

Consecuencias psicológicas de la violencia familiar en mujeres: un análisis sistémico de tercer orden con perspectiva de género

Psychological consequences of family violence in women: a third-order systemic analysis with a gender perspective

Mario Fausto Gómez Lamont

Martha Isabel Sánchez Mora

Lucía Pérez Sánchez

Correspondencia: fausto.lamont@
iztacala.unam.mx

Profesor Definitivo UNAM FES
Iztacala, Profesor de Asignatura en
Psicología Universidad Iberoamericana
Torreón, Profesor de Posgrado
Universidad Autónoma de Nayarit

Correspondencia: renacer.
presidencia@gmail.com
Renacer A. C.

Correspondencia: lucia.perez@uan.
edu.mx
Universidad Autónoma de Nayarit

Fecha de recepción:
07-julio-2023

Fecha de aceptación:
17-noviembre-2023

Resumen

La violencia en la sociedad es parte de sistemas complejos que tienden hacia una estabilidad rígida. Estos sistemas incluyen aspectos culturales, sociales, familiares, individuales y bio-psico-sociales. La pobreza y la desigualdad dentro de las familias pueden llevar a comportamientos perjudiciales hacia uno mismo y hacia los demás. La perspectiva de género destaca la desigualdad de poder en los roles aprendidos y arraigados en la cultura y transmitidos en el seno familiar, lo que perpetúa la inequidad en las futuras relaciones de los hijos e hijas. La terapia sistémica de tercer orden se enfoca en incorporar la dimensión de la política social, así como las políticas destinadas a prevenir y erradicar la violencia familiar. Se trata de una iniciativa social estructurada que busca comprender y enfrentar de manera integral este tipo de violencia en el ámbito familiar. El objetivo del estudio fue comprender las perspectivas de las mujeres sobre las consecuencias psicológicas de la violencia familiar y sus experiencias en las familias de origen. Se utilizó una metodología de participación acción feminista, incluyendo la atención psicoterapéutica a 33 mujeres participantes. Los resultados destacan la urgencia de prevenir, abordar y eliminar la violencia contra las mujeres, ya que todas las participantes manifestaron daños psicológicos persistentes. Se concluye la importancia de reflexionar sobre la violencia familiar y la necesidad de una atención en terapia sistémica en instituciones públicas, ya que las formaciones actuales carecen de los recursos teóricos y prácticos para abordar estas situaciones de manera efectiva.

Palabras clave: terapia sistémica de tercer orden, violencia familiar, violencia de género, investigación cualitativa.

Abstract

Violence in society is part of complex systems that tend towards rigid stability. These systems encompass cultural, social, familial, individual, and bio-psycho-social aspects. Poverty and inequality within families can lead to harmful behaviors towards oneself and others. A gender perspective highlights power imbalances in culturally ingrained and learned roles, perpetuating inequity in the future relationships of sons and daughters. Third-order systemic therapy focuses on incorporating the dimension of social policy, along with policies aimed at preventing and eradicating family violence. It is a structured social initiative that seeks to comprehensively understand and address this type of violence within the family context. The study aimed to understand women's perspectives on the psychological consequences of family violence and their experiences in their families of origin. A feminist participatory action methodology, including psychotherapeutic care for 33 female participants, was employed. Results underscore the urgency of preventing, addressing, and eliminating violence against women, as all participants reported persistent psychological harm. The importance of reflecting on family violence and the need for systemic therapy in public institutions is emphasized, given the current lack of theoretical and practical resources to effectively address these situations.

Key words: third-order systemic therapy, family violence, gender violence, qualitative research.

Introducción

La violencia en una sociedad se manifiesta en sistemas complejos que tienden hacia una estabilidad inflexible. Estos elementos son componentes de un sistema más abarcador y pueden categorizarse de la siguiente manera: cultural, social, familiar, individual y bio-psicosocial. Estos aspectos son observados y estudiados desde diversas disciplinas, las cuales resaltan que la pobreza y la desigualdad entre los miembros de una familia pueden conducir a comportamientos dañinos tanto hacia ellos mismos como hacia quienes los rodean. En este punto, surge el concepto fundamental de esta tesis: la perspectiva de género. Esta perspectiva pone de manifiesto la desigualdad de poder en los roles aprendidos dentro de un contexto cultural, arraigado en la sociedad, transmitido y aprendido en el seno familiar. Esta dinámica resulta en la reproducción de la inequidad en las futuras relaciones de las hijas y los hijos. Una respuesta social organizada válida para comprender y atender la violencia familiar es la terapia sistémica de tercer orden dado que incluye la urgencia de incluir en la terapia la política social; entre ellas, las políticas de prevención y erradicación de la violencia familiar.

Antecedentes

La violencia familiar constituye un problema grave y preocupante que afecta a numerosas personas en México. Los datos estadísticos reflejan la magnitud de este fenómeno. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (ENDIREH , INEGI, 2021), en el año 2021 se presentaron más de 196,000 denuncias por violencia familiar en el país. Es relevante destacar que, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres) en 2021, menos del 40% de las mujeres que experimentan violencia formalizan denuncias o buscan ayuda. Estas cifras revelan la alarmante prevalencia de la violencia familiar en los hogares mexicanos. La emergencia de salud derivada de la COVID-19, según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH , INEGI, 2021), evidenció un aumento del 5.2% en los conflictos de pareja y un incremento del 8.5% en la violencia familiar percibida por mujeres de 15 años y más.

Adicionalmente, la Recomendación N° 28 (2010), de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) exhorta a los Estados Parte a utilizar exclusivamente los conceptos de igualdad entre la mujer y el hombre,

o la igualdad entre los géneros, en lugar del concepto de equidad entre los géneros, al cumplir con sus obligaciones en virtud de la Convención. En algunas jurisdicciones, el concepto de equidad se utiliza para referirse al trato justo de la mujer y el hombre según sus respectivas necesidades, ya sea un trato igualitario o diferenciado, pero considerado equivalente en derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

Las consecuencias epidemiológicas de la violencia familiar son profundas y perjudiciales tanto a nivel individual como social (Kell y Johnson, 2020). A nivel individual, las víctimas de violencia familiar pueden sufrir daños físicos, emocionales y psicológicos. Estos efectos pueden manifestarse en forma de lesiones físicas, trastornos de estrés postraumático, trastorno del sueño, depresión, ansiedad y baja autoestima. Además, la violencia familiar puede tener un impacto duradero en el desarrollo y el bienestar de los niños y adolescentes que crecen en estos entornos, aumentando el riesgo de problemas de salud mental y comportamientos violentos en el futuro (McDowell, 2015). A nivel social, las consecuencias epidemiológicas se manifiestan en la carga para los sistemas de salud y servicios sociales, ya que la atención a las víctimas implica costos significativos. La propagación de la violencia familiar crea una cadena de eventos que afecta la salud pública, generando un aumento en la prevalencia de trastornos mentales, el uso inadecuado de servicios de salud y una disminución en la calidad de vida de la población. En este sentido, abordar la violencia familiar no solo es esencial para proteger los derechos individuales, sino también para salvaguardar la salud pública y promover una sociedad más equitativa y saludable.

El daño psíquico en víctimas de delitos violentos, según Esbec (1994a; 1994b; 2000), contempla la aparición de sintomatología de ansiedad, sentimientos negativos como humillación, vergüenza, culpa o ira, preocupación constante por el trauma, con tendencias a revivir el suceso, depresión, pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de sentimientos de indefensión y desesperanza experimentados, disminución de autoestima, pérdida de interés y de la concentración en actividades gratificantes, cambio en el sistema de valores, específicamente confianza en los demás y la creencia en un mundo justo, hostilidad agresividad y consumo de sustancias, modificación de las relaciones como dependencia emocional o aislamiento, aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso y pérdida de control sobre la propia vida, cambios drásticos en el estilo de vida como miedos a acudir a los lugares acostumbrados o necesidad apremiante de trasladarse de domicilio, alteraciones en el ritmo y contenido del sueño. Dicho sea de paso, la violencia

familiar en México es un problema de gran magnitud con consecuencias epidemiológicas significativas. Es necesario implementar acciones contundentes para prevenir y combatir la violencia familiar, promoviendo entornos seguros y saludables para todas las personas. Solo a través de un enfoque integral y colaborativo podremos construir una sociedad libre de violencia y brindar un futuro mejor para las generaciones venideras.

Desarrollo

Para Gómez-Lamont y Bermudez (2023), el pensamiento de tercer orden en la terapia sistémica mexicana es un enfoque terapéutico que busca comprender y abordar las dinámicas relacionales en los sistemas familiares desde una perspectiva más amplia, una que integre las injusticias sociales en el sistema terapéutico. Se considera el contexto de desigualdad social, económica, de salud y educativa, reconociendo las opresiones estructurales impuestas por la cultura, la política y la economía.

En este enfoque, se entiende que la violencia familiar es el resultado de interacciones complejas que involucran no solo a los miembros de la familia, sino también a factores sociales y culturales más amplios. Se reconoce que la pobreza y la desigualdad pueden influir en comportamientos violentos dentro de la familia. Al reconocer y cuestionar estos roles y dinámicas de poder desiguales, se puede comenzar a dismantelar los patrones de violencia y fomentar relaciones más saludables y equitativas. En resumen, el pensamiento de tercer orden en la terapia sistémica mexicana ofrece una mirada holística a la violencia familiar, reconociendo las influencias sociales y culturales en las dinámicas relacionales (Gómez-Lamont y Bermudez, 2023). La perspectiva de género y el pensamiento de tercer orden desempeñan un papel crucial en la terapia sistémica al abordar las cuestiones relacionadas con el género, la identidad y las dinámicas de poder (McDowell, 2015; McDowell et al., 2022). Entonces, la integración de la perspectiva de género y el pensamiento de tercer orden en la terapia sistémica permite a los terapeutas explorar las influencias del género en la vida familiar y las maneras en que estas afectan a su salud mental. Al tomar en cuenta estas perspectivas, los terapeutas pueden ayudar a las familias a desafiar los estereotipos de género, a construir relaciones más equitativas y a promover un mayor entendimiento, respeto mutuo y con ello trabajar casos de violencia familiar implica abordar la desigualdad de poder y los roles de género aprendidos, promoviendo relaciones familiares más saludables y equitativas.

Dado lo anterior nos preguntamos en esta investigación: ¿cuáles son las consecuencias psicológicas de la violencia familiar en mujeres patologizadas por las instituciones psiquiátricas en la Ciudad de México?

Eligiendo una metodología cualitativa de participación acción feminista, buscamos llegar a la comprensión de las perspectivas que tienen las mujeres informantes respecto de sus trayectorias de vida relacionadas con las consecuencias psicológicas de la violencia familiar en mujeres patologizadas por las instituciones psiquiátricas en la Ciudad de México, tal como las expresan con sus propias palabras, así como los significados que experimentaron en sus familias de origen. El objetivo específico fue: profundizar en estas experiencias y comprender sus fortalezas para confrontar las emociones surgidas a partir de la violencia familiar, así como brindar una atención clínica apropiada, sea por medio de contención emocional, canalización o iniciación de un proceso psicoterapéutico desde la Terapia Sistémica de pensamiento de tercer orden.

Metodología

Tipo de estudio

Los trabajos de Gómez-Lamont (2022) y Fernández y Gómez-Lamont (2023) enmarcan este tipo de estudios como cualitativo investigación-acción feminista con un diseño narrativo. Se destaca la importancia de distinguir entre método, metodología y herramientas de investigación. El “método” se refiere a la estrategia general; en este caso, la investigación-acción feminista, centrada en comprender las experiencias de vida sin realizar análisis estadísticos. La “metodología” se relaciona con los procedimientos, destacando el diseño narrativo biográfico que emplea historias de vida dirigidas a mujeres mexicanas que han experimentado violencia familiar. A pesar del uso de tablas para datos numéricos, la esencia de la investigación sigue siendo cualitativa. El diseño incluye el análisis narrativo para presentar y reducir los datos, buscando estructurar la información de manera que genere conclusiones válidas. En resumen, el estudio profundiza en las experiencias de mujeres mexicanas en situaciones de violencia familiar mediante un enfoque cualitativo y herramientas específicas como las historias de vida.

Universo de estudio

Se seleccionaron 33 mujeres que asisten a servicios de consulta ambulatoria, externa, hospital de día y hospitalización en hospitales psiquiátricos de la CDMX, y consulta en la Clínica Virtual de Terapia Familiar de la UNAM, siguiendo criterios de inclusión y exclusión. La elección de participantes no depende de la probabilidad, sino de las características relevantes para la investigación y la voluntad de participar.

Criterios de inclusión

- Mujeres de edad entre 18 a 70 años cumplidos al momento de la entrevista individual o familiar.
- Mujeres pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico.
- Mujeres que vivieran un contexto de violencia familiar.
- Que las mujeres participantes dieran su consentimiento voluntario para la participación en el estudio.
- Que cuenten con una asesoría legal o del MP en el caso de así requerirse.

Criterios de exclusión

- La presencia de un trastorno psicótico.
- Que no estén de acuerdo en participar.

Herramientas

Entrevistas a profundidad e historias de vida.

Consideraciones éticas

La investigación acción participativa con tratamientos supervisados conllevó un riesgo superior al mínimo, debido a síntomas ansiosos o depresivos en mujeres. Estos síntomas podrían relacionarse con recuerdos traumáticos. Se proporcionó apoyo y atención profesional

durante las entrevistas y la construcción de la historia de vida. El estudio se adhirió a la Declaración de Helsinki (Abajo, 2001) y a los principios éticos de la Asociación de Terapia Familiar y de Pareja de EEUU (McDowell et al., 2022; Gómez-Lamont y Bermudez, 2023), respetando la autonomía y principios de justicia, respeto y confidencialidad.

Organización y recursos humanos

En cada sede participante se formaron grupos de investigación. En el Hospital Psiquiátrico 1: las autoras, 4 egresadas en psicología y una psicóloga doctoral supervisaron. En el Hospital Psiquiátrico 2: las autoras, dos alumnas de psicología, una médica residente en psiquiatría y un médico psiquiatra conformaron el grupo. En la clínica virtual de Terapia Familiar de la UNAM: cinco investigadoras, incluyendo las autoras como coordinadoras y terapeutas, junto con dos psicólogas y dos psicólogos egresados como supervisores, llevaron a cabo el proyecto.

Recursos materiales

En las diferentes sedes clínicas se utilizó un consultorio (Hospital Psiquiátrico 1 y 2), una cuenta zoom de la Clínica Virtual Universitaria.

Nivel de riesgo del protocolo

La investigación, con riesgo superior al mínimo, empleó métodos documentales retrospectivos y revisión de expedientes clínicos, así como entrevistas a profundidad, cuidando la integridad de las participantes. En caso de lesiones físicas recientes graves, se refería a las pacientes a unidades de salud gubernamentales, coordinando con trabajo social. El estudio cumplió la Declaración de Helsinki y la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Las participantes obtuvieron tratamiento psicológico gratuito y laico, contribuyendo a su salud integral y, en caso de la clínica virtual, se planteó un plan de canalización a centros multidisciplinarios si fuera necesario.

Procedimiento

Muestreo Multietápico: es un enfoque de muestreo que se realiza en varias etapas sucesivas. En cada etapa, se selecciona una muestra más específica y detallada. En este caso, la investigación comenzó con un muestreo por conveniencia y de avalancha en la primera etapa, seguido de un muestreo estratégico en la segunda etapa (González et al., 2023).

Muestreo Estratégico: es un método de selección de la muestra en el que se eligen cuidadosamente los elementos para garantizar que representen características específicas del grupo de interés. En este estudio, se utilizó un muestreo estratégico en la segunda etapa, donde se evaluaron clínicamente a los pacientes de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-V y los criterios de inclusión y exclusión del estudio antes de invitar a las mujeres seleccionadas a participar voluntariamente (González et al., 2023).

Modalidad de trabajo en equipo

En el trabajo de investigación, se empleó un enfoque de supervisión en vivo y narrada, guiado por expertos en terapia sistémica de tercer orden y violencia familiar. Se siguieron indicaciones de McDowell et al. (2022), y de Gómez-Lamont y Bermudez (2023). Las sesiones se estructuraron en: pre-sesión, sesión, pausa, conclusión de la sesión y relatoría. El modelo de entrevista, desarrollado por Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino (1995) y actualizado por Gómez-Lamont y Bermudez (2023) se analizó un caso mediante las doce dimensiones sistémicas socioculturales. Todo esto, implicó contacto previo con las familias, reflexión del equipo terapéutico y planificación cuidadosa. La investigación incluyó muestreo multietápico: inicialmente, muestreo por conveniencia y avalancha; luego, muestreo estratégico basado en evaluación clínica. Se realizaron aproximadamente seis sesiones por mujer, con intervalos de 15 días, en las cuales se buscó la participación activa y colaboración cercana con la familia. En la clínica virtual de la UNAM, se grabaron las sesiones bajo estrictas condiciones de confidencialidad.

El procedimiento incluyó un piloteo de la guía de entrevista, seguido de entrevistas con mujeres participantes. Se buscó conocer las consecuencias psicológicas de la violencia familiar y se analizaron los relatos mediante limpieza y organización temática. Cinco ejes temáticos y categorías de análisis se derivaron de la psicoterapia. Se transcribieron y

analizaron las entrevistas, elaborando familiogramas y proponiendo categorías como ciclo de violencia, inequidad de género y violencia en la crianza, decepción en la pareja, entre otros. Se realizó un análisis narrativo biográfico y se seleccionó un caso para un análisis biográfico detallado.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada una de las sedes clínicas donde se desarrolló la investigación presente.

La Tabla 1 muestra los casos vistos en las sedes, por ejemplo, en el Psiquiátrico 1 vimos 14 casos (42.4%), Psiquiátrico 2 vimos 15 casos (45%), en la Clínica Virtual de Terapia Familiar en la guardia 1 revisamos 3 casos (9.1%) y por último en la Clínica Virtual de Terapia Familiar en la guardia 2 vimos un caso.

Tabla 1

Muestra la frecuencia y los porcentajes de los casos vistos en cada una de las sedes clínicas donde se realizó dicha investigación

		Sede Clínica	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Psiquiátrico 1	14	42,4
	Psiquiátrico 2	15	45,5
	Clínica Virtual UNAM guardia 1	3	9,1
	Clínica Virtual UNAM guardia 2	1	3,0
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 2 se muestran los motivos de consulta más referidos por las participantes que asistieron a consulta externa en cada una de las sedes, donde se puede observar que 17 casos (51.5%) refirieron tener problemas de violencia de género en la pareja asociados a su problema de salud mental, en 13 casos (39.4%) manifestaron haber vivido violencia familiar y en tres de las sedes se observó un caso por intento suicida, es decir, vimos tres casos (9.1%).

Tabla 2

Muestra la frecuencia y los porcentajes de los motivos de consulta referidos por las consultantes de cada sede

Motivo de Consulta			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Violencia de pareja	17	51,5
	Violencia Familiar	13	39,4
	Intento Suicida	3	9,1
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 3 se aprecian los modelos de terapia más utilizados como formas de intervención o devolución en las entrevistas realizadas a las consultantes que asisten a consulta externa en cada una de las sedes, por lo que el modelo más frecuentado como forma de intervención fue la Terapia Estructural en 12 casos (36.4%), en 10 (30.3%), casos se utilizó el modelo de Terapia Breve Estratégica, otro de los modelos aplicados fue la Terapia Centrada en Soluciones en siete casos (21.2%), Grupos Reflexivos fue empleado en tres ocasiones (9.1%) y en un solo caso se empleó como medio de intervención la terapia narrativa (3.0%).

Tabla 3

Muestra la frecuencia y los porcentajes de los modelos de terapia utilizados en las tres sedes clínicas

Modelo de Terapia			
	Pensamiento de Tercer Orden	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Terapia Breve Estratégica	10	30,3
	Terapia Centrada en Soluciones	7	21,2
	Terapia Estructural	12	36,4
	Grupos Reflexivos	3	9,1
	Narrativa	1	3,0
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Se pueden observar en la Tabla 4 las frecuencias de número de sesiones realizadas, por ejemplo, en tres casos correspondientes de 1-6 (9.1%) correspondieron a intervenciones realizadas en la Clínica Virtual de Terapia Familiar en la Guardia 1 y 2, de 14-20 (45.5%),

corresponden a las intervenciones realizadas en el Hospital Psiquiátrico 1 y, por último, de 21-28 (45.5%), pertenecen a los casos vistos en el Hospital Psiquiátrico 2.

Tabla 4

Muestra la frecuencia y los porcentajes del número de sesiones requeridas en cada una de las intervenciones realizadas de cada sede

Número de sesiones			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1-6	3	9,1
	14-20	15	45,5
	21- 28	15	45,5
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 5 se pueden ver las frecuencias de los resultados obtenidos en los casos estudiados. Los 14 (14.2%) casos observados con alta son pertenecientes al Hospital Psiquiátrico 1; las tres bajas (9.1%) voluntarias pertenecen dos a la Clínica Virtual de Terapia Familiar Guardia 1 y 2; y los 16 (48.5%) casos que actualmente se encuentran en tratamiento son pertenecientes al Hospital Psiquiátrico 2.

Tabla 5

Muestra la frecuencia y los porcentajes de los resultados obtenidos en las intervenciones realizadas por sede

Resultados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Alta	14	42,4
	Baja voluntaria	3	9,1
	En tratamiento	16	48,5
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 6 fue creada con la intención de mostrar los diagnósticos de las mujeres que fueron entrevistadas en todas las sedes, con la finalidad de mostrar un porcentaje de casos cuyo trastorno psiquiátrico se ve relacionado con la situación de violencia, al menos en una muestra

no paramétrica. Se puede observar que doce casos (36.4%) fueron diagnósticos con Trastorno de Ansiedad, diez (30%) con trastorno de personalidad límite o Border Line, nueve (27.3%) con trastornos del estado de ánimo o afectivos, uno (3.0%) con esquizofrenia y otras psicosis y uno (3.0%) con trastorno por consumo de sustancias.

Tabla 6

Muestra la frecuencia y los porcentajes con los diagnósticos de las consultantes entrevistadas en todas las sedes de la investigación

Diagnóstico mediante el DSM-V			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Trastorno de Ansiedad	12	36,4
	Trastornos Afectivos	9	27,3
	Esquizofrenia y otras Psicosis	1	3,0
	Trastorno por consumo de sustancias	1	3,0
	Trastorno de la Personalidad (Border line)	10	30,3
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Se entrevistaron a 33 pacientes en total; de los datos obtenidos, se realizaron categorías por análisis de contenido. Una vez hechas las categorías, se realizaron sub categorías, se capturaron en una base de datos y se obtuvieron las siguientes frecuencias (ver Tabla 7). Los resultados obtenidos de las entrevistas con respecto a cada una de las categorías seleccionadas se observan en la Tabla 7, donde se da a conocer las frecuencias y los porcentajes encontrados en cuanto al Síndrome de Estocolmo. Este síndrome intenta explicar cómo la víctima permanece en un apego emocional como producto de un estado disociativo (la alteración predominante que consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumático o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido [DSM V-2013]), hacia su agresor, que lleva a la víctima a negar la parte violencia del comportamiento del agresor. Así, de las participantes: cinco de ellas (15.2%) por medio de su discurso y por medio de un método interpretativo, donde se haya la presencia de un estado disociativo con respecto a su agresor a diferencia de las 28 participantes restantes (84.8%), quienes no presentaban un

“No sé cómo le hace, pero me mantiene encerrada, no me somete pero quién sabe lo que hace”.	Control y posible manipulación: El quinto testimonio sugiere un ambiente de control y posible manipulación por parte de la pareja. El sentimiento de estar encerrada y la falta de conocimiento sobre las acciones de la pareja indican una dinámica preocupante que puede afectar la autonomía y el bienestar psicológico.
“Hubo muchos golpes y humillaciones; sin embargo, hubieron cosas buenas”.	Dualidad en las experiencias familiares: El último testimonio refleja una dualidad en las experiencias familiares, con momentos negativos (golpes y humillaciones) y aspectos positivos. Esta complejidad destaca la importancia de comprender las dinámicas familiares en su totalidad y considerar los matices en la evaluación e intervención.

Fuente: elaboración propia.

Contrastes en la relación: el último testimonio señala que, a pesar de los golpes y humillaciones sufridos, también hubo momentos buenos en la relación. Este contraste refleja la complejidad de las relaciones abusivas, donde pueden existir momentos de aparente armonía junto a los episodios de violencia, lo que dificulta la toma de decisiones y la percepción clara de la situación.

En la Tabla 9 se puede apreciar el contenido discursivo en cuanto a las Premisas de Género de cada paciente mujer participante: once de ellas (33.3%) creen que “Los hombres así son y así deben de ser”, siguiendo la creencia de que “Las buenas mujeres se deben de quedar calladas”; diez de ellas (30%) afirmaron y demostraron creer en ello. Por último, y en empate con seis (18.2%), creen que “La mujer debe de aguantar esos tratos” y “Las mujeres deben de ser controladas”. La tabla 10 muestra varios testimonios de las pacientes.

Tabla 9

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a las premisas de género que las mujeres mencionaron al ser entrevistadas

		Premisas de género	
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	La mujer debe de aguantar esos tratos	6	18,2
	Las buenas mujeres se deben de quedar calladas	10	30,3
	Los hombres así son y así deben de ser	11	33,3
	Las mujeres deben de ser controladas	6	18,2
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 10*Muestra el contenido discursivo y la coincidencia con los testimonios*

Contenido	Testimonios
Machismo y Actitudes Misóginas	- Referencias a creencias machistas donde las mujeres son consideradas inferiores a los hombres. - Comparación de las mujeres con los "pies" y los hombres como la "cabeza".
Violencia Psicológica y Física	- Descripción de situaciones de violencia psicológica, como insultos, gritos y desvalorización. - Menciones de violencia física, incluyendo golpes, como forma de maltrato.
Infidelidad y Falta de Respeto	- Revelación de casos de infidelidad por parte de los compañeros, generando sufrimiento. - Falta de respeto hacia la pareja, evidenciada al hacer alarde de relaciones extramatrimoniales.
Presión Social y Vergüenza	- Indicación de la presión social y la vergüenza que sienten las mujeres al enfrentarse a situaciones de violencia o al tomar decisiones como separarse. - Temor al "qué dirán" y preocupación por el estigma social como factores dificultantes en la toma de decisiones.
Autoestima y Roles de Género	- Destacan la importancia de la autoestima en la experiencia de las mujeres en relaciones de pareja. - Impacto de los roles de género en las decisiones y experiencias personales, como el deseo de complacer a los hombres y la internalización de estereotipos.
Dificultades para Romper con la Violencia	- Menciones de la dificultad para romper con situaciones de violencia, asociada a miedos como quedarse solterona y la creencia de que deben aguantar todo.
Reflexiones sobre la Violencia de Género	- Consciencia sobre la violencia de género y reflexiones sobre la necesidad de cambiar dinámicas violentas en las relaciones.

Fuente: elaboración propia.

Estos elementos muestran las complejas dinámicas de poder, desigualdad y violencia que pueden estar presentes en las relaciones de pareja, y resaltan la importancia de abordar y trabajar en la superación de estos patrones dañinos.

Tabla 11

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a las Consecuencias Psicológicas de la Violencia hacia las mujeres que fueron entrevistadas

Consecuencias Psicológicas de la Violencia			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Tristeza	2	6,1
	Frustración	9	27,3
	Enojo	13	39,4
	Ira	9	27,3
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Las Consecuencias Psicológicas de la Violencia encontradas en las pacientes participantes y mostrada en la Tabla 9, exponen que los sentimientos más frecuentes manifestados por las pacientes fueron los siguientes: trece de ellas (39%) sintieron enojo en contra de su agresor, nueve de ellas sintieron ira (27.3%) y frustración (27.3%) por no haber hecho algo a tiempo, y por último dos de ellas (6.1%) dijeron sentirse tristes. En la Tabla 12 se muestra lo expresado por varias de ellas.

Tabla 12

Muestra los sentimientos frecuentes y su relación con los testimonios representativos

Sentimientos Frecuentes	Testimonios representativos
Enojo hacia el agresor	- "Estoy enferma de vivir con un alcohólico... Toda mi vida viví sometida... La otra vez se molestó mucho porque llegué tarde de haber ido al cine y me dijo ¿por qué no te largas? Y yo le dije ¿Por qué no te largas tú?" - "Quién quiere tener una relación sexual cuando viene alcohólico?... pero terminas aceptando"
Ira y Frustración	- "Me abandonó en un planeta lejano sin contacto con nadie" - "Todavía hay muchas cosas que me duelen, pero hoy en día, si quiero no le plancho, no le hago de comer y me da gusto... porque mientras haya dolor es muy difícil".
Tristeza	- "Ni yo misma sé lo que quiero"
Ambigüedad y Confusión	- "El mismo infierno pero con otro diablo"

Fuente: elaboración propia.

Estos testimonios reflejan la diversidad de respuestas emocionales ante la violencia, destacando la prevalencia de sentimientos intensos como el enojo, la ira y la frustración, así como las complejas experiencias psicológicas asociadas a situaciones de violencia doméstica. En cuanto a las discusiones actuales en la pareja (ver Tabla 13), lo explicado por las pacientes muestra que sus problemas recientes con sus parejas o sus ex parejas fueron, en 17 de ellas (51.5%) por violencia física, siguiendo trece de ellas (39.4%) por descalificaciones constantes (por crianza de los hijos, elección y toma de decisiones en general), y tres de ellas manifestaron haber sido humilladas (9.1%) frente a otros familiares o en eventos sociales. En la Tabla 14 se muestra lo expresado por las pacientes.

Tabla 13

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a las discusiones actuales de la pareja de las mujeres que fueron entrevistadas

Discusiones Actuales de la Pareja			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidas	Humillaciones	3	9,1
	Descalificaciones	13	39,4
	Violencia Física	17	51,5
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 14

Muestra discusiones frecuentes en la pareja y los testimonios de las pacientes

Discusiones Frecuentes en la Pareja	Testimonios Representativos
Violencia Física	- "Había una lucha de poder, donde si él gritaba yo grito más!" - "Este hombre me torturaba sexualmente".
Descalificaciones Constantes	- "Antes de que mi esposo fuera mi esposo, yo lo escogí porque mi actual pareja se encontraba en fase terminal y él me dijo que me diera la oportunidad y en el principio fue muy caballeroso... me gusto mucho su fisico pero él es una persona que es demasiado pasiva". - "Mi ex pareja vio en discovery que los musulmanes para torturar a sus parejas no tenían relaciones y me dijo que me estada dando mi terapia para que se me quite".

Humillación Frente a Otros	<p>- "Cuando murió mi papá lloré mucho, hasta sentí que me asfixiaba este tipo me decía deja de llorar!! Y me reprimía, aunque sabía que ni 15 días habían pasado de su muerte".</p> <p>- "todos los vecinos vieron cuando me quise matar por él, todos vieron cuando estaba en la ventana y se hizo la bola... me preguntaban ¿Cómo que te querías morir por el bigotes de chocomilk?".</p> <p>- "Yo me compro mi despensa y chingate!... es muy feo vivir así, pero ni modo".</p>
----------------------------	---

Fuente: elaboración propia.

Estos testimonios ilustran las diferentes formas de conflicto presentes en las relaciones de pareja, destacando la presencia de violencia física, descalificaciones constantes y situaciones de humillación frente a otros familiares o en eventos sociales.

En cuanto a Violencia en la Familia de Origen (ver Tabla 15), la violencia física (45.5%) fue la más identificada por las participantes, de igual forma catorce de ellas recuerdan que sufrieron descalificaciones constantes (42.4%) y tres de ellas fueron humilladas en sus familias de origen (9.1%); solo una de ellas afirmó haber sido comparada en diversas ocasiones con sus otras hermanas/os (3.0%). Por citar algunos ejemplos, 5 de ellas dicen lo siguiente (ver Tabla 16):

Tabla 15

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a la violencia en la familia de origen de las mujeres participantes

Violencia en la Familia de Origen			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Humillaciones	3	9,1
	Descalificaciones	14	42,4
	Comparaciones	1	3,0
	Violencia Física	15	45,5
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 16*Muestra Coincidencias y Correspondencias en Violencia en la Familia de Origen*

Violencia en la Familia de Origen	Testimonios Representativos
Violencia Física	- "Yo toda la vida crecí viendo a mi madre tomar". - "Yo crecí en un hogar con violencia, vi que repetí el patrón y trato de salir de él".
Descalificaciones Constantes	- "Vengo de una familia disfuncional, pero con todo y eso éramos unidos, lleno de borrachos y drogadictos... Me drogaba con mi tía! Ella me enseñó y cuando nos cacharon me eché la culpa". - "Yo veía la pobreza en mi casa y preferí trabajar a estudiar, además las letras ni me entraban".
Humillación en Familia	- "Yo vi a mi mamá teniendo relaciones, me dio asco en el momento, pero lo aprendí, creía que le gustaba a los güeritos de ojos azules pero mangos, solo querían sexo y ni modo, lo aprendí".
Comparación con Hermanos/as	- "Yo toda la vida crecí viendo a mi madre tomar".

Fuente: elaboración propia.

Estos testimonios reflejan la presencia de violencia física, descalificaciones constantes, humillación y comparaciones con hermanos/as en las familias de origen de las participantes.

En relación con la categoría conocida como Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (ver Tabla 17), es importante señalar que se construyó a partir de las designaciones categóricas sugeridas por el DSM V (2013). Al analizar el discurso de las participantes, nuestra metodología se centró en seleccionar aquellas características que resultaran más distintivas. En lugar de realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, nos propusimos identificar un síntoma representativo basándonos en las narrativas de las pacientes.

Inicialmente, se exploraron doce casos (36.4%) en los cuales las afectadas expresaron la sensación de incapacidad para experimentar nuevamente sentimientos de amor. En nueve casos (27.3%), se identificó la percepción de un futuro limitado, en el cual no esperan poder formar una familia o llevar una vida normal; ocho participantes (24.2%) mencionaron esforzarse por evitar lugares o personas que evocaran recuerdos del trauma. Por último, en dos mujeres (6.1%) se manifestó la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático, así como una reducción notable del interés o participación en actividades significativas.

Tabla 17

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a la presencia de un síntoma de Trastorno por Estrés Pos Traumático encontrado en la entrevista a las mujeres participantes

Trastorno por Estrés Pos Traumático		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma	8	24,2
	Incapacidad para recordar un aspecto importante del traumatismo	2	6,1
	Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas	2	6,1
	Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor)	12	36,4
	Sensación de un futuro limitado (no espera poder formar una familia o en definitiva, tener una vida normal)	9	27,3
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Es relevante destacar que varias de estas mujeres proporcionaron explicaciones adicionales, las cuales se detallan a continuación en la Tabla 18. Esta tabla busca destacar la relación entre las características del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y los testimonios proporcionados por las participantes en el estudio. Cada testimonio se asocia con una o más características específicas del TEPT, resaltando la diversidad de experiencias dentro de este trastorno.

Tabla 18

Muestra las coincidencias entre el TEPT y los testimonios de las víctimas

Características del TEPT	Testimonios
Incapacidad para experimentar nuevamente sentimientos de amor	"Desde que mi nieta me la quitaron (fue asesinada), no recuerdo cómo se siente ser normal... No puedo darme el lujo de no sentirme triste".
Percepción de un futuro limitado, sin expectativas de formar una familia o llevar una vida normal	"La primera vez que me violaron fue cuando tenía 12 años, iba con una amiga y por desgracia ella ya no está aquí en ese acto, mis padres nunca se enteraron de lo ocurrido, lo oculté totalmente y cuando me sucedió teniendo ya una edad adulta, no me han dado ganas de pedir un taxi desde entonces, los evito totalmente".

Esfuerzo por evitar lugares o personas que evocaran recuerdos del trauma	"Realmente evito estar sola con mis primos, pues, aunque nadie me lo creyó en su momento, cuando tenía 9 años, fui violada por ellos... los detesto".
Incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático y reducción del interés en actividades significativas	"Yo llegué a la estabilidad de ya no querer una pareja, no recuerdo bien como terminamos, sólo sé que fue violento, pero no recuerdo cómo, fue una explosión emotiva pero ... se me dificulta recordar bien cómo pasó".
	"Me va a doler toda la vida, aún lo quiero pero ya no va a ser igual".
- Sensación de un futuro limitado (no espera poder formar una familia o en definitiva, tener una vida normal)	"Cuando se quiere no se lastima", "Quería aparentar un buen matrimonio, pero me siento sola".
- Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor)	"Ya no quiero una pareja, disfruto de la compañía pero siento que no necesitas de una gente para disfrutar el momento".

Fuente: elaboración propia.

En esta etapa, conocida como ciclo de la violencia (ver Tabla 19), en cada caso identificamos el contenido discursivo de las pacientes con tal de ubicarlas en alguna categoría correspondiente a cada etapa del ciclo de la violencia. Así, 22 de ellas (66.7%) cubrieron los requisitos para considerarlas dentro de la fase de tensión acumulada ante la violencia; cinco de ellas (15.2%) correspondían más a la etapa de reconciliación o de luna de miel; y seis de ellas (18.2%) por haber presenciado un episodio de violencia reciente. Los comentarios se encuentran en la Tabla 20.

Tabla 19

Muestra las frecuencias encontradas en cuanto a la presencia de una etapa del ciclo de la violencia en las relaciones de pareja de las mujeres participantes

Etapas del Ciclo de la Violencia		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Fase de Tensión Acumulada	22	66,7
	Reconciliación o Luna de Miel	5	15,2
	Episodio de Violencia	6	18,2
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 20

Muestra las etapas del ciclo de la violencia y los testimonios

Etapas del Ciclo de la Violencia	Testimonios
Tensión Acumulada	<p>“Yo le dije a mi esposo, si no me haces caso, me voy a desquitar con lo que más te duele y es con tu hijo, de hecho si tuve la idea de matar a mi hijo, veía un cuchillo cerca y me daban ganas, pero aún tenía conciencia y nunca lo hice”. “Llegó un punto en mi vida que ya no me importaba que se alcoholiza”</p> <p>“Si llego y lo veo que está ebrio, aún me da miedo porque me llegó a golpear”, “Él no tiene la menor idea de que aún me hace daño”</p>
Reconciliación o Luna de Miel	<p>“Me decía a mi misma, yo veo que aún hay esperanza por muy negro que esto parezca, cada que regressábamos”. “Después de una intensa pelea, mi pareja se disculpó y prometió cambiar. Hubo un periodo en el que todo parecía estar bien, como si estuviéramos en una luna de miel. Sin embargo, siempre estaba la preocupación de cuándo volvería a ocurrir.”</p>
Episodio Reciente de Violencia	<p>“La otra vez se molestó mucho porque llegué tarde de haber ido al cine y me dijo ¿Porqué no te largas? Y yo le dije ¿Porqué no te largas tú?”.</p>

Fuente: elaboración propia.

La interpretación global de los datos sugiere una prevalencia significativa de la tensión acumulada, lo que podría indicar un riesgo inminente de violencia en estas relaciones. Además, la presencia de casos en las etapas de reconciliación y episodios recientes destaca la complejidad y la variabilidad de las experiencias de violencia en estas situaciones. Estos hallazgos subrayan la importancia de intervenciones y apoyo adecuados para las mujeres que enfrentan violencia en diferentes etapas del ciclo.

En la Tabla 21, se pueden apreciar los porcentajes de soluciones intentadas ante la violencia presentada en la relación familiar y en el hogar. Por un lado, en 14 casos (42.4%) las mujeres optaban por evitar la violencia, sea esta mediante guardar silencio, obedecer por el miedo que su agresor ejercía sobre ellas, entre otras acciones. En cuanto a la Resolución a la violencia: doce (36.4%) fueron las mujeres que reportaron haber realizado un cambio en la relación mediante el divorcio, o la separación final de la pareja; y en Escape de la violencia que pudimos observar en cinco de los casos (15.2%), fue la opción de salir del hogar del agresor, que el agresor se encuentra preso o que ha muerto. Dos fueron los casos (6.1%) que encontramos ser inespecíficos (ver Tabla 22).

Tabla 21

Muestra las Soluciones Intentadas por las mujeres participantes en cuanto a la violencia que viven en pareja y en su familia

Soluciones Intentadas en la Violencia			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Evitación de la Violencia	14	42,4
	Resolución a la Violencia	12	36,4
	Escape de la Violencia	5	15,2
	No específico	2	6,1
	Total	33	100,0

Fuente: elaboración propia.

Tabla 22

Muestra las soluciones intentadas de las víctimas y los testimonios

Soluciones Intentadas	Testimonios
Evitar la Violencia	"34 años de mi vida se me fueron en evitar sus golpes de los 49 que tengo y me casé a los 15".
Resolución a la Violencia	"Una vez recé porque mi marido muriera, eran tanto el dolor que me había causado, que un día de forma inesperada en una borrachera de él, fue atropellado por un camión, de forma secreta le agradecí mucho a diosito, porque estoy segura que de estar vivo todavía yo ya estuviera muerta". "Ya me había cansado de esa figura tan fuerte que proyectaba mi ex esposo, que aunque estamos ya separados, sigue perturbándome con su presencia por medio de frases que llegan a mis odios".
Escape de la Violencia	"Finalmente decidí divorciarme. La violencia era insostenible, y la única manera de protegerme a mí misma y a mis hijos era poner fin a la relación."
Inespecíficos	"Intenté algunas cosas, pero no estoy segura de cuál fue la solución real. Solo quería salir de esa situación." "Sí es un verdadero reto vivir en pareja, después de siete años de vivir juntos me divorcie y ahora todos me han estado criticando por eso".

Fuente: elaboración propia.

El reporte revela que, ante la violencia familiar, un 42.4% de las mujeres opta por estrategias de evitación, como guardar silencio y obedecer por miedo. La resolución a la violencia, con un 36.4%, implica cambios drásticos, como el divorcio o la separación. Además, un 15.2% elige escapar de la violencia abandonando el hogar del agresor. Un 6.1% de los casos es inespecífico. Estos resultados muestran la diversidad de enfoques adoptados por las mujeres

para enfrentar la violencia doméstica. A continuación, presentaremos un caso y su narrativa dentro del proceso de psicoterapia familiar.

En nuestra preocupación por relatar el caso de una manera no demasiado tediosa, fue difícil, a menudo, evitar el malentendido de la “facilidad”, porque se pudiese dar la sensación de que hemos trabajado con gente autoconsciente y colaboradora, que de buen grado se ha desahogado, informando ampliamente de su experiencia de vida y su situación. Naturalmente, estas cuestiones a nivel de la psicoterapia familiar no nos satisfacen demasiado, pues ha sido un viaje en proceso de cambio formativo, de mucha reflexión ética y legal, en el cual las primeras impresiones de cada caso, al igual que de su intervención, se han ido modificando en el transcurso de nuestra formación, de nuestra visión teórica y de nuestra experiencia de vida. Son muchas las dudas y las lagunas, pero estamos conscientes de que es necesario dar una idea de cómo y de dónde se ha comenzado. Los nombres han sido cambiados con tal de proteger su identidad y anonimato de las familias que voluntariamente trabajaron con nosotros.

La violencia familiar

Observando a la familia: intervenciones sistémicas de tercer orden

Se presenta a continuación el caso de una joven mujer de 28 años de edad con el diagnóstico de trastorno mixto ansioso-depresivo, agorafobia y trastorno de la personalidad tipo límite. Estos datos son el resultado de cuatro sesiones de valoración familiar a las que acudieron María (paciente identificada) de 28 años de edad, su padre Héctor de 56 años, su madre Lucía de 54 años, su hijo Carlos de 9 años y la pareja de María de nombre Norberto de 34 años; cabe mencionar que el único miembro de la familia que acudió a todas las sesiones de valoración fue precisamente María, ya que el resto de sus familiares solo pudo presentarse de manera ocasional por su disposición personal y laboral.

Los padres, Lucía y Héctor, se conocieron en 1980 en una universidad pública en la zona urbana donde ambos laboraban, comenzaron un noviazgo que duró alrededor de un año y medio, fue una relación intensa que finalizó bruscamente. Lucía argumenta que terminaron la relación porque Héctor era egoísta y nunca fue su deseo el formar una familia, ya que prefería la soledad y admitía no interesarle la vida social, era imposible para ambos ponerse de acuerdo, intentando cada uno defender sus puntos de vista, sin que ninguno pudiera ceder

y aunque comenta, se amaban, no sacrificaron tales diferencias. Lucía, sin embargo, quedó embarazada de María en 1981 cuando aún eran novios y ante la presión que ejerció su familia en ellos, deciden casarse por el Civil y evitar así que Lucía quedara como madre soltera. Lucía relata que los dos parecían “niños con un juguete, tratando de cuidarla como adultos”. Recuerda que la convivencia estaba llena de conflictos, enojo, discusiones, desinterés por parte de Héctor hacia Lucía y su hija, con ofensas constantes y carencias afectivas. Deciden finalmente divorciarse después de 12 años de convivir de esa forma, la guardia y custodia de María es otorgada a su madre Lucía.

María siempre fue la más cercana a la familia de origen materno y ocasionalmente visitaba a su papá. Sin embargo, la mayor parte de su tiempo, María refiere pasarlo sola, ya que su madre trabaja casi todo el día. Comenta que, aunque su abuela y tías “le echaban un ojo”, en realidad ella tomaba decisiones sola, se cuidaba a sí misma y habla de esos momentos con abatimiento.

María recuerda su infancia en el departamento en donde vivía con sus padres refiriendo sentirse con soledad, abandono y enojo; abandono porque su madre Lucía trabajaba y regresaba hasta en la noche cansada, fastidiada, quejándose de su jornada laboral y deseando solo dormir. María esperaba que le dedicara un momento para jugar, platicar de la escuela y de lo que necesita, pero no había tiempo. Lucía y Héctor estaban siempre ocupados o cansados del trabajo, los recuerda con tristeza, siempre discutiendo entre ellos, defendiéndose, gritando y culpándola de sus problemas. Asimismo, en algunas sesiones comenta esos momentos en los cuales su madre se quejaba con ella: “me ocupaba como su paño de lágrimas...”, acerca de sus problemas personales con Héctor, ya que, a pesar de estar separados, seguían vinculados emocionalmente y con notables resentimientos entre ellos.

Héctor se ha descrito a sí mismo como solitario, introvertido, callado, que prefiere estar rodeado de pocas personas. Afirma ser egoísta y dice que pocas veces le interesa lo que los demás piensen con respecto a él, o cómo lo valoren. Héctor formó de nuevo una pareja con Ariel, quien es madre soltera de una adolescente de 13 años, viven actualmente en unión libre. El padre de María la apoya económicamente desde el comienzo de su padecimiento psiquiátrico, debido al deterioro social y funcional que ha presentado; sin embargo, es un soporte económico inestable, sin una cuota fija, que a veces está condicionado según las decisiones que toma María o según el estado anímico de Héctor. Ocasionalmente, Héctor acepta pagarle a María la escuela de teatro; sin embargo, otros meses se niega a hacerlo.

Él comenta su propia manera de actuar: “Si María vive conmigo entonces yo me hago cargo de sus gastos, pero si ella decide vivir con Norberto entonces yo no tengo que hacerme cargo de nada... A veces pienso que no pagarle la colegiatura de la escuela de teatro es una manera de favorecer que María se esfuerce en lograr lo que quiere, que se esfuerce en estar mejor, yo no voy a poder estar toda la vida apoyándola económicamente, por eso a veces mejor no le doy dinero...”. María ha respondido: “Bueno, nunca puedo terminar nada, justamente cuando va a terminar el semestre de teatro mi papá decide ya no darme para la colegiatura... yo ya no puedo trabajar, desde hace algunos años, empiezo con mucha ansiedad cuando hago algún trabajo y hasta llegó a tener ataques de pánico...”.

María comenta que siempre tenía imágenes contradictorias con respecto a sus padres. A veces sentía cariño por Héctor, pero resultaba difícil de sostener ese sentimiento debido a las actitudes de su padre, y en otros momentos a los comentarios que su madre le hacía con respecto a él. Hablaba mal de Héctor o le decía que no les daba lo suficiente para vivir y sostener económicamente a la familia; así mismo, comentaba situaciones con respecto a su pasada relación de pareja, atribuyéndole toda la responsabilidad con respecto a los problemas de interacción que tuvieron.

María creció principalmente cercana a la familia de origen materna, refiriendo: “Mi abuela está loca... siempre critica a todo mundo, además hasta inventa cosas con tal de hacer quedar mal a las personas...”; toda la familia comparte un terreno común donde cada quien ha construido su casa. Son referidos como intrusivos, con poco respeto por los límites y con dificultades para mantener las autonomías familiares, se les menciona como irónicos, se burlan entre ellos y se comunican con sarcasmo e ironía. Se vive un matriarcado ejercido por la abuela y todas las familias se atienen a su autoridad moral.

Carlos fue concebido por María de una relación sexual casual con un compañero de la preparatoria, quien al enterarse de su embarazo se alejó de ella, por lo que un amigo llamado Carlos (por quien nombran así al niño), le propone que sean novios para ayudarla a cuidar al niño, ella acepta e intentan incluso vivir un año juntos; sin embargo, se enfrentan a múltiples dificultades en su interacción de pareja decidiendo mejor separarse. María trató de hacerse cargo del niño lográndolo solo por un año y explica: “es que yo no puedo cuidar a un niño, no me siento capaz, no me siento para nada como una madre, por eso creo que Carlos está mucho mejor con mi mamá, con todo y lo loca que está... Ni siquiera me siento como una hermana

con él, es que yo no lo quiero, me desespera mucho...”. Su madre, quien ya había formado una pareja con Raúl, decide adoptar al niño, desde entonces se hace cargo del pequeño.

María es una joven cuyo look impresiona moderno, ya que tiene el cabello corto, teñido de manera peculiar con dos colores: rubio extra claro en las puntas y castaño natural en la raíz, por lo regular viste con jeans y blusas ajustadas agregando un suéter o chamarra; sin embargo, su actitud suele ser seria, se le ve pensativa y atenta la mayoría de las veces. Mantiene una mirada fija y penetrante, con sus ojos color café claro contrastando con una sonrisa a medias que incluso llega a parecer irónica por momentos, con un afecto que oscila de la tristeza al enojo, pasando por la displicencia conforme escucha a sus familiares. Es característico en ella el mover sus cejas hacia arriba, frunciendo el ceño al atender lo que dice su familia, una ceja y luego la otra.

Suele mirar fijamente al terapeuta o a quien tiene enfrente, pareciendo temer, pero a la vez sarcástica, esperando a que alguien más comience a hablar con una sonrisa ansiosa para finalmente ser ella quien inicie preguntando “¿Y ahora qué, quién comienza?, ¿qué vamos a decir hoy?”. Dirigiéndose a su mamá, le pregunta también: “¿Madre, hablas tú o hablo yo primero, o lo hacemos las dos?”, esbozando una sonrisa burlona, con una mirada retadora y un tono de voz que resuena rencoroso y enojado al grado de hacer imaginar a ambas en medio de un campo de batalla preparándose para cada una atestar su mejor golpe. Su mamá parece sonriente, pendiente de lo que María dice y observando atenta cada uno de sus movimientos, en espera de que María termine de preguntar lo que parecería considera está de más porque evidentemente, es ella quien tiene que intervenir primero como ha sido siempre: “Pues bien, con el problema de que María no me obedece, no me hace caso y no hace las cosas como deben ser, como yo le digo que las haga”. Responde entonces María, moviendo los pies, abriendo y cerrando su bolsa: “¡Claro!, y ella dice que venir aquí es para puros locos, hasta mi abuela dice que ella no vendría a este lugar porque ella no está loca”. Lucía sonriendo y apresurada explica: “Es que mi madre es de esas personas que se mete en todo y con todos, ¡vaya! Esto parece una gran fiesta, los psiquiatras, los terapeutas, los psicólogos, todos deberíamos sonreír entonces (con tono irónico)”. “Es que mire, □continuo explicando apurada Lucía □ mi madre es una persona de pocas pulgas, no se deja de nadie, si alguien le hace algo es capaz de inventar historias en los ministerios públicos para mandarlo a la cárcel a costa de lo que sea, aunque tenga que decir mil mentiras, el asunto es desquitarse, a ella hay que tratarla con pincitas.... Bueno, con decirle que hasta a Norberto ya lo acusó

así sin tener un dejo de remordimiento por eso, solo para que se salgan de vivir de su casa, mejor ni meterse con ella, le damos por su lado que es lo que le gusta”. María la observa fijamente como si no deseara ver a nadie más, parece cansada, con su típica ceja levantada, sin perder detalle de las palabras de su madre, sin interrumpirla, con la pierna entrecruzada, por momentos moviendo la cabeza como una señal de desaprobación cuando su madre hace comentarios burlones, se le ve atenta como esperando el mejor momento para responder, sobre todo, a las acusaciones de su madre.

De pronto su afecto se torna triste, se decide a hablar y comenta con un tono de voz bajo, fijando su mirada ahora en un punto del consultorio, sollozando e inmóvil: “Hoy Norberto ya debe estar sacando sus cosas de la casa porque se tiene que ir...”. Pese a ello, Lucía continúa hablando de su mamá, entonces el terapeuta le realiza una pregunta: “¿Me podría seguir explicando a que se refiere usted cuándo menciona que su hija no hace las cosas como deben ser?”. Lucía contesta de inmediato mostrando un cambio en su afecto que se vuelve de enojo y se refleja en su voz que incrementa su volumen y contesta: “-no, yo lo que digo es que María no me hace caso, que no obedece, porque no hace las cosas como deben de ser, como yo se lo digo, ella por su enfermedad no puede entender que está bien y que está mal, y sí, hablamos, siempre hablamos”.

María con una voz baja pero irónica, conservando la mirada fija en aquel punto del espacio en el que se quedó, responde a su madre diciendo: “¡Claro madre, claro que platicamos! y mucho... siempre he platicado contigo y tú conmigo, siempre nos hemos comunicado, te escucho, me escuchas pero si te das cuenta, son puros chismes, puros problemas, palabras más, palabras menos, siempre es hablar de los demás, siempre es lo mismo mamá. ¡Efectivamente mamá! Así es como siempre las dos hemos hablado...”. Lucía interrumpe apresurada, avergonzada e intentando disimular lo que María dijo, sonríe como si no sucediera nada y cambiando el tema comenta: “-Es que Carlos quiere hacerle un regalo a María y lo digo aquí porque el pobrecito pide permiso para dárselo, dice que espera que María esté de buenas así que me pidió que le preguntara porque no quiere que ella se enoje, como ya la conoce que de repente es muy enojona...”.

El terapeuta se dirige a María y le pregunta cómo valora lo que dice su mamá, María con la mirada profunda comienza a llorar y menciona: “Por culpa de él me divorcié, por eso no quiero verlo, por eso se lo cedí legalmente a mi madre... Cuando él nació los padres de mi ex esposo lo vieron muy morenito y muy diferente a su familia, decían que para nada se

parecía a ellos, se dieron cuenta que no era hijo de él. Mi esposo lo sabía, así me acepto y así se quiso casar conmigo, él quería darle un padre a Carlos, de hecho, él se llamaba así, Carlos. Pero la presión de su familia fue mucha, así que hicieron todo lo posible para que se diera el divorcio”. Conteniendo la respiración y casi sin aliento rompe en llanto diciendo: “¡Por eso lo odio, lo odio! y parece que mi madre me lo quiere meter a fuerza... bueno, no es que lo odie, pero no quiero tener ningún contacto con él, a veces lo veo y me da ternura, me da una sensación de lástima, no lo sé bien claramente, son muchas emociones contradictorias, me confunden mucho tantas sensaciones...”.

Lucía y Raúl adoptaron a Carlos al declararse María incapacitada para ejercer su maternidad ante un juez de lo familiar, cediendo la guardia y custodia a su madre cuando él tenía cerca de dos años. Desde entonces decidieron que la relación entre María y Carlos tendría que ser la de hermanos, así que Carlos creció pensando eso hasta que Lucía tomó la decisión de decirle a él (el pequeño Carlos) que María no es su hermana sino su mamá. Justificándola en el hecho de que ella no podía con tanta responsabilidad.

Intervenciones basadas en la Terapia Sistémica con pensamiento de tercer orden en pasado

A continuación una breve descripción de las doce dimensiones socioculturales según Gómez-Lamont y Bermudez (2023), junto con intervenciones relacionadas a cada una:

1. **Dimensión Estructural:** Se refiere a la configuración y dinámica interna de la familia, así como a las relaciones de poder y opresión de género dentro de ella. Intervenciones incluyen la exploración de roles de género y la promoción de relaciones equitativas y respetuosas.
2. **Dimensión del Poder:** Implica la distribución desigual de autoridad y toma de decisiones, usualmente en favor de los hombres sobre las mujeres. Las intervenciones se centran en promover la participación equitativa y la autonomía de todos los miembros de la familia.
3. **Dimensión de la Preocupación:** Surge de la empatía de los padres hacia los problemas de sus hijos. Las intervenciones se enfocan en fomentar la comunicación abierta y el apoyo emocional entre los miembros de la familia.
4. **Dimensión del Control:** Se relaciona con la capacidad de algunos miembros para manipular las decisiones de otros, especialmente aquellos de menor jerarquía. Las

intervenciones buscan identificar y abordar patrones de manipulación, promoviendo la autonomía y la toma de decisiones individuales.

5. **Dimensión del Conflicto/Cooperación:** Se refiere a la presencia de conflictos abiertos o encubiertos en la familia, así como a la disposición para cooperar en la resolución de problemas. Intervenciones incluyen facilitar la resolución de conflictos y fomentar la cooperación entre los miembros.
6. **Dimensión de Empatía y Calor:** Se conecta con las prácticas de cuidado y la aceptación de los demás dentro de la familia. Las intervenciones promueven un ambiente de comprensión y apoyo emocional mutuo.
7. **Dimensión de la Comunicación y Metacomunicación:** Alude a la capacidad de comunicarse sobre relaciones, sentimientos, y opiniones sin generar conflictos. Intervenciones buscan mejorar la calidad y efectividad de la comunicación familiar.
8. **Dimensión de la Clausura/Apertura hacia el Exterior:** Implica la capacidad de la familia para establecer conexiones con personas externas. Intervenciones incluyen fomentar la conexión con redes de apoyo social y comunitario.
9. **Dimensión de la Responsabilización:** Se relaciona con la capacidad de los individuos para reconocer y reparar acciones que afectan a otros miembros de la familia. Intervenciones buscan promover la asunción de responsabilidades individuales y colectivas.
10. **Dimensión de los Derechos Humanos:** Considera si se violan los derechos humanos de algún miembro de la familia. Intervenciones se enfocan en promover el respeto y la dignidad de cada individuo dentro de la familia.
11. **Dimensión del Dolor, el Odio y el Miedo:** Se refiere a la expresión y manejo de emociones negativas dentro de la familia. Intervenciones buscan explorar y abordar estas emociones de manera constructiva.
12. **Dimensión de las Compartidas o Mitos:** Incluye creencias y actitudes compartidas que pueden ser sexistas, racistas u otras formas de discriminación. Intervenciones buscan identificar y desafiar estos mitos, promoviendo la comprensión y el respeto mutuo.

Tabla 23*Muestra las Intervenciones de Terapia Sistémica y las acciones realizadas*

Dimensión Sociocultural	Intervenciones	Fragmentos del caso
Estructural (estructura familiar y opresión por género)	- Explorar roles de género en la familia. - Promover la equidad y el respeto en las relaciones familiares.	- Relación intensa entre Lucía y Héctor, marcada por conflictos y desinterés afectivo. - Opresión de género evidente en la relación entre Lucía y Héctor.
Poder (los hombres en la familia dirigen y toman decisiones sobre las mujeres)	- Facilitar la participación equitativa de todos los miembros en la toma de decisiones. Fomentar el respeto mutuo y la autonomía de cada miembro.	- Héctor toma decisiones sobre el apoyo económico condicionado a las acciones de María.
Preocupación	- Fomentar la empatía y el apoyo mutuo entre los miembros de la familia. Promover la comunicación abierta sobre las preocupaciones y necesidades de cada miembro.	- María experimenta sensaciones de abandono y soledad en la infancia debido a la falta de atención y apoyo de sus padres.
Control	- Identificar y abordar patrones de manipulación y control dentro de la familia. - Promover la autonomía y la toma de decisiones individuales.	- Héctor condiciona el apoyo económico a María según sus propias decisiones y estados de ánimo.
Conflicto/Cooperación	- Facilitar la resolución de conflictos y promover la cooperación entre los miembros. - Fomentar la comunicación abierta y el entendimiento mutuo.	- María y Lucía tienen conflictos de comunicación y resentimientos no resueltos.
Empatía y Calor	- Fomentar la aceptación y el apoyo emocional entre los miembros de la familia. - Promover un ambiente de comprensión y cariño.	- María se siente abandonada y desatendida emocionalmente durante su infancia.
Comunicación y Metacomunicación	- Mejorar la calidad y la efectividad de la comunicación familiar. - Promover la expresión abierta y el entendimiento mutuo.	- Comunicación marcada por sarcasmo, ironía y falta de expresión auténtica de sentimientos.
Clausura/Apertura hacia el Exterior	- Fomentar la conexión y la apertura con personas externas a la familia. Promover el establecimiento de redes de apoyo social.	- María experimenta aislamiento y dificultades para establecer relaciones externas significativas.
Responsabilización	- Fomentar la asunción de responsabilidades individuales y colectivas. - Promover la resolución de conflictos de manera constructiva.	- Lucía y Héctor tienen dificultades para asumir responsabilidad en la relación y en la crianza de María.
Derechos Humanos	- Identificar y abordar violaciones a los derechos humanos dentro de la familia. - Promover el respeto y la dignidad de cada miembro.	- María experimenta conflicto con su identidad y sentimientos de rechazo hacia su hijo Carlos.
Dolor, Odio y Miedo	- Explorar y abordar emociones negativas como el odio, el miedo y el dolor.- Promover la expresión y el procesamiento emocional.	- María expresa sentimientos de odio y confusión hacia su padre y su situación familiar.
Compartidas o Mitos	- Identificar y desafiar creencias y actitudes sexistas, racistas u otras formas de discriminación. - Promover la comprensión y el respeto mutuo.	- Se observan patrones de machismo y desigualdad de género en la dinámica familiar.

Fuente: elaboración propia.

En el caso de violencia familiar, las intervenciones basadas en la Terapia Sistémica con pensamiento de tercer orden han demostrado ser fundamentales para abordar las complejidades de las relaciones familiares. La exploración de roles, emociones contradictorias y narrativas familiares ha permitido una comprensión más profunda de las dinámicas subyacentes. La promoción de la comunicación asertiva y la negociación de roles parentales ha contribuido a la resolución de conflictos y al establecimiento de acuerdos claros. Además, el genograma y la exploración de creencias y valores han proporcionado herramientas efectivas para visualizar patrones intergeneracionales y modificar aspectos perjudiciales. Estas intervenciones han allanado el camino para una mayor autonomía y bienestar emocional en el núcleo familiar.

Discusión

Al hacer revisión y reflexión minuciosa de lo encontrado en los testimonios, entrevistas, diarios de campo y expedientes clínicos, así como en los temas y categorías. Con tal de dar claridad al panorama observado, he llegado a la conclusión de lo importante que es establecer y reconocer en la investigación el panorama influyente del tiempo y la memoria. En otras palabras, reconocer que, en cada investigación cualitativa, el transcurso del tiempo y su detección dentro de los fenómenos observados, son de gran utilidad y de interés, no solo como una variable más al estudio sino para ubicar por etapas los sucesos y sus efectos en los procesos sistémicos relacionales; no solo de las/os participantes de esta investigación sino de otras mujeres que hayan vivido violencia en otros contextos relacionales. Es aquí donde hacemos uso del análisis narrativo diacrónico y sincrónico.

La construcción de modelos diacrónicos (Selvini Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1995) que en otras palabras son: la generación de esquemas generales que cada vez son más detallados, y que corresponden a un ritmo histórico del proceso evolutivo del fenómeno a estudiar, que en este caso fue la violencia familiar, explicará las consecuencias psicológicas por las que pasan las mujeres que sufren violencia. Un modelo diacrónico útil para comprender mejor este fenómeno es el ciclo de la violencia de Walker (1979), el cual me ha ayudado para la elaboración de hipótesis y coordinación de los fenómenos encontrados como consecuencias psicológicas por etapa del ciclo de la violencia.

Vinculando los resultados obtenidos a la discusión, de forma general, podemos encontrar lo siguiente en el esquema diacrónico: en 22 casos (66.7%), el estadio donde se encontraban era el de la fase de tensión acumulada. Esta fase de tensión acumulada fue reconocida por las consecuencias psicológicas de la violencia ya que, las mujeres atendidas afirmaban con enojo (39%), frustración (27.3%) y tristeza (27.3%), la situación que vivían y viven actualmente. Otro punto a resaltar dentro de la diacronía fue el análisis de contenido que, entre líneas del discurso de las mujeres participantes, planteaban las siguientes premisas de género, las cuales oscilaron en que *“la mujer debe aguantar esos tratos”* (18.2%), *“las buenas mujeres se deben de quedar calladas”* (30%), *“los hombres así son y así deben de ser”* (33.3%), *“las mujeres deben de ser controladas”*. Creencia anterior que está estrechamente ligada a las familias de origen de cada una de las mujeres consultadas, donde la mayoría afirmó haber sufrido violencia física (45.5%) y descalificaciones constantes (42.4%) en su niñez y adolescencia, donde se derivaron manifestaciones de queja por las descalificaciones frecuentes (39.4%), así como de violencia física (51.5%).

La fase de tensión acumulada ante la violencia en la que se encontraban las mujeres, daba otro elemento particular, el cual fue tomado de lo propuesto por Perrone y Nannini (2001), el tipo de solución intentada ante la violencia presenciada con su pareja, el cual se manifiesta en dos vertientes: la evitación de la violencia, es decir, evitar todas aquellas acciones que pudieran generar un estallido por parte de su pareja, por ejemplo, aceptar insultos, humillaciones, comparaciones constantes y golpes. El otro tipo de respuesta como intento de solución en esta fase fue la resolución de la violencia, entendida como el rompimiento del sistema relacional por medio del divorcio y/o la muerte de la pareja.

Este tipo de soluciones ante la violencia traería consigo problemas en su salud mental, marcados en los diagnósticos psiquiátricos, del cual solo hago referencia como un medio descriptivo de algunos comportamientos y cogniciones dañinas que afectan a su salud y que propician la recaída. Un ejemplo de ello, es lo reconocido como síndrome de Estocolmo, el cual genera un estado de disociación (escisión) del sentir y el pensar con respecto al recuerdo de un evento traumático que, en esta investigación, fue visto más como un fenómeno defensivo y no patológico en sí, pero que ya había causado un estrago en más de dos áreas de la vida funcional de la mujer participante (ver Tabla 6). En cuanto al Trastorno por Estrés Postraumático, solo se tomaron denominaciones parciales y descripciones más cercanas a lo referido por las pacientes participantes, un ejemplo de ello es que la mayoría afirmaba tener

actualmente una incapacidad para sentir amor nuevamente, así como una sensación de un futuro limitado.

Consideramos esencial abordar la prevalencia del trastorno límite de la personalidad, o funcionamiento borderline en términos sistémico-relacionales. Cancrini (2007) destaca la influencia del caos y la inestabilidad en el entorno familiar de aquellos con este diagnóstico. Este contexto a menudo presenta luchas, secretos, infidelidades y crisis, con la hija/o atrapada en las dinámicas destructivas entre los padres. Al considerar el TLP desde una perspectiva sistémica de tercer orden, los terapeutas familiares exploran cómo las experiencias de género, la opresión sistémica, la discriminación y la desigualdad socioeconómica pueden contribuir al desarrollo y la manifestación de los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Este enfoque ayuda a comprender las complejas interacciones entre el individuo, la familia y el entorno social, y permite abordar los factores sistémicos que contribuyen al malestar psicológico y relacional (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023).

Por lo que el tipo, la duración y la intensidad del sufrimiento de un niño o una niña derivan mecánicamente de la familia y del contexto político y económico, así como el orden de género en el que han crecido, también dependen del papel que se les ha asignado de forma implícita en sus familias (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023), como advierte el segundo aviso para navegantes (Cancrini, 2007), para que las circunstancias infelices produzcan una marca imborrable, el niño tiene que haberlas vivido con una gran sensación de abandono y soledad que, por consiguiente, se infiere que los padres violentos fueron maltratados en sus familias de origen, regresando así, a la carencia trigeracional. El haber sido acompañado inicialmente le permite a la hija/o asimilar a los otros nuevos que quieren compartir su vida con ella/él.

Parecieran normales estas experiencias de abandono traumático, pero, al mismo tiempo, es un camino impuesto ante el miedo por la prohibición implícita de traicionar a la familia por buscar su propio camino en la vida (véase la exposición de la sincronía del caso “Observando a la familia”).

Conclusiones

Se destaca la importancia de investigar los sistemas de los contextos individuo-sociedad-cultura para comprender la construcción social de la realidad y la identidad de género. En los resultados se destaca la violencia de género como un grave problema que enfrentan las

mujeres patologizadas en hospitales psiquiátricos en México, tanto en la pareja como en la sociedad en general. Se resalta la falta de aplicación de las leyes y la necesidad de contar con personal capacitado y sensibilizado en la perspectiva de género y enfoque de derechos humanos en el sistema de justicia y salud. Además, se menciona el fenómeno del feminicidio y la necesidad de realizar campañas de prevención de la violencia de género. También se plantea la importancia de adquirir nuevos hábitos de crianza y convivencia basados en la igualdad de género. En relación con la salud mental, se aborda la controversia en cuanto al uso de servicios, por parte de las mujeres en situación de violencia (víctimas), y se critica la idea de que sus problemas de salud mental las incapacitan para reconocer las consecuencias graves de su situación. Se menciona la relación entre las prácticas sociales, el poder y la construcción del conocimiento, así como la discriminación y descalificación de la terapia familiar en los contextos psiquiátricos, a pesar de su potencial para abordar casos de familias con trastornos mentales.

Notas adicionales desde la terapia sistémica de tercer orden

La teoría sistémica en la psicoterapia familiar, influenciada por los valores de la familia estadounidense de los años 40 y 50 (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023), ha quedado rezagada frente a los cambios en las políticas públicas actuales. La cibernética, centrada en la observación y comunicación en el presente, ha descuidado la detección de actos de sometimiento hacia las mujeres en la familia, ignorando jerarquías y trasladando la culpa entre individuos. La terapia familiar de tercer orden debe considerar la perspectiva de género, responsabilizar al perpetrador y mantener la conciencia de los propios problemas del terapeuta. El enfoque cada vez más centrado en competencias puede descuidar a las personas, y la terapia sistémica debe adaptarse a diversas posturas para tratar a los consultantes. Trabajar en un hospital psiquiátrico sigue siendo relevante, beneficiando a las personas con malestares mentales y a sus familias.

En la aplicación de la cibernética a la psicoterapia, el supuesto teórico descarta las jerarquías, siendo crucial en la diferencia de jerarquía entre víctima y victimario (Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023). Los paradigmas sistémicos, al trasladar la culpa y responsabilidad al “sistema”, eximen al perpetrador de responsabilidad moral, por ejemplo, el

concepto de “juego psicótico” de Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino (1995) ilustra cómo la circularidad se convierte en un proceso para la manutención del sistema familiar.

Autoras feministas (Walters et al., 1991; McDowell, 2015; McDowell et al., 2022; Gómez-Lamont y Bermúdez, 2023) critican la falta de la teoría del sistema sexo género para abordar la responsabilidad legal y moral de quienes ejercen violencia familiar. Se cuestiona la premisa sistémica de circularidad, viendo la violencia como un rol funcional en el sistema, y se critica la falta de responsabilización hacia los más vulnerables de la sociedad en paradigmas familiares anacrónicos y sexistas.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Abajo, F. J. de. (2001). La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? *Revista Española de Salud Pública*, 75(5), 407-420. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=es&tlng=es.
- Cancrini, L. (2007). *Oceano borderline: viajes por una patología inexplorada*. Paidós.
- Esbec, E. (1994a). Víctimas de Delitos Violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría Legal y Forense (VOL. 2)* (pp. 20-45). Colex.
- _____ (1994b). Daño Psíquico y su reparación en Víctimas de delitos Violentos. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría Legal y Forense (VOL. 2)* (pp. 78-96). Colex.
- _____ (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gomez-Jacobo. *Psicología Forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 105-124). Edisofer.
- Fernández, H. y Gómez-Lamont, M. F. (2023). Activismo académico y responsabilidad social en la investigación cualitativa. En F. Guerrero. *Investigación cualitativa en enfermería y Salud. Capítulo IX* (pp.177-182) Comunicación Científica.
- Gómez-Lamont, M. F. (2022). Enfoques cualitativos en la investigación psicológica. Aportes desde el pensamiento crítico feminista. *Revista Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 13(24), 24-54.

- Gómez-Lamont, M. F. y Bermudez, J. M. (2023). *La Terapia Familiar Sistémica y El Pensamiento de Tercer Orden: Teoría crítica y política con perspectivas de género, multiculturalidad e interseccionalidad*. UNAM/Universidad de Georgia.
- González, C., Gómez-Lamont, M. F. y Meza, C. (2023). Técnicas y métodos de colecta de datos: observación y entrevista. En F. Guerrero. *Investigación cualitativa en enfermería y Salud. Capítulo IX* (pp. 142-158). Comunicación Científica.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2021). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. INEGI.
- Kell, A. y Johnson, T. (2020). *Igualdad de Género. 25 años de Beijing: Los Derechos de las Mujeres bajo la Lupa*. ONU Mujeres.
- McDowell, T. (2015). *Applying critical social theories to family therapy practice*. AFTA Springer Briefs in Family Therapy.
- McDowell, T., Knudson-Martin, C. y Bermudez, J. M. (2022). *Socioculturally attuned family therapy: Guidelines for equitable theory and practice*. Routledge/Taylor & Francis.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación.
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (ONU MUJERES) (2021). *Informe de resultados 2021*.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2001). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Paidós Terapia Familiar.
- Recomendación general N°. 28 (2010). *Relativa al artículo 2 de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer*. Naciones Unidas CEDAW.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1995). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.
- Walker, L. (1979). *Dynamics of Domestic Violence - The Cycle of Violence: Lenore Walker*. <http://www.enddomesticviolence.com/include/content/filehyperlink/holder/The%20Cycle%20of%20Violence.doc>
- Walters, M., Carter, P., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós.