. Ya que los jueces firmaron el formato de consentimiento, éste les fue devuelto con la firma de la investigadora, en este correo se adjuntó también la intervención en formato digital, con las ligas de acceso a los formatos de evaluación de cada bloque/módulo. A cada uno de

los jueces se les especificó que contaban con 15 días naturales a partir de la recepción de los materiales para realizar la evaluación, sin embargo la evaluación fue realizada por ellos del 10 al 18 de abril de 2022, los jueces notificaron a la investigadora el término de su evaluación vía correo electrónico, y la investigadora les envió un regalo como agradecimiento por su participación, que consistió en una botella para agua, una mochila y un termo con frases alusivas al estudio.

Análisis de datos

Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo de los datos se realizó mediante el cálculo del estadístico V de Aiken. El objetivo fue determinar el grado de acuerdo entre la población y los jueces expertos, respecto a cada uno de los factores evaluados, los módulos y la intervención en general. El estadístico tiene un rango que va de 0 (mínimo acuerdo) a 1 (máximo acuerdo), y es obtenido tras restar a cada uno de los puntajes, el puntaje mínimo; dividirlos entre el puntaje máximo; y calcular el promedio para cada uno de los factores sometidos a cálculo. Cuando la escala es porcentual o va de 0 a 10, se toma el porcentaje, se divide entre 100 (o 10) y sobre esto se calcula el coeficiente (Aiken, 1985).

El análisis se realizó tanto para los factores de manera individual, como para los módulos y la intervención de forma global; para cada factor la puntuación se categorizó de la siguiente manera: (V de Aiken) 0-0.33 no hay grado de acuerdo con el factor; 0.34-0.66 el grado de acuerdo con el factor es moderado; 0.67-1 el grado de acuerdo con el factor es alto. En cuanto a los módulos y el resultado global de la intervención y su factibilidad, la categorización fue la siguiente: (V de Aiken) 0-0.33 el módulo o la intervención no es factible; 0.34-0.66 el módulo o la intervención es medianamente factible; 0.67-1 el módulo o la intervención es factible.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo de las preguntas se hizo con el objetivo de explicar, enriquecer y complementar la información cuantitativa, a través de las respuestas a las preguntas abiertas que fueron planteadas.

Resultados

Población objetivo

El formato de evaluación para la población objetivo quedó conformado por 17 preguntas (cuantitativas y cualitativas): la comprensión de la información fue evaluada a través de las preguntas 1, 2, 3 y 4; el interés por la información con las preguntas 5, 6, 7 y 8; la cantidad de información con la pregunta 9; su relación con el cumplimiento del objetivo con las preguntas 11, 12, 13 y 14; y las sugerencias e impresión general con las preguntas 10, 15, 16 y 17. En la tabla 16 se presentan los resultados del análisis estadístico por módulo de cada una de las preguntas cuantitativas (preguntas 1-3, 5, 6, 9, 11-14).

Tabla 16

Análisis estadístico de los factores por módulo (población objetivo)

Línea base										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	1	2	3	5	6	9	11	12	13	14
1	0.8	0.95	0.8	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	0.8	1	0.8	0	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.6	0.9	0.9	0.5	0.6	0.5	0.6	0.75	0.6	0.75
V de Aiken	0.73	0.95	0.83	0.83	0.73	0.5	0.73	0.75	0.73	0.75
V de Aiken (factor)	0.83			0.78		0.5	0.74			
Módulo 1 Socialización normativa de ser hombre										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	1	2	3	5	6	9	11	12	13	14
1	0.8	1	0.7	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	0.8	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	0.8	1	0.6	1	0.6	0.5	0.6	0.5

V de Aiken	0.8	1	0.76	1	0.73	1	0.73	0.66	0.73	0.66
V de Aiken (factor)	0.85			0.86		1	0.69			
Módulo 2 Motivación										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
1	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken (factor)	0.93			0.9		1	0.77			
Módulo 3 Consumo de alcohol y regulación emocional										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
1	0.8	1	0.9	1	0.8	100	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	0.9	0.8	1	0.8	50	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.6	0.95	0.8	1	0.8	100	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.73	0.95	0.83	1	0.8	0.83	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken (factor)	0.83			0.9		0.83	0.77			
Módulo 4 Habilidades de convivencia en pareja										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
1	0.8	1	0.9	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	0.9	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.8	1	0.93	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken (factor)	0.91			0.9		1	0.77			
Módulo 5 Finanzas										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
1	0.8	1	0.9	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.8	1	0.96	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken (factor)	0.92			0.9		1	0.77			

(factor)										
Módulo 6 construcción efectiva de vínculos										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	1	2	3	5	6	9	11	12	13	14
1	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
2	0.8	1	1	1	0.8	1	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	1	1	0.6	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.8	1	1	1	0.73	1	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken (factor)	0.93			0.86		1	0.77			
Evaluación final										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	1	2	3	5	6	9	11	12	13	14
1	0.8	1	1	1	0.4	1	0.6	0.5	0.6	0.5
2	0.8	1	1	1	0.8	0.5	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	1	1	0.8	0	0.8	0.75	0.8	0.75
V de Aiken	0.8	1	1	1	0.66	0.5	0.73	0.66	0.73	0.66
V de Aiken (factor)	0.93			0.83		0.5	0.69			
Seguimiento										
Factores (información)	Comprensión			Interés		Cantidad	Relación con el objetivo			
	Preguntas			Preguntas		Pregunta	Preguntas			
Jueces	1	2	3	5	6	9	11	12	13	14
1	0.8	1	1	0	0.4	0.5	0.6	0.5	0.6	0.5
2	0.8	1	1	0	0.8	0.5	0.8	0.75	0.8	0.75
3	0.8	1	1	0	0.2	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5
V de Aiken	0.8	1	1	0	0.46	0.5	0.6	0.58	0.6	0.58
V de Aiken (factor)	0.93			0.23		0.5	0.59			

Además de la evaluación por módulo, se pidió a la población objetivo que realizara una evaluación general de la intervención, en la cual se incluyeron ocho preguntas (cualitativas y cuantitativas), para esta evaluación se consideraron los siguientes aspectos:

- Evaluación (batería y aprendizaje de contenidos). (P1) Los participantes descartan la posibilidad de evaluaciones (tipo examen) al final de cada módulo, debido a que provocan ansiedad y no promueven el aprendizaje; (P3) la batería resulta exagerada,

debido a que el número de preguntas provoca cansancio, (P8) y se sugiere la reducción de su aplicación.

- Diseño. (P2) El diseño resultó atractivo por los colores, el tamaño y tipo de letra (aunque se sugiere el uso de letras de mayor tamaño), y las ilustraciones.
- Propuesta de piloteo. (P4 y 7) Los evaluados están interesados en participar en la intervención y la recomendarían porque piensan que el contenido es atractivo, útil y de calidad, resaltando la importancia del acompañamiento para lograr el objetivo; (P5) para dos de ellos es importante que la intervención sea impartida por una mujer pues se reduce la crítica, para el tercer participante el sexo/género no importa. (P6) En cuanto al formato, dos prefieren el individual dada la sensibilidad de tema, y el otro participante el grupal por la posibilidad de compartir experiencias y tejer redes de apoyo.

En la tabla 17 se presenta el análisis estadístico de las cinco preguntas cuantitativas incluidas en el formato de evaluación general.

Tabla 17

Análisis estadístico de los factores de la evaluación general (población objetivo)

Factores	Evaluación general				
	Evaluación Preguntas		Diseño Pregunta	Propuesta de piloteo Preguntas	
Jueces	1	3	2	4	7
1	1	0	1	1	1
2	1	0	1	1	1
3	1	0	1	1	1
V de Aiken (pregunta)	1	0	1	1	1
V de Aiken (factor)	0.5		1	1	

La información contenida en las tablas 16 y 17 se complementó con el análisis cualitativo tanto de las preguntas del formato de evaluación por módulos (preguntas 4, 7, 8, 10, 15-17), como de las del formato de evaluación general (preguntas 5, 6, 8). Los participantes reportaron haber entendido la información con el lenguaje con el que fue presentada, así como el carácter y significado de cada uno de los términos; los contenidos más interesantes resultaron ser aquellos en los que se desarrollaba el tema central del

módulo de intervención o bloque de evaluación, en contraste con los instrumentos de evaluación y subtemas asociados en menos nivel con el tema principal; como enlace final al respecto, lo que los participantes sugieren para hacer más interesante la presentación de los contenidos es la reducción del texto, el uso de videos en los que se explique el contenido y juegos y/o dinámicas para reforzar el aprendizaje. Las sugerencias generales de los participantes se centraron en aspectos que se desarrollan en diferentes secciones de la intervención, por lo cual, se rescatan las que caen fuera de esta categoría como son: la inclusión de la pareja en algunas sesiones de tratamiento, el aumento de la práctica de las técnicas de intervención, la reducción o eliminación de la batería de evaluación y la entrega de reconocimientos al término.

A partir de la información resumida en las tablas previas, se obtuvo el promedio de cada factor (considerando la puntuación en cada módulo y la puntuación global de la evaluación general) y se hizo su categorización mediante el grado de acuerdo: (V de Aiken) 0-0.33 no hay grado de acuerdo con el factor; 0.34-0.66 el grado de acuerdo con el factor es moderado; 0.67-1 el grado de acuerdo con el factor es alto; estos datos se reportan en la tabla 18.

Tabla 18

Grado de acuerdo con cada factor evaluado (población objetivo)

<i>Factor</i>	<i>V de Aiken (grado de acuerdo)</i>		
	0-0.33 no hay grado de acuerdo con el factor	0.34-0.66 el grado de acuerdo con el factor es moderado	0.67-1 el grado de acuerdo de acuerdo con el factor es alto
La información es comprensible			0.89
La información es interesante			0.79
La cantidad de información es adecuada			0.81
La información guarda relación con el objetivo			0.72
La evaluación es adecuada (no agotadora)		0.5	
El diseño del manual es atractivo			1

La intervención es atractiva y recomendable	1
---	----------

Con base en estos datos podemos establecer que los jueces de la población objetivo están de acuerdo en que la información es comprensible, interesante y adecuada en cantidad, y que guarda una relación estrecha con el objetivo de los módulos y de la intervención en general. El diseño del manual es atractivo, así como la propia intervención, sin embargo, la evaluación resulta un tanto agotadora dada su extensión, pese a esta última evaluación, los jueces recomendarían la intervención.

Finalmente, en la Tabla 19 se muestra el grado de acuerdo de los jueces de la población objetivo, en cuanto a la factibilidad de cada módulo y de la intervención en general:

Tabla 19

Acuerdo de los jueces de la población objetivo en cuanto a la factibilidad de cada módulo y a la intervención en general

<i>Módulo/Intervención</i>	<i>V de Aiken (grado de acuerdo)</i>		
	0-0.33 el módulo o la intervención no es factible	0.34-0.66 el módulo o la intervención es medianamente factible	0.67-1 el módulo o la intervención es factible
Línea base			0.75
Módulo 1			0.80
Módulo 2			0.87
Módulo 3			0.82
Módulo 4			0.86
Módulo 5			0.86
Módulo 6			0.86
Evaluación final			0.77
Seguimiento		0.61	
Promedio (intervención global)			0.80

Los resultados permiten establecer un grado de acuerdo alto en cuanto a la factibilidad de cada módulo, excepto el de seguimiento, lo cual puede explicarse con la información de la tabla 18, respecto a que la evaluación puede resultar agotadora y

extenuante. En cuanto a la intervención, ésta se juzga como factible con un grado de acuerdo alto (0.80), lo cual implica que, con base en la evaluación de la población objetivo, la intervención esta lista para ser piloteada.

Jueces expertos

El formato de evaluación para los jueces expertos quedó conformado por 16 preguntas tanto cualitativas como cuantitativas, estas preguntas fueron agrupadas en cuatro categorías/factores, más la opinión general: (A) Objetivo: claridad, preguntas 1 y 2; cumplimiento, preguntas 3 (3.1), 4 (4.1), 5 (5.1) y 8 (8.1). (B) Técnicas de intervención: presencia, pregunta 6; sugerencias, preguntas 7 (7.1) y 9 (9.1). (C) Información: calidad, pregunta 11; lenguaje, pregunta 12; cantidad, pregunta 13 (13.1); sugerencias, pregunta 14. (D) Diseño: diseño instruccional, pregunta 10 (10.1); título, pregunta 15 (15.1, 15.2). Opinión general: pregunta 16. En la tabla 20 se presentan los resultados del análisis estadístico por módulo de cada una de las preguntas cuantitativas.

Tabla 20

Análisis estadístico de los factores por módulo (jueces expertos)

Línea base													
Factores	Claridad	Objetivo				Técnicas			Información			Diseño	
		Cumplimiento	Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título				
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	4	3	3	3	3	1	1	0	2	3	1	1	1
2	2	2	2	2	2	0	0	0	1	2	1	0	0
3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	2	1	0	1
V de Aiken	0.6	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66	0.33	0.5	0.58	1	0.33	0.66
V de Aiken (factor)		0.64				0.55			0.69			0.49	
Módulo 1 Socialización normativa de ser hombre													
Factores	Claridad	Objetivo				Técnicas			Información			Diseño	
		Cumplimiento	Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título				
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.5	0.75	1	1	1
2	0.4	0.5	0.75	0.75	0.75	0.69	0	1	0.5	0.25	0	0	0.5
3	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	0.8	1	1	0.75	0.5	1	1	1
V de Aiken	0.53	0.66	0.75	0.75	0.75	0.83	0.66	1	0.58	0.5	0.66	0.66	0.83
V de Aiken (factor)		0.68				0.83			0.58			0.74	
Módulo 2 Motivación													
Factores	Claridad	Objetivo				Técnicas			Información			Diseño	
		Cumplimiento	Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título				
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	1	0	1	0.75	0.75	1	1	1
2	0.4	0.75	0.5	0.75	0.75	0.9	1	1	0.75	0.75	1	1	0.5
V de Aiken	0.5	0.75	0.62	0.75	0.75	0.95	0.5	1	0.75	0.75	1	1	0.75
V de Aiken (factor)		0.67				0.81			0.83			0.87	

(factor)														
Módulo 3 Consumo de alcohol y regulación emocional														
Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño		
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título		
Jueces	1	3	4	5	8	6	7	9	11	12	13	10	15	
1	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	1	0	1	0.75	0.75	1	1	1	
2	0.4	0.5	0.5	0.75	0.75	0.66	1	1	0.25	0	0	0	1	
3	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	0.8	1	1	0.75	0.75	1	1	1	
V de Aiken	0.53	0.66	0.66	0.75	0.75	0.82	0.66	1	0.58	0.5	0.66	0.66	1	
V de Aiken (factor)		0.67					0.82			0.58			0.83	
Módulo 4 Habilidades de convivencia en pareja														
Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño		
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título		
Jueces	1	3	4	5	8	6	7	9	11	12	13	10	15	
1	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	1	0	1	0.75	0.75	1	1	1	
2	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0	0	0.5	0.25	0	0	1	
3	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	0.68	1	1	0.75	0.75	1	1	1	
V de Aiken	0.6	0.66	0.66	0.66	0.66	0.76	0.33	0.66	0.66	0.58	0.66	0.66	1	
V de Aiken (factor)		0.64					0.58			0.63			0.83	
Módulo 5 Finanzas														
Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño		
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título		
Jueces	1	3	4	5	8	6	7	9	11	12	13	10	15	
1	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	0	1	0.75	0.5	1	1	1	
2	0.6	0.25	0.75	0.75	0.75	.34	0	0	0.5	0.25	0	0	1	
3	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	.82	1	1	0.75	0.75	1	1	1	
V de Aiken	0.73	0.58	0.75	0.75	0.75	0.72	0.33	0.66	0.66	0.5	0.66	0.66	1	
V de Aiken (factor)		0.71					0.57			0.6			0.83	

Módulo 6 Construcción efectiva de vínculos

Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño	
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título	
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	0.6	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.5	1	1	1
2	0.6	0.75	0.75	0.5	0.5	0.7	1	0	0.5	0.5	0	0	0.5
3	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	0.7	1	1	0.75	0.75	1	1	1
V de Aiken	0.66	0.75	0.75	0.66	0.66	0.8	1	0.66	0.66	0.58	0.66	0.66	0.83
V de Aiken (factor)		0.69				0.82			0.63			0.74	

Evaluación final

Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño	
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título	
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.5	1	1	0
2	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.75	1	1	1
V de Aiken	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.62	1	1	0.5
V de Aiken (factor)		0.76				1			0.79			0.75	

Seguimiento

Factores	Objetivo					Técnicas			Información			Diseño	
	Claridad	Cumplimiento				Presencia	Sugerencias	Calidad	Lenguaje	Cantidad	D. Instruccional	Título	
Jueces	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>9</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>15</i>
1	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.5	1	1	1
2	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.75	1	1	1
V de Aiken	0.8	0.75	0.75	0.75	0.75	1	1	1	0.75	0.62	1	1	1
V de Aiken (factor)		0.76				1			0.79			1	

A los jueces expertos también se les pidió que realizaran una evaluación general de la intervención, la cual se presenta en la tabla 21. En esta evaluación solo se muestran los resultados de la evaluación de dos jueces debido a que uno de ellos no logró completar la evaluación final por motivos asociados con su salud; en la evaluación fueron considerados los siguientes aspectos: (A) Objetivo: claridad, preguntas 1 y 2. (B) Información: relación información/objetivo, pregunta 3 (3.1); calidad, pregunta 12; lenguaje, pregunta 13; cantidad, pregunta 14 (14.1); sugerencias, pregunta 15. (C) Técnicas de intervención: relación técnicas/objetivo, pregunta 4 (4.1); aplicación, pregunta 5 (5.1); sugerencias, pregunta 6 (6.1). (D) Actividades: relación actividades/objetivo, pregunta 7 (7.1); sugerencias, pregunta 8 (8.1). (E) Diseño técnico y gráfico: diseño instruccional: pregunta 9; N=1, pregunta 10; modelos base, pregunta 11 (11.1 y 11.2); título, pregunta 16 (16.1); diseño gráfico, pregunta 18 (18.1). (F) Evaluación: conocimiento, pregunta 17 (17.1); batería, preguntas 19 y 20 (20.1 y 20.2). (G) Prueba piloto: terapeutas, pregunta 21 (21.1); formato de aplicación, pregunta 22 (22.1); recomendación con base en el estatus de la intervención, preguntas 23 (23.1) y 24 (24.1); sugerencias, pregunta 25. Opinión general, pregunta 26.

Tabla 21

Análisis estadístico de los factores de la evaluación general (jueces expertos)

Factor	Subcategoría	Pregunta	Evaluación general		V de Aiken	V de Aiken (factor)
			Jueces			
			1	2		
Objetivo	Claridad	1	0.6	0.8	0.7	0.73
		3	0.75	0.75	0.75	
	Cumplimiento	4	0.75	0.75	0.75	
		7	0.75	0.75	0.75	
Información	Calidad	12	0.75	0.75	0.75	0.79
	Lenguaje	13	0.5	0.75	0.62	
	Cantidad	14	1	1	1	
Técnicas	Presencia	5	1	1	1	1
	Aplicación	5.1	1	1	1	
Actividades	Sugerencias	6	1	1	1	1
	Sugerencias	8	1	1	1	
Diseño	Diseño Instruccional	9	1	1	1	1
	Modelos	11	1	1	1	
	Título	16	1	1	1	

	Diseño gráfico	18	1	1	1	
	Examen	17	1	1	1	
Evaluación	Batería	19	1	1	1	1
		20	1	1	1	
Prueba piloto	Recomendaciones	23	1	1	1	1
		24	1	1	1	

Con base en la información de las tablas 20 y 21 se obtuvo el promedio de cada factor (considerando la puntuación en cada módulo y la puntuación global de la evaluación general), y se hizo su categorización mediante el grado de acuerdo: (V de Aiken) 0-0.33 no hay grado de acuerdo con el factor; 0.34-0.66 el grado de acuerdo con el factor es moderado; 0.67-1 el grado de acuerdo con el factor es alto; estos datos se reportan en la tabla 22.

Tabla 22

Grado de acuerdo con cada factor evaluado (jueces expertos)

<i>Factor</i>	<i>V de Aiken (grado de acuerdo)</i>		
	0-0.33 no hay grado de acuerdo con el factor	0.34-0.66 el grado de acuerdo con el factor es moderado	0.67-1 el grado de acuerdo con el factor es alto
Objetivo			0.69
Información			0.69
Técnicas			0.79
Actividades			1
Diseño			0.8
Evaluación			1
Prueba piloto			1

De acuerdo con los jueces expertos, el objetivo de la intervención y de cada uno de los módulos es completamente claro, además, la información, las técnicas y las actividades van de la mano con su cumplimiento; la cantidad de información es adecuada, así como su claridad y el lenguaje con el que es presentada. Las técnicas de intervención sí se observan y su elección y aplicación se evalúan como correctas, al igual que la propuesta de actividades. Los principios del diseño instruccional están presentes, los modelos base son adecuados, el título tanto de la intervención como de los módulos es atractivo y adecuado, como lo es el diseño del manual de intervención. Los jueces subrayan la importancia de

evaluar el aprendizaje de contenidos a través de un examen de conocimientos al final de cada módulo, en cuanto a la batería, juzgan como correcta su longitud y precisión para evaluar las variables objetivo, por lo cual, señalan al igual que la población objetivo que la intervención esta lista para una prueba piloto.

El último análisis es el referido al grado de acuerdo de los jueces expertos, en cuanto a la factibilidad tanto de los módulos como de la intervención en general, lo cual se muestra en la tabla 23.

Tabla 23

Acuerdo de los jueces expertos en cuanto a la factibilidad de cada módulo y a la intervención en general

<i>Módulo/Intervención</i>	<i>V de Aiken (grado de acuerdo)</i>		
	<i>0-0.33 el módulo o la intervención no es factible</i>	<i>0.34-0.66 el módulo o la intervención es medianamente factible</i>	<i>0.67-1 el módulo o la intervención es factible</i>
Línea base		0.62	
Módulo 1			0.71
Módulo 2			0.77
Módulo 3			0.73
Módulo 4			0.68
Módulo 5			0.69
Módulo 6			0.72
Evaluación final			0.79
Seguimiento			0.86
Promedio (intervención global)			0.73

De acuerdo con lo reportado, todos los módulos excepto el de línea base resultan factibles con un grado de acuerdo alto; el resultado de la línea base puede explicarse a través del análisis cualitativo, en el cual los jueces sugirieron que la información, las técnicas y las actividades no iban completamente de la mano con el cumplimiento del objetivo del módulo, ni con el de la intervención global. Respecto a la intervención, ésta también resulta factible con un grado de acuerdo alto, lo que confirma la hipótesis de investigación.

Finalmente, y con el objetivo de hacer un análisis conjunto de los resultados obtenidos tras la evaluación de la población objetivo y la de los jueces expertos, en la tabla 24 se presentan los resultados del grado de acuerdo en cuanto a la factibilidad de los módulos y de la intervención integrados.

Tabla 24

Grado de acuerdo entre la población objetivo y los jueces expertos, en cuanto a la factibilidad de los módulos y de la intervención

<i>Módulo/Intervención</i>	<i>V de Aiken (grado de acuerdo)</i>		
	0-0.33 el módulo o la intervención no es factible	0.34-0.66 el módulo o la intervención es medianamente factible	0.67-1 el módulo o la intervención es factible
Línea base			0.68
Módulo 1			0.75
Módulo 2			0.82
Módulo 3			0.78
Módulo 4			0.77
Módulo 5			0.77
Módulo 6			0.79
Evaluación final			0.78
Seguimiento			0.73
Intervención			0.76

Al integrar ambas evaluaciones el grado de acuerdo en cuanto a la factibilidad de todos los módulos y de la intervención en general se vuelve alto; el módulo más factible es el de motivación (0.82), que de acuerdo con la población objetivo es útil en cuanto al planteamiento de metas realistas y objetivas, y al cumplimiento del objetivo general de la intervención. Al módulo dos le sigue el módulo seis (0.79), en el cual el objetivo es la construcción efectiva de vínculos tras la integración de todas las herramientas y habilidades pulidas y adquiridas; tanto la población objetivo como los jueces expertos subrayan su potencial integrador del cambio (avances) y la visualización de resultados. A este módulo le siguen el módulo tres en el cual se habla del consumo de alcohol y de la regulación emocional, y la evaluación final (0.78); del módulo tres se señala el atractivo de las técnicas de intervención, y de la evaluación final la importancia de la entrega de resultados, la posibilidad de aterrizar los contenidos, y de los elementos para contrastar el cambio. Posteriormente están los módulos cuatro y cinco (0.77), sobre habilidades de convivencia

en pareja y manejo financiero respectivamente, de estos módulos resalta la aplicabilidad del conocimiento en cualquier área de la vida y la brevedad de la información; el siguiente es el módulo uno (0.75), sobre la socialización normativa masculina mexicana y el apego, del cual se subraya su función en cuanto al entendimiento de las conductas generadas (consecuencias) y su no justificación. A este último le sucede el seguimiento (0.73), del que resalta la importancia del acompañamiento en el camino del cambio, y el hecho de que toda la información es adecuada, clara, útil y no genera sensación de fracaso en los participantes. Finalmente está la línea base (0.68), de la cual se señala la utilidad del análisis funcional de la conducta para entender la etiología del comportamiento.

Conclusiones

Los resultados permiten corroborar el cumplimiento de la hipótesis de investigación, lo que implica que la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”, es factible y está lista para ser piloteada con la población objetivo tras los siguientes cambios, que surgen a través del análisis entre las sugerencias hechas por la población objetivo y los jueces expertos:

- La reducción del texto en cada uno de los bloques de evaluación y módulos de intervención.
- La inclusión de videos en los que se expliquen algunos temas y que sustituyan la información presentada de manera escrita.
- La extensión de la parte práctica de la intervención, y el uso de más ejemplos al respecto.
- La adición del análisis funcional de las conductas deseadas (y no solo de las conductas objetivo).
- El uso de una tipología de texto más grande y espaciada (formato).

De esta manera, se concluye que la intervención puede ser piloteada con un diseño N=1 de criterio de cambio, en cuanto las correcciones y sugerencias antes mencionadas sean aplicadas.

Consideraciones éticas

Este protocolo de investigación ha sido aprobado por el comité de ética del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su desarrollo tomó como pilares los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Con la investigación (en sus dos diferentes estudios), se buscó beneficiar a los participantes, evitar que tanto ellos como quienes los rodean (principalmente pareja e hijos) se vieran dañados tanto física como mentalmente, salvaguardando su bienestar y protegiendo sus derechos, así como evitando la influencia de quienes pretenden usar la información derivada de la investigación en su beneficio. Se estableció un compromiso con cada uno de los participantes con estricto apego a las normas de conducta en cuanto a la labor profesional, lo que implicó el hacer íntegro, equitativo y justo; reconociendo limitaciones personales en favor de los participantes. Esta investigación garantizó trato digno para cada uno de los participantes (respetando cada una de sus características) y evitando juicios, así como la protección de sus datos (privacía y confidencialidad) y su libre elección y decisión de participar.

El diseño y conducción de esta investigación se realizó con estricto apego a la Norma Oficial Mexicana (establecimiento de los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos) NOM-012-SSA3-2012; atendiendo a los artículos 10.1, 10.2, 10.8; 11.1; 11.2; 11.2.1; 11.2.2; 11.3; 11.6; 11.7; y 12.3 (Norma Oficial Mexicana, 2013), y bajo la consideración de los Principios éticos de los psicólogos y código de conducta, en sus artículos 2.01 apartados a, b, c y d; 3.01; 3.03; 3.04; 3.09; 3.10 apartados a y d; 4.01; 4.03; 4.05; 4.06; 6.01; 6.02; 8.02 apartado a; 8.03; 8.04; 8.08; 9.02 apartados a, b y c; 9.03 apartado a; 10.01 apartados a y b; 10.01b; 10.02; 10.09; y 10.10 (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Discusión y conclusiones

Principales hallazgos

Si observamos a nuestro alrededor y centramos nuestra atención en las parejas, podemos hipotetizar que el establecimiento de relaciones sanas y equilibradas parece ser la máxima para una vida adulta plena. Tanto es así que en las sociedades modernas nos vemos bombardeados por toda clase de información presentada a manera de guías de conducta en las que se nos dice qué hacer y qué no hacer para alcanzar esta meta; sin embargo, poco se investiga con rigor el papel que juega la violencia y el consumo de alcohol, en la frustración de su alcance.

De acuerdo con la presente investigación, las relaciones heterosexuales de pareja se encuentran dictaminadas por la socialización normativa de ser hombre, mediante la cual se señala a hombres y mujeres la forma en que la relación debe ser llevada y los roles y papeles que cada miembro de la diada debe interpretar, desembocando en graves consecuencias por diferentes razones que se explican a continuación. Para empezar, esta socialización emerge del patriarcado hegemónico, que en este texto se va a definir como el predominio absoluto del hombre (varón, masculino, adulto) sobre los demás (mujeres y niños particularmente), predominio que implica libertad para ejercer el poder manteniendo así control sobre los otros; naturalmente, este ejercicio del poder se caracteriza por ser autocrático y violento.

Lo siguiente es hablar de la íntima relación entre el patriarcado hegemónico y la socialización normativa de ser hombre. En este texto se nombra a la relación como íntima porque se sitúa a la socialización normativa de ser hombre como producto directo o hijo predilecto del patriarcado, el cual emplea a la socialización como un medio *amigable* para transmitir sus mandatos. Dichos mandatos se expresan a través de la desregulación emocional, el consumo de alcohol, la falta de habilidades de convivencia en pareja y el mal uso del dinero. La desregulación emocional se refiere a la falta de habilidad para identificar y expresar las emociones asertivamente; el consumo de alcohol implica cualquier episodio de consumo, sin hacer referencia a cantidad o frecuencia, que implique problemas con la

pareja; la falta de habilidades de convivencia en pareja hace alusión a la imposibilidad de comunicarse asertivamente, escuchar efectivamente y solucionar problemas; y finalmente, el mal uso del dinero, que tiene que ver con la decisión de destinar los recursos económicos de la familia hacia actividades relacionadas en su mayoría con el consumo. Estos preceptos pueden ser vistos como reglas de comportamiento dictadas a los hombres y que deben ser acatadas y respetadas por todos los demás. Cada uno de estos mandatos (variables) se interrelaciona con los demás de dos formas: a) como facilitadores o factores predisponentes, y b) como consecuencias. Esta interrelación se explica a través de las dos variables estelares, la desregulación emocional y el consumo de alcohol:

- A) Como facilitadores o factores predisponentes. Debido a que bajo un estado de desregulación emocional el individuo puede recurrir fácilmente al consumo de alcohol, a la ejecución de conductas que impliquen convivencia disruptiva en pareja y/o al mal uso del dinero, como un intento de disminuir el malestar emocional que experimenta consecuencia del estado desregulado; a su vez, un episodio de consumo de alcohol debido en parte a la desfrontalización que la sustancia provoca, implica mal uso del dinero, y conlleva a estados emocionales desregulados que facilitan la convivencia disruptiva y la violencia.
- B) Como consecuencias. De forma que el despilfarro económico, las conductas disruptivas de convivencia en pareja y/o un episodio de consumo de alcohol pueden terminar en un estado emocional desregulado; al tiempo que, las dos primeras variables y/o el estado emocional desregulado pueden conducir al consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento.

Como ya se ha establecido, cada uno de estos mandatos representa diversas reglas de comportamiento interrelacionadas, a saber: a) rechazo de la responsabilidad afectiva, que brinda a los hombres la libertad de menospreciar el afecto que su pareja les deposita y abre la puerta a conductas de desconfianza, infidelidad, celos, posesión, control, demanda afectiva, etc.; b) uso de la violencia como estrategia de afrontamiento, como herramienta para mantener el poder y el control y como vía para solucionar problemas, mediante la cual se justifica el uso de la violencia psicológica, física y sexual como medio para liberar la tensión acumulada y para preservar el orden impuesto; c) consumo deliberado de alcohol

como recompensa o como estrategia de afrontamiento, a través del cual los hombres pueden auto recompensarse por su jornada o nuevamente, liberar tensión acumulada; d) convivencia inefectiva y en ocasiones forzada y violenta con la pareja, en espacios cerrados a la comunicación, la escucha y la solución de problemas y en los que impera la voz masculina; e) uso deliberado de los recursos económicos, traducido en mala administración del ingreso familiar e insatisfacción de las necesidades; y f) exención de responsabilidad por hacer válida cada una de las reglas anteriores. De acuerdo con la socialización normativa masculina, cada una de estas reglas se leen como derechos masculinos y es obligación femenina ayudar a su conservación.

Hasta este punto sería normal preguntarse por qué se denomina *amigable* a la transmisión de los mandatos de esta socialización, esto es debido a que su transmisión asegura a los hombres un bien preciado: la satisfacción de su necesidad de vínculo/apego. La necesidad de vincular (crear un apego seguro) es inherente al ser humano, la insatisfacción de esta necesidad representa una herida, de la manera en que ésta herida sea sanada, dependerá la calidad de los vínculos que establezcamos a lo largo de nuestro desarrollo. La socialización normativa masculina ofrece a los hombres la posibilidad de *sanar esta herida* siempre y cuando se establezca un compromiso contundente con el seguimiento de cada una de sus reglas, y podemos decir que no hay mentira detrás de esto, ya que los hombres que se comprometen logran vincularse sólidamente con más hombres que van por el mismo camino. El problema es que hay verdades ocultas, pues no logran vincularse efectivamente con nadie más, particularmente con sus parejas y/o familias, y justo aquí radica la importancia del fenómeno, ya que para cuando los hombres logran dar cuenta de esto, es tarde, los vínculos que pensaban sólidos con su pareja y familia en realidad están erosionados. Esto puede hacer parecer que todo está perdido, pero no es así, ya que, de acuerdo con la presente investigación, éste es el momento en el que se requiere una participación comprometida, pero ya no con la socialización normativa de ser hombre, sino con el cambio.

El cambio inicia cuando *se siente* la erosión del vínculo, *se siente* porque de eso se trata, el hombre siente que su pareja no le corresponde, que no hay más relación que la

impuesta, lo que puede manifestarse también activamente por la pareja cuando solicita la separación y/o el divorcio. A partir de aquí el camino ya está abierto y el hombre debe dar los siguientes pasos, cada uno de los cuales demanda la ruptura de las reglas antes ciegamente seguidas: a) toma de decisiones y solución de problemas, que implica la búsqueda de fuentes de motivación intrínseca que ayuden a anclarse con el compromiso de cambio, así como el inicio de la toma de responsabilidad por la conducta pasada y la solución de todo lo que esto significa; b) modificación de los hábitos de consumo, paso en el cual el hombre después de una exhaustiva auto evaluación, debe decidirse por la abstinencia o por la reducción de su consumo, decisión que debe ir encaminada al cumplimiento de su meta: la satisfacción de su necesidad de vinculación/apego con su pareja/familia; c) regulación emocional, que requiere una introspección profunda sobre su estado emocional y su patrón característico para afrontar las situaciones difíciles; d) habilidades sociales y de convivencia en pareja, lo que sitúa al hombre en una posición en la que debe evaluar su comportamiento y encontrar patrones patriarcales que romper; y e) toma de responsabilidad por cada una de las conductas generadas en la relación de pareja.

Cada uno de estos planteamientos (producto del estudio 1) fue tomado como base para el desarrollo de una intervención para hombres mexicanos que consumen alcohol y ejercen violencia de pareja, con el objetivo de reducir ambas variables y de mejorar la relación. La intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”, está conformada por seis módulos de intervención y tres de evaluación, cada módulo de intervención está dirigido a cada una de las variables antes presentadas como reglas de conducta impuestas por la socialización normativa de ser hombre. La hipótesis de investigación se planteó con el objetivo de determinar la factibilidad de la intervención para poder dar paso a su implementación y así ofrecer a los hombres mexicanos que consumen alcohol y que ejercen violencia de pareja, estrategias que formen parte del complejo que se requiere para atender el fenómeno bajo estudio.

La hipótesis fue puesta a prueba tanto con la población objetivo como con un grupo de expertos en el área, los resultados fueron evaluados con el estadístico V de Aiken mediante el índice del grado de acuerdo en cuanto a la relación de diferentes características

de la intervención (objetivos, información, técnicas de intervención, actividades, uso del lenguaje, títulos, evaluación, modelos teóricos de base y diseño gráfico) con el cumplimiento del objetivo general (reducir las conductas de consumo de alcohol y de ejecución de violencia de pareja, y aumentar las relaciones/interacciones positivas en la diada); resultados que permitieron corroborar la hipótesis de investigación y concluir que la intervención es factible con un índice del grado de acuerdo alto en cuanto a que cada una de las características evaluadas está estrechamente relacionada con el cumplimiento no solo de los objetivos específicos de cada módulo de la intervención, sino con el objetivo general.

Significado de los hallazgos

Los hallazgos presentados se entretajan en un significado simple de entender, pero complicado de aplicar cuando la intención es romper la red que teje el patriarcado hegemónico para atrapar a los hombres. El punto en el cual se plantea a la socialización normativa de ser hombre como un medio *amigable* para transmitir los mandatos que los hombres deben acatar con el fin de vincularse es clave, ya que durante siglos la masculinidad ha sido impuesta y vivida como un régimen en el que la expresión abierta de las necesidades emocionales, particularmente las de vínculo/apego queda prohibida porque implica vulnerabilidad. El hecho de que la satisfacción de esta necesidad sea imperativa (recordando la importancia del apego seguro y su papel en cuanto al sentimiento de autodeterminación que conduce al disfrute) ofrece al patriarcado una oportunidad de imponer sus reglas, sin importar que el resultado no sea el esperado. Y es perfectamente comprensible el por qué, pues ya se había establecido previamente que la pseudo satisfacción de estas necesidades se consigue a través de conductas disruptivas y desadaptativas tales como la conducta emocional desregulada que conlleva violencia física, psicológica y sexual, celos, infidelidad, demanda afectiva, etc.; el consumo de alcohol; la falta de habilidades de convivencia en pareja; y el mal uso del dinero.

Este planteamiento nos conduce a la necesidad de visibilizar esta condición impuesta a los hombres y cambiarla, cambio que requiere la politización del fenómeno pues, aunque es importante la apertura de espacios en los que el género masculino piense de manera consciente en su necesidad de vínculo/apego, en la forma y origen bajo la cual la ha

ido satisfaciendo a lo largo del tiempo, y en las consecuencias que esto ha traído sobre los vínculos que le son importantes, no es suficiente. En la presente tesis se construye y muestra uno de los muchos caminos que se requiere recorrer para alcanzar el objetivo, y que tiene que ver con el desarrollo e implementación de intervenciones psicológicas factibles, en las cuáles se conduzcan evaluaciones precisas de las conductas (variables) sujetas a modificación, con tres objetivos: a) conocer el nivel de la variable para brindar el nivel de atención necesario; b) evaluar el impacto en términos de efectividad de la intervención; y c) obtener resultados que puedan ser apreciados por cada participante respecto a su éxito en el camino del cambio. Además, a través de estas intervenciones, la población objetivo debe ser educada respecto al entendimiento del origen de su comportamiento, debe ser motivada intrínsecamente, y debe desarrollar habilidades y adquirir herramientas para poner en práctica el cambio.

Naturalmente, esta no es un tarea sencilla, pues implica la ruptura de patrones de comportamiento ancestrales y ampliamente aceptados por las sociedades; sin embargo, una ventaja es que estos patrones actualmente se encuentran tambaleantes, gracias en parte al movimiento feminista que ha motivado el cuestionamiento profundo de esta forma imperante de proceder.

Relación entre los hallazgos descritos en esta tesis y los reportados en estudios previos

Los hallazgos aquí presentados se sustentan de forma sólida con otros descritos por diversos autores, el primero se refiere al origen de la socialización normativa de ser hombre, en esta tesis se plantea que ésta surge directamente del patriarcado hegemónico. Al respecto, García (2015) señala que la violencia de pareja tiene una estructura piramidal cuya base es el patriarcado y que engendra el siguiente nivel de la pirámide: el proceso de socialización masculina. Anteriormente se había señalado que los hombres se adhieren a esta socialización y a sus comandas por una razón en particular, la búsqueda de la satisfacción de la necesidad de vinculación/apego, lo que concuerda con el postulado de Sygel y colaboradores (2014) acerca de que una de las características más destacadas de los hombres que generan violencia de pareja son los problemas de apego y afecto. Ya se había establecido que la búsqueda de la satisfacción de esta necesidad implica el seguimiento

ciego de cuatro comandas: desregulación emocional, consumo de alcohol, falta de habilidades de convivencia en pareja y mal uso del dinero.

La *desregulación emocional* se expresa a través de la violencia machista (e incluye a las violencias física, psicológica y sexual) y la negligencia, ambas vistas como herramientas que sirven al hombre para saciar sus expectativas de mantener el poder y el control que ejerce sobre los demás, expectativas que de acuerdo con García (2015) son satisfechas a través de la actitud hostil hacia la mujer. Echeburúa y colaboradores (2009), García-Moreno y colaboradores (2013), Klein y Schermer (2015), y Soleymani y colaboradores (2018) señalan que estas expectativas de poder y control surgen de diferentes distorsiones cognitivas de índole machista (dictadas por el patriarcado hegemónico), a las que otros autores suman un angosto repertorio conductual, nombrado en este trabajo como *falta de habilidades de convivencia en pareja* (falta de empatía, escasas o nulas habilidades de comunicación y de solución de problemas), pobre control de impulsos (relacionado con desregulación emocional), ausencia de autocuidado, cargas genéticas que predisponen a la violencia, contextos desfavorecedores, historia de violencia y uso y abuso de sustancias (Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Øverup et al., 2017; Satyanarayana et al., 2016; Stewart et al., 2014; Tollefson & Phillips, 2015), del cual Celaya-Alston (2000) subraya el *consumo de alcohol*, y agrega las distorsiones y actitudes machistas relacionadas con la educación de los hijos, el embarazo y el nacimiento de algún bebé que no sea del sexo esperado, la presión en el trabajo, el desempleo, los problemas económicos que se relacionan con lo que aquí se describe como *mal uso del dinero*, los celos, la desesperanza y las críticas de la familia.

Los hallazgos aquí reportados respecto a la génesis y progresión del consumo de alcohol, también se sustentan con reportes previos. En esta tesis el consumo de alcohol se establece como: A) una estrategia de afrontamiento ante eventos que hacen surgir o que surgen de la desregulación; B) un medio que facilita la convivencia social con pares; y C) la causa de diferentes problemas de pareja debido a su efecto desfrontalizador. Ornelas y colaboradores (2015) reportaron en su estudio que el consumo de alcohol ayuda a los hombres a reducir la tristeza y la desesperación que surgen de estados depresivos y

ansiosos, además de abrir espacios para relacionarse con otros hombres aumentando su sentimiento de fuerza (emocional) y confianza; lo que refuerza los dos primeros postulados. Respecto al tercero, Krug y colaboradores (2002) explican que cuando un miembro de la pareja consume alcohol, incrementan los problemas económicos (mal uso del dinero), los relacionados con la crianza, la infidelidad, etc., aumentando la tensión y los estresores que comúnmente derivan en episodios violentos, además, la creencia acerca de que el consumo de alcohol incita a la violencia alienta este comportamiento y su justificación, lo que también coincide con el modelo espurio propuesto por Leonard y Quigley (1999) en el cual se establece que una tercera variable es la responsable tanto del consumo de alcohol como de la violencia de pareja. De acuerdo con este planteamiento, la tercera variable es la socialización normativa de ser hombre que implica el consumo de alcohol y el ejercicio de violencia en contra de la pareja, pero no se limita a éstas, pues incluye el mal uso del dinero y la falta de habilidades de convivencia en pareja.

Limitaciones y fortalezas

La presente investigación tiene diversas limitaciones y fortalezas en ambos estudios que deben ser consideradas al momento de replicarlos o de probar la eficiencia y/o eficacia de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

La primera limitación (que impacta sobre dos grandes áreas) tiene que ver con el contexto de pandemia en el cuál la investigación fue conducida. Antes de asentar las áreas que se ven afectadas por esta limitación es necesario recordar dos cosas: el espacio físico en el cual ocurre la gran mayoría de los actos asociados a la violencia de pareja, que es el hogar, y las estadísticas de este tipo de violencia que nos dicen que, en México, aproximadamente cuatro de cada diez mujeres la sufren. A este planteamiento le vamos a sumar una pandemia que por su gravedad implica confinar a las personas dentro sus hogares con el fin de *preservar su vida* (lo cual es *responsabilidad* de la mujer como cuidadora), y lo que tenemos como resultado es una *sindemia*. Lo vamos a denominar así porque estamos hablando de la sinergia entre dos fenómenos amplios, diversos y complejos que se potencian entre sí, puesto que pudimos observar relaciones directamente

proporcionales entre el aumento del tiempo de confinamiento y de los problemas y situaciones adversas (estresores) asociadas con este (tales como la enfermedad y la muerte, los problemas económicos, el desgaste en la salud física y mental, las barreras tecnológicas, el choque intergeneracional, la ampliación de las brechas sociales, etc.), y el aumento de la aparición, frecuencia y gravedad de la violencia de pareja, debido en parte a la ancestral vulnerabilización de las mujeres (que tiene que ver con la *indefensión de género*), y a lo que Comas-D´Argemir nombra la deliberada asignación de la responsabilidad sobre el cuidado que les es encomendado y que éstas asumen (Grossi & Comas-D´Argemir, 2023), lo que por supuesto, generó un aumento de los problemas sobre la salud física y mental de las mujeres.

La primera área que se ve afectada por esta limitación recae sobre la *dificultad de hacer mediciones precisas de las variables objetivo*, puesto que el contexto llevó a las parejas en las cuales estas variables ya estaban presentes en cierta medida, a un aumento temporal tanto del consumo de alcohol como de la violencia de pareja, y a una disminución de la motivación intrínseca y por ende, del interés por mejorar la relación, debido a que *había cosas más importantes de las cuales ocuparse*: lo que claro está, representa un *sesgo en la medición*. A esto se suman las afectaciones sobre la salud mental consecuencia de la *sindemia* antes descrita, ya que el aumento temporal de los síntomas asociados con las variables como la ansiedad, la ira (irritabilidad), los estados emocionales negativos, etc., también representa un sesgo en la medición.

La segunda área asociada con esta limitación se refiere a la *ausencia de datos duros actualizados* que nos permitan desarrollar con mayor amplitud la importancia del tratamiento de este fenómeno hoy en día, lo cual tiene que ver tanto con una tendencia al reduccionismo del fenómeno como con su despolitización. Respecto a la ausencia de datos se expone la decisión del gobierno de no continuar aplicando la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT), la reciente propuesta de una nueva encuesta a cargo de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) en colaboración con el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) cuya publicación de datos se estima hasta marzo del 2024 (Animal Político,

2023), y la escueta indagación de la relación entre la violencia de pareja y la pandemia que se hizo en el último levantamiento de datos a través de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Lo cual por supuesto, tiene que ver con el reduccionismo despolitizador que se busca hacer del fenómeno, el cual se justifica nuevamente bajo la idea de que *hay cosas más importantes que atender*.

La segunda limitación tiene que ver con la *imposibilidad de generalizar los resultados y por ende su aplicabilidad* debido al reducido tamaño de la muestra, muestra difícil de captar debido al confinamiento y al tabú que representa hablar de violencia; sin embargo, es importante resaltar que el objetivo de la investigación (incluyendo ambos estudios) no es la generalización de los resultados, es decir que el producto final, que es la intervención, está específicamente diseñada para atender necesidades particulares y específicas, no poblacionales sino individuales, rompiendo con el modelo uno le va bien a todos, que, de acuerdo con autores como Babcock y colaboradores (2004) y Day y colaboradores (2009), durante años ha demostrado falta de eficacia. Pese al tamaño de la muestra del estudio 1 (14 participantes) y del estudio 2 (6 participantes), a través del diseño se dotó a la investigación de fortaleza metodológica, el análisis de datos basado en la teoría fundamentada que fue utilizado en el estudio 1 se condujo hasta alcanzar la saturación de los datos, mismos que fueron corroborados a través de tres procesos de triangulación, limitando la generalización, aunque sin poner en riesgo la validez y confiabilidad de los resultados. Dado que el objetivo del estudio 2 fue lejano a la generalización de resultados, y a que la extracción y el análisis de los datos fue rigurosamente metodológico, podemos hablar de resultados también válidos y confiables, con aplicación limitada al rango de población de la cual la muestra fue reclutada. Esta última limitación, a su vez, abre una sugerencia respecto a la inclusión de muestras más grandes en estudios previos ya sea de N=1 o incluso ensayos controlados aleatorizados.

Otra de las limitaciones que también tiene que ver con la muestra es su homogeneidad, la muestra de ambos estudios quedó conformada por participantes con características específicas/homogéneas; la fortaleza hallada en esta debilidad tiene que ver con lo reportado previamente en la literatura (Babcock et al., 2004; Boira & Jodrá, 2010;

Day et al., 2009; Echeburúa, 2013; Echeburúa et al., 2009; Eckhardt et al., 2006; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2011; Grupo 5, 2006; Loinaz y Echeburúa, 2010; McCrady et al., 2016; McGuire, 2008; Murphy et al., 2018; Scott et al., 2015; Stewart et al., 2014; Velonis et al., 2016), acerca de la necesidad de desarrollar intervenciones que se dirijan a grupos específicos de la población con necesidades puntuales y diferentes, que surgen con base en las distintas dinámicas culturales y sociales, que nuevamente tiene que ver con la ruptura del modelo uno le va bien a todos.

Valor de los hallazgos presentados sobre el campo de estudio

Dado que el objetivo principal de esta tesis es explicar la etiología de la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja expresada por hombres heterosexuales, con el fin generar rutas que nos conduzcan a la reducción de éstas conductas, y con ello a la protección de las mujeres que sufren esta violencia y al aumento de la calidad de vida de quienes conforman la diada; el valor de los hallazgos aquí presentados se centra en dos áreas: A) la mirada que ofrece sobre el proceso de socialización en el que se ve inmersa la masculinidad mexicana; y B) la señalización de la importancia de la politización del fenómeno bajo estudio, que invita a cesar el reduccionismo.

El fenómeno llamado socialización normativa mexicana de ser hombre, bajo el cual se asocian el consumo y la violencia, no solo es grave, es complejo y multifactorial; por lo cual, abordarlo desde un pensamiento reduccionista, a través de pseudo estrategias es un error. Un ejemplo cercano lo puso durante la pandemia la Secretaría de Gobernación (SEGOB), con su intención de adjudicar la carga de un fenómeno de esta magnitud a la capacidad de regulación emocional de los individuos, bajo una política pública preventiva (sin resultados) y no restaurativa, con la frase: “Antes de que la violencia se apodere de ti, antes de que te enojés con tu pareja, antes que te desesperes cuenta hasta diez y saca la bandera de la paz”.

Detengámonos unos minutos para retornar a la eficacia y al tamaño del efecto de las intervenciones conjuntas para tratar a los hombres que consumen alcohol y ejercen violencia de pareja, y recordemos que una de sus principales características es que se basan

en un conjunto armonioso de técnicas; la evidencia señala que el uso de ninguna de las intervenciones existentes ha ayudado a extinguir la conducta violenta (y las que se han acercado, no han logrado sostener los efectos en un plazo mayor a un mes), estamos hablando de intervenciones cuidadosamente diseñadas, razón por la cual parecería completamente ilógico pensar que una débil aproximación a una técnica (tiempo fuera), podría resolver el fenómeno, y que sería aún más ilógico si el hombre al que se dirige la frase se encuentra *desfrontalizado* por el consumo de alcohol. Esto no quiere decir que no valga la pena el desarrollo de nuevas intervenciones y la aplicación de las ya existentes, lo que quiere decir es que éstas son tan solo una de las estrategias que se deben aplicar, puesto que el consumo y la violencia no se tratan solo de rasgos de personalidad o factores psicológicos intervinientes. Es en este punto en el que la politización del fenómeno cobra sentido; se debe reconsiderar la forma en que las masculinidades son tratadas, implica repensar a los hombres no como victimarios sino como personas que merecen atención, que necesitan entender su comportamiento a través de la señalización de su origen, que requieren educación y no castigo, y más aún, como personas expuestas que necesitan y que merecen una sociedad (incluyendo instancias políticas) que les abrigue y les permita adquirir estrategias para cambiar, pero sobre todo, que les provea de espacios seguros en dónde reconstruirse.

Este trabajo presenta una teoría acerca de cómo los hombres *aparentemente* deciden formar parte del sistema patriarcal hegemónico, a cambio de un bien preciado, la satisfacción de su necesidad de vínculo/apego, sin ser completamente conscientes del alto precio que esto implica; pues paradójicamente, la recompensa nunca les es entregada, y terminan recibiendo lo opuesto a lo prometido, convertidos en agentes del patriarcado listos para reproducir a la perfección cada una de las comandas impuestas, obediencia cuya consecuencia es la erosión de cada uno de los vínculos importantes.

Como contribución final, se ofrece el producto de esta tesis, la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”, como un mapa que sirva a los hombres mexicanos que ejercen violencia de pareja y que consumen alcohol, para encontrar nuevas rutas que les permitan acercarse a la satisfacción

exitosa de su necesidad de vínculo, y más allá de esto, como un espacio seguro en el cual se brinda acompañamiento profesional en el arduo camino del cambio. Hoy, después de esta sindemia que agrandó diversas brechas, incluyendo la de género, es vital posicionarse no solo desde lo epistémico sino desde lo político.

Referencias

- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Anderson, P., Bendtsen, P., Spak, F., Reynolds, J., Drummond, C., Segura, L., Keurhorst, M. N., Palacio-Vieira, J., Wojnar, M., Parkinson, K., Colom, J., Kłoda, K., Deluca, P., Baena, B., Newbury-Birch, D., Wallace, P., Heinen, M., Wolstenholme, A., van Steenkiste, B., & Gual, T. (2016). Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: Outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial: Alcohol brief advice in primary health care. *Addiction*, 111(11), 1935-1945. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13476>
- Animal Político. (23 de octubre del 2023). *Seis años sin datos sobre consumo de drogas; en 2024 se prevén primeros resultados de encuesta nacional*. Animal Político. <https://www.msn.com/es-mx/noticias/other/seis-a%C3%B1os-sin-datos-sobre-consumo-de-drogas-en-2024-se-prev%C3%A9n-primeros-resultados-de-encuesta-nacional/ar-AA1iHiv6>
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M., Graham, J. M., & Davis, C.S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023-1053. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health*. World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Baeza, T. E., Echeverría, S. L., Velasco-Rojano, E., & Cruz, M. S. (2018). Validación del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol en personas que buscan tratamiento

- en México. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 4(2), 33-40. DOI: <https://doi.org/10.28931/riiad.2018.2.05>
- Balbuena, G. A. (2013). *Reporte de caso único atendido con el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Barros, C. V., Choez, C. E., & Zambrano, P. F. (2019). Síndrome del hombre maltratado y la violencia intrafamiliar. *Ciencia Digital*, 3(1.1), 131-141. DOI: <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v3i1.1.365>
- Bergmark, A., Skogens, L., & Von Greiff, N. (2014). The pursuit of evidence-based practice: Comparisons of three guidelines on psychosocial interventions for alcohol problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 271-288. DOI: <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0022>
- Boira, S. S., & Jodrá, E. P. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22(4), 593-599. ISSN 0214-9915
- Bonilla-Jiménez, F. I., y Escobar, J. (2017). *Grupos focales: una guía conceptual y metodológica*.
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: A systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452-457. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>

- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 847-861. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000311>
- Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*, 24(3), 137-162. DOI: <https://doi.org/10.1159/000490762>
- Balbuena, G. A. (2013). *Reporte de caso único atendido con el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Celaya-Alston, R. (2000). *Hombres en Accion (Men in Action): A Community Defined Domestic Violence Intervention with Mexican, Immigrant, Men*. [Theses Dissertation]. Portland State University. DOI: <https://doi.org/10.15760/etd.52>
- Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2019). *Sistema de Información epidemiológica del consumo de drogas, México 2019*. Dirección de Investigación y Enseñanza, subdirección de investigación. <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/EstadodeMexico.pdf>
- Chovanec, M. (2009). Facilitating Change in Group Work with Abusive Men: Examining Stages of Change. *Social Work With Groups*, 32(1), 125-142. DOI: <https://doi.org/10.1080/01609510802413055>
- Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., Young, R. M., & Connor, J. P. (2018). A Randomized Trial of Personalized Cognitive-Behavior Therapy for Alcohol Use Disorder in a Public Health Clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 297. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00297>
- Cuevas, A. E. (2006). *Reporte de un caso típico de Bebedor Problema atendido con el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Day, A., Chung, D., O'Leary, P., & Carson, E. (2009). Programs for Men who Perpetrate Domestic Violence: An Examination of the Issues Underlying the Effectiveness of

- Intervention Programs. *Journal of Family Violence*, 24(3), 203-212. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9221-4>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Springer US. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182-185. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M., & Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social problems*, 39(1), 71-91. DOI: <https://doi.org/10.2307/3096914>
- Easton, C. J., Crane, C. A., & Mandel, D. (2018). A Randomized Controlled Trial Assessing the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Substance-Dependent Domestic Violence Offenders: An Integrated Substance Abuse-Domestic Violence Treatment Approach (SADV). *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 483-498. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmft.12260>
- Echeburúa, E. (2013). Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 87-93. DOI: <https://doi.org/10.5093/in2013a11>
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 199-217. ISSN 1697-2600
- Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, A., y Ayala, H. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Secretaría de Salud: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Deteccion_temprana.pdf
- Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D., & Suhr, L. (2006). Intervention Programs for Perpetrators of Intimate Partner Violence: Conclusions from a Clinical Research Perspective. *Public Health Reports*, 121(4), 369-381. DOI: <https://doi.org/10.1177/003335490612100405>

- Evans, N., Lasen, M., & Tsey, K. (2015). *A Systematic Review of Rural Development Research*. Springer International Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-17284-2>
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 41-52. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.41>
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., Almeida Santimano, N. M., & Moreira, M. T. (2016). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub4>
- Fukushima, T. E. (2006). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Gaete, Q. R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología, (48)*, 149-172.
- García, F. D. (2015). Tratamiento para maltratadores en España: una revisión bibliográfica.
- García-Moreno, C., Guedes, A., & Knerr, W. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia infligida por la pareja*. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>
- Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A. J., Dully, C., Kraus, H., Logar, R., Dotterud, P. K., Lorentzen, J., & Schweier, S. (2010). Programas Europeos de Intervención para Hombres que Ejercen Violencia de Género: Panorámica y Criterios de Calidad. *Psychosocial Intervention, 19*(2), 181-190. DOI: <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a9>
- Glaser, B., & Holton, J. (2004). Remodeling Grounded Theory. *Forum: Qualitative Social Research, 5*(2).
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (2017). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Glass, J. E., Hamilton, A. M., Powell, B. J., Perron, B. E., Brown, R. T., & Ilgen, M. A. (2015). Specialty substance use disorder services following brief alcohol

- intervention: A meta-analysis of randomized controlled trials: SBI and referral to treatment. *Addiction*, 110(9), 1404-1415. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.12950>
- Gondolf, E. W. (2011). The weak evidence for batterer program alternatives. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 347-353. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.011>
- González, A. A. (2007). *Reporte de un caso típico de Bebedor Problema atendido con el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Grossi, M., & Comas-D'Argemir, D. (27-28 de septiembre del 2023). Panorama general. Estado de la cuestión. Castañeda, S. M. (Moderadora), *Foro Internacional de Investigación Feminista y COVID: resultados y propuestas*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH-UNAM), Ciudad de México, México.
- Grupo 5. (2006). *Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja*. Grupo 25. <http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article519>
- Gustafson, D. H., McTavish, F. M., Chih, M.-Y., Atwood, A. K., Johnson, R. A., Boyle, M. G., Levy, M. S., Driscoll, H., Chisholm, S. M., Dillenburg, L., Isham, A., & Shah, D. (2014). A Smartphone Application to Support Recovery From Alcoholism: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 566. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4642>
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) – Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 ENSANUT – Informe Operativo*. INEGI-INSP.

https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Informa. (2022, 30 de agosto).

ENDIREH 2021. Facebook <https://fb.watch/foONqPCQfh/>

INFOBAE. (2022, 16 de marzo). INEGI: durante la pandemia la violencia familiar en contra de las mujeres aumentó 5.3%. INFOBAE.

<https://www.infobae.com/america/mexico/2022/03/16/inegi-durante-la-pandemia-la-violencia-familiar-en-contra-de-las-mujeres-aumento-53/>

Loinaz, I., y Echeburúa, E. (2010). Necesidades Terapéuticas en Agresores de Pareja según su Perfil Diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 85-95. DOI: <https://doi.org/10.5093/cc2010v1n2a2>

Jaen-Cortés, C., Aragón, S. R., Amorin de Castro, E. F., y Rivera-Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2224-2239. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30012-6](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30012-6)

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., Redmore, J., O'Donnell, A., Newham, J. J., de Vocht, F., Hickman, M., Brown, H., Maniatopoulos, G., & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.

Klein, R. H., & Schermer, V. L. (2015). Toward Understanding and Treating Violence in America: Some Contributions From Group Dynamic and Group Therapy Perspectives: Introduction to Part II. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(2), 162-179. DOI: <https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.2.162>

- Kraanen, F. L., Scholing, A., Hamdoune, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Integrated Treatment for Substance Abuse and Partner Violence (I-StoP): A Case Study. *Clinical Case Studies*, *13*(3), 203-217. DOI: <https://doi.org/10.1177/1534650113506037>
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (2013). The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 189. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-189>
- Kramer, S. L., Bojesen, A. B., Nielsen, A. S., & Andersen, K. (2018). Duration of therapy – Does it matter? *Journal of Substance Abuse Treatment*, *84*, 57-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.002>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, *360*(9339), 1083-1088. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., y Zamorano, P. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*, *10*.
- Leonard, K. E., & Quigley, B. M. (1999). Drinking and marital aggression in newlyweds: An event-based analysis of drinking and the occurrence of husband marital aggression. *Journal of Studies on Alcohol*, *60*(4), 537-545. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.537>
- Lobo, M. A., Moeyaert, M., Baraldi Cunha, A., & Babik, I. (2017). Single-Case Design, Analysis, and Quality Assessment for Intervention Research. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, *41*(3), 187-197. DOI: <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000187>
- López, M. B., & Richaud, M. C. (2021). Consumo de alcohol, funciones ejecutivas y violencia: comparación de modelos explicativos [Discurso principal]. XVIII Reunión Nacional y VII Encuentro Internacional de la AACC, Estados Unidos de América. <http://aacconline.org.ar/ocs/index.php/RAACC2021/RAACC2021/paper/view/639>

- López, O. A., y Gutiérrez, V. M. (2020). Validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 6-10. DOI: <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.02>
- Loyola, B. L. (2006). *Competencias adquiridas y resultados de la aplicación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM.
- Magill, M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1852-1862. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.12848>
- Magill, M., Walthers, J., Mastroleo, N. R., Gaume, J., Longabaugh, R., & Apodaca, T. R. (2016). Therapist and client discussions of drinking and coping: A sequential analysis of therapy dialogues in three evidence-based alcohol use disorder treatments: Sequential. *Addiction*, 111(6), 1011-1020. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13313>
- Manrique, R. A. (2008). Motivación intrínseca y autodeterminación para el trabajo extracurricular en matemáticas: Lineamientos metodológicos para Segundo y Tercero de Básica Primaria. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia].
- Markland, D., & Hardy, L. (1997). On the factorial and construct validity of the Intrinsic Motivation Inventory: Conceptual and operational concerns. *Research quarterly for exercise and sport*, 68(1), 20-32. DOI: <https://doi.org/10.1080/02701367.1997.10608863>
- Markus, W., de Weert-van Oene, G. H., Becker, E. S., & DeJong, C. A. (2015). A multi-site randomized study to compare the effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) added to TAU versus TAU to reduce craving and drinking behavior in alcohol dependent outpatients: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 15(1), 51. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0431-z>

- Martínez, G. J. M., Vilar, L. R., y Verdejo, G. A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>
- Mbilinyi, L. F., Neighbors, C., Walker, D. D., Roffman, R. A., Zegree, J., Edleson, J., & O'Rourke, A. (2011). A Telephone Intervention for Substance-Using Adult Male Perpetrators of Intimate Partner Violence. *Research on Social Work Practice*, 21(1), 43-56. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731509359008>
- McAuley, E., Duncan, T., & Tammen, V. V. (1989). Psychometric Properties of the Intrinsic Motivation Inventory in a Competitive Sport Setting: A Confirmatory Factor Analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 60(1), 48-58. DOI: <https://doi.org/10.1080/02701367.1989.10607413>
- McCaul, M. E., Roach, D., Hasin, D. S., Weisner, C., Chang, G., & Sinha, R. (2019). Alcohol and women: A brief overview. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 43(5), 774. DOI: <https://doi.org/10.1111/acer.13985>
- McCrary, B. S., Wilson, A. D., Muñoz, R. E., Fink, B. C., Fokas, K., & Borders, A. (2016). Alcohol-Focused Behavioral Couple Therapy. *Family Process*, 55(3), 443-459. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12231>
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2577-2597. DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0035>
- McMurrin, M., & Gilchrist, E. (2008). Anger control and alcohol use: Appropriate interventions for perpetrators of domestic violence? *Psychology, Crime & Law*, 14(2), 107-116. DOI: <https://doi.org/10.1080/10683160701483435>
- Medina-Mora, E., Carreño, S., & De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in Mexico. *Recent Developments in Alcoholism* (pp. 383-396). Springer US. DOI: https://doi.org/10.1007/0-306-47148-5_19
- Mellentin, A. I., Skøt, L., Nielsen, B., Schippers, G. M., Nielsen, A. S., Stenager, E., & Juhl, C. (2017). Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A

- meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 195-207. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.006>
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders: Mesa Grande project. *Addiction*, 97(3), 265-277. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
- Mojarro, L. A. (2007). *Intervenciones Breves para el abordaje de conductas adictivas: Implementación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema: Caso típico* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Moreno-Murcia, J. A., Gimeno, E. C., Carretero, C. M., Lacárcel, J. A. V., & Calvo, T. G. (2012). Metas sociales, necesidades psicológicas básicas y motivación intrínseca como predictores de la percepción del esfuerzo en las clases de educación física. *Revista de psicología del deporte*, 21(2), 215-221. ISSN: 1132-239X
- Morley, S. (2015). *Statistical analysis for single case data: Draft chapter*. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3689.6726>
- Murphy, C. M., Eckhardt, C. I., Clifford, J. M., LaMotte, A. D., & Meis, L. A. (2020). Individual Versus Group Cognitive-Behavioral Therapy for Partner-Violent Men: A Preliminary Randomized Trial. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(15-16), 2846-2868. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260517705666>
- Murphy, C. M., Ting, L. A., Jordan, L. C., Musser, P. H., Winters, J. J., Poole, G. M., & Pitts, S. C. (2018). A randomized clinical trial of motivational enhancement therapy for alcohol problems in partner violent men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89, 11-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.004>
- Murphy, C., & Maiuro, R. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence*. Springer.
- Natera, R. G., Medina, A. P. S., Callejas, P. F., Juárez, F., y Tiburcio, M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud mental*, 34(3), 195-201.
- Neighbors, C., Walker, D. D., Roffman, R. A., Mbilinyi, L. F., & Edleson, J. L. (2008). Self-Determination Theory and Motivational Interviewing: Complementary Models

- to Elicit Voluntary Engagement by Partner-Abusive Men. *The American Journal of Family Therapy*, 36(2), 126-136. DOI: <https://doi.org/10.1080/01926180701236142>
- Norma Oficial Mexicana (establecimiento de los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos) NOM-012-SSA3-2012. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero del 2013.
- Oberleitner, L. M. S., Mandel, D. L., & Easton, C. J. (2013). Treatment of co-occurring alcohol dependence and perpetration of intimate partner violence: The role of anger expression. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 313-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.03.001>
- Ojeda, C. C. (2009). *Competencias adquiridas y resultados de la aplicación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Organización Mundial de la Salud (ONU). (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (ONU). (2018, 21 de septiembre). *Alcohol*. ONU. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud (ONU MUJERES). (2021, 24 de noviembre). La pandemia de COVID-19 y la violencia contra la mujer: qué nos revelan los datos. ONU MUJERES. <https://www.unwomen.org/es/noticias/reportaje/2021/11/la-pandemia-de-covid-19-y-la-violencia-contra-la-mujer-que-nos-revelan-los-datos>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020, 7 de abril). *COVID-19 y violencia contra la mujer. Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- Ornelas, I. J., Allen, C., Vaughan, C., Williams, E. C., & Negi, N. (2015). *Vida PURA: A Cultural Adaptation of Screening and Brief Intervention to Reduce Unhealthy Drinking Among Latino Day Laborers*. *Substance Abuse*, 36(3), 264-271. DOI: <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.955900>

- Osorio, N. A. (2009). *Resultados de la aplicación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema: experiencia con una usuaria de alcohol* [Reporte de experiencia profesional maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Øverup, C. S., Hadden, B. W., Knee, C. R., & Rodríguez, L. M. (2017). Self-determination theory and intimate partner violence (IPV): Assessment of relationship causality orientations as predictors of IPV perpetration. *Journal of Research in Personality*, 70, 139-155. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.07.002>
- Páramo, M. D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Revista científica Pensamiento y Gestión*, 39, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.14482/pege.39.8439>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Pradilla, A. (27 de enero del 2022). *Gobierno federal descarta hacer encuesta sobre uso de drogas que se realizaba cada cinco años*. Animal Político. <https://www.animalpolitico.com/sociedad/gobierno-descarta-encuesta-drogas-se-realizaba-cada-5-anos>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Ramírez, R. J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud Pública de México*, 48, 315-327.

- Rico, B., López, P., y Valdés, R. (2003). *Encuesta Nacional de Violencia de pareja en Usuarías de Servicios públicos de salud en México (ENVIUS)*. 18.
- Rincón, A. M. (2017). Tipología del hombre víctima de la violencia conyugal [Tesis de doctorado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Digital Univalle.
- Ríos, M. J., Natera, R. G., Tiburcio, S. M., y Juárez, F. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 107-117. ISSN: 0185-6073
- Rivera, A. S. (2000). *Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja: una aproximación etnopsicológica* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Rivera, P. D. (2018). *Factores que influyen en la deserción-adherencia del programa de intervención breve para bebedores problema* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Rodríguez, L. M., DiBello, A. M., Wickham, R., Hadden, B. W., Baker, Z. G., & Øverup, C. S. (2018). A self-determination theory approach to problematic drinking and intimate partner violence. *Motivation and Emotion*, 42(2), 225-235. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9655-1>
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365.
- Romero, M. Á., y Moya, A. L. (2013). Neuropsicología del maltratador: el rol de los traumatismos craneoencefálicos y el abuso o dependencia del alcohol. *Revista de Neurología*, 57(11), 515-522.
- Roos, C. R., Maisto, S. A., & Witkiewitz, K. (2017). Coping mediates the effects of cognitive-behavioral therapy for alcohol use disorder among out-patient clients in Project MATCH when dependence severity is high: The role of coping in alcohol treatment. *Addiction*, 112(9), 1547-1557. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13841>
- Rose, G. L., Skelly, J. M., Badger, G. J., Ferraro, T. A., & Helzer, J. E. (2015). Efficacy of automated telephone continuing care following outpatient therapy for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 41, 223-231. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.022>

- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of personality and social psychology*, 43(3), 450. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.3.450>
- Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. DOI: <https://doi.org/10.1037/110003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 186-193. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0012753>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: Ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Satyanarayana, V. A., Nattala, P., Selvam, S., Pradeep, J., Hebbani, S., Hegde, S., & Srinivasan, K. (2016). Integrated Cognitive Behavioral Intervention Reduces Intimate Partner Violence Among Alcohol Dependent Men, and Improves Mental Health Outcomes in their Spouses: A Clinic Based Randomized Controlled Trial from South India. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 64, 29-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.005>
- Schmidt, C. S., Schulte, B., Seo, H.-N., Kuhn, S., O'Donnell, A., Kriston, L., Verthein, U., & Reimer, J. (2016). Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings: Meta-analysis on alcohol brief interventions in emergency care. *Addiction*, 111(5), 783-794. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13263>
- Scott, K., Heslop, L., Kelly, T., & Wiggins, K. (2015). Intervening to Prevent Repeat Offending Among Moderate- to High-Risk Domestic Violence Offenders: A Second-Responder Program for Men. *International Journal of Offender Therapy*

- and Comparative Criminology*, 59(3), 273-294. DOI: <https://doi.org/10.1177/0306624X13513709>
- Shorter, G., Bray, J., Heather, N., Berman, A., Giles, E., Clarke, M., Barbosa, C., O'Donnell, A., Holloway, A., Riper, H., Daeppen, J-B., Monteiro, M., Saitz, R., McNeely, J., McKnight-Eily, L., Cowell, A., Toner, P., & Newbury-Birch, D. (2021). The "Outcome reporting in brief intervention trials: alcohol" (ORBITAL) Core outcome set: international consensus on outcomes to measure in efficacy and effectiveness trials of alcohol brief interventions. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 82(5), 638-646. DOI: <https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.638>
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA). (2016). *Informe SISVEA 2016*. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informes-anales-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>
- Smedslund, G., Dalsbø, T. K., Steiro, A., Winsvold, A., & Clench-Aas, J. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006048.pub2>
- Sobell, C. L., & Sobell, B. M. (1992). Timeline Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. Vol. 17. *Totowa, NJ: Humana Press*.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Soleymani, S., Britt, E., & Wallace-Bell, M. (2018). Motivational interviewing for enhancing engagement in Intimate Partner Violence (IPV) treatment: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 40, 119-127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.00>
- Steinmetz, S. K. (1977). The battered husband syndrome. *Victimology*, 2(3-4), 499-509.
- Sternberg, R. (1986). A Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135.
- Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of Risk-Needs-Responsivity-Based Family Violence Programs with Male Offenders. *Journal of Family Violence*, 29(2), 151-164. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9575-0>

- Stover, C. S. (2015). Fathers for Change for Substance Use and Intimate Partner Violence: Initial Community Pilot. *Family Process, 54*(4), 600-609. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12136>
- Stover, C. S., McMahon, T. J., & Easton, C. (2011). The impact of fatherhood on treatment response for men with co-occurring alcohol dependence and intimate partner violence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(1), 74-78. DOI: <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535585>
- Stover, C. S., McMahon, T. J., & Moore, K. (2019). A randomized pilot trial of two parenting interventions for fathers in residential substance use disorder treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 104*, 116-127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.07.003>
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scale (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316. DOI: <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Stuart, G. L., Shorey, R. C., Moore, T. M., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., O'Farrell, T. J., Strong, D. R., Temple, J. R., & Monti, P. M. (2013). Randomized clinical trial examining the incremental efficacy of a 90-minute motivational alcohol intervention as an adjunct to standard batterer intervention for men: Alcohol clinical trial for batterers. *Addiction, 108*(8), 1376-1384. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.12142>
- Sygel, K., Kristiansson, M., Furberg, R., & Fors, U. (2014). Reactions on Display/Intimate Partner Violence (RoD/IPV)—A Study of a New Interactive Computer Simulation Program for the Treatment of Men Convicted of Intimate Partner Violence. *International Journal of Forensic Mental Health, 13*(4), 369-380. DOI: <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.951104>
- Taft, C. T., Macdonald, A., Monson, C. M., Walling, S. M., Resick, P. A., & Murphy, C. M. (2013). “Strength at Home” Group Intervention for Military Populations Engaging in Intimate Partner Violence: Pilot Findings. *Journal of Family Violence, 28*(3), 225-231. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9496-y>

- Thompson, M. P., & Kingree, J. B. (2006). The Roles of Victim and Perpetrator Alcohol Use in Intimate Partner Violence Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 163-177. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260505282283>
- Tollefson, D. R., & Phillips, I. (2015). A Mind-Body Bridging Treatment Program for Domestic Violence Offenders: Program Overview and Evaluation Results. *Journal of Family Violence*, 30(6), 783-794. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9715-9>
- Trejo, C. O. (2014). *Reducción del consumo de alcohol a través de la aplicación del "Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema"* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional de la UNAM.
- Trujano, P., Martínez, A. E., y Camacho, S. I. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 6(2), 339-354. ISSN: 1794-9998
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Valdez, S. R., Híjar, M. M., Salgado de Snyder, V. N., Rivera, R. L., Avila, B. L., y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48, 221-231.
- Velonis, A. J., Cheff, R., Finn, D., Davloor, W., & O'Campo, P. (2016). Searching for the mechanisms of change: A protocol for a realist review of batterer treatment programmes. *BMJ Open*, 6(4), e010173. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010173>
- Velonis, A. J., Mahabir, D. F., Maddox, R., & O'Campo, P. (2020). Still Looking for Mechanisms: A Realist Review of Batterer Intervention Programs. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 741-753. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524838018791285>
- Villatoro, J., Reséndiz, E., Mujica, A., Bretónt, M., Cañas, V., Soto, I., Fregoso, D., Fleiz, C., Medina-Mora, M., Gutiérrez, J., Franco, A., Romero, M., y Mendoza, L. (2017).

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf

Walker, L. E. (2015). Looking back and looking forward: Psychological and legal interventions for domestic violence. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(1), 19-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.02.002>

Anexos

Anexo 1

Formulario de opinión acerca de la guía de preguntas para los grupos focales



Hombres construyendo relaciones positivas de pareja ¿Tú qué opinas?

Este breve cuestionario tiene el objetivo de conocer tu opinión acerca de cuatro preguntas que han sido diseñadas para investigar qué componentes o ingredientes debe tener un programa de terapia psicológica para hombres que piensan que su consumo de alcohol les trae problemas con su pareja, y que están dispuestos a hacer un cambio para mejorar su relación.

No es necesario que escribas tu nombre, edad, o algún otro dato personal, por lo cuál, si aceptas ayudarnos, nadie sabrá que eres tú quien proporcione estos datos.

Es importante que sepas que no hay respuestas buenas ni malas, lo importante es conocer tu opinión.

Finalmente, te agradecemos por contribuir al desarrollo de la investigación en México.

PREGUNTA 1. ¿Por qué quieres mejorar la relación con tu pareja?

A continuación se te pedirán tres opiniones sobre esta pregunta.

1. ¿Entendiste la pregunta? *

Sí

No

2. Si tu respuesta fue Sí, ¿qué entendiste que tienes que contestar? *

Texto de respuesta larga

3. Piensa en tus amigos, ¿cómo les preguntarías tú por qué quieren mejorar la relación con su pareja? *

Texto de respuesta larga

PREGUNTA 2. ¿QUÉ HACEN TÚ Y TU PAREJA, QUE PROVOCA QUE A VECES SU RELACIÓN SEA MALA?

A continuación se te pedirán tres opiniones sobre esta pregunta.

1. ¿Entendiste la pregunta? *

Sí

No

2. Si tu respuesta fue Sí, ¿qué entendiste que tienes que contestar? *

Texto de respuesta larga

3. Escribe como les preguntarías tú lo mismo a los hombres con los que te llevas bien, es decir, ¿qué pregunta les harías tú para saber qué hacen ellos y sus parejas que provoque que a veces su relación sea mala? *

Texto de respuesta larga

PREGUNTA 3. ¿CÓMO PIENSAS QUE EL ALCOHOL PERJUDICA TU RELACIÓN DE PAREJA?

A continuación se te pedirán tres opiniones sobre esta pregunta.

1. ¿Entendiste la pregunta? *

Sí

No

2. Si tu respuesta fue Sí, ¿qué entendiste que tienes que contestar? *

Texto de respuesta larga

3. Escribe qué pregunta les harías tú a los hombres a los que les tienes confianza para que te dijeran cómo piensan que el alcohol perjudica su relación de pareja. Imagina que estás con ellos y has la pregunta como se te ocurra. *

Texto de respuesta larga

Para la PREGUNTA 4 tenemos dos opciones, necesitamos que nos digas, 1. ¿Cuál te parece mejor? *

¿Qué necesitas para mejorar la relación con tu pareja?

¿Qué piensas que tienes que hacer para mejorar la relación con tu pareja?

2. Piensa en la pregunta que elegiste, ¿qué entendiste que tienes que contestar? *

Texto de respuesta larga

3. Recuerda la pregunta que elegiste, ¿cómo le preguntarías lo mismo a los hombres que conoces? Usa tus propias palabras. *

Texto de respuesta larga

3. Recuerda la pregunta que elegiste, ¿cómo le preguntarías lo mismo a los hombres que conoces? Usa tus propias palabras. *

Texto de respuesta larga

Una última cosa, ¿si te invitarán a participar en una terapia psicológica para mejorar tu relación de pareja, aceptarías tomarla? *

Si

No

Ahora si, es todo. Nuevamente agradecemos tu participación, recuerda que estás apoyando el desarrollo de la ciencia en México.

Descripción (opcional)

Anexo 2

Guía de preguntas para el grupo focal

GRUPO FOCAL **(Guía de la Organización Mundial de la Salud)**

Objetivos

Objetivos de la investigación. Identificar las necesidades de tratamiento de un grupo específico de hombres, para el posterior desarrollo de una intervención dirigida a hombres con las mismas características, así como la factibilidad de esta intervención.

Objetivos del grupo focal. Determinar si una nueva intervención para la mejora de la relación de pareja, a través de la reducción del consumo de alcohol y la eliminación de la violencia de pareja es aceptable, e identificar las necesidades de tratamiento del grupo al que va dirigida (hombres en una relación heterosexual actual de pareja, con consumo problemático de alcohol, que ejerzan violencia de pareja y manifiesten interés por mejorar su relación).

Identificación del moderador

Moderador. Laura Rojo Ornelas

Observador. Diego Eduardo Cenobio Carranza

Participantes

Lista de asistentes	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Apertura-Introductoria

Hola a todos, es un gusto que estemos reunidos. Para empezar, les voy a dar su gafete de identificación con el seudónimo que cada uno escogió. Como ven, detrás de mí hay una mesa con bebidas, pueden acercarse cuando quieran y tomar lo que gusten. Si necesitan salir al baño pueden hacerlo en cualquier momento y no es necesario que avisen, solo es necesario que lo hagan con discreción para no interrumpir a quien se encuentre hablando en ese momento. A la mitad de nuestra reunión vamos a tener un receso de 15 minutos para tomar algunos alimentos.

Bien, como ya saben, el objetivo principal de esta reunión es saber qué tan dispuestos están ustedes que buscan mejorar la relación que tienen con su pareja, a participar en un programa en el que aprendan a controlar la manera en la que toman alcohol y los problemas que tienen como consecuencia, especialmente las discusiones y peleas con su pareja. A este trabajo le llamaremos identificación de las necesidades de tratamiento, es decir, que nos interesa saber ¿qué piensan ustedes que necesitan perfeccionar o aprender para mejorar su relación de pareja? Quizás algunos piensen que necesitan ser más cariñosos, más comprensivos, pasar más tiempo en su casa, o tal vez hasta ser más estrictos con su pareja.

Pero bueno, eso lo vamos a hablar más adelante, ahora les voy a explicar cómo vamos a trabajar: habrá cuatro preguntas, como estamos trabajando en grupo, es importante que cada uno de ustedes responda a cada una de las preguntas, lo importante es que su respuesta sea natural, es decir, no es necesario que lo piensen mucho, ni que se sientan presionados por no saber que responder o por si lo que dicen es o no correcto o bueno, sus respuestas no van a ser criticadas. Como buscamos que sus respuestas sean espontáneas, no hay un orden, o sea que cada uno de ustedes va a levantar la mano cuando tenga su respuesta. Cada pregunta va a tener un tiempo de respuesta diferente, sin embargo, cada uno de ustedes tendrá el tiempo que necesite para contestar y no será interrumpido por nadie. Cuando todas las preguntas hayan sido respondidas por todos ustedes y cada uno se sienta satisfecho con su respuesta, yo haré un resumen, si ustedes quieren completar el resumen, pueden hacerlo. Después de esto, a cada uno le vamos a entregar una hoja de opinión, en esta hoja ustedes nos compartirán que piensan de una terapia para mejorar la relación de pareja, qué tan dispuestos estarían a tomarla, que horarios les gustaría más, y demás. Es muy importante

que sepan que, si tienen dudas o no entienden bien la pregunta, pueden decirlo con toda confianza.

Finalmente, les recuerdo que esta reunión va a ser audio grabada para que yo pueda capturar cada detalle de lo que ustedes dicen, el audio no será escuchado por nadie a excepción de mí. Y bueno, como todos ustedes ya me conocen a mí y también conocen a mi compañero de investigación, pero no se conocen entre ustedes, vamos a empezar presentándonos. Cada uno va a decirnos su seudónimo, y **[PREGUNTA 1]** *¿cuáles son los motivos o las razones que tienen para mejorar la relación con su pareja?*

Justificación. Es una pregunta general, no incita a las diferencias que dividan al grupo, nos introduce al objetivo general que es la mejora de la relación de pareja y nos da una idea acerca de los principales motivadores para cambiar.

Transicional

Es muy interesante escuchar las razones por las cuales están interesados en mejorar su relación, las razones que tenemos para hacer algo empiezan con la motivación, digamos que es una fuerza que nos impulsa a querer hacer las cosas. La motivación puede ser de dos tipos: extrínseca o externa, e intrínseca o interna. La extrínseca es la que surge de los demás o se apoya en algo o alguien cercano e importante, cómo cuando alguien va a la iglesia y jura que no va a tomar por un tiempo, o cuando alguien les promete a sus hijos o a su esposa que va a cambiar por ellos. La intrínseca viene desde adentro de uno mismo, son las ganas que tenemos de hacer algo porque a nosotros nos interesa, porque sabemos que lo bueno que salga de lo que hagamos es para nosotros. Es difícil estar intrínsecamente motivados porque necesitamos pensar seriamente en nosotros, en lo que nos importa, en lo que sentimos, en lo que sabemos que tenemos y lo que necesitamos para lograr lo que queremos.

Dentro de las razones o motivos que ustedes dijeron para mejorar la relación con su pareja, hubo unas motivadas extrínsecamente y otras intrínsecamente. Cada una de las razones, tiene que ver con cosas que necesitamos aprender o pulir para mejorar su relación. Por ejemplo, si una de las razones es que alguien quiere mejorar la relación con su pareja porque quiere vivir tranquilo, la necesidad es vivir tranquilo, y el siguiente paso es descubrir que tiene que hacer para vivir tranquilo, a lo mejor alguien tiene que aprender a controlarse cuando su esposa le reclama algo, otro hombre para vivir tranquilo quizás tenga

que dejar de tomar los fines de semana, o tomar menos y pasar más tiempo con su familia. Esto significa que, aunque dos personas tengan la misma necesidad, cada necesidad nace de acciones o situaciones diferentes y cada persona puede necesitar hacer algo distinto para satisfacerla.

Ahora que entendemos esto, cada uno de ustedes nos va a platicar **[PREGUNTA 2]** *¿cuáles son las acciones tuyas y de su pareja que causan peleas entre ustedes?*

Como acabamos de escuchar, cada uno encontró diferentes situaciones que le llevan a problemas con su pareja, y como pueden ver, la mala relación no es solo responsabilidad de una persona, sino de los dos.

Ahora vamos a hablar de una de las causas más importantes de los problemas de pareja, el consumo de alcohol. Unos a lo mejor se preguntan por qué tiene tanta importancia, para encontrar una respuesta es momento de que cada uno nos comparta **[PREGUNTA 3]** *¿qué problemas con su pareja tienen a causa del alcohol?*

Ahora tenemos una respuesta, el alcohol perjudica las relaciones de muchas maneras, ya sea porque el tiempo dedicado al consumo es tiempo de calidad que se le quita a la familia, porque el dinero invertido es dinero que puede servir en la casa, porque daña la salud y eso implica más preocupaciones para los que nos quieren, y muchas más razones que pueden explicarse como necesidades. Vamos a explicar cómo está eso, digamos que a alguien el alcohol lo pone violento, entonces insulta o golpea a su pareja; aquí una necesidad puede ser tener que controlar la cantidad de alcohol que consume y, además, aprender a controlar su enojo. De esta forma, desmenuzando, las razones que nos llevan a tener problemas de pareja van apareciendo las necesidades que tenemos que trabajar para cambiar.

Bien, nos vamos a detener aquí porque llegó el momento del receso, tienen 15 minutos a partir de ahora para tomar lo que gusten de la mesa, terminando el receso volvemos con la pregunta que nos falta.

Justificación. Estas preguntas permiten identificar al participante las acciones o situaciones que conducen a problemas con su pareja, nos introduce a la pregunta siguiente que va directo al consumo para establecer la relación, y de ahí vamos directo a las necesidades.

RECESO DE 15 MINUTOS

Clave

Bien, vamos a volver a donde nos quedamos, lo que identificaron antes no son solo situaciones, sino razones que nos acercan a descubrir que necesitamos hacer para combatirlas. Digamos que cada una de las razones es un virus, lo que la vuelve su propia vacuna y nos deja ver que adentro del problema, esta su solución. Vamos a poner otro ejemplo para refrescar la información, si una de las razones para discutir con la pareja es que el hombre se gastó una parte del gasto por haberse ido a tomar, lo que necesitamos para que no se repita es aprender a controlar el momento en que tomamos y la cantidad, pensando no en que nunca más vamos a tomar, sino en que podemos hacerlo con moderación y después de que ya cumplimos con todas nuestras responsabilidades.

En este momento les voy a entregar un folleto que describe este proceso y que les va a ser de ayuda para responder a la siguiente pregunta y para hacer un análisis de sus comportamientos en su vida diaria. Si lo ponemos en pasos, el paso uno es pensar en la razón por la que peleamos (si hay muchas en una sola ocasión, las separamos para analizar una por una); el paso dos se trata de desmenuzar cada pedacito de la discusión sin quitar ni aumentar detalles, como si estuviéramos escribiendo una historieta y cada escena estuviera en un cuadrito; el paso tres es analizar cuadrito por cuadrito y buscar qué hice mal o qué no hice, pero con consciencia, sin quitarnos responsabilidad o pensar que la otra persona exagera; el paso cuatro es ponerle nombre a eso que encontré, a lo mejor se llama “fui irresponsable” porque me di cuenta de que me gasté el gasto en cahuamas, o se llama “la neta me pasé” porque llegué tomado y enojado y me desquité con mi pareja, ojo, no se trata de cargarse de culpas o de sentir vergüenza por lo que hicimos, sino de reconocer que estamos trabajando en hacer un cambio, algo a lo que muy pocas personas se atreven; finalmente, el quinto paso consiste en pensar qué necesitamos hacer para cambiar, a lo mejor necesitamos aprender a tomar menos, a escuchar más antes de empezar a pelear, o a imaginar qué siente nuestra pareja y no solo lo que nosotros sentimos.

Y entonces, ahora que tenemos nuestra guía de cinco pasos, llegó el momento de la cuarta pregunta, en la que cada uno nos va a decir **[PREGUNTA 4]** *¿qué piensa que tiene que hacer para mejorar la relación con su pareja?*

Como pudimos escuchar, ustedes encontraron y compartieron varias necesidades, cada una muy importante porque tiene que ver con su historia personal. El conocer estas necesidades es muy valioso porque el momento justo para atenderlas es cuando las identificamos,

¿recuerdan el dicho “santo que no es visto no es adorado”? Lo mismo con las necesidades, si no las vemos o no las conocemos, no podemos resolverlas.

Justificación. Pregunta 4. Esta pregunta indaga de manera directa el objetivo de esta fase que es la identificación de las necesidades de tratamiento. Nos da una idea respecto a las opciones que los participantes ven como válidas para lograr el cambio, como compromiso, búsqueda de motivadores, búsqueda de tratamiento, etc.

Cierre

Y bueno, ha llegado el momento de finalizar, todos ustedes compartieron vivencias muy valiosas, esto nos ayudó a saber no solo a nosotras, sino a ustedes mismos las situaciones que afectan su relación, y más allá, lo que pueden hacer para que esto ya no pase y puedan vivir bien con su pareja. Todo lo compartido por ustedes se puede resumir así: _____. A alguno de ustedes ¿le gustaría agregar algo más? Para terminar, vamos a entregarles el cuestionario de opinión, si tienen dudas no tengan pena de preguntar. Cuando terminen pueden pasar a la mesa a comer lo que les guste. Gracias a todos por su valioso apoyo.

Cuestionario de opinión

Muchas gracias por haber tomado la decisión de participar en este grupo focal, todo lo que compartiste con valentía y sin prejuicios es muy valioso. Tú nos estas demostrando que los hombres de verdad no temen a compartir lo que viven, piensan, sienten y temen: **FELICIDADES.**

Instrucciones. A continuación, se te presentan tres preguntas, por favor contesta cada una de ellas. Si tienes dudas, dile al investigador responsable. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, nos interesa tu opinión.

1. ¿Cuál es tu opinión del grupo focal en el que acabas de participar (*te gustó, le faltó algo, te sentiste cómodo, etc.*)?

2. ¿Te interesaría participar en un programa para mejorar tu relación de pareja? ¿Por qué sí? o ¿Por qué no?

Pasa a la pregunta 3, solo si tu respuesta en la pregunta 2 fue SI.

3. Si participaras en un programa para mejorar tu relación de pareja: ¿qué día de la semana te gustaría que fuera? _____; ¿a qué hora? _____; ¿por cuánto tiempo irías (*un mes, dos meses, etc.*)? _____; ¿aceptarías que tu pareja participara en el tratamiento corroborando tus progresos? _____; ¿aceptarías que tu pareja te acompañara a una sesión de tratamiento? _____.

Comentarios:

Anexo 3

Aprobación del Honorable Comité de Ética



Estudios de Posgrado Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Coordinación

Laura Rojo Ornelas
Alumna Doctorado
Presente

Apreciada Alumna:

Por medio de la presente hago llegar a ustedes el dictamen de la Comisión de Ética, asignada por el Comité Académico de este Programa, sobre el protocolo de investigación "Título del proyecto de investigación: Desarrollo de un programa de intervención para prevenir la conducta violenta dentro de familias de varones diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias".

Consideraciones:

Las normas éticas de la APA (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct // <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>), señalan 5 principios generales básicos, a saber: 1. Beneficiar y no perjudicar, 2. Fidelidad y responsabilidad, 3. Integridad, 4. Justicia y 5. Respeto a las personas y la dignidad. No se observa que el proyecto de investigación sometido a dictamen viole alguno de ellos.

En virtud de lo anterior la comisión no aprecia que haya elementos de objeción ética para impugnar el protocolo de investigación utilizado, por lo que emite un DICTAMEN FAVORABLE para su realización.

Sin otro particular por el momento, envío a usted un cordial saludo, reiterándoles mi más alta consideración académica y personal estima.

Atentamente
"Por Mi Raza Hablaré el Espíritu"
Ciudad Universitaria, D. F., 19 de Marzo de 2021.
La Coordinadora


Dra. Sara Eugenia Cruz Morales

c.c.p. Dra. Corina Lenora Benjet Milner
c.c.p. Comité de Ética

Unidad de posgrado, Edificio B, oficina B-103
Voz: 56230222 ext.: 80020



Anexo 4

Poster para la difusión de la campaña de reclutamiento de participantes para el estudio 1

"HOMBRES CONSTRUYENDO RELACIONES POSITIVAS DE PAREJA: TRABAJANDO CONTRA LA VIOLENCIA Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL"

¡¿SABÍAS QUE EL 79% DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE PAREJA SUCEDEN CUANDO EL HOMBRE ESTÁ BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?!

TE INVITAMOS A PARTICIPAR EN UNA SESIÓN GRUPAL EN LA CUAL CONOCERÁS MÁS A FONDO LA RELACIÓN ENTRE TU CONSUMO DE ALCOHOL Y LOS PROBLEMAS CON TU PAREJA

CONÓCETE, APRENDE A REGULARTE Y CONDÚCETE EN PRO DE UN CAMBIO

TE ESPERAMOS

Inscríbete EJIDOS DE TULTEPEC FRENTE AL HOTEL EL TULE		12 A 14 O 16 A 18 HORAS 55 4128 3459
---	---	---

Anexo 5

Formato de consentimiento informado estudio 1

Consentimiento Informado para Participar en una Investigación

Título del proyecto: Desarrollo de un programa de intervención para prevenir la conducta violenta dentro de familias de varones diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias.

Investigador principal: Laura Rojo Ornelas

Sede donde se realizará el estudio: Tultepec, Estado de México.

Nombre del participante: _____

Lo invitamos a participar en esta investigación, antes de que tome una decisión es importante que conozca la siguiente información.

Es importante que sepa que todos los procedimientos de la investigación se llevarán a cabo vía presencial, atendiendo las medidas de seguridad establecidas por la secretaría de salud para evitar la propagación del contagio por el virus de COVID-19.

Una vez que termine de leer este documento, y esté seguro de colaborar con nosotros vamos a pedirle que firme. Su firma es un sello que nos garantiza su interés por participar; sin embargo, es importante que sepa que, aunque firme, no está obligado a participar en toda la investigación, puede retirarse cuando piense que lo necesita. Si acepta participar y firmar, recibirá una copia de este documento.

Justificación del Estudio (¿Por qué pensamos que es importante hacer esta investigación?)

La manera de estar viviendo y conviviendo con la pareja ha ido cambiando con el tiempo, sin embargo, en algunos aspectos se ha mantenido igual, por ejemplo, los problemas que surgen en la relación. Para lograr aprender formas asertivas de resolución de estos conflictos, el primer paso es encontrar y entender su origen, lo cual nos otorga un mapa con la ruta que debemos seguir hacia estrategias que nos permitan aprender y desarrollar formas efectivas de convivencia en pareja.

Objetivo del Estudio (Ahora tal vez te preguntas ¿por qué queremos hacer esta investigación?)

Queremos trabajar con usted para saber ¿por qué quiere mejorar la relación con su pareja?, ¿qué es lo que hacen usted y ella que causa que su relación a veces sea mala?, y, sobre todo, porque queremos saber ¿qué necesitas usted, para que la relación con su pareja sea mejor para los dos?, de manera que podamos apoyarnos en sus experiencias.

Beneficios del Estudio (Como todo lo bueno, participar en esta investigación tiene sus beneficios)

Con su participación va a beneficiar a otros hombres que han tenido las mismas preocupaciones; además, se va a volver parte muy importante del desarrollo de la ciencia, sí, su contribución hace crecer este campo.

Procedimiento del Estudio (Hemos llegado a la parte en la que te vamos a decir de que se trata la participación)

En caso de que acepte participar, asistirá a dos reuniones en el mismo lugar, una individual (en la que solo estaremos usted, el asistente de investigación y yo); y una en grupo (en la que además de mí, el asistente de investigación y usted, estarán otros participantes):

Individual. Se trata de una cita programada en el horario que a usted le quede bien, esta reunión es para saber más acerca de su interés por participar y ciertas características de su relación de pareja, y de lo que espera por participar; esto nos va a ayudar a saber si es la persona que buscamos. En esta reunión va a ayudarnos respondiendo algunas preguntas y un cuestionario, también va a elegir un seudónimo (o nombre clave), para cuidar su identidad, con este nombre lo llamaremos durante la reunión grupal.

Grupal. En caso de ser un candidato potencial para participar, y de que siga interesado en hacerlo, lo vamos a invitar a la reunión grupal. En esta reunión vamos a trabajar para cumplir los objetivos de la investigación y poder saber que necesita para mejorar su relación de pareja, esta información nos va a permitir diseñar un programa de ayuda para atender las necesidades de otros hombres que también quieren saber cómo mejorar su relación.

Un punto importante que debe saber es que las dos reuniones van a ser audio grabadas, esto para ayudarme a capturar todas las experiencias compartidas y no perder detalles importantes. El audio no será escuchado por nadie a excepción de mí. Debe saber que toda la información que comparta va a ser usada únicamente para el desarrollo de esta investigación, todo lo que diga va a ser analizado con confidencialidad, es decir, que nadie

va a saber que esos datos son suyos, por lo cual también pedimos su discreción con lo que hablemos en las reuniones.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio (Hay que decir que también existen riesgos de participar y aunque son mínimos, mereces saberlos)

Hablar de nuestras experiencias de vida significa hablar de cosas que quizás nos duelen, no hemos resuelto, o que incluso hemos guardado mucho tiempo. Cuando somos sinceros con nosotros mismos y nos exploramos podemos sentirnos mal, tal vez tristes o enojados; en caso de que usted se sienta mal durante cualquiera de las dos reuniones, será inmediatamente atendido con primeros auxilios psicológicos (parecidos a los primeros auxilios que ya conoce), esto para ayudarlo a sentirse mejor. Si piensa que necesita trabajar más en estos sentimientos, le vamos a dar información de las clínicas de atención psicológica públicas y privadas más cercanas para que pueda continuar atendiéndose.

Observaciones:

Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.

Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de esta.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.

Su participación en la investigación no tiene costo económico.

En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre ésta al investigador responsable.

La información que proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Como un premio a su esfuerzo y compromiso con esta investigación, recibirá una mochila y un envase para agua con frases que le recordarán su objetivo.

Este estudio ha sido avalado por el el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinadora

del Programa: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales (saracruz@posgrado.unam.mx, 56230222, ext. 80020).

Si desea más información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Laura Rojo Ornelas, responsable de la investigación, al teléfono 5541283459.

Nota: En caso de que existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del participante al investigador, que le impida otorgar su consentimiento libre, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 02-02-2014).

Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Firma del investigador

Fecha

Carta de Revocación del Consentimiento

Título del proyecto: Desarrollo de un programa de intervención para prevenir la conducta violenta dentro de familias de varones diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias.

Investigador Principal: Laura Rojo Ornelas

Lugar donde se realiza el estudio: Tultepec, Estado de México.

Nombre del participante: _____

Por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones:

Firma del participante

Fecha

Anexo 6

Regalos otorgados a los participantes



Anexo 7

Pauta de chequeo/evaluación de la conducción del grupo focal 1

Pauta de chequeo (evaluación)		
Elementos presentes (evaluación hecha por el observador)	Si	No
Lugar adecuado en tamaño y acústica	✓	
Lugar neutral de acuerdo con los objetivos del grupo focal	✓	
Asistentes sentados en U en la sala	✓	
El moderador respeta el tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	✓	
El moderador escucha y utiliza la información que le está siendo entregada	✓	
Se cumplen los objetivos planteados para la reunión	✓	
Los objetivos se explicitan en un comienzo, así como la metodología de la reunión	✓	
El moderador permite que todos participen	✓	
La reunión tiene una duración de entre 60 y 120 minutos		✓
La información es registrada (grabada o filmada)	✓	
Hay refrigerios y estos no interrumpen el desarrollo adecuado de la reunión	✓	
Cada asistente tiene un gafete de identificación	✓	

Comentarios finales del observador (en cuanto a lo abordado en el grupo)

La sesión tuvo una duración superior a los 120 minutos sin que esto resultara engorroso. Se sugiere mostrar gráficamente las preguntas conforme se están discutiendo para favorecer su retención.

Anexo 8

Guía de preguntas para la triangulación con participantes

Guía de preguntas para la triangulación con participantes

Buenas (tardes, días noches) (seudónimo del participante), muchas gracias por aceptar participar en esta etapa del procedimiento, cuyo objetivo es saber si yo logré entender de manera clara y precisa, lo que tú y los demás compañeros aportaron al estudio. Para lograr el objetivo, te voy a hacer una síntesis o resumen de los resultados que dividiré en dos bloques, al terminar cada bloque te voy a hacer una pregunta que me ayude a conocer tu opinión al respecto, finalmente, solicitare tus sugerencias para mejorar la teoría. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, lo que importa es que reflejes tu opinión. ¿Tienes alguna duda? (espacio para la respuesta).

Bien, vamos a comenzar. De acuerdo con los resultados, la razón principal para tener problemas de pareja son las conductas y los pensamientos machistas como el mal uso del dinero (descrito como el uso del dinero en situaciones ajenas a la familia); la desconfianza hacia la pareja y la infidelidad (asociadas con el control de la pareja); la ausencia del hogar y la falta de atención hacia la familia (que tienen que ver con dedicar tiempo a las actividades que no involucran a la familia); la falta de empatía (asociada con no prestar atención a los sentimientos y pensamientos de la familia en cuanto a las conductas negativas); la comunicación inefectiva (que tiene que ver con la falta de interés para comunicarse con la pareja, escucharla y considerarla); y la irresponsabilidad con la familia y el incumplimiento de promesas acerca del cese del consumo (que tiene que ver con las mentiras y el no poner atención a lo que la familia solicita). Cada una de estas conductas se relaciona con las demás, por ejemplo, la desconfianza y la infidelidad se asocian con la falta de empatía hacia la pareja (el hecho de no considerar los sentimientos y pensamientos de la pareja respecto a la conducta de control o la infidelidad en sí misma); la infidelidad también se asocia con la falta de atención a la familia y el mal uso del dinero, recursos que se destinan a una persona ajena al núcleo familiar. De esta manera podemos ir encontrando más relaciones.

Otras dos condiciones que fueron manifestadas por ustedes y que yo interprete como resultado de las conductas machistas, fueron la violencia en contra de la pareja y el

consumo de alcohol, que trae consigo muchas consecuencias negativas y daños asociados. De acuerdo con esto, la violencia hacia la pareja es una conducta machista, la violencia se ejerce con el objetivo de controlar a la pareja, incluyendo lo que piensa y siente, con el objetivo de mantenerla indefensa. Respecto a lo que se habló sobre el consumo, éste, además de ser una conducta machista manifestada dentro del grupo como *“tomo porque me lo merezco”*, *“nadie me va a controlar lo que tomo”*, *“yo puedo usar mi dinero en lo que quiera y lo que quiero es tomar”*, entre otras; es una condición que de alguna forma facilita otras conductas machistas, lo que en el grupo se manifestó como *“yo cuando no tomo nunca le he pegado a mi mujer, tomado siempre”*, *“siempre que llego tomado peleamos”*, *“prefería irme con mis amigos a tomar que estar con mi familia”*.

Pregunta 1. Esta es la primera parte de la teoría, ¿lo que se dijo refleja o tiene que ver con tu experiencia? Explícalo (espacio para la respuesta y aclaraciones).

Continuamos con la segunda parte de la teoría. Hemos asentado que las conductas y los pensamientos machistas pueden verse como el origen de otras conductas que generan problemas de pareja; de acuerdo con lo planteado en los grupos focales, la consecuencia más grave de vivir en estos entornos es la separación y/o el divorcio. Después de que la pareja decide separarse o divorciarse, se genera en el hombre un sentimiento de arrepentimiento por su conducta pasada y la intención o las ganas de recuperar a su familia, esto inicia la búsqueda del cambio, pero no siempre se puede cambiar solo, a veces necesitamos de alguien más para hacerlo y entonces buscamos ayuda o apoyo, ya sea en grupos, en la religión o con especialistas. Una vez que nos sentimos cobijados bajo el apoyo, tenemos que empezar a buscar motivación, es decir, que nos lleva a cambiar, para qué o por qué queremos hacerlo; una de las razones principales es el agradecimiento a la pareja por todo el tiempo que se mantuvo presente aun con el comportamiento negativo. Esto marca el rumbo para los siguientes pasos que son: empezar a cambiar nuestro consumo, pensamos en tomar menos, o en dejar de hacerlo de manera definitiva, pero ahora, con un objetivo claro en mente; al mismo tiempo surge la necesidad de conocer nuestras emociones y aprender a manejarlas, tener autocontrol a partir de que sabemos cómo nos sentimos y por qué nos sentimos así, responsabilizándonos de darle solución de manera efectiva, no por la vía violenta. En el momento en que somos más autorregulados y conscientes da inicio el desarrollo de habilidades de convivencia en pareja, la pareja y la

familia ya notaron un cambio, entonces es momento de aprender a relacionarnos con ellos, para que finalmente alcancemos el bienestar familiar.

Pregunta 2. En este punto termina el planteamiento de la teoría ¿lo que escuchaste explica la situación por la que has pasado? Explícalo (espacio para la respuesta y las aclaraciones).

Pregunta 3. Ahora, después de haber compartido cada una de tus observaciones ¿qué piensas que le hace falta a la teoría? (espacio para la respuesta).


Finalmente, ¿te gustaría agregar algo más, tienes alguna sugerencia? (espacio para la respuesta). Nuevamente agradezco tu valiosa aportación para el desarrollo de este proyecto, y reconozco la apertura que tienes para hablar acerca de un tema tan sensible conmigo.

Anexo 9

Formato de autorregistro

**"HOMBRES
CONSTRUYENDO
RELACIONES POSITIVAS
DE PAREJA: VIOLENCIA Y
CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE
ALCOHOL"**

**REGISTRO
CONDUCTUAL**



RECUERDA QUE SI
FUISTE VIOLENTO, AL
FINAL DE LA SEMANA
DEBERÁS LLENAR EL
VIOLENTÓMETRO

Instrucciones. Utiliza el siguiente formato para registrar tus conductas de esta semana, día con día. Cada número (fila) indica el día, cada columna indica el tipo de conductas que debes registrar.

	Consumo de alcohol	Violencia machista	Falta de habilidades sociales	Mal uso del dinero
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Anexo 10

Matriz de objetivos de la intervención “Hombres que construyen relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”

<i>Módulo (número de sesiones)</i>	<i>Variable (s) *Contenido</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Evaluación</i>
<i>Pre- sesiones Primera medición</i>	Consumo de alcohol (CA)	<p>Evaluar el consumo de alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia • Nivel de dependencia: cantidad, frecuencia y episodios de consumo grave, problemático y peligroso. 	<p>A) Prueba de identificación del trastorno por uso de alcohol (AUDIT). B) Línea base retrospectiva (LIBARE).</p>
	Violencia de pareja (VP)	<p>Evaluar la violencia de pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia • Nivel de gravedad: frecuencia y tipo. 	<p>C) Escala de táctica del conflicto (CTS-2). D) Línea base retrospectiva para violencia de pareja (LIBARE-VP).</p>
	Relaciones positivas de pareja (RPP)	<p>Evaluar el modo de comportamiento con la pareja.</p>	<p>E) Escala de estilos conductuales.</p>
	Motivación intrínseca al cambio (MIC)	<p>Evaluar la motivación intrínseca al cambio.</p>	<p>F) Inventario de motivación intrínseca (IMI).</p>
	*Registro conductual	<p>Psicoeducar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo, importancia y llenado del registro conductual (formato de autorregistro). 	<p>*Sin evaluación.</p>
<i>Segunda y tercera medición</i>	CA, VP, RPP y MIC	<p>Evaluar las cuatro variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la 	<p>G) Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas. H) Violentómetro (anexo 11).</p>

		<p>violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas. • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>	<p>Modelo Cognitivo-Conductual (MC-C). Análisis funcional de la conducta. Modelo Motivacional (MM). Escucha activa y reflexiva. Modelo Duluth (MD). Psicoeducación y debate.</p>		
<i>Módulo 1 Dos sesiones</i>	CA, VP, RPP y MIC	<p>Evaluar las cuatro variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta. • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas. • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable. 	<p>Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas.</p> <p>Violentómetro.</p>
<i>Modelo base y técnicas</i>	<p>MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro, tareas. MM Escucha activa y reflexiva.</p>		
<i>Sesión 1</i>	*Apego	Psicoeducar	*Sin evaluación.

		<ul style="list-style-type: none"> • Apego: definición, tipos e implicaciones; necesidad de pertenencia; establecimiento de vínculos afectivos; vínculos de pareja: cómo me vinculo, en dónde aprendí a hacerlo, consecuencias; relación apego y problemas de pareja. 	
<i>Sesión 2</i>	*Socialización normativa de ser hombre	Psicoeducar <ul style="list-style-type: none"> • Patriarcado: definición y manifestaciones (machismo); distorsiones cognitivas respecto a la masculinidad y los roles de género; consecuencias del machismo; erosión de los vínculos, separación/divorcio; relación patriarcado, machismo y problemas de pareja. 	*Sin evaluación.
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C. Restructuración cognitiva y retroalimentación. MM. Escucha activa y reflexiva. MD. Psicoeducación y debate.		
<i>Módulo 2 Una sesión Sesión 3</i>	CA, VP, RPP y MIC	Evaluar las cuatro variables <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta. • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, 	Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas. Violentómetro.

		<p>situaciones asociadas con las conductas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>	<p>MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro, tareas. MM Escucha activa y reflexiva.</p>		
	*Motivación	<p>Psicoeducar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la motivación dentro del proceso de cambio, tipos de motivación; balance decisional; relevancia del contrato conductual. <p>Identificar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de motivación intrínseca. <p>Establecer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos (metas) personales de cambio (balance decisional); compromiso de cambio (firma del contrato conductual). <p>Diseñar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan (estrategia) de cambio. 	*Sin evaluación.
<i>Modelo base y técnicas</i>	<p>MC-C Restructuración cognitiva, retroalimentación y contrato conductual. MM Escucha activa y reflexiva, balance decisional, desarrollo de un plan de cambio. MD Psicoeducación y debate.</p>		
<i>Módulo 3 Cuatro sesiones</i>	CA, VP, RPP y MIC	<p>Evaluar las cuatro variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la 	<p>Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas.</p> <p>Violentómetro.</p>

		<p>violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas. • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro, tareas. MM Escucha activa y reflexiva.		
<i>Sesión 4</i>	Consumo de alcohol	<p>Psicoeducar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación socialización normativa de ser hombre (machismo) y consumo de alcohol, funciones del consumo (consumo como estrategia de afrontamiento). <p>Identificar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razones personales de consumo. 	*Sin evaluación.
	Violencia de pareja	<p>Psicoeducar</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué son las emociones?, reconocimiento de emociones, autoconocimiento y autocuidado. Relación socialización normativa de ser hombre y desregulación emocional, relación consumo de alcohol y desregulación emocional (violencia de pareja). 	*Sin evaluación.
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Restructuración cognitiva, retroalimentación. MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.		
<i>Sesión 5</i>	Consumo de	Psicoeducar	*Sin evaluación.

	alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias del consumo de alcohol; modificación de los hábitos de consumo; reducción y abstinencia; técnicas para reducir el consumo. 	
		Establecer	
		<ul style="list-style-type: none"> • Meta de modificación de los hábitos de consumo. 	
	Violencia de pareja	Psicoeducar	*Sin evaluación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Definición y consecuencias de la violencia de pareja; tipología; violencia como estrategia de afrontamiento; violencia como herramienta para mantener el poder y el control; detonantes de la violencia de pareja; técnicas de regulación emocional. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>		MC-C Restructuración cognitiva, retroalimentación. MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.	
<i>Sesión 6</i>	Consumo de alcohol	Entrenar (aplicar y moldear) <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para reducir el consumo. 	*Sin evaluación.
	Violencia de pareja	Entrenar (aplicar y moldear) <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de regulación emocional. 	*Sin evaluación.
<i>Modelo base y técnicas</i>		MC-C Entrenamiento en habilidades de relajación, entrenamiento en habilidades de autorregulación del consumo, entrenamiento en habilidades de manejo de la ira/enojo, tiempo fuera, restructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y moldeamiento, retroalimentación. MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.	
<i>Sesión 7</i>	Consumo de alcohol	Entrenar (aplicar y moldear) <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para reducir el consumo. 	*Sin evaluación.
		Psicoeducar	

		<ul style="list-style-type: none"> • Importancia y contenido del plan de prevención de recaídas. 	
		Diseñar	
		<ul style="list-style-type: none"> • Plan de prevención de recaídas. 	
	Violencia de pareja	Entrenar (aplicar y moldear)	*Sin evaluación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de regulación emocional. 	
		Psicoeducar	
		<ul style="list-style-type: none"> • Importancia y contenido del plan de prevención de reincidencia. 	
		Diseñar	
		<ul style="list-style-type: none"> • Plan de prevención de reincidencia. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>	<p>MC-C Entrenamiento en habilidades de relajación, entrenamiento en habilidades de autorregulación del consumo, entrenamiento en habilidades de manejo de la ira/enojo, tiempo fuera, reestructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y moldeamiento, retroalimentación y plan de contingencias (prevención de la recaída y de la reincidencia). MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.</p>		
<i>Módulo 4 Dos sesiones</i>	CA, VP, RPP y MIC	<p>Evaluar las cuatro variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta. • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas. • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con 	<p>Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas.</p> <p>Violentómetro.</p>

el aumento o decremento de la variable.

Modelo base y técnicas
Sesión 8

MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro y tareas.
MM Escucha activa y reflexiva.

*Habilidades de convivencia en pareja

Psicoeducar

- ¿Qué son las habilidades de convivencia en pareja?; relación socialización normativa de ser hombre y falta de habilidades de convivencia en pareja; relación consumo de alcohol, conducta violenta y falta de habilidades de convivencia en pareja.

Entrenar (aplicar y moldear)

- Habilidades de convivencia en pareja

*Sin evaluación.

Modelo base y técnicas

MC-C Entrenamiento en habilidades de convivencia en pareja, *role playing*, reestructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y moldeamiento, retroalimentación.
MM Escucha activa y reflexiva.
MD Psicoeducación y debate.

Sesión 9

Entrenar (aplicar y moldear)

- Habilidades de convivencia en pareja

Psicoeducar

- Importancia y contenido del plan de mantenimiento y desarrollo de las habilidades de convivencia en pareja.

Diseñar

- Plan de mantenimiento y desarrollo de las habilidades de convivencia en pareja.

*Sin evaluación.

Modelo base y

MC-C Entrenamiento en habilidades de convivencia en pareja, *role playing*, reestructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y

<i>técnicas</i>	moldeamiento, retroalimentación, plan de contingencias (mantenimiento y desarrollo de las habilidades de convivencia en pareja). MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.		
<i>Módulo 5 Una sesión Sesión 10</i>	CA, VP, RPP y MIC	<p>Evaluar las cuatro variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo. • VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta. • RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas. • MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable. 	<p>Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas.</p> <p>Violentómetro.</p>
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro, tareas. MM Escucha activa y reflexiva.		
	*Finanzas	<p>Psicoeducar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación socialización normativa de ser hombre y el manejo financiero; relación manejo financiero y problemas de pareja; importancia y contenido del plan de manejo financiero. <p>Diseñar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de manejo financiero. <p>Entrenar (aplicar y moldear)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas del plan de 	*Sin evaluación

manejo financiero.

<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Restructuración cognitiva, modelado, ensayo conductual y moldeamiento, retroalimentación y plan de contingencias (manejo financiero). MM Escucha activa y reflexiva. MD Psicoeducación y debate.		
<i>Módulo 6 Una sesión Sesión 11</i>	CA, VP, RPP y MIC	Evaluar las cuatro variables <ul style="list-style-type: none">• CA. Días de consumo (frecuencia), cantidad de consumo por día (tragos estándar), situaciones asociadas con el consumo.• VP. Días con violencia (frecuencia), tipo de acto violento, gravedad de la violencia, situaciones asociadas con la expresión violenta.• RPP. Número de conductas positivas expresadas a la pareja, situaciones asociadas con las conductas.• MIC. Nivel de motivación al cambio, situaciones asociadas con el aumento o decremento de la variable.	Formato de autorregistro para cada una de las cuatro conductas. Violentómetro.
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Retroalimentación, formato de autorregistro, tareas. MM Escucha activa y reflexiva.		
	*Construcción de vínculos	Retroalimentar <ul style="list-style-type: none">• Evaluación de herramientas y habilidades adquiridas, y metas logradas. Decidir <ul style="list-style-type: none">• Actualización o confirmación del plan de mantenimiento del cambio. Concluir	*Sin evaluación

		<ul style="list-style-type: none"> Integración de cambios y conclusiones. 	
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C Retroalimentación. MM Escucha activa y reflexiva, desarrollo de un plan (de mantenimiento) del cambio.		
<i>Evaluación final Una sesión</i>	Consumo de alcohol	Evaluar el consumo de alcohol <ul style="list-style-type: none"> Historia Nivel de dependencia: cantidad, frecuencia y episodios de consumo grave, problemático y peligroso. 	A) AUDIT.
	Violencia de pareja	Evaluar la violencia de pareja <ul style="list-style-type: none"> Historia Nivel de gravedad: frecuencia y tipo. 	B) CTS-2.
	Relaciones positivas de pareja	Evaluar el modo de comportamiento con la pareja.	C) Escala de estilos conductuales.
	Motivación intrínseca al cambio	Evaluar la motivación intrínseca al cambio.	D) IMI.
	*Resultados	Establecer resultados	*Sin evaluación.
<i>Modelo base y técnicas</i>	MC-C. Análisis funcional de la conducta. MM. Escucha activa y reflexiva. MD. Psicoeducación y debate.		
<i>Seguimiento Tres mediciones</i>	Consumo de alcohol	Evaluar el consumo de alcohol <ul style="list-style-type: none"> Historia Nivel de dependencia: cantidad, frecuencia y episodios de consumo grave, problemático y peligroso. 	A) AUDIT.
	Violencia de pareja	Evaluar la violencia de pareja <ul style="list-style-type: none"> Historia Nivel de gravedad: frecuencia y tipo. 	B) CTS-2.
	Relaciones positivas de pareja	Evaluar el modo de comportamiento con la pareja.	C) Escala de estilos conductuales.
	Motivación intrínseca al cambio	Evaluar la motivación intrínseca al cambio.	D) IMI.

	*Resultados	Establecer resultados	*Sin evaluación.
<i>Modelo</i>		MC-C. Análisis funcional de la conducta.	
<i>base y</i>		MM. Escucha activa y reflexiva.	
<i>técnicas</i>		MD. Psicoeducación y debate.	

Anexo 11

"HOMBRES CONSTRUYENDO RELACIONES POSITIVAS DE PAREJA: VIOLENCIA Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL"

VIOLENTÓMETRO

INSTRUCCIONES

Lo primero que debes hacer es ubicarte en el recuadro para rellenar, en él indicarás el grado de gravedad de la violencia que cometiste, posteriormente te ubicarás en el violentómetro y escribirás una breve reflexión acerca de tu conducta.

Grado de gravedad de la violencia



CUIDADO

Violencia moderada: Encerrar o aislar, patear, cachetear, empujar o jalonear, pellizcar o arañar, golpear "jugando", acariciar agresivamente, manosear, destrucción de artículos personales, controlar o prohibir.

ALERTA

Violencia grave: asesinato, mutilación, violación, abuso sexual, relaciones sexuales forzadas, amenazas de muerte, amenazas con objetos o armas.

ATENCIÓN

Violencia leve: Intimidación, amenazas, humillación, ridiculizaciones, ofensas, descalificaciones, culpabilizaciones, celos, ignorar y/o aplicar "la ley del hielo", mentiras y/o engaños, chantajes y bromas hirientes.

REFLEXIONA



Anexo 12

Formato de consentimiento informado estudio 2 (población objetivo)

Formato de consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participar en una Investigación (población objetivo)

Título del proyecto: Factibilidad de la intervención “Hombres construyendo relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

Investigador principal: Laura Rojo Ornelas

Sede donde se realizará el estudio: Tultepec, Estado de México.

Nombre del participante: _____

Lo invitamos a participar en esta investigación, antes de que tome una decisión es importante que conozca la siguiente información. Es importante que sepa que todos los procedimientos de la investigación se llevarán a cabo vía presencial, atendiendo las medidas de seguridad establecidas por la secretaría de salud para evitar la propagación del contagio por el virus de COVID-19.

Una vez que termine de leer este documento, y esté seguro de colaborar con nosotros vamos a pedirle que firme. Su firma es un sello que nos garantiza su interés por participar; sin embargo, es importante que sepa que, aunque firme, no está obligado a participar en toda la investigación, puede retirarse cuando piense que lo necesita. Si acepta participar y firmar, recibirá una copia de este documento.

Justificación del Estudio (¿Por qué pensamos que es importante hacer esta investigación?)

La manera de estar viviendo y conviviendo con la pareja ha ido cambiando con el tiempo, sin embargo, en algunos aspectos se ha mantenido igual, por ejemplo, los problemas que surgen en la relación. El primer paso para aprender formas asertivas de resolución de estos conflictos es encontrar y entender su origen; una vez hecho esto, tenemos un mapa con la ruta que debemos seguir hacia la implementación de estrategias que nos permitan aprender y desarrollar formas efectivas de convivencia en pareja.

Objetivo del Estudio (Ahora tal vez te preguntas ¿por qué a nosotros nos interesa hacer esta investigación?)

Nosotros hemos hecho una intervención (programa de ayuda) con el objetivo de mejorar la relación de pareja y queremos saber cómo funciona, queremos saber si cumple este objetivo.

Beneficios del Estudio (Como todo lo bueno, participar en esta investigación tiene sus beneficios)

Con su participación va a beneficiar a otros hombres que han tenido las mismas preocupaciones; además, se va a volver parte muy importante del desarrollo de la ciencia, sí, su contribución hace crecer este campo.

Procedimiento del Estudio (Hemos llegado a la parte en la que te vamos a decir de que se trata la participación)

En caso de que acepte participar, deberá firmar el formato de consentimiento informado y el de confidencialidad, estos documentos tienen el objetivo de protegerlo a usted y a nosotros como equipo de investigación; pues asegura que usted le dará buen uso a los materiales que le proporcionaremos (es decir, que no los compartirá con nadie), y que nosotros guardaremos confidencialmente la información que nos proporcione.

Con la intención de que el proceso de evaluación sea lo más interesante y práctica para ti, la haremos en grupo; todo el trabajo se llevará a cabo siguiendo las medidas establecidas por la Secretaría de Salud para evitar la propagación del virus de COVID. Se llevará a cabo en un espacio habilitado y apto para el trabajo ubicado en San Antonio, Xahuento, en Tultepec. El proceso de evaluación requiere 14 reuniones de entre 2 y 2 horas y media de duración cada una, por lo cual, la participación implica asistir a 14 reuniones, una diaria de lunes a viernes, en un horario de 7 a 9 de la noche; iniciando a partir del lunes 28 de marzo y terminando el jueves 14 de abril.

Debe saber que toda la información que comparta va a ser usada únicamente para el desarrollo de esta investigación, todo lo que diga va a ser analizado con confidencialidad, es decir, que nadie va a saber que esos datos son suyos.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio (Y bueno, hay que decir que también existen riesgos de participar y aunque son mínimos, mereces saberlos)

Evaluar esta intervención puede evocar experiencias de vida que quizás nos duelen, no hemos resuelto, o que incluso hemos guardado mucho tiempo. Cuando somos sinceros con nosotros mismos y nos exploramos podemos sentirnos mal, tal vez tristes o enojados; en caso de que usted se sienta mal durante la evaluación la psicóloga Laura Rojo le atenderá con primeros auxilios psicológicos (parecidos a los primeros auxilios que ya conoce), esto para ayudarlo a sentirse mejor. Si piensa que necesita trabajar más en estos sentimientos, le vamos a dar información de las clínicas de atención psicológica públicas y privadas más cercanas para que pueda continuar atendiéndose.

Observaciones:

Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.

Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de esta.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.

Su participación en la investigación no tiene costo económico.

En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre ésta al investigador responsable.

La información que proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Como un premio a su esfuerzo y compromiso con esta investigación, recibirá una mochila y un envase para agua con frases que le recordarán su objetivo.

Este estudio ha sido avalado por el el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinadora del Programa: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales (saracruz@posgrado.unam.mx, 56230222, ext. 80020).

Si desea más información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Laura Rojo Ornelas, responsable de la investigación, al teléfono 5585934467.

Nota: En caso de que existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del participante al investigador, que le impida otorgar su consentimiento libre, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 02-02-2014).

Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

Carta de Revocación del Consentimiento

Título del proyecto: Factibilidad de la intervención: “Hombres construyendo relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

Investigador Principal: Laura Rojo Ornelas

Lugar donde se realiza el estudio: Tultepec, Estado de México.

Nombre del participante: _____

Por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones:

Firma del participante o representante legal

Fecha

Formato de confidencialidad

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, más no así mis datos personales, que son de uso privado. Acepto participar en este estudio de investigación, y declaro que no compartiré con nadie y mediante ningún medio los materiales que me sean entregados. Recibiré una copia firmada de este formato de confidencialidad.

Firma del participante

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

Anexo 13

Formato de consentimiento informado estudio 2 (jueces expertos)

Formato de consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participar en una Investigación (jueces expertos)

Título del proyecto: Factibilidad de la intervención “Hombres construyendo relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

Investigador principal: Laura Rojo Ornelas

Sede donde se realizará el estudio: Virtual.

Nombre del participante: _____

Lo invitamos a participar en esta investigación, antes de que tome una decisión es importante que conozca la siguiente información. Es importante que sepa que todos los procedimientos de la investigación se llevarán a cabo vía virtual, en atención a las medidas de seguridad establecidas por la secretaría de salud para evitar la propagación del contagio por el virus de COVID-19.

Una vez que termine de leer este documento, y esté seguro de colaborar con nosotros vamos a pedirle que firme. Su firma es un sello que nos garantiza su interés por participar; sin embargo, es importante que sepa que, aunque firme, no está obligado a participar en toda la investigación, puede retirarse cuando piense que lo necesita. Si acepta participar y firmar, recibirá una copia de este documento.

Justificación del Estudio (¿Por qué pensamos que es importante hacer esta investigación?)

La manera de estar viviendo y conviviendo con la pareja ha ido cambiando con el tiempo, sin embargo, en algunos aspectos se ha mantenido igual, por ejemplo, los problemas que surgen en la relación. El primer paso para aprender formas asertivas de resolución de estos conflictos es encontrar y entender su origen; una vez hecho esto, tenemos un mapa con la ruta que debemos seguir hacia la implementación de estrategias que nos permitan aprender y desarrollar formas efectivas de convivencia en pareja.

Objetivo del Estudio (Ahora tal vez te preguntas ¿por qué a nosotros nos interesa hacer esta investigación?)

Nosotros hemos hecho una intervención con el objetivo de mejorar la relación de pareja y queremos saber cómo funciona, queremos saber si es funcional para cumplir este objetivo.

Beneficios del Estudio (Como todo lo bueno, participar en esta investigación tiene sus beneficios)

Con su participación va a beneficiar a los hombres que buscan mejorar su relación de pareja; además, se va a volver parte muy importante del desarrollo de la ciencia, sí, su contribución hace crecer este campo.

Procedimiento del Estudio (Hemos llegado a la parte en la que te vamos a decir de que se trata la participación)

En caso de que acepte participar, deberá firmar el formato de consentimiento informado y el de confidencialidad, que protegen tanto nuestro trabajo (desarrollo y diseño de la intervención), como el suyo (la evaluación que haga a partir de su conocimiento); además de algunos datos personales que solicitaremos (nombre completo, grado académico, formación académica a nivel licenciatura y posgrado; dirección física y de correo electrónico).

Una vez firmados los formatos, le haremos llegar a su correo electrónico los materiales correspondientes, que consisten en: A) una copia de los formatos firmados; y B) el manual de intervención con las ligas de acceso al formato de evaluación de la intervención. Inmediatamente después de que reciba el correo con los materiales, deberá contestar el correo confirmado la recepción de estos.

Lo que sigue, es la evaluación, a partir de la recepción de los materiales, dispondrá de 15 días naturales para leer el manual de intervención completo y completar el formato de evaluación de la intervención. Le solicitamos que a más tardar el día 16, después de haber recibido los materiales, los reenvíe vía correo electrónico; ante lo cual, le haremos llegar un regalo como agradecimiento por su participación. Una vez que confirmada la recepción de su regalo, su participación habrá terminado.

Debe saber que toda la información que comparta va a ser usada únicamente para el desarrollo de esta investigación, todo lo que diga va a ser analizado con confidencialidad, es decir, que nadie va a saber que esos datos son suyos.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio (Y bueno, hay que decir que también existen riesgos de participar y aunque son mínimos, mereces saberlos)

Evaluar esta intervención puede evocar experiencias de vida dolorosas o no resueltas; en caso de que usted se sienta mal durante la evaluación, solicitamos se comunique inmediatamente al teléfono 558593 4467, con la psicóloga Laura Rojo, quien le atenderá con primeros auxilios psicológicos, esto para ayudarlo a sentirse mejor. Si piensa que necesita trabajar más en estos sentimientos, le vamos a dar información de las clínicas de atención psicológica públicas y privadas más cercanas a su domicilio para que pueda continuar atendándose.

Observaciones:

Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.

Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de esta.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas.

Su participación en la investigación no tiene costo económico.

En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre ésta al investigador responsable.

La información que proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Como un premio a su esfuerzo y compromiso con esta investigación, recibirá una mochila y un envase para agua con frases que le recordarán su objetivo.

Este estudio ha sido avalado por el el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinadora del Programa: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales (saracruz@posgrado.unam.mx, 56230222, ext. 80020).

Si desea más información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Laura Rojo Ornelas, responsable de la investigación, al teléfono 5585934467.

Nota: En caso de que existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del participante al investigador, que le impida otorgar su consentimiento libre, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 02-02-2014).

Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

Carta de Revocación del Consentimiento

(Firmar solo en caso de que desee retirarse de la evaluación)

Título del proyecto: Factibilidad de la intervención: “Hombres construyendo relaciones positivas de pareja: violencia y consumo de alcohol”.

Investigador Principal: Laura Rojo Ornelas

Lugar donde se realiza el estudio: Virtual.

Nombre del participante: _____

Por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones:

Firma del participante o representante legal

Fecha

Formato de confidencialidad

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, más no así mis datos personales, que son de uso privado. Acepto participar en este estudio de investigación, y declaro que no compartiré con nadie y mediante ningún medio los materiales que me sean entregados. Recibiré una copia firmada de este formato de confidencialidad.

Dirección de correo electrónico. _____

Dirección física. _____

Grado académico. _____

Formación académica a nivel superior. _____

Firma del participante

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha